



**ULL** | Universidad  
de La Laguna

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Medicina Física y Farmacología

TESIS DOCTORAL

ACTITUDES, PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS MÉDICOS ANTE LOS  
CUIDADOS PALIATIVOS EN ECUADOR

Autora: Viviana del Carmen Dávalos Batallas

Director: Prof. Dr. Emilio José Sanz Álvarez

Codirectora: Dra. Vinita Mohandas Mahtani Chugani

Codirector: Dr. Miguel Ángel Benítez del Rosario

La Laguna, 2017

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

**D. Emilio J. Sanz Álvarez**, Dr. En Medicina y Catedrático de Farmacología Clínica de la Universidad de La Laguna, **Doña Vinita Mahtani Chugani**, Dra. en Medicina y Técnico de Investigación en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife del Servicio Canario de Salud, y **D. Miguel Ángel Benítez del Rosario**, Dr. En Medicina y Director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Nra. Sra. Candelaria,

**CERTIFICAN**

Que **Dña. Viviana Dávalos Batallas**, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de memoria de Tesis doctoral titulado:

“Actitudes, Percepciones y Expectativas de los Médicos ante los Cuidados Paliativos en Ecuador”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al título de Doctor. Y para que así conste, se expide el presente certificado en La Laguna, 21 de junio de 2017.



Fdo. Prof. Emilio J. Sanz Álvarez  
Fdo. Dra. Vinita Mahtani Chugani  
Fdo. Dr. Miguel Ángel Benítez del Rosario

*(Handwritten signatures in blue ink)*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

## Agradecimientos

Quiero agradecer a Fernando Rielo. Por él empecé este camino y con él me encontré cuando andaba.

En la ruta me acompañaron muchos de los que ahora nombro y muchos de los que olvido por mi memoria frágil, pero a los que agradeceré siempre.

Gracias a mis padres por ser ejemplo de vida y por su constante preocupación por mi andar. Gracias a todos mis hermanos por su escucha y apoyo, especialmente a la comunidad de misioneras de Loja por regalarme el tiempo que necesitaba. Gracias a Wilson que me llevó a Vinita y con ella encontré a Emilio y Miguel Ángel. Los tres con generosa paciencia me han enseñado a dar los primeros pasos en investigación y sobre todo me han dejado compartir su transparencia, su sencillez y libertad. Gracias a Carla y a Víctor por su invaluable impulso y a la Universidad Técnica Particular de Loja, especialmente a Omar y al Dr. José Barbosa, por creer en mí.

Y principalmente agradezco a todos los colegas y amigos que me confiaron sus preocupaciones y esperanzas, que no son otras que las de las personas que se dedican a cuidar y a amar. Espero haber puesto voz a sus sueños para que juntos veamos un Ecuador más cerca de los que sufren, que luchemos siempre por reivindicar la vida y acompañar en el morir, en nuestro recorrido por conseguir una medicina centrada en la persona.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

## Índice de Contenidos

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: Introducción .....</b>	<b>5</b>
1.1. Cuidados paliativos.....	7
1.1.1. Definición.....	7
1.1.2. Objetivos de los cuidados paliativos.....	11
1.1.3. Modelos de atención en cuidados paliativos. ....	11
Investigación cualitativa.....	14
1.2.1. Definición.....	14
1.2.2. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa .....	15
1.2.3. ¿Cuándo usar la investigación cualitativa?.....	16
1.2.4. Metodología, Método y Técnica.....	16
1.2.5. Técnicas de recogida de datos.....	17
1.2.6. Criterios de rigor.....	20
<b>Capítulo 2: Objetivos .....</b>	<b>23</b>
2.1. Objetivo general .....	25
2.2. Objetivos específicos .....	25
<b>Capítulo 3: Método .....</b>	<b>27</b>
3.1. La Indagación Apreciativa.....	29
3.2. Análisis documental .....	30
3.3. Entrevistas .....	31
3.3.1. Consideraciones Éticas .....	33
3.3.2. El reclutamiento .....	36
3.3.3. Descripción de los participantes que realizaron la entrevista.....	39
3.4. Análisis DAFO.....	40
3.4.1. El DAFO como técnica de recogida de datos .....	40
3.4.2. El reclutamiento .....	41
3.5. Rigor Metodológico .....	42
3.5.1. Compromiso prolongado y Observación persistente .....	42
3.5.2. Triangulación .....	42
3.5.3. Credibilidad .....	42
3.5.4. Transferibilidad.....	43
3.5.5. Dependencia.....	43
3.6. Análisis cualitativo .....	43
3.6.1. Análisis cualitativo con software Atlas Ti.....	44
<b>Capítulo 4: Resultados.....</b>	<b>47</b>
4.1. Análisis del contexto de la organización sanitaria y los cuidados paliativos .....	49
4.1.1. Situación de la Salud en Ecuador.....	49
4.1.2. Fundamentos Sociodemográficos en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Ecuador .....	51
4.2. Análisis de las actitudes, percepciones, expectativas de los médicos ante los cuidados paliativos .....	68
Descripción de los participantes que realizaron la entrevistas.....	68

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Descripción de los participantes que realizaron el DAFO .....	72
Sección 1. Formación .....	81
Sección 1.1. DAFO .....	81
Sección 1.2. Entrevistas .....	86
Sección 2. Política Sanitaria .....	91
Sección 2.1. DAFO .....	91
Sección 2.2. Entrevistas .....	95
Sección 3. Actividad de Profesionales.....	100
Sección 3.1. DAFO .....	100
Sección 3.2. Entrevistas .....	103
Sección 4. Servicios de Salud .....	106
Sección 4.1. DAFO .....	106
Sección 4.2. Entrevistas .....	112
Sección 5. Desarrollo de los Cuidados Paliativos .....	117
Sección 5.1. DAFO .....	117
Sección 5.2. Entrevistas .....	120
Recomendaciones de los entrevistados.....	125
Mapa de significados: Infografía .....	125
<b>Capítulo 5: Discusión .....</b>	<b>135</b>
5.1. Formación.....	137
5.2. Políticas .....	139
5.3. Disponibilidad de Medicamentos.....	141
5.4. Actividad de profesionales .....	143
5.5. Servicios de Salud .....	144
<b>Capítulo 6: Recomendaciones e Implicaciones Prácticas .....</b>	<b>149</b>
1. Formación:.....	151
2. Política Sanitaria .....	152
3. Actividades profesionales.....	153
4. Servicios de Salud .....	154
<b>Capítulo 7: Conclusiones.....</b>	<b>157</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo 1: Consentimiento Informado .....</b>	<b>1</b>
<b>Anexo 2: Herramienta DAFO .....</b>	<b>3</b>
<b>Anexo 3: Recolección de datos sociodemográficos y profesionales.....</b>	<b>7</b>
<b>Anexo 4: Normativa legal en el desarrollo de los CP .....</b>	<b>9</b>
<b>Anexo 5: Frecuencia de códigos en entrevistas y DAFO.....</b>	<b>15</b>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

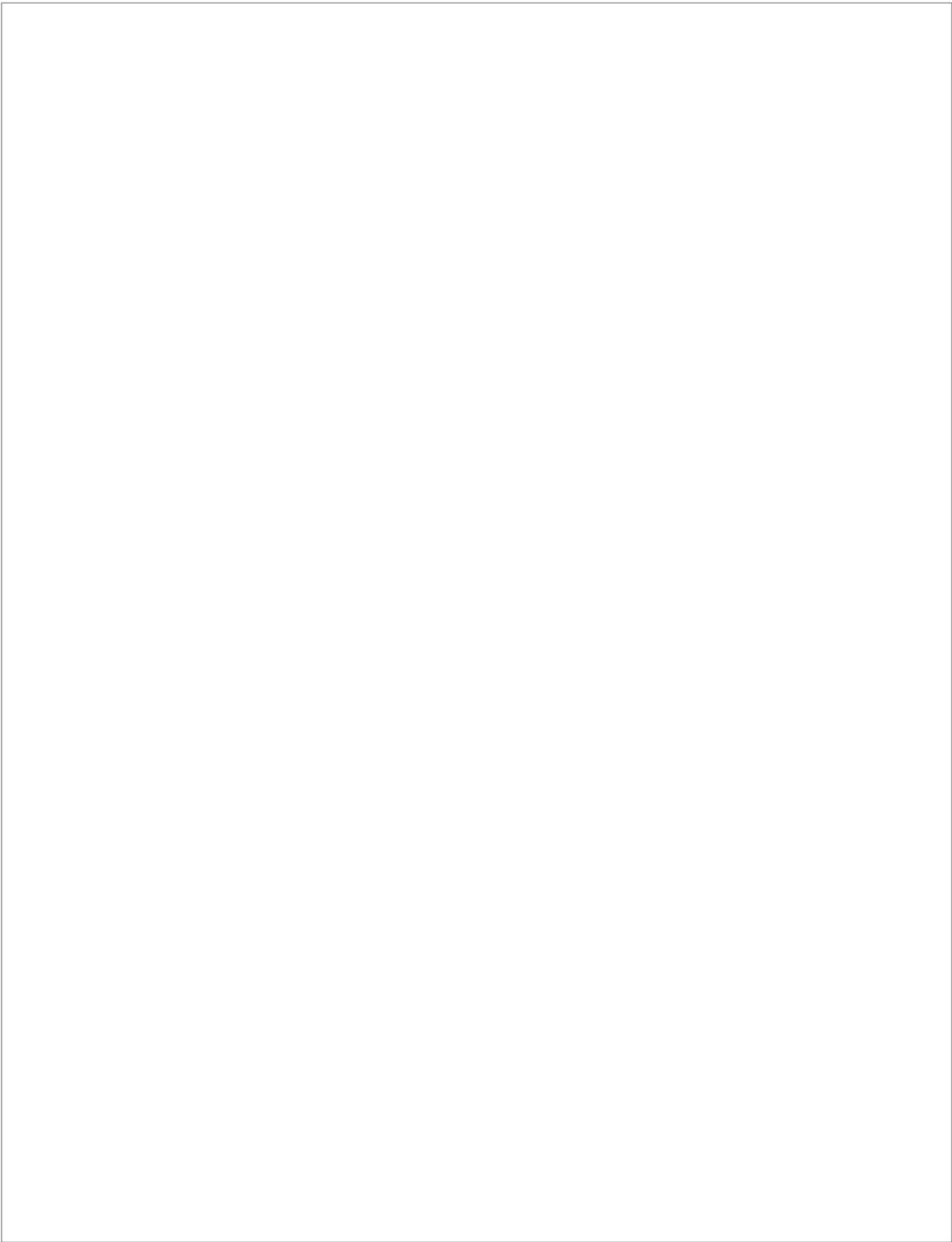
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

## Resumen

1

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Resumen

### Introducción:

Los Cuidados Paliativos (CP) rompen con el paradigma biologicista de la medicina, pues consideran las dimensiones biopsicosociales y espirituales del paciente y dotan de rostro humano a la enfermedad. Afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso normal.

La OMS reconoce desde 1990 la necesidad de ofrecer CP como parte de los programas de salud pública. El 78% de las personas que necesitan CP se encuentran en países con bajos y medianos recursos, como Ecuador, donde, pese a ser la única alternativa realista y humana al sufrimiento de muchas personas, el porcentaje de pacientes que recibe tales cuidados es muy bajo.

El equipo de CP es interdisciplinario y está compuesto por diversos profesionales, entre los cuales los médicos son una pieza fundamental que debe ser escuchada. La investigación cualitativa busca precisamente comprender los problemas desde la perspectiva del actor para captar el significado de las acciones en su contexto natural y dar sentido a los fenómenos.

### Objetivo:

Analizar la situación de los CP en Ecuador desde la perspectiva de los profesionales médicos.

### Material y Métodos:

Se diseñó un estudio de índole cualitativo fundamentado en la “indagación apreciativa” y utilizando como técnicas de recogida de datos: el análisis documental de publicaciones oficiales relacionadas con los CP en Ecuador, la realización de 28 entrevistas individuales y 129 cuestionarios tipo DAFO a médicos que prestan atención sanitaria en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja.

### Resultados:

En los últimos años en Ecuador se ha realizado un importante esfuerzo desde las instituciones públicas y privadas por afrontar esta importante necesidad del país a través de la implantación de los CP, lo cual se visibiliza en la cantidad de leyes, normativas y

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

guías promulgadas, así como en el aumento de instituciones que dan servicio a los pacientes con pronóstico de vida limitado y/o incorporan los CP en su docencia de grado y/o postgrado. Sin embargo, es necesario el desarrollo real y práctico de los programas y la adjudicación de un presupuesto específico.

Desde la perspectiva de los médicos el déficit de formación actual se puede contrarrestar gracias al apoyo e interés por consolidar los CP en el país, lo cual hace que prospere la educación en este ámbito. Este aumento de la enseñanza teórica necesita de servicios de salud a todos los niveles, donde se atienda con estándares óptimos de calidad, para lo cual es imprescindible contar con determinados fármacos básicos, como los opioides, también en zonas periféricas y rurales, lo cual podría solventarse aplicando la legislación existente.

Así mismo, las barreras culturales que alejan a la población de los CP serían despejadas si se continúa por el camino del desarrollo de los CP, tanto en los servicios como en la docencia e investigación, difundiendo su importancia entre profesionales sanitarios y entre la población general.

#### Conclusión:

El análisis cualitativo de las actitudes, percepciones y expectativas de los médicos y del desarrollo de los CP en Ecuador ha permitido reconocer los esfuerzos realizados y las fortalezas de la disciplina para continuar por la senda de la implementación, convirtiendo las amenazas y las debilidades en oportunidades, con el fin de humanizar la asistencia a estos grupos vulnerables.

Es clave para el desarrollo real y práctico de los programas, el fundamentar el futuro en la formación transversal, tanto de médicos como de próximos egresados, aumentar los servicios donde se atienda con estándares óptimos de calidad, impulsar una investigación que sustente la aplicación y evaluación de las políticas elaboradas y la disponibilidad de medicamentos adecuados, prestar atención a los recursos humanos y fomentar los CP entre médicos y en la población general a través de redes de colaboración nacionales e internacionales.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

# Capítulo 1

## Introducción

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Introducción

### 1.1. Cuidados paliativos

#### 1.1.1. Definición

##### ¿Qué son los cuidados paliativos?

Los Cuidados Paliativos (CP) son una especialidad interdisciplinaria cuya finalidad es prevenir y aliviar el sufrimiento tanto del paciente como de su familia, así como mejorar su calidad de vida, más allá de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre.

Desde que Balfour Mount introdujo el término “Cuidado Paliativo” en 1973, su definición ha sufrido varios cambios que denotan una falta de consenso (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsner, y Radbruch, 2008; Van Mechelen y cols., 2013). De ahí la dificultad que afrontan los médicos<sup>1</sup> en el momento de definirse a sí mismos como médicos paliativistas (Billings, 1998). Son habituales toda clase de eufemismos para solapar términos como: final de la vida, paciente terminal, muerte, los cuales están tan próximos a los CP, que en ocasiones los ocultan (Bruera, Higginson, Ripamonti, y Von Gunten, 2006; Hazin y Qaddoumi, 2010; T Pastrana y cols., 2008).

El concepto que se emplea con más frecuencia y que recoge los rasgos esenciales de los CP (Hui y cols., 2013) es el de la Organización Mundial de la Salud:

*Los Cuidados Paliativos son el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y correcto tratamiento del dolor y otros síntomas y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo (WHO Definition of Palliative Care, 2012).*

La Organización Europea de CP (EAPC por sus siglas en inglés) define los CP como el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no es sensible al tratamiento

<sup>1</sup> De acuerdo con las normas de la Real Academia de la Lengua se utiliza la denominación de médico como término neutro incluyendo tanto a los profesionales varones como mujeres.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

curativo. Considera primordial el control del dolor, de otros síntomas, y de problemas sociales, psicológicos y espirituales. El cuidado paliativo es interdisciplinario y abarca al paciente, la familia y a su entorno social. En cierto modo, el cuidado paliativo debe paliar o satisfacer las necesidades del paciente, sea en casa o en el hospital. El cuidado paliativo afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte. Lo que intenta es conservar la mejor calidad de vida posible hasta la muerte (Jünger, Payne, Brearley, Ploenes, y Radbruch, 2012).

Se podrían explicar los CP a través de su etimología:

Cuidar proviene del latín cogitare, pensar, poner atención en algo o en alguien, atender. De ahí que el acto de cuidar es un acto que se proyecta hacia el otro. Para cuidar es preciso salir al encuentro del otro, o como plantea Lèvinas (citado por Kapuscinski, 2012), hacerse responsable del otro. En este mismo ámbito, el cuidado implica el enfoque y la actitud del paciente ante la vida, la salud, la enfermedad y ante la muerte, sin soslayar las exigencias y necesidades de sus familiares. Estos demandan una medicina con rostro humano, que si no es capaz de curar pueda cubrir, paliar, mitigar, los síntomas. (Twycross, 2002). El cuidado enmarca una medicina centrada en el paciente, que lo reconoce en su totalidad como un espíritu psicopatizado (Rielo, 2013)<sup>2</sup>, con la dignidad de persona que le es constitutiva, “hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza.” (Gen 1:26). De ahí que los CP constituyen también una filosofía de cuidado que se identifica plenamente con la esencia de la medicina centrada en la persona (The Health Foundation, 2014).

Así mismo hay otra tendencia de entender al cuidado desde una óptica más tecnocrática, en términos de destrezas, habilidades y conocimientos, que deja en un segundo plano capacidades como la escucha, la compasión, la caridad. Es así como este enfoque tampoco reconoce la necesidad de introducir los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado en las diferentes etapas de la enfermedad. (Janssen, Macleod, y Walker, 2008)

De cualquier manera, los CP y los cuidados de soporte son, como afirman Arthur y Bruera (citados por Clark y Wright, 2007), una disciplina en desarrollo a cargo de un equipo interdisciplinario, que se enfoca al manejo de síntomas, incluido el dolor, así como a brindar su apoyo en el ámbito psicosocial, familiar y de sufrimiento espiritual.

---

<sup>2</sup> Fernando Rielo (1923-2004) pensador, filósofo, metafísico, escritor y poeta. Promovió la ciencia, el humanismo y la mística.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

### ¿Quiénes integran el equipo de cuidados paliativos?

Todas las definiciones de CP involucran el elemento de interdisciplinariedad, lo que se explica por el concepto integral de la persona. A esto se suma que el paciente, con pronóstico de vida limitado, presentará una serie de síntomas físicos y psicológicos cuya repercusión en el ámbito espiritual, social y familiar demandarán la contribución de un equipo cuyas competencias son compartidas y cuyos objetivos son comunes para dotar de la mejor calidad de vida al paciente y su familia.

En consecuencia, el cuidado del paciente paliativo está a cargo de un equipo, que puede incluir, no solo médicos de diferentes especialidades, sino enfermeras, trabajadores sociales, rehabilitadores físicos, ocupacionales, de lenguaje, nutricionistas, farmacólogos, psicólogos, voluntarios, capellanes, consejeros, entre otros.

La composición del equipo variará según las necesidades del paciente y de su familia de acuerdo al modelo de atención que se desee implementar y a los recursos disponibles. Varios autores coinciden que un equipo de cuidados paliativos debe estar integrado al menos por un médico y un enfermero o enfermera (Bruera y cols., 2006), aunque otros consideran, como núcleo central, al grupo integrado por el médico, el enfermero o enfermera, el trabajador social y el capellán (Doyle, Geoffrey, y MacDonald, 1999).

De todas maneras, es importante tener claro los conceptos de multidisciplinariedad e interdisciplinariedad. La definición de multidisciplinariedad para Max Neef (2005) engloba el trabajo independiente del profesional sanitario sin necesidad de que haya comunicación y/o coordinación con los otros miembros del equipo. En tanto que en interdisciplinariedad existe cooperación y coordinación de manera simultánea por lo que es indispensable que, los integrantes del equipo, tengan previamente determinadas y delimitadas sus funciones, conozcan sus competencias profesionales y sus expectativas.

### ¿A quiénes están dirigidos los cuidados paliativos?

No existe un acuerdo general acerca de las características de las personas subsidiarias de recibir CP, así como tampoco hay claridad en la definición de CP para enmarcar la etapa terminal, ni para delimitar las características de una enfermedad progresiva, avanzada, que no responde a tratamiento curativo (Hui y cols., 2013; T Pastrana y cols., 2008; Van Mechelen y cols., 2013). Los términos, no curativo y amenazante, tampoco simplifican esta labor (Jünger y cols., 2012). Según Kelley y Morrison (2015) y Van Mechelen y cols. (2013), se consideran sujetos de atención paliativa a los siguientes pacientes:

- Los que atraviesen problemas asociados con enfermedades que comprometen la vida, como, por ejemplo: cáncer, SIDA, enfermedades neurológicas: enfermedades de motoneurona, distrofia muscular, esclerosis múltiple,

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

enfermedad de Parkinson..., enfermedades degenerativas, cognitivas, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis multi-drogo resistente, entre otras.

- Los que atraviesen por situaciones que lo impacten de una manera drástica, por ejemplo: trasplantes de órganos, trasplante de médula, accidente cerebral vascular.

Aunque tradicionalmente los CP se enfocaron principalmente hacia los pacientes con cáncer, se conoce que el espectro de atención se ha ampliado.

#### ¿Cuándo acudir a los cuidados paliativos?

De manera ideal se aconseja acudir a los CP al momento del diagnóstico de una enfermedad avanzada que comprometa la vida del paciente de tal forma que se le pueda acompañar, durante la evolución de la enfermedad hacia la muerte y continuar con la atención al proceso de duelo de sus familiares (Broom, Kirby, Good, Wootton, y Adams, 2012; Kelley y Meier, 2010; National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009). Existe una evidencia moderada en revisiones de la bibliografía de que la referencia temprana del paciente hacia CP determina que éste maneje con más seguridad sus síntomas y encare con esperanza el final de la vida, pues le ayudan a dirigir el proceso de adaptación a su enfermedad y a entenderla mejor (Salins, Ramanjulu, Patra, Deodhar, y Muckaden, 2016).

La revisión de Savarese (2017) señala que el inicio de los CP en el curso temprano de la enfermedad, mejora la calidad de atención al paciente y los resultados clínicos del cuidado.

Bruera, (2009) confirma esta indicación de incorporar a CP al paciente en una etapa temprana de su enfermedad avanzada incurable. Aduce la ventaja que esto supone para el médico, quien podrá detectar los cambios sutiles que se presenten durante el progreso de la enfermedad, acompañar al paciente y a su familia a lo largo del proceso y contribuir a una mejor adaptación y toma de decisiones. Por esta razón se acoge favorablemente al hecho de que médicos de atención primaria, médicos generales, médicos oncólogos y médicos de familia, reciban una formación en CP que les permita atender a sus pacientes en etapas tempranas de su enfermedad (Jünger y cols., 2012; Temel y cols., 2010; Thoonsen y cols., 2016).

Cabe destacar que los CP están dirigidos a todo tipo de paciente, que padezca una enfermedad avanzada incurable, en cualquier etapa de su vida. Los CP pueden brindarse en conjunto con tratamientos “anti-enfermedad”, aunque la literatura muestre que la mayoría de pacientes son referidos al equipo de CP en etapas avanzadas de la enfermedad (Catania y cols., 2015). Gómez-Batiste (2012) defiende la incorporación de la atención paliativa a las enfermedades crónicas avanzadas con pronóstico vital limitado, generalmente de 1 año o menos de vida.

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

### 1.1.2. Objetivos de los cuidados paliativos

Según la Clinical Practice Guidelines For Quality Palliative Care (2009), Connor y Sepúlveda Bermedo (2014) y De Lima y Pastrana (2016) lo que buscan los CP son, entre otros, los siguientes objetivos:

- Aliviar el dolor y otros síntomas molestos que presentan los pacientes.
- Afirmar la vida y reconocer a la muerte como un proceso normal.
- No pretenden buscar ni acelerar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales al cuidado del paciente y de su familia, teniendo presente sus necesidades, preferencias, valores y creencias.
- Apoyar al paciente para que viva lo más activo posible hasta que sobrevenga su muerte.
- Asistir al paciente y a su familia en la toma de decisiones.
- Apoyar al paciente y a su familia para afrontar su enfermedad, el proceso de muerte y a atravesar el período de duelo.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

### 1.1.3. Modelos de atención en cuidados paliativos.

Los CP pueden ser suministrados a nivel ambulatorio, hospitalario y domiciliario. Así se establecen diferentes agentes agrupados en los equipos de apoyo hospitalarios, las unidades de CP, los equipos de cuidados domiciliarios y los hospicios.

#### a) Equipo de apoyo hospitalario:

Es un equipo interdisciplinario que da consulta paliativa y no tiene camas para hospitalización. Puede o no estar asociado a una unidad hospitalaria de CP. Este equipo está integrado, por lo general, por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y capellanes. El trabajo que desempeñan depende de las necesidades de los pacientes y de la organización del hospital. Puede abarcar actividades de asesoría, cuidado compartido del paciente e incluso la responsabilidad completa del mismo. Estos profesionales dan soporte en hospitales de segundo y tercer nivel. Igualmente está orientado a evitar largas esperas y a acceder sin demora a diferentes especialistas, así como al abaratamiento de costos (Bruera y cols., 2006).

Sus funciones pueden clasificarse como clínicas y no clínicas.

Las funciones clínicas comprenden:

- Evaluación y tratamiento de síntomas
- Determinar las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes y sus familias.
- Apoyo psicológico y espiritual a los pacientes y sus familias.
- Soporte en toma de decisiones.
- Coordinar el cuidado.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Las funciones no clínicas implican:

- a) Divulgación de los CP en el hospital, entre los profesionales sanitarios y en la sociedad en general.
- b) Fomentar la docencia, por ejemplo, a través de la discusión de casos clínicos.
- c) Impulsar la investigación, principalmente dando seguimiento a los pacientes y a los programas por medio de la aplicación de herramientas validadas, tales como el STAS (Support Team Assessment Schedule) (Higginson y McCarthy, 1993) y/o PACA (Palliative Care Assessment) (Ellershaw, Peat, y Boys, 1995).

Uno de los objetivos de los equipos de apoyo es procurar soporte a los médicos que refieren al paciente, así como ser los encargados de dar recomendaciones al médico de atención primaria.

#### 1.1.3.1. Unidad de Cuidados Paliativos:

Funciona como una unidad autónoma en diferentes centros sanitarios como hospitales de agudos, residencias para pacientes con pronóstico de vida limitado o centros de especialidades como, por ejemplo, oncológicos o geriátricos. En el libro *Medicina Paliativa* de Walsh se señala que hasta el 25 % de los pacientes de hospitales de agudos necesitan CP (Glare, Hunt, Selwyn, y Allsopp, 2010, capítulo 38).

La unidad de CP hospitalaria está dotada de sus propias camas, de su equipo sanitario y demás recursos asistenciales y de gestión que le permiten, si es el caso, integrar una red de CP junto con equipos de apoyo hospitalario o con unidades de atención domiciliaria.

Según Von Gunten en el libro *Textbook of Palliative Medicine* (Bruera y cols., 2006), el equipo interdisciplinario de una unidad de CP está especializado en el manejo de síntomas complejos y de pacientes inestables. Además, las familias angustiadas pueden precisar un apoyo mayor. Los voluntarios pueden integrarse a este modelo de atención y servir de apoyo, tanto al paciente y, como a su familia y la comunidad.

La unidad de cuidados paliativos puede formar parte de un hospital de agudos con muchas posibilidades diagnósticas, terapéuticas, intervencionistas, con especialistas y subespecialistas disponibles. Muchas veces es una entidad de referencia ubicada en hospitales universitarios, que realiza docencia e investigación (Gómez-Batiste, Pascual, Espinosa, y Caja, 2010). Dentro de los modelos de atención hospitalarios, se identifican equipos que funcionan dando soporte en determinados servicios, como es el caso de las unidades de cuidados intensivos o de salas de emergencia.

#### 1.1.3.2. Equipo de cuidados domiciliarios:

Dan atención paliativa a los pacientes en sus domicilios. Estos equipos suelen estar conformados por médicos y enfermeras. Dependiendo del contexto, los médicos son especialistas o médicos generales o médicos de atención primaria que trabajan

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

apoyados por especialistas en CP. También se integran los voluntarios, debidamente formados, quienes ayudan con el paciente, su familia y la interacción con la comunidad. Los equipos domiciliarios permiten al paciente finalizar sus días en el hogar y reducen considerablemente los gastos hospitalarios (Riolfi y cols., 2014).

#### 1.1.3.3. Hospicio:

Es un modelo de atención extra hospitalario. Está dirigido a las familias y a los pacientes que no pueden recibir atención domiciliaria y que en su mayoría están al final de la vida (Bruera y cols., 2006). La asistencia se basa en encontrar entornos tranquilos y respetuosos y pone el foco más en la prevención que en la intervención de los conflictos que pueden surgir. Diversos estudios se han publicado sobre diferentes modelos y las diferencias que existen con la atención domiciliaria, así como la calidad de los servicios y los costes derivados (Hudak y von Gunten, 2016). Dougherty y colaboradores (2015) establecen que las personas residentes en un hospicio usan menos dosis de opioides y tienen menos posibilidades de morir internados en un hospital en comparación con las personas asistidas en su propia casa. Si bien, Chang (2016) plantea la reducción de costos médicos gracias al uso de hospicios en el final de la vida, establece que diferentes tipos de programas de cuidado tienen efectos diferentes en esta reducción de costos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	Fecha:
VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Investigación cualitativa

### 1.2.1. Definición

Mouly (1978) define la Investigación como el proceso de llegar a soluciones fiables para los problemas planteados a través de la obtención, análisis e interpretación planificadas y sistemáticas de los datos. Según cómo se interpreten o cómo se perciban las distintas realidades de estudio, la investigación será cualitativa o cuantitativa.

La investigación cualitativa busca comprender los problemas desde la perspectiva del actor, a partir de la interrelación del investigador con los sujetos de estudio para captar el significado de las acciones.

Es una actividad que localiza al observador en el contexto. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Estas prácticas transforman el mundo, lo convierten en una serie de representaciones, que incluyen las notas de campo, las entrevistas, conversaciones, fotografías, registros y memorias. En este nivel, la investigación cualitativa implica una aproximación interpretativa y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la cosas en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan (Denzin y Lincoln, 2005).

Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos (2014) señalan que la investigación cualitativa cumple su objetivo de comprender los problemas desde la perspectiva del actor, a través de la interacción con el investigador y de la interpretación que este haga de los datos. El investigador debe:

- Penetrar en el contexto en el que se desenvuelve el sujeto a investigar, resarcándose de sus criterios y valoraciones, para apreciar mejor el discurso ajeno.
- Debe captar las singularidades del escenario y la interacción del investigador con las personas que está investigando.
- Entender el objeto de estudio de manera integral.
- Colocar a la persona en el centro de la investigación.

De ahí, que no es necesario plantear una teoría previa, sino que esta puede emerger de los datos. Por tanto, su diseño es abierto y modificable y sus objetivos pueden concretarse durante el proceso.

Estamos pues, ante un proceso dinámico, flexible, receptivo, que sigue el principio de circularidad y reflexividad, cuya autocrítica permite analizar las respuestas subjetivas, como son sentimientos, percepciones, expectativas, la dinámica intersubjetiva y el proceso de la investigación (Finlay, 2002). Como diría Odette Spruyt (2016), la primacía de la subjetividad es atesorada por la investigación cualitativa, que la antepone a los métodos objetivos y numéricos de la investigación cuantitativa.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

La investigación cualitativa y la cuantitativa, no deben estar estrictamente separadas, sino por el contrario, una puede complementar a la otra. De tal forma, que la investigación cualitativa provea inferencias con mayor validez o en caso de que los resultados fuesen muy divergentes, esta sea capaz de conducir al investigador a una mayor reflexión (Barbour, 1999; Lund, 2012).

### 1.2.2. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos (2014), Mahtani Chugani (2009) y Rodríguez Gómez y Valdeoriola Roquet (2015) concuerdan en que la investigación cualitativa puede complementar a la investigación cuantitativa. Así mismo, puede ser la base de subsecuentes investigaciones cuantitativas o ser estas utilizadas para ilustrar la investigación cualitativa (Richards y Morse, 2013).

Para ello es importante conocer las diferencias entre investigación cualitativa e investigación cuantitativa, desde los métodos utilizados, los objetivos buscados, la muestra seleccionada, la obtención de resultados, el análisis de los datos, así como desde la perspectiva del investigador.

Tabla 1.  
*Perspectivas Cualitativas y Cuantitativas de la Investigación*

	Investigación Cualitativa	Investigación Cuantitativa
Métodos	Observacionales: tratan de conservar su complejidad o globalidad. Valoran el contexto.	Experimentales: Operan con una cierta simplificación del objeto de estudio. Se centran en el micro contexto.
	Buscan aplicabilidad directa.	Buscan validez interna o replicación.
	Son más inductivos.	Son más deductivos que inductivos
	Su diseño es flexible y puede modificarse en el transcurso de la investigación.	Debe tener un diseño pre establecido.
	Su diseño es emergente, es decir que no amerita una hipótesis.	La investigación cuantitativa se origina en una hipótesis. Es un diseño proyectado.
Objetivo/ Propósito	Concede importancia a los significados derivados de los contextos individuales y sociales.	Busca la información pura, no la conceptualiza en un grupo o cultura.
	Le interesa obtener una comprensión de razones y motivaciones subyacentes.	Le interesa obtener datos generalizables a la población de interés y comparar resultados.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
970031	OrizKecD	29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

	Tienen en cuenta la subjetividad por medio de la observación participante. Adoptan puntos de vista interiores con respecto al objeto de estudio.	Buscan la objetividad por medio de la observación no participante desde puntos de vista externos.
Muestra	Suelen optar por la construcción de objetos de estudio más densos y complejos.	Suelen optar por la simplificación del sujeto de estudio.
	Prefieren habitualmente estrategias idiográficas y un número reducido de casos.	Prefieren estrategias nomotéticas y gran cantidad de casos en los que fundamentar su representatividad.
Datos	Suelen ser de tipo textual.	Suelen ser de tipo numérico.
	El análisis de datos es interpretativo. La intuición juega un gran papel para interpretar los discursos.	El análisis de datos no depende del investigador. Los códigos suelen estar definidos, con el fin de anular la "arbitrariedad del codificador".
	El análisis es no estadístico y está dirigido a la interpretación correcta de la significación.	El análisis es estadístico.

### 1.2.3. ¿Cuándo usar la investigación cualitativa?

Rodríguez Gómez y Valdeoriola Roquet (2015) recomiendan utilizar la metodología cualitativa en los siguientes casos:

- Para comprender situaciones únicas y particulares.
- En situaciones complejas y cambiantes.
- Para buscar el significado y el sentido que los propios agentes conceden a los hechos.
- Para conocer las percepciones y la complejidad de las interpretaciones, que los participantes hacen de la realidad o de un proceso.
- Para construir una teoría de la realidad.
- Para conocer cómo viven ciertos fenómenos o experiencias los individuos que forman parte de la investigación.

### 1.2.4. Metodología, Método y Técnica

En la investigación cualitativa se habla de metodología, métodos y técnicas. Es conveniente diferenciar estos conceptos (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014):

- La metodología comprende la teoría a la que recurre el investigador para estudiar un tema.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- El método constituye la senda que dirige al investigador hacia su objeto de estudio.
- Las técnicas constituyen los instrumentos que emplea el investigador en su proyecto.

Los métodos cualitativos en medicina tienden, esencialmente, a averiguar lo que la gente hace, piensa y sabe y, es útil para responder al ¿Qué? ¿Cómo? ¿Para qué? y al ¿Por qué? sobre los diferentes fenómenos que podemos encontrar en el ámbito de la salud y la enfermedad.(Mahtani Chugani, 2009)

Morse (Richards y Morse, 2013) hace una distinción inicial entre métodos descriptivos y métodos interpretativos. Subraya que todos ellos describen e interpretan y que el sesgo lo determinan los objetivos de la investigación según enfaticen más en uno o en otro aspecto.

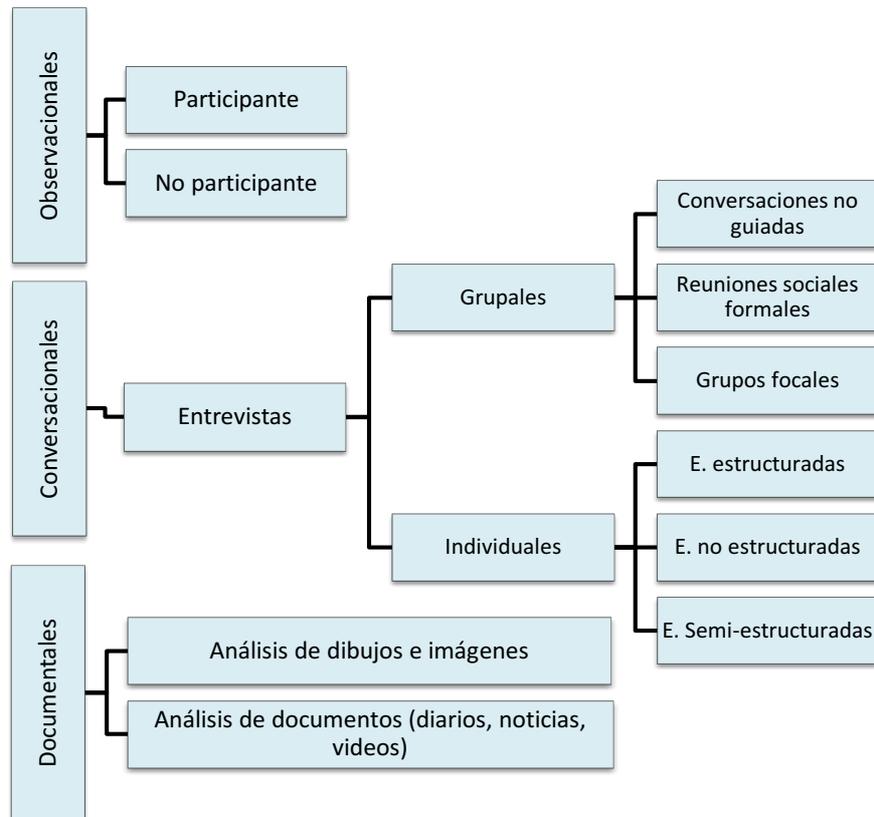
Si se pretende trazar un estudio que revele lo que está allí, aunque no siempre se note, se recurrirá a un método descriptivo. Dentro del cual se encuentran, la etnografía, la video etnografía, etología, etnología y métodos históricos. Si se quiere acceder a fenómenos más subjetivos, percepción de experiencias, opiniones, valores, significados, creencias, sueños u otros elementos que no son visibles en la superficie, se recurrirá a métodos interpretativos como la fenomenología y la hermenéutica. En caso de que se precise de la descripción y de la interpretación, se encuentra la teoría fundamentada y también la etnografía.

#### 1.2.5. Técnicas de recogida de datos

Tal y como se incluye en diversos textos (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014; Hanson, Balmer, y Giardino, 2011; Mahtani Chugani, 2009; Richards y Morse, 2013) las técnicas de recogida de datos se clasifican de la siguiente forma:

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Figura 1  
Técnicas de recogida de datos



En los **métodos observacionales** los datos son obtenidos a través de observación directa del contexto, en el lugar en el que los hechos suceden. El observador se introduce en el escenario de estudio desde donde describe los datos. Existen diferentes modalidades según la involucración del investigador, la transparencia del proceso, la amplitud y la duración. Pueden ser participantes y no participantes, dependiendo del grado de interacción del investigador con los sujetos de estudio.

Las **técnicas conversacionales** son aquellas en las que los datos emanan de la interrelación entre el investigador y los participantes a través de métodos individuales o colectivos en los que se comparten y producen narrativas.

La entrevista es la forma más frecuente de acceder a los datos para un análisis cualitativo (Kvale, 1996). Consiste en el encuentro cara a cara entre el entrevistador y cada uno de los informantes, pretendiendo obtener una información profunda y contextualizada a través de la interacción entre ambos (Finkbeiner, 2017). Mediante las preguntas y respuestas, logra una comunicación y la construcción conjunta de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

significados respecto a un tema (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014).

Los tipos de entrevista según su grado de estructuración son los siguientes (Finkbeiner, 2017; Hernández Sampieri y cols., 2014):

1. **Entrevista estructurada:** consiste en la formulación de preguntas preestablecidas por parte del entrevistador. A todos los entrevistados se les formulan las mismas preguntas y en el mismo orden. Este formato de entrevista no es adecuado para los análisis de tipo cualitativo.
2. **Entrevista semiestructurada:** se basa en guiones previamente establecidos, que dirigen la conversación permitiéndole al entrevistado que exponga sus opiniones y sus puntos de vista. Este tipo de entrevista también puede provocar nuevas preguntas por parte del investigador para depurar los temas planteados. El guion preestablecido permite tener en cuenta los temas relevantes y los que se deben indagar, aunque no es necesario mantener un orden en el desarrollo de la entrevista.
3. **Entrevista no estructurada o abierta:** este tipo de entrevista no tiene una estructura definida. El participante habla sobre un tema determinado con mínimos comentarios por parte del entrevistador.

Según el número de participantes las entrevistas se dividen en grupales o individuales:

1. Las **entrevistas grupales** pueden ser de diferentes tipos: conversaciones no guiadas, reuniones sociales; formales o no y grupos focales. A través de esta última técnica se busca obtener información sobre un tema desde la perspectiva de un grupo de personas, con la presencia de un observador y de un moderador. La principal ventaja de los grupos focales es que la obtención de la información se ve enriquecida por la interacción entre los participantes. Sobre todo es útil cuando el tema que se desea abordar es más abstracto.
2. Las **entrevistas individuales**, por otra parte, buscan comprender, a través de lo expresado por los propios entrevistados, cuáles son las perspectivas, ideas, experiencias, sentimientos, etc. que ellos tienen respecto a un determinado tópico.

En medicina, la información recogida a través de entrevistas proporciona una perspectiva holística del fenómeno que se estudia. Las entrevistas individuales pueden ser también utilizadas para indagar acerca de los datos obtenidos por observación, por documentos, etc. o en el caso de que se desee guardar la confidencialidad de determinados temas.

Estos instrumentos emplean preguntas neutrales, cuya respuesta abierta, permita expresarse amplia y libremente al entrevistado.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Las entrevistas más empleadas en investigación cualitativa son las entrevistas no estructuradas o conversacionales y las semi-estructuradas. Se recurre a las primeras para la búsqueda de información general sobre el tema a estudiar. El investigador guía en un inicio la entrevista y deja fluir de manera muy abierta y flexible la conversación. Los temas no están predeterminados, sino que surgen espontáneamente.

Las entrevistas semi-estructuradas son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, con el objetivo de descubrir el mundo experiencial del entrevistado acerca de un determinado tópico. Este instrumento privilegia al informante como el conocedor del tema, el cual puede ser refutado por el entrevistado o puede ampliarse a través de su subjetividad, su intuición y observación. (McIntosh y Morse, 2015) Las entrevistas semi-estructuradas son conducidas a través de un guion, donde se tengan en cuenta los temas relevantes y lo que tiene que indagar el investigador. No obstante, pueden surgir otras interrogantes en medio del diálogo. De todas maneras, se debe tratar de que las preguntas sean abiertas, directas, verbalizadas de tal forma de que se obtengan narrativas detalladas o historias (Dicicco-Bloom y Crabtree, 2006).

Whiting (2008) inicia el proceso de la entrevista semi-estructurada al elegir informantes que tengan conocimientos sobre el tema, que sean capaces de ofrecer una detallada información desde su experiencia y que estén dispuestos a colaborar. El entrevistador le comunicará al informante que este puede profundizar en las preguntas tal como guste o puede negarse a responder. Es útil llevar notas durante la entrevista y conviene que al final de esta, el investigador escriba su reflexión personal (Whiting, 2008).

En las **técnicas documentales** la información no proviene directamente de los sujetos, sino que estos han elaborado producciones que son analizadas a posteriori. Estos documentos escritos o visuales reflejan los significados sociales de lo que acontece.

#### 1.2.6. Criterios de rigor

Para asegurar el rigor del estudio existen algunos procedimientos, como la triangulación o criterios como los propuestos por Lincoln y Guba (1985).

*La credibilidad:* se utilizan procedimientos de validación como la triangulación, la validación por los participantes o la búsqueda de casos negativos o contradictorios, registro de cuadernos de campo y diarios de investigación.

*Transferibilidad:* se consigue con una descripción exhaustiva de los datos y resultados, de tal manera de que estos se puedan aplicar en otros contextos. En otras palabras, busca asegurar la relevancia y generalización de los resultados de la investigación en otros contextos.

*Dependencia:* consiste en la posibilidad de llegar a los mismos resultados a partir de informaciones similares. Esto se puede lograr con la participación de varios

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

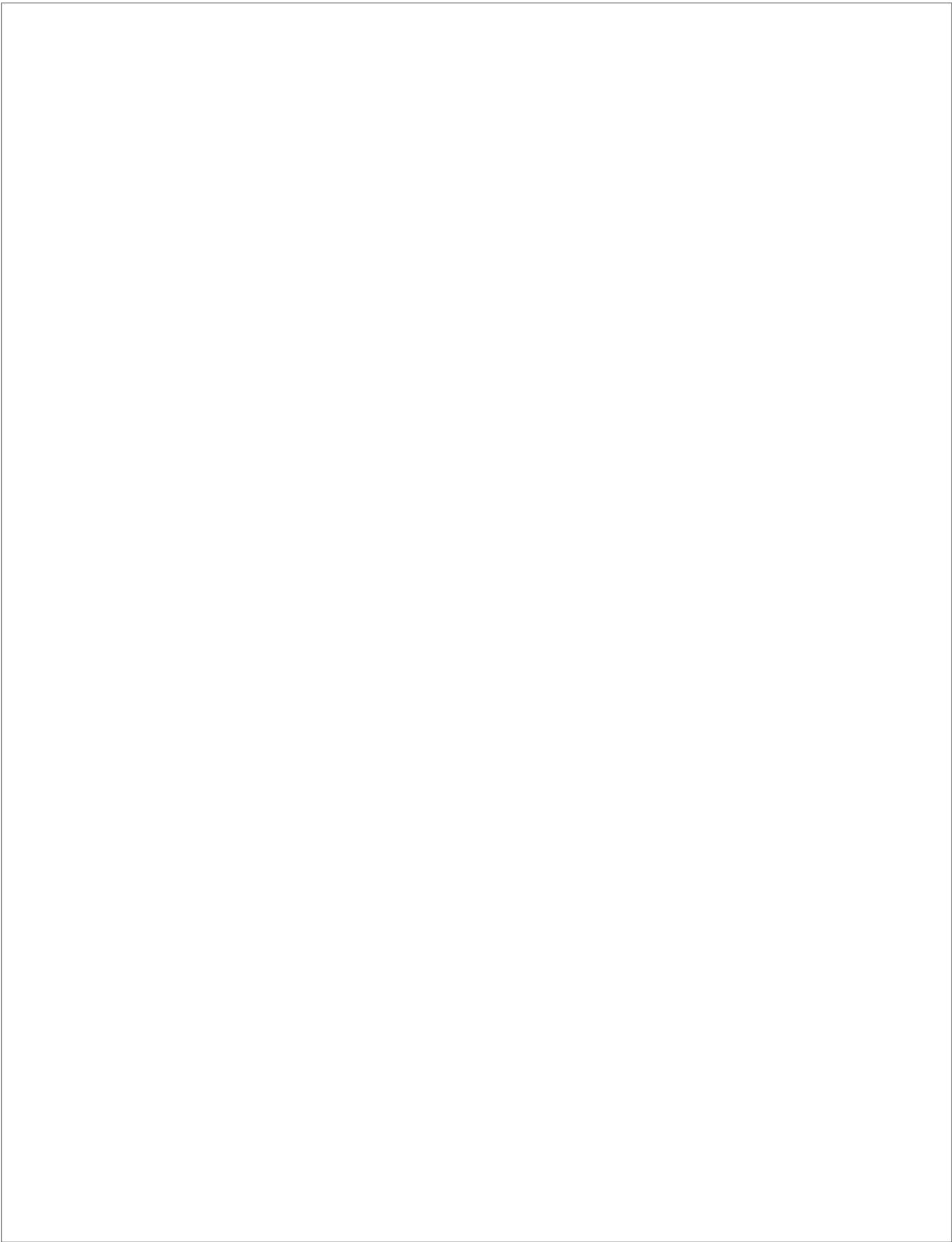
investigadores para analizar los datos o por medio de la revisión de pares. Otra manera de cumplir con este criterio de dependencia es preguntar a los mismos participantes si lo obtenido del análisis de datos cobra algún sentido desde su experiencia y si expresa lo que ellos trataban de decir.

*Confirmabilidad:* hace referencia a la ausencia de sesgos en la obtención, interpretación y análisis de los datos. Se basa en la neutralidad de los datos producidos.

La *triangulación* es una estrategia ampliamente utilizada dirigida a garantizar la validez de los datos. Hace referencia a las distintas técnicas de recogida de datos a partir de una o más fuentes, con la participación de uno o más investigadores u observadores y a través de contrastar uno o más métodos (Hanson y cols., 2011; Quintanilla Cobián, 2015).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Capítulo 2

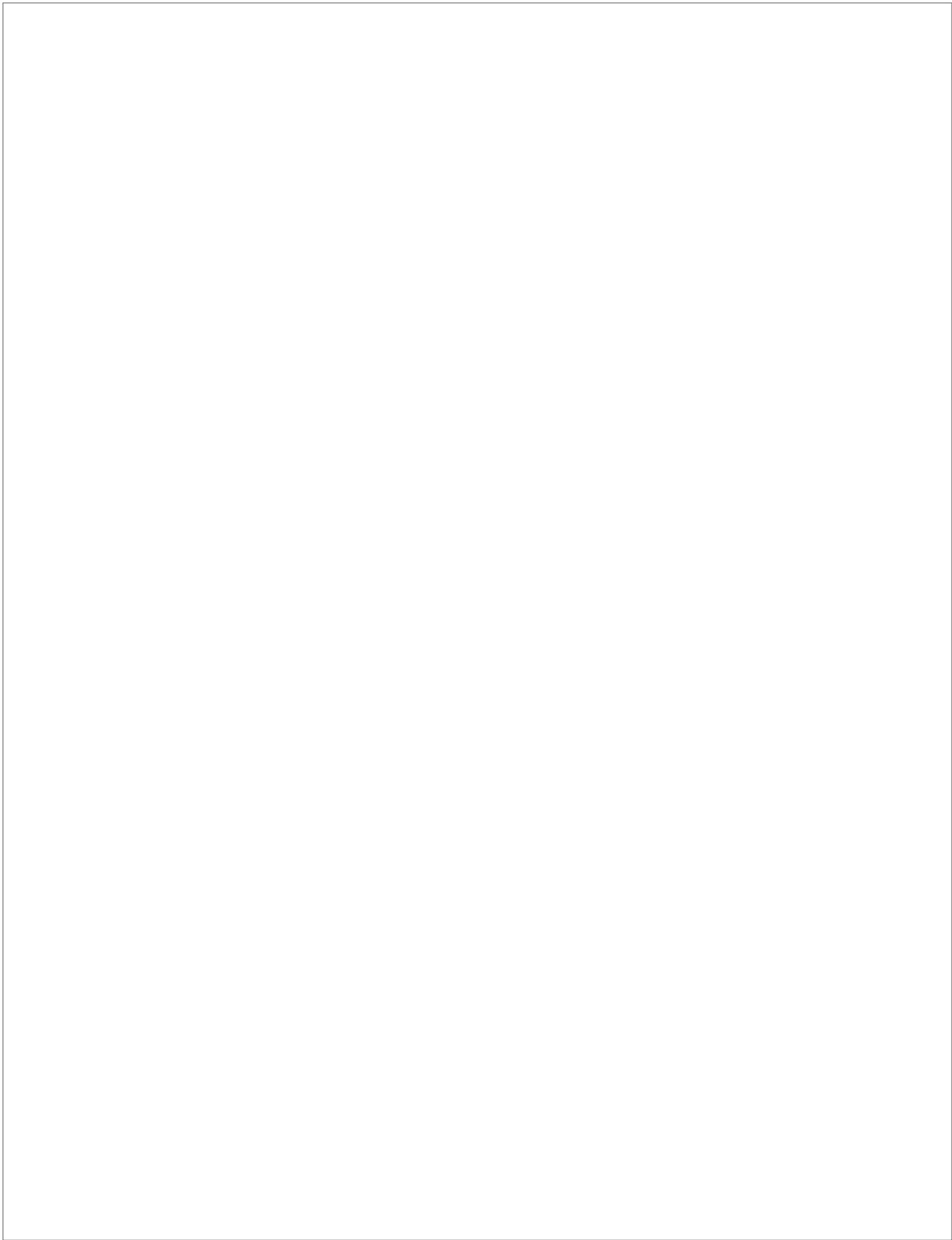
### Objetivos

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Analizar la situación de los Cuidados Paliativos en Ecuador desde la perspectiva de los profesionales médicos.

### 2.2. Objetivos específicos

- Hacer un análisis de la situación de los Cuidados Paliativos en Ecuador.
- Identificar las actitudes, percepciones y expectativas de los médicos acerca de los Cuidados Paliativos en Ecuador.
- Elaborar las recomendaciones prácticas para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Ecuador.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Capítulo 3

### Método

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	Fecha:
VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Método

Se diseñó un estudio de índole cualitativo fundamentado en la “indagación apreciativa” y utilizando como técnicas de recogida de datos: el análisis documental de publicaciones oficiales relacionadas con los cuidados paliativos en Ecuador, la entrevista individual, y el cuestionario DAFO.

### 3.1. La Indagación Apreciativa

Este estudio se enmarca dentro de la Indagación Apreciativa, que es una filosofía y metodología para el cambio organizacional y comunitario. Es un proceso de cooperación para el beneficio social, a partir de una perspectiva centrada en las fortalezas del sistema que se desea evaluar. Está dirigida a la cristalización de sueños, deseos y a generar el escenario de lo que efectivamente podría ser.

En 1999 Cooperrider y Whitney proponen que la Indagación Apreciativa se puede definir como “la colaboración en la búsqueda de lo mejor de las personas, de su organización y del mundo a su alrededor. Involucra el descubrimiento sistemático de lo que le da vida al sistema cuando éste es más efectivo y capaz en términos económicos, humanos y ecológicos” (Cooperrider y Whitney, 1999, p.10).

La Indagación Apreciativa se basó en cinco principios propuestos por David Cooperrider en su tesis (J.Barrett y E.Fry, 2010; Miranda L., 2005):

- *El principio del constructivismo:* plantea que las palabras, así como los símbolos, metáforas e historias no únicamente expresan la realidad, sino que son formativas ya que, de hecho, generan esa realidad, le dan sentido y significado. Se pone el foco en el poder de la palabra como generadora de realidades.
- *El principio de la simultaneidad:* al intervenir en un sistema a través de una serie de preguntas se propicia un cambio en las personas. Las preguntas que se hacen sobre un tema inician conversaciones que crean, mantienen o transforman una forma de ser y hacer.
- *El principio de la anticipación:* la imaginación de escenarios futuros constituye un potente vehículo para transformar los sistemas humanos en tanto en cuanto estructura la acción y forma imágenes esperanzadoras del futuro. La imaginación colectiva y el discurso acerca del futuro son recursos infinitos para generar transformación y mejora organizacional.
- *El principio poético:* Se entiende lo poético como hacer o crear nuevas rutas a través de la inspiración en la organización y la reinterpretación constante. Es este sentido lo que se plantea es que el tópico que se estudia es un acto decisivo, porque ayuda a generar y promover el crecimiento y el desarrollo de la organización. Aquello en lo que se concentra el interés crece y se

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

expande por lo que “debería estar guiado por la visión del mundo que se desea co-crear” (J.Barrett y E.Fry, 2010 pp 47).

- *El principio de lo positivo*: las organizaciones y el ser humano en general son receptivos a la simbología, imágenes y lenguaje positivo. La alegría y la caridad expresadas con esperanza generan ambientes proclives a cambios.

**La Indagación Apreciativa** pretende descubrir y valorar la savia que alimenta el cambio organizacional. Por tanto, el uso del cuestionario DAFO, busca resaltar las fortalezas, aprovechar las oportunidades y transformar las amenazas en modelos de solución y en posibilidades de innovación, cuyos artistas son los mismos sujetos de la investigación. La apreciación que emerge del estudio busca ser una nueva forma de creación de conocimiento dirigida a buscar y descubrir nuevas posibilidades. De ahí que la “pregunta sueño” esté orientada a cambiar la realidad y construir un mejor futuro.

### 3.2. Análisis documental

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica en bases de datos (SciELO, ScienceDirect, Scopus, Medline, Pubmed, Web of Science) acerca de artículos empíricos y de revisión, así como se consultaron los portales web del Ministerio de Salud Pública de Ecuador y de asociaciones profesionales nacionales e internacionales para acceder a sus documentos oficiales. También se han revisado otras fuentes de información tales como libros, guías, documentos legales, planes de estudio de distintas universidades públicas y privadas, informes de organismos internacionales (por ejemplo, de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud) y documentos de comisiones regionales. Los términos clave empleados en la búsqueda fueron: cuidados paliativos O medicina paliativa O cuidados de soporte Y Ecuador Y desarrollo O situación actual Y política pública O política sanitaria Y opioides O medicamentos y servicios O recursos Y formación O educación Y creación O implementación. Como criterio de inclusión, los documentos consultados debían estar redactados en los idiomas español o inglés. Se descartaron aquellos documentos que en el título o resumen no incluyeran temas directamente relacionados con los CP.

Para revisar los documentos se siguió la metodología propia del análisis cualitativo de contenido, procedimiento adecuado para estudiar y analizar las comunicaciones y los documentos de una forma sistemática, objetiva y cuantitativa (López Noguero, 2002).

El análisis documental se completó con información recibida de fuentes claves en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Ecuador con los que se tuvo contacto presencial o telefónico durante la realización del presente trabajo. Estas fuentes fueron contactadas por ostentar cargos políticos o técnicos en las instituciones de gobierno, académicas y de atención sanitaria.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

### 3.3. Entrevistas

El tipo de entrevista elegida para realizar la presente investigación ha sido la semiestructurada, ya que gracias a su estructura flexible y fluida permite al entrevistado compartir más información sobre sus opiniones acerca del tema tratado (Finkbeiner, 2017). Las principales ventajas son (Morse, 2015):

- a) La presencia del entrevistador da una cierta estructura a la entrevista.
- b) La comunicación se optimiza gracias al uso de sus elementos verbales y no verbales.
- c) Le permite al entrevistador refinar ciertas preguntas, así como al entrevistado suscitar respuestas más claras y elaboradas.

Tras determinar el tipo de entrevista a realizar se planteó un *guion de entrevista* para indagar acerca de los temas más relevantes que respondieran a los objetivos de la investigación. Este guion se ha elaborado siguiendo las directrices propias de la metodología cualitativa, de forma que se utilizó un esquema abierto cuyo orden no tenía por qué seguirse estrictamente (Valles, 2002). La guía en la entrevista es especialmente útil ya que proporciona un modo de asegurar que todos los investigadores exploren con los entrevistados las áreas que son objeto de estudio (Patton, 1999). La realización del guion se basó en las siguientes directrices (Morse, 2015):

1. *Identificar las principales características del tema estudiado.* Se han incluido temas referentes a la formación, política sanitaria, actividad de profesionales, servicios de salud y desarrollo de los cuidados paliativos, con el propósito de conocer la situación actual de los CP en el Ecuador. Se ha incidido en la recogida de datos en referencia a las actitudes, expectativas y percepciones de los entrevistados sobre tales tópicos.
2. *Identificar las categorías del tema.* El guion se ha elaborado teniendo en cuenta diferentes categorías de conocimiento tales como aspectos socioculturales que puedan afectar al desarrollo de los CP en el país, el impacto de este servicio en la sociedad, la implicación de las autoridades políticas en esta temática, etc.
3. *Identificar si las preguntas están bien elaboradas.* Las preguntas acerca de la temática se elaboraron bajo las siguientes consideraciones (Chadwick, Bahr, y Albrecht, 1984):
  - ¿Se han incluido todas las preguntas necesarias?
  - ¿Las preguntas se anticipan a las respuestas deseadas?
  - ¿Las personas entrevistadas pueden dotar de significado a las preguntas planteadas durante la entrevista?
  - ¿Las preguntas realizadas contienen un doble significado?
  - ¿Una única pregunta implica múltiples cuestiones de forma simultánea?
  - ¿Las preguntas realizadas siguen un orden lógico?

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- ¿El guion de la entrevista planteado motiva a los médicos a participar en el estudio?

Para desarrollar el guion de la entrevista se indagó en primer lugar acerca de la visión de los entrevistados sobre los CP en Ecuador. Tras ello, se profundizó en sus actitudes, percepciones y expectativas, considerando tales conceptos como:

- *Actitudes*: creencias, opiniones y sentimientos de los entrevistados ante la situación de los CP en Ecuador, así como su experiencia en este ámbito. De esta forma se pretende recabar el significado que tienen los CP para el médico en un contexto que él puede evaluar.
- *Percepciones*: la capacidad del médico para expresar sus sensaciones, impresiones e ideas sobre los CP en Ecuador, a partir de su experiencia previa.
- *Expectativas*: anticipación del médico sobre los cambios de los CP en Ecuador desde su experiencia previa y la posibilidad de que sean alcanzados en un futuro.

A continuación, se muestra el guion utilizado en este estudio para la recogida de datos durante la entrevista (Tabla 2):

Tabla 2.  
Guion de la entrevista.

Temática	Preguntas
Preguntas relacionadas con sus Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué conocimiento tiene usted acerca de los Cuidados Paliativos en Ecuador?</li> <li>- ¿Conoce la nueva “Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos” aprobada por el Ministerio de Salud Pública?</li> <li>- ¿Cuál es su conocimiento acerca de los servicios que se brindan en CP en el país?</li> <li>- ¿Conoce quiénes integran un equipo de CP?</li> <li>- ¿Qué sabe acerca del uso de los fármacos en CP?</li> </ul>
Preguntas relacionadas con sus Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué opina sobre el uso de opioides para el manejo del dolor?</li> <li>- ¿Qué actitud tienen los médicos ante el final de la vida?</li> <li>- ¿Cómo es la relación con el paciente, por ejemplo, a la hora de comunicarle malas noticias?</li> <li>- En general, ¿cómo debe ser la actuación del médico en el tratamiento de un paciente paliativo?</li> </ul>
Preguntas relacionadas con sus Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es su percepción acerca del trabajo interdisciplinar y multidisciplinar en CP?</li> </ul>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué necesidades cree que existen en cuanto al desarrollo de los CP en Ecuador?</li> <li>- ¿Cree que estas necesidades están cubiertas?, si no es así, ¿cuáles son los obstáculos?</li> <li>- ¿Cuál es su percepción acerca del uso, disponibilidad y accesibilidad de opioides en Ecuador?</li> </ul>
Preguntas relacionadas con Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagine que un día cualquiera, en el ejercicio de su práctica profesional, puede elegir una “situación ideal” del desarrollo de los CP en Ecuador (como si fuera un “sueño”). ¿Cuál sería para usted ese “sueño”?</li> <li>- ¿Cree que podrá conseguirse este “sueño” que usted plantea en un futuro próximo? ¿Cómo conseguirlo?</li> <li>- ¿Cuáles son sus recomendaciones para el desarrollo de los CP en Ecuador?</li> </ul>
Comentarios adicionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Tiene o ha tenido alguna experiencia con pacientes que quisiera compartir?</li> <li>- ¿Le gustaría añadir algo más?</li> </ul>

Para la realización de las entrevistas se tomaron en cuenta las posibles interferencias que se pudieran presentar por parte del informante, si el entrevistador fuese un médico a quien él conociera o por el hecho de ser colegas. Para descartar o confirmar la posibilidad de que este factor pudiese influir, unas entrevistas fueron hechas por un miembro del equipo ajeno a la medicina, otras por el médico investigador y otras por ambos integrantes del equipo. Se valoraron las entrevistas y no se encontraron diferencias entre ellas, a excepción de las que pudieran aportar las notas tomadas cuando estuvieron presentes ambos investigadores.

### 3.3.1. Consideraciones Éticas

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). A continuación se describen las principales consideraciones éticas de esta investigación:

#### 3.3.1.1. Selección de los participantes

La selección de la muestra ha sido llevada a cabo mostrando en todo momento el máximo respeto por los participantes y preservando los principios de justicia y beneficencia requeridos para mantener los más altos estándares de ética profesional. Se ha intentado asegurar la variedad de médicos entrevistados mediante una correcta selección de los participantes iniciales. Se ha balanceado dicha muestra teniendo en cuenta el género, la edad y la especialidad médica. Los sujetos han sido seleccionados

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

de manera equitativa, sin dar lugar a prejuicios o preferencias derivadas de diferencias sociales, raciales, sexuales, económicas, políticas o culturales.

### 3.3.1.2. Derechos y opciones de los participantes

La participación en este estudio ha sido completamente voluntaria. El participante ha sido libre de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello haya tenido ningún tipo de consecuencia negativa. Si el informante decidía no participar antes de la investigación o durante la entrevista solo ha tenido que decirselo al investigador principal o al resto de co-investigadores, quienes se han comprometido a interrumpir el proceso inmediatamente.

### 3.3.1.3. Posibles riesgos para los participantes

Los riesgos derivados de esta investigación son mínimos, tanto a nivel psicológico y/o emocional como físicos. No obstante, se tuvieron en cuenta algunos potenciales riesgos al momento de la recogida de los datos de la investigación:

- El participante podría sentir incomodidad o molestia al responder acerca de algunas de las preguntas que se le formularon durante la entrevista.
- El participante podría sentir que el tiempo empleado durante la entrevista le resta tiempo de su práctica profesional diaria o de su tiempo libre.
- El participante podría mostrar recelo ante los posibles efectos de la divulgación de la información proporcionada durante la entrevista.
- El participante podría pensar que sus opiniones serían juzgadas por el entrevistador.

Los investigadores que han desarrollado este estudio han intentado disminuir y/o eliminar las posibilidades de que ocurrieran los riesgos mencionados con anterioridad. En primer lugar, se ha transmitido a los participantes que podían abandonar la entrevista siempre que se sintieran incómodos o consideraran que el tiempo que podían dedicar a este estudio se había agotado. Por otro lado, las preguntas han ido encaminadas a conocer sus conocimientos, expectativas, actitudes y percepciones acerca de los CP en Ecuador, por ello sus respuestas han sido libres y han dependido únicamente de sus opiniones y creencias. Además, la información que han proporcionado nunca ha sido juzgada por el entrevistador. Por último, la divulgación de la información siempre ha mantenido el anonimato de los participantes. Todas las actuaciones de los investigadores han estado encaminadas a reducir la invasión de su privacidad, a mantener la confidencialidad de los datos y a minimizar otros posibles riesgos que pudieran ocasionarse.

### 3.3.1.4. Posibles beneficios para los participantes

Se ha planteado que la participación en esta investigación también podría conllevar posibles beneficios para los participantes. Los resultados de este estudio

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

pretenden recabar información acerca del estado actual de los CP en Ecuador desde la perspectiva de los profesionales médicos, con la finalidad de dar voz a sus vivencias y expectativas. Mediante la publicación de los resultados de la investigación, podremos concienciar a la sociedad ecuatoriana de la necesidad de desarrollar los CP con todas las ventajas que estos ofrecen a los pacientes, a sus familiares y a la sociedad. Por último, mediante este estudio se pretende conocer las propuestas de cambio y posible mejora a nivel clínico, educativo, social y/o político que propongan los profesionales médicos. La publicación de tales propuestas podría influir sobre el desarrollo actual de este ámbito en el país y por ello potencialmente podría mejorar la calidad del trabajo diario en CP de los propios médicos que participen en la investigación.

### 3.3.1.5. Seguridad y confidencialidad en la recogida y almacenamiento de los datos

La información que se ha recogido fue confidencial y no se ha usado para ningún otro propósito fuera de los propios de esta investigación. Antes de comenzar la entrevista, los investigadores entregaban una copia del formulario de consentimiento informado (Anexo 1) a los participantes, quienes debían leer su contenido y firmarlo en caso de estar de acuerdo con el procedimiento de la investigación (por duplicado, ya que una copia era para el participante y otra copia para los responsables del proyecto). Los investigadores también debían firmar el mismo formulario.

Para no desvelar la identidad ni los datos personales de los participantes se han tenido en cuenta las siguientes medidas:

- La información de las entrevistas se ha utilizado eliminando los datos personales. Todos los datos se han guardado en archivos seguros a los que sólo se ha tenido acceso por contraseña. El nombre y cualquier otra información que permitiera la identificación no se ha relacionado con la información de cada participante.
- La información ha sido transcrita y procesada únicamente por los investigadores y tratada de forma completamente anónima y confidencial.
- El nombre de los participantes no ha sido mencionado en los reportes o publicaciones.
- Las entrevistas han sido grabadas en audio. El participante, sabiendo que las personas del grupo de investigación analizarían dicha grabación, ha autorizado la misma en el formulario de consentimiento informado (Anexo 1)

Los datos de la investigación se guardarán hasta la finalización del proyecto de investigación (fecha estimada Septiembre de 2017). Una vez finalizado, los datos serán archivados durante tres años para poder realizar publicaciones y reportes de resultados en conferencias y congresos científicos.

### 3.3.1.6. Responsabilidades de los investigadores del estudio

Las responsabilidades del investigador principal y co-investigadores han sido las siguientes:

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- 1) Verificar que los participantes tuvieran un nivel de comprensión adecuado para entender tanto los objetivos de la investigación como los documentos entregados (formulario de consentimiento informado, hoja de datos sociodemográficos y por último el cuestionario DAFO). En este sentido, fue responsabilidad de los investigadores utilizar un lenguaje claro y entendible en todo momento (tanto a nivel escrito como oral durante la formulación de las preguntas durante las entrevistas).
- 2) Mantener estrictamente el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información recolectada. Además, evitar la invasión de la propia privacidad de los participantes durante el proceso de la investigación.
- 3) Asegurar que los riesgos de los participantes durante el proceso de la investigación fueran mínimos y/o inexistentes. Si esta investigación tuviera algún tipo de consecuencia negativa para los participantes, es responsabilidad de los investigadores crear los procedimientos necesarios para reparar los posibles daños producidos.
- 4) Mantener en todo momento los principios éticos necesarios durante una investigación con sujetos humanos: respeto, beneficencia y justicia.
- 5) Potenciar y revertir los beneficios de la investigación sobre los propios participantes y sobre el conjunto de la sociedad.
- 6) Publicar los resultados de esta investigación con el propósito de informar a la comunidad científica y a la sociedad en general de la situación actual de los CP en Ecuador desde la perspectiva de los profesionales médicos.

### 3.3.2. El reclutamiento

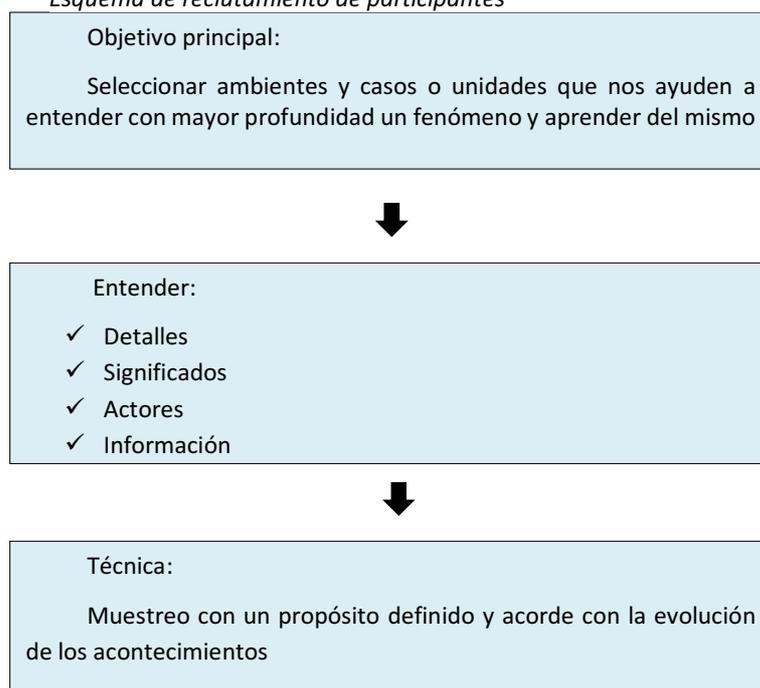
Tras la formulación del problema objeto de investigación se decidió el tipo de muestra que formaría parte del presente estudio. El diseño muestral cumplió con la flexibilidad y reflexividad al momento de las decisiones muestrales, lo cual llevó a los investigadores a descubrir otras redes que se consideraron para el estudio, como fue el caso de los médicos generales que prestan atención paliativa.

Por último se observaron los criterios de acumulación y secuenciación, dado que se respondieron las preguntas previstas y se obtuvo la información suficiente (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014).

Para reclutar a los participantes que realizarían las entrevistas se utilizó el siguiente esquema:

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Figura 2.  
Esquema de reclutamiento de participantes



Fuente: Adaptado de (Hernández Sampieri y cols., 2014; Mertens 2010).

En primer lugar, se seleccionaron aquellos contextos de recogida de datos relevantes al problema de investigación planteado. Los criterios de selección de ambientes fueron:

- *Tipo de instituciones:* públicas y privadas tales como: asilo, hospital (general, de crónicos, de agudos o exclusivo de CP), casa de día, clínica, hospicio y consulta privada.
- *Nivel de la institución:* primer, segundo y tercer nivel.
- *Características de las instituciones:* también se indagó si las instituciones tenían unidades específicas de CP, la referencia y contra-referencia de los pacientes que requieren este servicio y la accesibilidad de opioides en la propia institución. Se buscó un clima propicio para el entrevistado, siendo quien escogió el lugar de la entrevista. Habitualmente estas se realizaron en los lugares de trabajo, excepto en tres casos en los que se efectuaron fuera de ellos, por la elección del médico.

Por otro lado, la selección de los participantes se realizó en base a los siguientes criterios (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014; Valles, 2002):

37

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- **Criterio de pertinencia:** profesionales médicos de Ecuador cuya práctica profesional se relacione de alguna manera con el ámbito de los CP, en las especialidades de Oncología y Cirugía Oncológica, Geriátrica, Medicina de Familia, Anestesiología, Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Endocrinología, Nefrología, Dermatología, Pediatría y Cirugía reconstructiva.

Por otra parte, el diseño muestral se hizo de manera **intencionada y razonada**, por lo que se eligieron actores representativos en el área de los CP. Es así que participaron profesionales de sectores políticos, como el Ministerio de Salud Pública, médicos que ejercen como paliativistas en hospitales privados, con amplia cobertura y prestigio y médicos que trabajan con pacientes sujetos de atención paliativa en los hospitales públicos más grandes del país.

- **Criterio de accesibilidad de la muestra:** se escogieron a Quito, Guayaquil y Cuenca, por ser las ciudades del país con mayores tasas de densidad de población y de mortalidad. Las provincias de Manabí y Los Ríos, que tienen elevadas tasas de mortalidad no fueron incluidas por dificultades logísticas y se seleccionó a Loja, por ser la sede de la UTPL.
- **Criterio de heterogeneidad:** Se tomó en cuenta la importancia de la heterogeneidad de la muestra para abarcar la mayor diversidad de discursos posible. Con esta finalidad se entrevistaron a profesionales médicos de distintas edades, hombres y mujeres, con mayor y menor número de años de experiencia profesional. Además, se tuvieron en cuenta diferentes perfiles de formación de los médicos en CP. Se averiguó acerca de su bagaje de conocimientos en esta temática adquiridos a través de cursos o asistencia a conferencias, así como mediante la obtención de títulos de diplomado, maestría o especialidad. Por último, se indagó acerca de la pertenencia a asociaciones nacionales e internacionales de CP y el posible trabajo con personas que requieren de este servicio por medio de equipos multi-nivel, de apoyo hospitalario y de voluntarios.

Tal como ocurre en las investigaciones cualitativas, en ocasiones se recurre a una estrategia de muestreo mixta que combine varios tipos de muestra. En base a este criterio, se utilizaron las siguientes técnicas de muestreo cualitativo (Hernández Sampieri y cols., 2014):

- **Muestra de expertos y por conveniencia:** se comenzó la investigación entrevistando a aquellos médicos expertos en el área de CP que dieron apertura a la entrevista. Esta selección inicial se ejecutó gracias a las redes personales del investigador.
- **Muestra en cadena o por redes (“técnica de bola de nieve”):** a los participantes clave se les preguntó si conocían a otros médicos que pudieran participar en el estudio. Tras obtener la información, se contactó con el resto de participantes por vía telefónica.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

- **Muestra de oportunidad:** también se entrevistó a médicos cuya participación en el proyecto no estaba prevista, sino que fueron reclutados de manera fortuita. Es decir, encontrados por casualidad en el momento de acceso a instituciones sanitarias con el propósito de entrevistar a otros profesionales.

Para determinar el **número de informantes** se han tenido en cuenta tres factores fundamentales considerados en el ámbito de la metodología cualitativa (Hernández Sampieri y cols., 2014; Koerber y McMichael, 2008):

- 1) Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que se pueden manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que tenemos).
- 2) El entendimiento del fenómeno (el número de casos que permite responder a las preguntas de investigación).
- 3) La naturaleza del fenómeno en análisis (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si recolectar la información correspondiente lleva poco o mucho tiempo).

Tras considerar estos criterios, se planteó un tamaño muestral mínimo de 20 a 30 casos, recomendado específicamente para aquellos estudios cuya metodología implica la aplicación de entrevistas (Johnson y Christensen, 2016). Para no incurrir en un dilema ético al predefinir el tamaño de la muestra, se optó por acoger el criterio de saturación. Esto es, el punto en que ya no se obtiene nueva información, esta comienza a ser redundante y se confirman los datos recogidos previamente. Se tomaron en cuenta la saturación de códigos y la saturación de significados (Hennink, Kaiser, y Marconi, 2017). (Hennink y cols., 2017).

La descripción de la muestra final compuesta por aquellos médicos que realizaron la entrevista se detalla en el siguiente apartado.

### 3.3.3. Descripción de los participantes que realizaron la entrevista

Para seleccionar a los participantes se consideró lo siguiente:

- Que tengan conocimiento del tema.
- Que estén en capacidad de dar información detallada de su experiencia relacionada con el tema que se investiga.
- Que deseen participar.

Antes de realizar las entrevistas se explicó a los médicos seleccionados el propósito y el tiempo aproximado de duración de la entrevista. Se aseguró la confidencialidad de los datos y de su almacenamiento. Se aseveró que los participantes podrían ampliar las preguntas o no contestarlas, así como la posibilidad de que hicieran preguntas durante la entrevista. Se anticipó la posibilidad de que los entrevistados abandonaran el encuentro si así lo decidieran.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

### 3.4. Análisis DAFO

#### 3.4.1. El DAFO como técnica de recogida de datos

El análisis DAFO tiene su origen como método de planificación estratégica de las empresas en escuelas de negocios americanas (Hill y Westbrook, 1997). DAFO es un acrónimo de Debilidades (D), Amenazas (A), Fortalezas (F) y Oportunidades (O). Este instrumento divide el análisis de una problemática concreta en dos planos según el factor sea positivo (F y O) o negativo (A y D) e interno (D y F) o externo (O y A) (Dyson, 2004). Una vez identificados estos factores, se pretende construir sobre las fortalezas, eliminar las debilidades, explotar las oportunidades y contrarrestar las amenazas sobre la problemática abordada.

Es importante tener en cuenta que, por su naturaleza el cuestionario DAFO es un método subjetivo (Brender, 2006), con lo cual lo que para unos puede ser una Fortaleza, para otros puede constituir una Debilidad. Así mismo, una Oportunidad puede ser a la vez una Amenaza.

Las razones por las cuales hemos recurrido a este método de análisis son (Morgan, 1998):

- Tener una visión más amplia de los CP desde su organización interna, ya sea política, académica, asistencial, organizativa.
- Abarcar un grupo de personas variado, en cuanto a edad, sexo, especialidades, práctica asistencial, formación en CP.
- Incluir a profesionales cuyo ejercicio abarque diversos grupos socio económicos y culturales de pacientes.
- Complementar los resultados de los distintos métodos empleados, utilizando el potencial de cada uno de ellos.

El análisis del DAFO se describe como un conjunto de reglas que se utilizan para confrontar los significados y capacidades internas con el desarrollo externo de un tópico, en este caso CP en Ecuador. La pregunta clave es: ¿tenemos los medios y las capacidades para soportar las amenazas y explotar las oportunidades de los CP en Ecuador? Para ello, se deben tener en cuenta los siguientes puntos (Wijngaarden, Scholten, y Wijk, 2012):

1. Formular desarrollos externos como oportunidades y amenazas.
2. Formular significados y capacidades internas como fortalezas y debilidades.
3. Confrontar las fortalezas y las debilidades con las oportunidades y amenazas.
4. Usar los resultados para formular estrategias.

En esta investigación se usó un análisis DAFO basado en el diseño realizado por Pastrana (T. Pastrana, Centeno, y De Lima, 2015; T Pastrana y cols., 2012) como parte del Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica (ACPL) (Connor y Sepulveda Bermedo, 2014). El objetivo de aplicar este instrumento es describir las características de los CP organizadas en cinco secciones: servicios de salud, formación, actividad de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

profesionales, política sanitaria y desarrollo de los CP en Ecuador. La definición de los elementos que conforman el DAFO de esta investigación se resume a continuación (Brender, 2006; Chermack y Kasshanna, 2007) (el instrumento se puede consultar en el Anexo 2):

- Fortalezas: son todos aquellos elementos internos y positivos propios de los CP en Ecuador.
- Oportunidades: son aquellas situaciones externas y positivas que se generan en el entorno y que pueden ser útiles para el avance de los CP en Ecuador.
- Debilidades: son todos aquellos atributos internos (recursos, habilidades, actitudes, etc.) que constituyen barreras para el avance de los CP en Ecuador.
- Amenazas: son aquellas condiciones externas y negativas que dañan el avance de los CP en Ecuador por lo que, llegado al caso, puede ser necesario diseñar una estrategia adecuada para poder sortearlas.

### 3.4.2. El reclutamiento

Al inicio se aplicó el DAFO a los primeros profesionales entrevistados y, tras realizar una reflexión acerca de la información obtenida, se definió el tipo de muestra que formaría parte del presente estudio. Se reclutó a los participantes tomando en cuenta los mismos entornos que para los médicos entrevistados. Así mismo, el proceso de reclutamiento se desarrolló siguiendo el esquema mostrado previamente (Figura 1). En este caso, la selección de los participantes se realizó en base a los siguientes parámetros (Valles, 2002):

- **Criterio de representatividad:** profesionales médicos de Ecuador cuya práctica profesional se relacione de alguna manera con el ámbito de los CP, tal como se había descrito. En este caso se amplió la muestra a los médicos generales, ya que son ellos quienes cubren la atención primaria en salud, trabajan en medios rurales y atienden en calidad de residentes a nivel hospitalario.
- **Criterio de accesibilidad de la muestra:** se aplicó el instrumento a médicos del ámbito urbano de todo el país.
- **Criterio de heterogeneidad:** se utilizaron los mismos criterios de heterogeneidad que para los médicos entrevistados.
- En base a un diseño muestral **flexible y reflexivo** se optó por incluir a los médicos generales que trabajen en Atención Primaria en Salud (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014).

Para obtener la muestra de los participantes se utilizaron las técnicas de muestreo cualitativos descritas con anterioridad (muestra de expertos y por conveniencia, en cadena o por redes y de oportunidad). Adicionalmente se contactó con otros profesionales tales como representantes de universidades, centros hospitalarios y Colegios de Médicos y se realizó un envío masivo en los entornos seleccionados. La aplicación del DAFO fue de dos formas: 1) papel y lápiz (Anexo 2) y 2) vía correo

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

electrónico a través del siguiente enlace: <https://goo.gl/cFIOPU>. Cabe mencionar que las personas que rellenaron el DAFO también cumplimentaron la ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3). La descripción de la muestra final compuesta por aquellos médicos que realizaron el DAFO se detalla en el capítulo 4 de resultados.

### 3.5. Rigor Metodológico

#### 3.5.1. Compromiso prolongado y Observación persistente

Este proyecto fue inspirado cuatro años antes de que se plasmara en un papel, en el año 2010. Desde entonces se empezó de manera simultánea con la revisión bibliográfica, la inmersión en los centros de atención a pacientes sujetos de CP y el contacto con las personas comprometidas en dar voz a los CP, tanto a nivel político, como asistencial y académico.

#### 3.5.2. Triangulación

La investigación fue contrastada de manera continua con expertos investigadores médicos que formaron parte del estudio. Participaron también investigadores de psicología, lo cual contribuye, como indica Patton (Patton, 1999) a evitar los sesgos de interpretación.

Por lo tanto, se puede decir que se realizó la Triangulación de investigadores, la Triangulación disciplinar, además de la Triangulación interna del observador.

Por otra parte, la recogida de datos se realizó con diferentes técnicas, como son las entrevistas semi estructuradas y el cuestionario DAFO y se utilizó el potencial de cada uno de ellos para conseguir resultados complementarios, tal como señala Morgan (Morgan, 1998). De esta manera se complementaron aspectos del mismo fenómeno y se cumplió con la Triangulación de métodos.

#### 3.5.3. Credibilidad

Otra forma de asegurar la Credibilidad de la investigación, además de la Triangulación citada, es la búsqueda de casos negativos o contradictorios (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014). Esto se consiguió a través de las entrevistas aplicadas a profesionales de diferentes sectores de la salud (público y privado), a médicos con más edad y experiencia en el ámbito de los CP, frente a aquellos que apenas han empezado su contacto. Es así como se obtuvieron puntos de vista diferentes. Por ejemplo, en cuanto a abastecimiento de medicación, hay profesionales que afirman que la dotación de fármacos es adecuada, en tanto que otros indican que apenas se accede a la mitad de los fármacos de uso indispensable.

Para establecer la credibilidad del estudio se mantuvo un constante contacto con profesionales que trabajan en CP, de forma personal o en Congresos, seminarios, talleres. De manera formal o informal.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Para cumplir con el criterio de credibilidad el investigador llevó un registro permanente de notas personales de la investigación.

#### 3.5.4. Transferibilidad

Se logró satisfacer este criterio, al involucrar en el estudio a sujetos representativos en el ámbito de los CP en Ecuador.

La descripción de los datos obtenidos fue detallada e incluyó a todos los participantes. Se tomaron en cuenta los diferentes contextos, para posteriormente comparar los resultados y diseminarlos. Es importante indicar que la muestra de profesionales obtenida fue amplia, en función del criterio del lugar de trabajo de los participantes. Para las entrevistas se seleccionaron informantes de Quito, Guayaquil, Cuenca y Loja. Para los DAFO, no hubo selección espacial al enviar los correos con los cuestionarios. No obstante, la respuesta fue mayor en Quito, donde el investigador tenía más contactos.

#### 3.5.5. Dependencia

La investigación cumple con el criterio de Dependencia, ya que se constata una estabilidad en los datos obtenidos.

### 3.6. Análisis cualitativo

El análisis cualitativo es un proceso iterativo de inmersión del investigador en los datos que ha recabado, hasta darles significado y sentido (Hanson y cols., 2011).

Según Calderón, el proceso de análisis da orden, estructura y significado a la información obtenida a partir de los datos, de tal manera de que sea posible comprender lo estudiado (Calderón Gómez y Fernández De Sanmamed Santos, 2014).

En la investigación cualitativa, el uso de software de apoyo ha ido en aumento, especialmente desde la década de los ochenta (Banner y Albarran, 2009). Neri de Souza sostiene que el uso de herramientas tecnológicas en la investigación debe servir solo como ayuda para un mejor registro, visualización, organización y sistematización de los datos y no sustituye el escrutinio del investigador en la percepción del fenómeno, ni en la comprensión de los resultados (Neri de Souza y Neri de Souza, 2016).

El acercamiento a estas herramientas pretende aligerar los procesos de codificación, búsqueda, recuperación e indexación de datos. Facilita encontrar relaciones, modelos y la generación de teorías, lo cual supone un avance en la efectividad a la hora de analizar los datos. La utilización de estas aplicaciones informáticas para el análisis mejora el rigor de la investigación, hace el proceso más auditable y transparente y allana el trabajo entre varios investigadores (Banner y Albarran, 2009).

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

### 3.6.1. Análisis cualitativo con software Atlas Ti

El software Atlas Ti, es una herramienta destinada a guiar al analista en la interpretación de datos textuales. Esto lo hace a través de dos medios: Redes semánticas y Recuperación de textos a través de Operadores Lógicos, Semánticos y de Oportunidad.

La finalidad de esta interpretación de datos es descubrir redes de relaciones y elaborar teorías.

Para cumplir con estos objetivos, el software parte de los datos textuales, a los que abstrae de una forma flexible, creativa y sistemática.

El programa Atlas.ti se basa en los principios VISE (Penalva Verdú, Alaminos Chica, Francés García, y Santacreu Fernández, 2015):

- **Visualización** de las propiedades complejas y relaciones de los datos, con el fin de captar su significado y estructura.
- **Integración**: favorece mantener la unidad, la relación con el conjunto, el mismo que se fragmenta en códigos, familias redes, que se almacenan en la unidad hermenéutica.
- **Serendipitividad**: el entorno del programa está preparado para que a lo largo del proceso surjan planteamientos novedosos y creativos que no se buscaban. Así el investigador se puede encontrar con hallazgos casuales a través de la revisión de los datos.
- **Exploración**: el programa facilita la exploración en los diferentes archivos y contenidos, para encontrar relaciones y desarrollar una teoría.

El curso que sigue este software para el análisis es:

- **Textual**: Fragmenta el texto en códigos, permite anotaciones, memos.
- **Conceptual**: Realiza operaciones abstractas para vincular los códigos, construir redes semánticas y modelos.
- **Organizacional**: Conecta el nivel Textual con el Conceptual. Organiza los datos cambia la codificación de los textos, traspasa los proyectos a otros programas y computadores.

Para poder entender este proceso de análisis se ha visto importante definir ciertos términos (Penalva Verdú y cols., 2015):

- **Segmentos de texto**: Son citas con un significado. Frases, párrafos que el analista considera importantes. Para llegar a ellos se ha realizado una interpretación primaria, que normalmente se vincula con un código.
- **Códigos**: Captura algún significado de los datos, busca donde estos ocurren, compara los contextos y establece el código o agrupa citas que se refieren al mismo concepto.

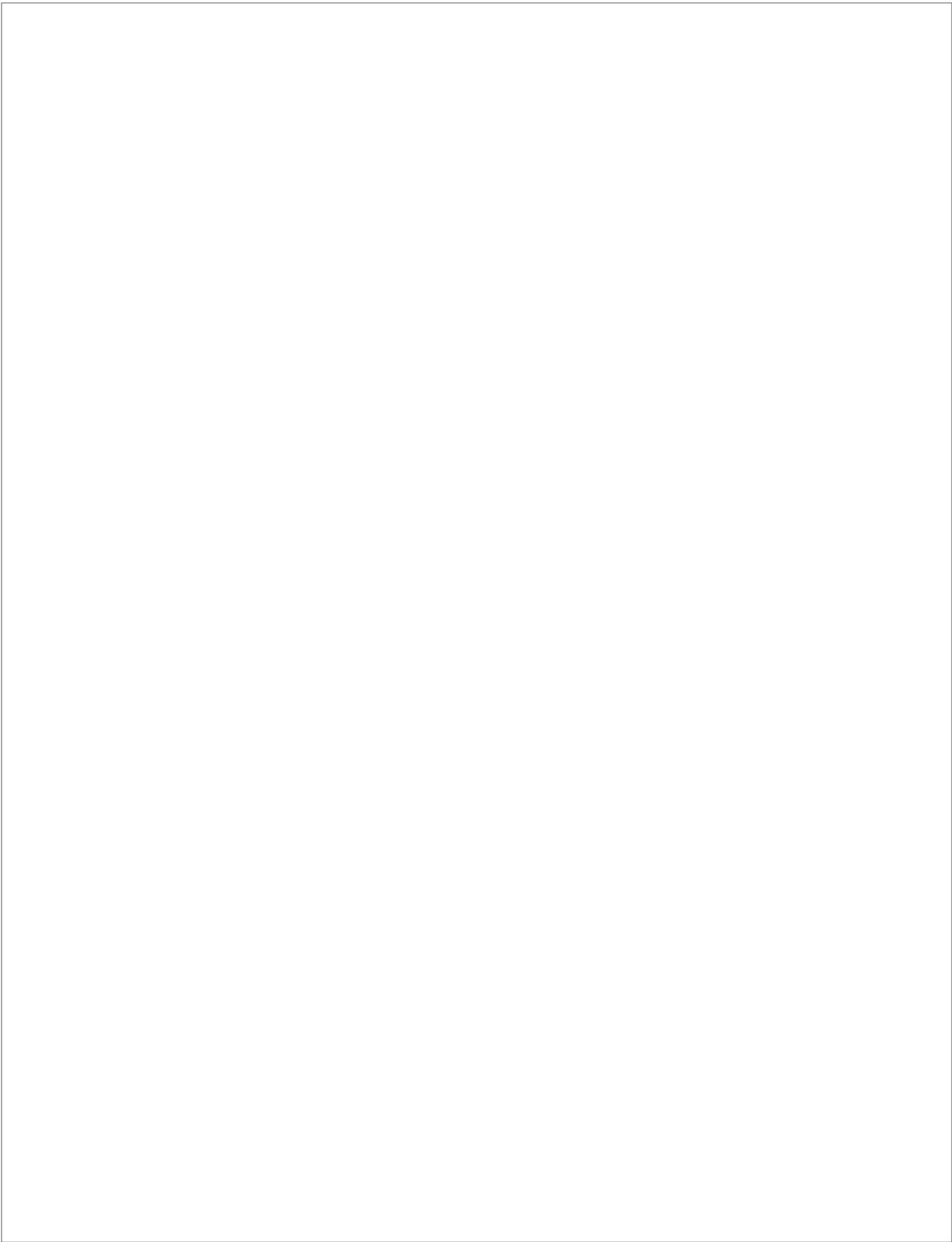
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- **Familias o Grupos de códigos:** Son un contenedor de datos, códigos, citas, memos relacionados entre sí. Incorpora estos elementos, los interpreta, filtra, y realiza una elaboración conceptual.
- **Redes:** Se refiere a la labor de conectar códigos, citas para visualizar la estructura.
- **Unidad hermenéutica:** Constituye un archivo donde se almacenan toda las citas, códigos, familias y demás datos.

Para el análisis de esta investigación se utilizó el programa Atlas Ti. Se hizo una inmersión inicial en los datos para tratar de entenderlos en su totalidad. Se realizó una lectura general de las transcripciones, previamente anonimizadas y se las insertó en el Software de apoyo, Altas Ti.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

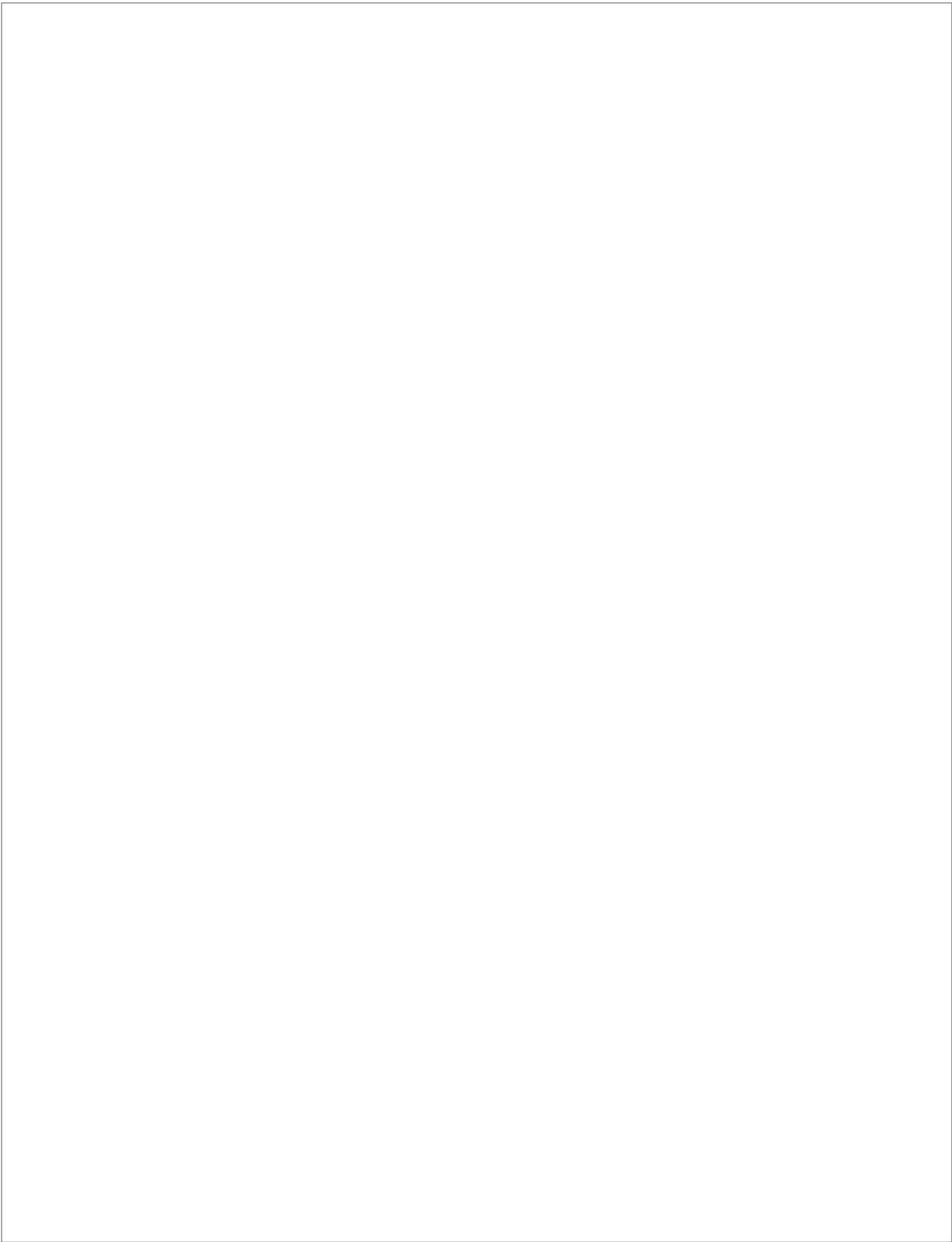
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Capítulo 4

### Resultados

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Resultados

Se plantea un análisis crítico sobre el fenómeno a estudiar en el contexto concreto de Ecuador, como integrante de Latinoamérica, con el objetivo de generar un marco de entendimiento sobre la situación de la Salud y los fundamentos sociodemográficos e históricos en el desarrollo de los CP en el país. Este análisis incorpora información de los resultados de la investigación documental y aquella recogida de los contactos establecidos durante el desarrollo de la tesis con informantes clave, así como la discusión sobre estas informaciones y su comparativa con otros contextos.

Una vez descrito el estudio sobre los CP en el marco de la Formación, Políticas, Medicamentos, Servicios Sanitarios y Actividades de los Profesionales se muestra el análisis cualitativo de las actitudes, percepciones y expectativas de los médicos informantes en cada una de las cinco secciones mencionadas.

Estos resultados serán examinados en profundidad para contrastar la subjetividad de la muestra con la bibliografía y evidencias existentes.

Para finalizar este capítulo se mencionan las recomendaciones hechas por los participantes y recogidas en la “pregunta sueño”.

### 4.1. Análisis del contexto de la organización sanitaria y los cuidados paliativos en Ecuador

La República del Ecuador es una Nación que está ubicada al noroeste de América del Sur. Limita al norte con Colombia, al sur y este con Perú, y al oeste con el Océano Pacífico. Esta nación multicultural, cuya capital es Quito, incluye 24 provincias, 269 cantones y 16.144.000 habitantes (ONU (Organización de las Naciones Unidas), 2015). Su superficie territorial es de 283.561km<sup>2</sup> y sus tres regiones naturales principales son la Costa, la Sierra y el Oriente (Gattini y Ruiz, 2012). Al igual que otros países de Latinoamérica, Ecuador es una región recientemente industrializada con una economía y comercio en vías de desarrollo (INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), 2012).

#### 4.1.1. Situación de la Salud en Ecuador

La salud en Ecuador está regida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la conforman instituciones tanto públicas como privadas.

##### 4.1.1.1. Situación de Salud en el sector público

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014) al sector público de la salud ecuatoriana pertenecen las siguientes instituciones: MSP, Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y los servicios de salud que dependen de las municipalidades. También, se encuentran los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MIES y los servicios municipales ofrecen atención a la población no asegurada. El ISSFA a través de servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria.

El MSP y el IESS tienen en conjunto el mayor volumen de infraestructura de atención. En el año 2008 la cobertura del MSP era del 51% de la población y la del IESS correspondía al 20% de los ecuatorianos, dentro de la cual se considera al 6% de la población asegurada correspondiente al seguro campesino (Lucio y cols., 2011). El informe del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, indica que la población cubierta por el MSP hacia el año 2014, es del 75% (Maceira, 2014).

Los servicios de salud del MSP están organizados por Niveles de Atención, según su capacidad resolutoria, conforme señala el Acuerdo Ministerial 5212 del MSP (2014b).

En el marco de esta organización, los CP se brindan en los siguientes niveles:

**Primer Nivel de Atención:**

Son los establecimientos de salud más cercanos a la población. Los que prestan servicios de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Son: el Puesto de salud, el Centro de Salud A, B y C.

El Puesto de salud atiende en zonas rurales, está a cargo de Auxiliares de Enfermería y Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), promueve la atención comunitaria y los primeros auxilios. Presta servicios en prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y CP. Cuenta con un botiquín.

Los Centros de Salud A están a cargo de los Equipos de Atención Integral en Salud conformados por médico familiar/general, enfermero, odontólogo y “obstetriz”<sup>3</sup>.

Los Centros de Salud B además de ofrecer servicios en prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y CP, cuentan con servicio de psicología, nutrición, rehabilitación, laboratorio e imagen de baja complejidad. Ambos disponen de farmacia institucional y pueden estar en centros urbanos o rurales.

Los centros A atienden a una población de hasta 10 mil habitantes y los B a una población entre 10 y 50 mil habitantes.

---

<sup>3</sup> En Ecuador existen los estudios universitarios de graduado en “obstetricia” para “formar profesionales Obstetrices, éticas, humanistas, con competencias técnicas, científicas y de investigación para la resolución de los problemas de la Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Mujer, Familia y Comunidad, respondiendo a la demanda social” (“Universidad Central del Ecuador,” 2017).

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

Los Centros de Salud C están en el sector urbano, atienden a una población de 25 mil hasta 50 mil habitantes y prestan servicios en prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y CP. Su equipo lo integran, además de los profesionales propios de los centros A y B, especialistas en pediatría, gineco-obstetricia y nutrición. Cuentan con farmacia institucional, laboratorio clínico, imagen de baja complejidad y medicina transfusional.

#### **Segundo Nivel de Atención:**

Los Hospitales Generales y Básicos atienden en consulta externa, internación y emergencia. Los Hospitales Básicos cuentan con las especialidades clínicas y quirúrgicas básicas, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía. Los Hospitales Generales pueden incluir otras especialidades. Ambos pueden incluir atención en CP y el servicio de docencia e investigación.

#### **Tercer Nivel de Atención:**

Corresponden a centro especializados de mayor complejidad, que prestan servicios ambulatorios o de hospitalización. Son de referencia nacional. Pueden brindar servicios de diálisis, oncología, nefrología, salud mental, trasplantes, entre otras especialidades y subespecialidades. Los establecimientos de hospitalización, pueden dar atención de emergencias, terapia intensiva, así como apoyo diagnóstico y terapéutico de alta resolución. Poseen farmacia interna para el establecimiento privado y farmacia institucional para el establecimiento público. Tanto el Centro Especializado, como el Hospital Especializado tienen servicios de docencia e investigación y pueden ofertar CP.

##### **4.1.1.2. Situación de Salud en el sector privado:**

El sector privado está conformado por clínicas, hospitales, dispensarios, consultorios y farmacias. Representan el 15% de establecimientos del país. Las empresas de medicina prepagada cubren alrededor del 3% de la población de medianos y altos ingresos (Lucio y cols., 2011). La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) son entes privados que actúan dentro del sector público y no tienen fines de lucro (Maceira, 2014).

#### **4.1.2. Fundamentos Sociodemográficos en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Ecuador**

En los últimos años, los gobiernos latinoamericanos han asumido el compromiso de renovar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como eje central de sus sistemas sanitarios, apostando por un enfoque renovado y basado en la evidencia con el propósito de lograr una atención universal, integral e integrada (Giraldo Osorio y Vélez Álvarez, 2013). La Ley Orgánica de Salud menciona en los artículos 10 y 69, su compromiso por aplicar las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen CP (MSP (Ministerio de Salud Pública), 2006). Dicha voluntad se

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

refuerza con la Constitución Ecuatoriana del año 2008 (Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador, 2008), la cual establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado, donde la prestación de servicios sanitarios se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad y calidad para todas las personas, especialmente para aquellas que requieren atención prioritaria. Este nuevo enfoque impulsa en Ecuador una renovada protección y provisión de los servicios de salud donde surge un creciente interés por los CP como una forma de mejorar o aumentar la calidad de la atención sanitaria proporcionada a pacientes afectados por procesos crónicos, avanzados y de pronóstico de vida limitado (Astudillo-Alarcón y cols., 2009; OMS (Organización Mundial de la Salud), 2013). Para lograr este cambio de política en salud, en el año 2010 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social incorpora en su cartera de servicios ambulatorios a los CP y se compromete a dotarles de la infraestructura, del equipamiento y personal necesarios en su Resolución nº 308 (IESS, 2010)

Tal como ocurre en otros países de Latinoamérica (Giraldo Osorio y Vélez Álvarez, 2013; T. Pastrana y cols., 2015), el envejecimiento y los cambios demográficos acaecidos en Ecuador durante los últimos años han dado lugar a un incremento de personas que se podrían beneficiar de los CP. Por un lado, los esfuerzos por ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención del sector sanitario ecuatoriano se han reflejado en el aumento de la esperanza de vida, la cual se elevó de 68 años en 1990 a 76 años en 2011 (OMS (Organización Mundial de la Salud), 2013). Los datos indican que en el año 2050 casi el 22% y 5% de la población ecuatoriana superará los 60 y 80 años respectivamente (ONU, 2015), lo que significa que el índice de envejecimiento se triplicará e incluso será siete veces mayor en el año 2100 (Senplades (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo), 2008). El aumento de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), conforme crece el número de adultos mayores, representa también un reto para los servicios sanitarios, ya que durante los últimos años se han incrementado los casos de enfermos que padecen patologías crónicas e incurables (Gattini y Ruiz, 2012). Es así que la diabetes mellitus (DM) y las enfermedades hipertensivas, pasan del décimo lugar en el año 1994, al primero y segundo lugar en el año 2015 (Lozada, Aguinaga, Páez, Olmedo, y Pozo Avalos, 1999).

Entre las principales causas de muerte se encuentran, las enfermedades cardiovasculares (ECV), neoplasias malignas, la diabetes mellitus (DM), y enfermedades respiratorias crónicas (ERC) (OMS (Organización Mundial de la Salud), 2013). En el año 2015, de acuerdo a los datos oficiales (INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), 2015), murieron en Ecuador 10.744 personas debido a neoplasias, 5064 por Enfermedades Isquémicas del Corazón, 4105 por Enfermedades Cerebro Vasculares, 1686 por Enfermedades Crónicas de las Vías respiratorias Inferiores, 797 por Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y 383 por Enfermedad de Alzheimer, todas estas patologías son susceptibles de recibir CP. En este mismo año, las ENT significaron el 64,16% de las muertes en la población general en Ecuador y

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

corresponden a las cinco primeras causas de muerte en el país desde hace cinco años atrás (INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2016).

Para conocer el número de personas que necesitan CP en un país es necesaria la realización de estudios específicos, sin embargo, se pueden realizar estimaciones en base a los datos de mortalidad por patologías. McNamara, Rosenwax y Holman (2006) proponen un modelo para calcular las necesidades mínimas y máximas. Para el cálculo de máximos se incluyen todas las causas de mortalidad excepto las siguientes:

- Embarazo, nacimiento o puerperio (CIE-10-OMS códigos O00-O99)
- Aquellas originadas durante el periodo perinatal (CIE-10-OMS códigos P00-P96)
- Lesiones, envenenamiento y similares (CIE-10-OMS códigos S00-T98)
- Causas externas (CIE-10-OMS códigos V01-Y98)

Al aplicar esta estimación, usando datos del Anuario de Defunciones 2015 (INEC, 2015), se obtiene que hasta 54.984 personas podrían haber necesitado CP en 2015 en Ecuador.

McNamara propone también un cálculo de mínimos en el que se recogen los códigos relacionados con las 10 principales patologías susceptibles de ser tratadas con CP: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis lateral amiotrófica - enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y SIDA. Los resultados con los datos del INEC (2015) se muestran en la tabla 3 y traducen que, como mínimo, 18.073 pacientes murieron en ese año y podrían haberse beneficiado de los CP, lo cual supone un 27,89% del total de defunciones. En la tabla se incluye también la aproximación de mínimos aportada por Murtagh y cols. (2014) que incluye patologías como la demencia, la senilidad y la esclerosis múltiple y excluye las neoplasias benignas. Para poder adaptar los resultados se llevó a cabo una transformación de los códigos a su equivalente en el CIE-10-OMS.

La tasa de mortalidad por cáncer se incrementó de 64,22 muertes por 100.000 habitantes en 2010 a 65,99 en 2015. Por provincias, Guayas tuvo el mayor número de muertes 2570 (2423 en área urbana - Guayaquil). En el resto de provincias existe una menor proporción de muertes concentradas en las zonas urbanas; 715 en el registro de Azuay (441 urbanas), 336 en el registro de la provincia de Loja (262 urbanas), 2320 en Pichincha (1723 en ciudad de Quito) (INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), 2015).

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

**Tabla 3.**  
*Estimaciones de Necesidades de CP en Ecuador*

Método de McNamara	Códigos CIE-10	Nº def.*		Método de Murtagh	Códigos CIE-10	Nº def.* 2015
		2010	2015			
Neoplasias	C00-D48	9604	10744	Neoplasias Malignas	C00-C97	10158
Fallo Cardíaco	I11, I50, I13	3383	2681	Enfermedad Cardíaca Crónica	I00-I11 I14-I52	9685
				Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	4105
Fallo Renal	N10, N11, N18, N12, N13	932	1189	Fallo Renal	N17, N18, N28, I12, I13	2192
Fallo Hepático	K70, K71, K72	362	417	Enfermedad Hepática	K70-K77	2258
E. Pulmonar Obstruccion Crónica	J40-J44	1121	1623	Enfermedad Respiratoria	J06-J18, J20-J22, J40-J47, J96	5100
Enfermedad de Huntington	G10	2	5	Enfermedad Neurodegenera tiva	G10, G12, G20, G23, G35, G90	258
Enfermedad de Motoneurona	G12	31	46			
Enfermedad de Parkinson	G20	153	188			
Enfermedad de Alzheimer	G30	175	383	Demencia, E. Alzheimer y Senilidad	F01, F03, G30, R54	1067
HIV/AIDS	B20-B24	727	797	HIV/AIDS	B20-B24	797
Total de muertes por estas condiciones		16490	18073	Total de muertes por estas condiciones		35620

La mortalidad por cáncer es elevada en Ecuador, quizás porque los diagnósticos se hacen en etapas avanzadas de la enfermedad, debido a la falta de estrategias de prevención y detección tempranas, asociado a las dificultades de acceso y de atención, principalmente en áreas rurales (Goss y cols., 2013) y en grupos humanos socialmente más vulnerables, lo cual revela en la mayoría de veces desigualdades propias de la pobreza. Esto implica que se requieran métodos de diagnóstico más avanzados,

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
970031	OrizKecD	29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

radioterapia y tratamientos quirúrgicos, que no siempre están a la disposición de toda la población, ni al alcance de su bolsillo y que inciden negativamente en la economía familiar y del Estado. Este último ha hecho una importante inversión en salud en los últimos años, teniendo en cuenta que el gasto público en salud del año 2000 correspondía a US \$103 millones, es decir 0,6% del PIB y el del año 2012 fue de 1640 millones de dólares (Ortiz-Prado y cols., 2016). De acuerdo a datos del Observatorio Mundial de la Salud en 2014 Ecuador dedicó el 9,2 % de su Producto Interior Bruto a la salud (1040 \$ por habitante) (“OMS | Ecuador,” 2017).

A pesar de este significativo aumento, todavía no se conoce una política de CP que incluya de manera oficial el presupuesto asignado al proyecto.

Como se puede ver, las ENT y el cáncer son las causantes de la mayor cantidad de patologías que no tienen posibilidad de curación. Por el contrario, causan la mayor mortalidad en Ecuador, son progresivas y generarán nuevas necesidades de salud, de educación, de políticas públicas, en las cuales los CP juegan un papel decisivo.

Stjernwård y Gómez-Batiste (2010) señalan que los países en desarrollo afrontarán 45 millones de muertes en el año, de las cuales 16 millones corresponden a nuevos casos de cáncer para el 2010 y 24 millones para el 2050. Estos afectan a 1200 millones de personas mayores a 60 años para el 2020 y a 2000 personas mayores de 60 años para el 2050.

El VIH/SIDA representa adicionalmente un problema significativo de salud en el país. Se prevén 4 millones de muertes por SIDA para el 2020 y 6 millones de muertes para el 2050.

Los enfermos con pronóstico de vida limitado, los adultos mayores, las personas con cáncer y SIDA, así como sus cuidadores, necesitan de CP.

A pesar de la enorme importancia de los CP en la actualidad, su práctica es todavía restringida en países con bajos y medianos recursos, incluyendo Ecuador (Tania Pastrana y cols., 2010). El 78% de las personas que necesitan CP se encuentra en estas regiones y, pese a ser la única alternativa realista y humana al sufrimiento de muchos enfermos, el porcentaje de pacientes que recibe tales cuidados es muy bajo (Astudillo-Alarcón y cols., 2009; OMS, 2015).

Stjernwård ha planteado implementar programas nacionales de CP y cambiar las experiencias y el tratamiento que reciben los pacientes y sus familiares, según el Modelo de Salud Pública de la OMS elaborado en el año 1990 (Stjernwård, Foley, y Ferris, 2007). Ecuador ha tenido en cuenta el contexto cultural, demográfico, socioeconómico y sanitario del país, para acoger en el sistema sanitario esta moción, que considera los siguientes pilares:

1) Formación 2) Política sanitaria 3) Disponibilidad de medicamentos 4) Actividad de los profesionales 5) Servicios de salud.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

El presente estudio acoge estas consideraciones y las complementa con la propuesta de Pastrana (T Pastrana y cols., 2012), de tal manera de apreciar, desde la perspectiva de los profesionales médicos la situación de los CP en Ecuador.

1) Formación

La educación en materia de CP ha sido tradicionalmente escasa en numerosos países, y es casi inexistente como parte de la formación propia para tratamiento de distintas enfermedades desde sus etapas iniciales. Los estudiantes de Medicina y de otras áreas de la salud normalmente no se sienten preparados para abordar la muerte con sus pacientes (H. C. Fraser, Kutner, y Pfeifer, 2001) por el enfoque curativo que normalmente rige sus prácticas clínicas, desde el cual se considera que el fallecimiento de un paciente es un fracaso médico (Fisher, Gozansky, Kutner, Chomiak, y Kramer, 2003). El desconocimiento y la desinformación que ha imperado en nuestra sociedad acerca de esta temática ha llevado a problemas tales como la heterogeneidad de actuaciones en este ámbito, la falta de criterio en el momento de la derivación de pacientes o la reticencia de muchos enfermos y familiares a acudir a estos servicios. Es así como estos pacientes finalmente se ven doblemente perjudicados debido a que no sólo padecen su enfermedad, sino que no pueden disfrutar de los beneficios aportados por los CP. Con el propósito de superar tales barreras, hoy día se está incrementando paulatinamente la formación académica reglada en diferentes universidades e instituciones. La única forma de mejorar la atención prestada en los centros de atención primaria incorporando los CP como parte de una estrategia integral de tratamiento es la educación de los profesionales de la salud en el nivel de pregrado y en programas de educación médica continua (Roberto Wenk, De Lima, Mutto, Berenguel, y Centeno, 2016).

La formación de CP en Ecuador ha aumentado en los últimos años, avalada por normativas públicas que regulan e impulsan su crecimiento. La Constitución estipula que es necesario “promover el desarrollo integral del personal de salud” (Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador, 2008, art. 363), donde se debe incluir la formación de CP como una parte esencial para completar dicha educación integral. El Acuerdo Ministerial No. 00000101 (MSP, 2011) también destaca en su Artículo 8 que es indispensable “coordinar con las instituciones formadoras de recursos humanos la inclusión de la formación en cuidados paliativos integrales en las mallas curriculares de las distintas profesiones de la salud, así como la capacitación de equipos interdisciplinarios en las entidades prestadoras de servicios de salud”. El MAIS-FCI (MSP, 2012) constata que, dentro del campo de acción de los Equipos de Salud, todo el personal que conforme el equipo integral de salud deberá tener un “perfil óptimo del desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos”. Si bien existen normativas que destacan la necesidad de regular la educación en CP, estas apenas han empezado a hacerse efectivas en el país.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Existe un interés cada vez mayor de los médicos y otros trabajadores del ámbito de la salud en aprender sobre esta temática e implantar los CP como asignatura en las mallas curriculares (principalmente de Medicina), aunque todavía tales iniciativas son aisladas y dependen del entusiasmo de unos pocos profesionales. El análisis de diferentes documentos (Granja, 2012; MSP, 2015b; Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, 2012a) ha permitido extraer los datos básicos acerca de la formación y la educación en este campo de conocimiento en Ecuador, resumidos a continuación:

**Educación en Pregrado:** es escasa ya que casi no existen universidades que incluyan en sus mallas curriculares este tipo de estudios con carácter obligatorio. Pocas facultades consideran esta materia como optativa. Las carreras del ámbito de la Salud que incluyen algún tipo de formación en sus planes de estudio son Medicina, Enfermería y Psicología. En Quito, una universidad tiene CP como materia obligatoria, otra como optativa y una Escuela de Medicina oferta Medicina Paliativa en adultos a lo largo de la carrera en todos los módulos de ABP de cuarto y quinto año, además de un módulo sólo de cáncer y medicina paliativa en el verano a partir del presente año. En Loja, una carrera de medicina incluye a los CP como parte de una asignatura de tercer semestre y en su nuevo programa la introduce como materia principal durante un semestre en el quinto año.

**Educación en Postgrado:** no existen programas de postgrado específicos en CP, aunque se incluye como asignatura obligatoria en algunos postgrados de anestesiología, medicina interna, geriatría, oncología, radioterapia y medicina familiar. Existe un proyecto en proceso de acreditación para la especialidad de CP, enviado al Consejo de Educación Superior (CES) por una universidad privada.

**Actividad profesional:** No existe acreditación oficial en CP y se presentan dificultades para reconocer las especializaciones realizadas fuera del país por la Secretaría de Educación Superior Ciencia Tecnología e Innovación (SENESCYT). Aunque hay un proceso en marcha para certificar a los médicos en Ecuador, al menos desde el año 2012 (fecha de publicación del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (T Pastrana y cols., 2012), donde se verifica este hecho), hasta el momento dicho proceso no ha culminado en una certificación homologada. En general se puede constatar que muy pocos profesionales en el país tienen una formación reglada en CP y la mayoría se encuentra en la capital, lo que limita el acceso a personas de otras provincias y en especial a aquellas que viven en el ámbito rural. Hasta el momento, la SENESCYT ha reconocido un título de maestría en CP, a un profesional en Ecuador. Aquellos que realizan esta práctica clínica han realizado cursos, talleres, pasantías o en el mejor de los casos son diplomados.

**Formación no reglada:** existen talleres y cursos de formación llevados a cabo por instituciones públicas y fundaciones privadas, en ocasiones con el aval y reconocimiento del MSP.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

2) Política sanitaria

Los CP representan un enfoque sanitario imprescindible para reducir la carga de ciertas enfermedades y sus costes asociados (De Lima y Pastrana, 2016). Es por ello que en mayo de 2014 la Asamblea Mundial de la Salud (órgano de gobierno de la OMS) ha adoptado una innovadora resolución encaminada a garantizar el total y libre acceso a los servicios de CP, enfatizando la necesidad de incluir esta práctica clínica como parte de la política pública de todos los estados miembros (Asamblea Mundial de la Salud, 2014). En este sentido, Ecuador ha realizado en los últimos años un enorme esfuerzo para superar barreras tales como la escasez de cobertura y calidad de los servicios sanitarios, la falta de inversión estatal en salud o un inadecuado modelo de atención médica centrado en la curación de la enfermedad y el individuo (OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2008), favoreciendo la integración de los CP en la estructura del Sistema Nacional de Salud. Tales cambios, así como los derechos en el área de salud fortalecidos en la Constitución de 2008, suponen los puntos de partida para la creación de políticas públicas integrales orientadas a la correcta implementación y desarrollo de los CP en el país (Granja, 2013). En concreto, la Constitución plantea un nuevo modelo de sociedad y Estado, incluido en el concepto de Buen Vivir o Sumak Kawsay (Senplades, 2009), en el marco de los principios de justicia social, ciudadanía y solidaridad. Según las directrices de la Carta Magna, el sistema sanitario debe guiarse por las políticas de inclusión, bioética e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. Son varios los artículos de la Constitución que garantizan el aumento de la calidad de los servicios prestados en materia de salud. En la siguiente tabla se destacan los artículos más relevantes que, de forma ineludible, se relacionan con la implementación y desarrollo de los CP en Ecuador.

Tabla 4.

*Principales Artículos de la Constitución de 2008 relacionados con la implementación de los Cuidados Paliativos.*

Artículo	Definición
358	El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. (...)
359	El sistema nacional de salud (...) garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.
362	(...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

363 El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. (...)

(Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador, 2008)

Siguiendo tales parámetros, el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) 2009-2013 (Senplades, 2009) hace referencia en su Objetivo 1 a: “Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad”. Este objetivo guarda relación con la aplicación de políticas integrales con el propósito de abordar la complejidad de la exclusión y las urgentes problemáticas presentadas por las personas y grupos de acción prioritaria, desde un enfoque del reconocimiento de la atención paliativa como un derecho humano. La Ley Orgánica de Salud (MSP, 2006) sienta los precedentes de esta nueva política al defender en su Artículo 10, que “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva (...)”.

Cabe destacar, como parte de la política pública relevante en el área de CP, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) del MSP (2012). Este manual tiene como uno de sus retos prioritarios incorporar el abordaje y servicio de los CP en la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención. Específicamente, el MAIS-FCI defiende que las personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, deben ser atendidos por el equipo de salud, el mismo que tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona enferma, como a la familia.

Otros documentos públicos constatan los avances en el ámbito de los CP durante los últimos años en Ecuador. En Marzo de 2010 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) publica la Resolución No. C. D. 308 mediante la cual se expide el Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, donde se constata en el Artículo 2 que a través del Seguro General de Salud Individual y Familiar y el Seguro Social Campesino se “fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos (...)” (IESS, 2010). Por otro lado, el Acuerdo Ministerial No. 00000101 (2010) representa un gran avance en Ecuador en el reconocimiento de los CP como parte del

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Modelo de Atención Integral en Salud . En detalle, este Acuerdo establece que es responsabilidad del Estado universalizar los cuidados paliativos integrales en todas las instituciones prestadoras de servicios, públicas y privadas, del Sistema Nacional de Salud, a fin de reducir las inequidades en la accesibilidad que incluya la atención temprana, en domicilio y evite un inicio tardío y/o falta de continuidad del tratamiento, especialmente de los pacientes oncológicos y no oncológicos, pediátricos y adultos con pronóstico de vida limitado. Adicionalmente, en mayo de 2014 el MSP aprueba la “Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos”, elaborada por instituciones españolas y adaptada al contexto social, cultural y sanitario de Ecuador (MSP, 2014a). A través de este acuerdo el MSP dispone de la Guía para que sea aplicada a nivel nacional, como una normativa interna de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud. Por último, el Acuerdo Ministerial No. 0005223 (enero de 2015) representa un hito notable en el desarrollo político de los CP en el país ya que a través de este documento se aprueba el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017”. Dicho Plan destaca la necesidad de su aplicación y observancia obligatoria en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud y se compromete a establecer los mecanismos necesarios para garantizar el cumplimiento de las funciones que el Estado posee en el ámbito de los CP (MSP, 2015b).

En el mes de febrero de 2015, el MSP expide el acuerdo número 00005232, por el cual entra en vigencia la Norma de Atención de Cuidados Paliativos, cuyo objetivo general es establecer los principios, condiciones y mecanismos para proveer de atención en CP a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a sus familias y/o cuidadores. Con esta finalidad el MSP se compromete a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de las prestaciones de cuidados paliativos, en los diferentes niveles de atención y determinar las condiciones que permitan la atención del paciente en su domicilio hasta el final de la vida (MSP, 2015a).

Como se pone de manifiesto, se han adoptado Programas, Guías, Normas de atención en CP, etc. (Un resumen de los acuerdos y leyes se puede consultar en el Anexo 4). Sin embargo, no se ha consolidado la estructura que permita que todos los documentos penetren en el sistema de salud.

### 3) Disponibilidad de medicamentos en Ecuador

Desde el año 2007 Ecuador ha introducido un sistema de salud gratuito, que incluye el libre acceso a las medicinas. En la actualidad, el Ministerio de Salud busca proporcionar medicinas directamente a los consumidores finales sin ningún tipo de cargo, a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos. El país ha trabajado en la implementación de regulaciones, normativas y guías para garantizar la disponibilidad, acceso, calidad y uso racional de los productos farmacéuticos (Gattini y Ruiz, 2012).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Los cambios producidos en los últimos años han sido especialmente relevantes para el desarrollo de los CP en Ecuador. En concreto, La Ley Orgánica de Salud (MSP, 2006) estipula que los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán siempre la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas y hereditarias, con énfasis en medicamentos genéricos y priorizando a los grupos vulnerables (Artículos 20 y 69). Por otro lado, la nueva Constitución de Ecuador enfatiza que los servicios públicos de salud deben ser universales y gratuitos en todos los niveles de atención, así como el acceso a los medicamentos debe prevalecer por encima de intereses económicos y comerciales que amenacen su libre acceso (Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador, 2008, art. 363).

El dolor es uno de los síntomas que aqueja con más frecuencia a los pacientes sujetos a CP. Ocurre en el 30% a 40% de los pacientes con cáncer en fase de tratamiento curativo y en el 70% a 90% de los pacientes en fase avanzada de la enfermedad, como señala el Manual del Uso de Opioides para el Tratamiento del Dolor para Latinoamérica (IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care), 2011). En consecuencia, es obligatoria la disponibilidad de analgésicos opioides (De Lima y cols., 2013). Sin embargo, estudios de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) revelan que el consumo medio de morfina en países en vías de desarrollo constituye apenas el 6% del consumo global, lo que constituye el 1,85% de consumo per cápita frente al 88,73% de consumo per cápita en EE.UU. y Canadá (De Lima y cols., 2013).

El dolor influencia normalmente la evolución de la enfermedad y el estado de salud de un elevado porcentaje de pacientes que reciben o deberían recibir CP.

Específicamente, el Artículo 3 del Acuerdo Ministerial No. 00000101 (2010) declara que el Estado debe “facilitar la disponibilidad y accesibilidad de solución oral de morfina, además de otros opioides con tecnología farmacéutica avanzada de efecto inmediato y retardado, con diferentes formas farmacéuticas, con el propósito de aliviar el dolor y el sufrimiento” (art. 3). En el Artículo 4 de este Acuerdo Ministerial también se constata que se debe “disponer la inclusión oral de morfina en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos”, así como en su Artículo 7 se encarga una propuesta “técnica y administrativa para viabilizar la disponibilidad de las diferentes formas farmacéuticas de opioides que permitan su rotación” y establece que “dicha propuesta deberá prever que la población afectada de dolor tenga acceso a estos medicamentos y además deberá incluir mecanismos ágiles y eficaces para el control de su uso”. Por su parte, el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017” enfatiza la necesidad de aumentar la cuota de morfina como una estrategia básica de actuación en este ámbito clínico (MSP, 2015b).

A pesar de tales avances, Ecuador todavía se incluye dentro de los países latinoamericanos que tienen graves deficiencias en cuanto al acceso y disponibilidad de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

medicamentos, en especial opioides. Históricamente los datos han revelado que el consumo de morfina en Latinoamérica representa menos del 1% de todas las cantidades consumidas en el mundo (Liliana De Lima, 2004). En general, la disponibilidad de opioides se ve mermada debido a la barrera de la accesibilidad a los mismos, puesto que, entre otras razones, existe una escasez de mercados o debido a que, el elevado precio de los fármacos en relación a los ingresos mensuales promedios de la región es desproporcionado (R. Wenk y De Lima, 2004).

Ecuador destina más de \$ 200 millones en fármacos, la mayoría oncológicos (Ortiz-Prado y cols., 2016). En América Latina la cifra de cáncer para el año 2030, se estima que sea de 1,7 millones de casos, de los cuales 1 millón morirán cada año (Goss y cols., 2013), es decir que muchos de los pacientes con cáncer son diagnosticados en etapas avanzadas y por tanto se beneficiarían de recibir CP. De ahí la importancia de un mayor compromiso por parte de las autoridades para procurar una distribución y disponibilidad adecuadas principalmente de opioides, políticas sustentables, información apropiada y educación suficiente para no incurrir en tratamientos curativos innecesarios y por el contrario buscar atención en CP.

#### 4) Servicios de salud

La implementación de CP en Latinoamérica se inició a principios de la década de los 80 en Colombia y Argentina, y hoy día aproximadamente el 84% de los países latinoamericanos ofrece este tipo de servicios (T Pastrana y cols., 2012). En la actualidad se cuenta con más de 900 servicios, incluyendo equipos multinivel, atención domiciliaria y equipos de apoyo hospitalario (T. Pastrana, Eisenchlas, Centeno, y De Lima, 2013). No obstante, el desarrollo de los CP en la región ha sido históricamente errático y los sistemas nacionales de salud de los países miembros han tenido que enfrentar numerosos problemas, tales como infraestructuras inadecuadas o sistemas administrativos deficientes (Wenk y Bertolino, 2007). El acceso a los CP es irregular y depende de la zona geográfica donde viva el paciente. Cabe destacar que el 46% de los servicios existentes se localizan en Argentina y Chile, donde se encuentra únicamente el 10% de la población latinoamericana. Ello ha derivado en la desprotección de la población en materia de CP, ya que los datos indican que la mayoría de los pacientes que requieren de estos servicios no reciben este tipo de cobertura (T Pastrana y cols., 2012).

Intentando solventar tales dificultades, Ecuador ha orientado su desarrollo de la estrategia “Atención Primaria de Salud” hacia una atención centrada en la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida, donde la prevención de la enfermedad es prioritaria y la atención curativa pasa a un segundo plano (Giraldo Osorio y Vélez Álvarez, 2013). La Constitución de 2008 avala este enfoque en su Sección Segunda (Artículos 358 a 366) y el IESS (2010) a través de la Resolución No. C.D. 308 estipula en su Artículo 22 que las unidades de salud propias del IESS “cumplirán con los requisitos estandarizados acerca de las condiciones de personal, infraestructura física, equipamiento,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

procedimientos técnicos y administrativos”. Además, el Artículo 26 constata que “los prestadores de la Red Plural tienen la obligación de ofrecer servicios de salud de alta calidad, mediante intervenciones y mecanismos de mejoramiento continuo”. El Acuerdo Ministerial No. 00000101 (MSP, 2011) señala en su primer artículo que es responsabilidad del Estado “organizar en el Marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural”, mientras que el Artículo 2 explica que el Estado debe “convocar a todas las entidades, sean estas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud en el país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda a tratamiento curativo”. Por su parte, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) también destaca que “las zonas, distritos y circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de los usuarios en los tres niveles de servicios” (MSP, 2012).

En este contexto, la implementación de nuevos servicios de CP permitiría fortalecer el paso de un enfoque meramente curativo hacia un enfoque plenamente paliativo en el sistema sanitario ecuatoriano. A partir de la información analizada en el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica (T Pastrana y cols., 2012) se constata que en el año 2012 existían los siguientes servicios de CP en el país:

1. Primer nivel de atención: existen tres residencias tipo hospicio y dos instituciones que ofrecen atención domiciliaria en Quito y Guayaquil.
2. Tercer nivel de atención: el país cuenta con dos servicios o unidades de CP que funcionan exclusivamente en hospitales de tercer nivel en Guayaquil y Quito.
3. Equipos multinivel: existen tres equipos identificados ubicados en Portoviejo y Loja.
4. Equipos de apoyo hospitalario: dos equipos de apoyo se encuentran en Quito.
5. Centros de día: existe un centro de día en Quito.
6. Equipos de voluntarios: se cuenta con un equipo de voluntarios tipo hospicio para adultos en Quito.

En la actualidad el número de establecimientos que ofrece CP a lo largo del país ha aumentado, tal y como se muestra en la tabla 5.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento:	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17	
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37	
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23	
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21	
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11	

**Tabla 5**  
*Instituciones que brindan CP en Ecuador*

Institución	Ciudad	Año de inicio de los CP	Nivel de atención	Titularidad
Centro de Apoyo Integral para Personas con Cáncer	Quito	2013	Nivel 1	Público
Clínica del Dolor. Hospital Metropolitano Quito-Ecuador.	Quito	2005	Nivel 3	Privada
Equipo de Soporte y Hospitalización de Cuidados Paliativos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - SOLCA. Núcleo Loja	Loja	2014	Nivel 2	Privada
Fundación Liga de Caridad	Loja	2014	Nivel 1	Privada
Fundación A.B.E.I. Hogar Adultos	Quito	1976	Nivel 1	Privada
Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos - FECUPAL	Quito	1997	Nivel 1	Privada
Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer Lola Farfan De Palacios - FASEC	Cuenca	2012	Nivel 1	Privada
Equipo de Cuidados Paliativos / Clínica Nuestra Señora de Guadalupe	Quito	2008	Nivel 2	Privada
Programa de Cuidados Paliativos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	Quito	2011	Nivel 2	Privada
Servicio de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor del Instituto Oncológico Nacional "DR Juan Tanca Marengo" - SOLCA Núcleo Guayaquil	Guayaquil	manejo del dolor (1992) CP (2000)	Nivel 3	Privada
Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital Luis Vernaza, Junta de Beneficencia de Guayaquil	Guayaquil	2015	Nivel 3	Privada
Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Atención Integral del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública	Quito	2014	Nivel 2	Pública
Atención en Cuidados Paliativos en el Hospital Vozandes	Quito	2006	Nivel 3	Privada
Programa de Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud Pública de Ecuador en Hospital Eugenio Espejo	Quito	2015	Nivel 3	Pública

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Asociación de Lucha Contra el Cáncer - SOLCA Núcleo Quito	Quito	2005	Nivel 3	Privada
Servicio de Cuidados Paliativos y Terapia del Dolor del Hospital Oncológico - SOLCA Núcleo Machala	Machala	2012	Nivel 2	Privada
Cuidados Paliativos en el Hospital Julio Villacreses Colmont - SOLCA Nucleo Portoviejo	Portoviejo	2005	Nivel 3	Privada
Hospital Francisco Ycaza Bustamante	Guayaquil	Se desconoce	Nivel 3	Pública
Fundación Ayuda Enfermos Incurables (AEI)	Guayaquil	1986	Nivel 1	Privada
Servicio de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor del Hospital de Especialidades n°1 de las Fuerzas Armadas	Quito	2008	Nivel 3	Pública
Fundacion Divina Misericordia	Ambato	2005	Nivel 1	Privada

Datos del grupo de actualización del Atlas de CP 2017.

Al momento existen seis instituciones privadas que ofrecen CP en el primer nivel, uno público. Cinco instituciones brindan atención en el segundo nivel, una de ellas perteneciente al MSP. Se identificaron nueve servicios que funcionan en el tercer nivel de atención, es decir, en Hospitales Especializados y de Especialidades, tres de los cuales son públicos. Además es oportuno referir que de acuerdo al Informe Técnico N° 32 de la Dirección Nacional de Discapacidades (2015), hasta noviembre de 2015, 87 centros de salud tipo B y C ofrecían atención en CP.

Ecuador intenta apostar por la prestación de servicios en CP, aunque el número de instituciones y profesionales que trabajan en las mismas continúa siendo insuficiente para suplir la demanda de pacientes y familiares. El MSP promulga en el año 2015 el Acuerdo Ministerial 5212, por el cual todos los niveles de atención de salud brindan CP. Desde los puestos de salud, que están a cargo de Auxiliares de enfermería y de Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS), los Centros de Salud, que cuentan con Médicos de familia y Médicos generales, hasta los hospitales de tercer nivel donde se da atención especializada. Para cumplir a cabalidad con estas regulaciones el Estado Ecuatoriano debe garantizar la formación del personal sanitario desde los TAPS hasta los médicos especialistas.

Existe una clasificación realizada por Lynch, Connor, y Clark (2013) donde se refleja una categorización de países de todo el mundo dependiendo de su desarrollo y prestación de servicios de CP. Basados en esta clasificación, podemos concluir que Ecuador se encuentra en el nivel 3a: prestación de servicios de manera aislada, caracterizado por un desarrollo de los CP que es irregular en su alcance, por el uso de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

fuentes de financiación que dependen de donantes, la existencia de limitantes para acceder a la morfina así como la presencia de un número escaso de servicios especializados en CP en relación al tamaño de la población.

Otros documentos analizados (Granja, 2012; MSP, 2015b; Pastrana y cols., 2012) destacan importantes críticas hacia la actual implementación de servicios de CP en el país:

- Los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública (2015b) apuntan a que más de la mitad de pacientes que precisan CP no reciben de esta atención específica, siendo esta cifra especialmente alarmante para los casos de pacientes que padecen cáncer.
- Existe todavía una gran dificultad para acceder a los servicios de salud que ofrecen CP, principalmente para aquellos que viven en las áreas rurales. La mayoría de los servicios se localizan en Quito y Guayaquil. Por otro lado, la atención en CP en Ecuador es dada fundamentalmente por instituciones privadas, cuya actuación no está articulada del todo al sistema sanitario público.
- Hasta el 2012 no existían servicios de CP en centros de atención comunitarios ni unidades exclusivas en hospitales de segundo nivel, en la actualidad esta situación empieza a cambiar como se observa con el incremento de unidades de atención en Quito, Cuenca, Portoviejo y Machala.
- Existe cierto estigma en relación a la visita de los servicios especializados en CP. Por un lado, muchos profesionales creen que la derivación de pacientes a estas unidades podría perjudicar a los pacientes, y éstos últimos piensan que asistir a tales servicios es sinónimo de encontrarse en el final de sus vidas. Es por ello que muchos profesionales prefieren no trabajar en equipo y tratan a estos pacientes dentro de sus propios consultorios, mermando de esta forma los potenciales beneficios que podrían obtener los pacientes en estas unidades especializadas.

#### 5) Actividades de los profesionales

La participación de los médicos ecuatorianos en los Cuidados Paliativos empieza a activarse en el sector público.

En julio de 2015, el MSP inauguró el servicio de CP como parte del servicio de Oncología Clínica en el hospital público más grande de Quito (Hospital Eugenio Espejo, HEE). La atención está a cargo de un médico oncólogo, quien recibe pacientes con enfermedad avanzada, con pronóstico de vida limitado, que son referidos por sus colegas para manejo del dolor principalmente y de otros síntomas refractarios al tratamiento. El especialista atendió un total de 1260 consultas en el período agosto – diciembre 2015. En cinco meses de 2016, el número de consultas fue de 1942 e incluyó 387 pacientes nuevos (Bobokova, 2016). Hasta el momento el servicio no cuenta con personal de enfermería, psicólogo u otro miembro dedicado exclusivamente a CP. El mismo médico integró el grupo de profesionales encargados de capacitar en temas de

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

CP al personal de salud en las distintas zonas de Ecuador. Esta actividad responde a la regulación transitoria del MSP, la cual dispone la implementación del Plan Nacional de CP con profesionales capacitados y/o con experiencia en CP hasta contar con profesionales debidamente formados (MSP, 2015b). El MSP en coordinación con la Dirección General de Discapacidades, organizó talleres teórico-prácticos de 16 horas, para capacitar en conocimientos y destrezas básicas a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales que atienden a pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado.

Se menciona el caso del HEE para hacer notar la demanda, cada vez mayor, de atención en CP. Con esta finalidad la autoridad política en colaboración con la sociedad civil ha elaborado varios documentos como la Guía de Práctica Clínica, la Guía del Ciudadano, el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, la Norma de Atención en Cuidados Paliativos y el Formulario de Historia Clínica de CP.

Así mismo, el Estado Ecuatoriano contrató la asesoría del Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia (CCOMS –ICO), para la elaboración de la Política Nacional de CP (CCOMS-ICO, 2013). Algunos médicos ecuatorianos forman parte de sociedades internacionales como la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) y de la International Association for Hospice and Palliative care (IAHPC). En 2010 se creó la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (SECP), la misma que poco tiempo atrás reactivó los trámites para su reconocimiento legal ante el MSP.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

## 4.2. Análisis de las actitudes, percepciones, expectativas de los médicos ante los cuidados paliativos

Para determinar las actitudes, percepciones y expectativas de los médicos ante los CP en Ecuador se han utilizado dos técnicas: Entrevistas semiestructuradas y cuestionarios DAFO.

### Descripción de los participantes que realizaron la entrevistas

Se contactó con un total de 40 médicos que cumplían los criterios de inclusión, sin embargo, nueve profesionales no pudieron realizar la entrevista debido a falta de tiempo y/o disponibilidad. De las 31 entrevistas realizadas se descartaron tres debido a problemas técnicos durante la realización de las mismas. La muestra total de médicos entrevistados y que se tuvo en cuenta para el análisis fue de 28 profesionales.

En la entrevista P10:1.1.10(41) dejaron de añadirse más códigos, pero con la intención de saturar sus significados, es decir, conseguir un buen entendimiento del asunto hasta no encontrar nuevos o diferentes aportes se continuó hasta la entrevista P28:4.1.26(40).

Hay que añadir que entre dos investigadores se analizó la primera entrevista y se vio oportuno replantear la “pregunta sueño”, a través de la cual se solicitó a los participantes que explicaran como ellos desearían trabajar en CP. Se les pidió explicar sus expectativas (sueños) de una manera más clara y de ser posible ilustrarla con experiencias de pacientes.

Se contó con una muestra suficientemente diversa para arrojar una amplia variedad de respuestas que permitan conocer el fenómeno en profundidad. De esta forma se entrevistaron a 28 participantes, 13 hombres y 15 mujeres, de las cuatro ciudades a estudiar con edades comprendidas entre 34 y 67 años. Más de la mitad de los participantes son de Quito (15 entrevistados) y el resto pertenecen a las ciudades de Loja (7), Guayaquil (3) y Cuenca (3). Se tuvo en cuenta cubrir un rango de experiencia profesional amplio, de 2 a 38 años en más de 10 especialidades relacionadas con el tratamiento del dolor y los CP, entre las cuales destacan oncología (10), seguido de anestesiología (5) y medicina familiar (4). A parte de la formación general se tuvo en cuenta la formación recibida en relación a los CP que va desde la asistencia a conferencias, cursos hasta la realización de la maestría en CP, así como estudios derivados de su especialidad. También se indagó sobre la pertenencia a asociaciones de CP, 5 de los entrevistados pertenecen a alguna organización.

La Tabla 6 detalla el perfil de cada participante conformando la muestra completa. De forma complementaria, la Tabla 7 resume las principales características de las instituciones a las que pertenecen los médicos entrevistados.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Tabla 6.  
Datos sociodemográficos de los participantes que realizaron la entrevista.

Código Atlas TI	Orden de entrevista	Edad	Sexo*	Ciudad**	Especialidad	Años de experiencia profesional	Formación en CP	Pertenencia a asociaciones de CP	Código de identificación
P1	1°	57	M	Q	Terapia intensiva	22	Diplomado	No	P1: 1.1.1(57)
P2	2°	57	H	Q	Anestesiología	25	Cursos	No	P2: 1.2.2(57)
P3	3°	52	H	Q	Anestesiología	15	Cursos	No	P3: 1.2.3(52)
P4	4°	50	H	Q	Oncología	21	Cursos	No	P4: 1.2.4(50)
P5	5°	34	M	Q	Medicina interna	5	Cursos	Sí	P5: 1.1.5(34)
P6	6°	46	H	Q	Oncología	14	Cursos y Durante su especialidad	No	P6: 1.2.6(46)
P7	7°	57	M	Q	Medicina familiar y Salud pública	30	Cursos y Conferencias	No	P7: 1.1.7(57)
P8	8°	35	H	Q	Medicina familiar	2	Durante su especialidad	No	P8: 1.2.8(35)
P9	9°	48	M	Q	Medicina familiar	17	Cursos Diplomado Maestría	Sí	P9: 1.1.9(48)
P10	10°	41	M	Q	Oncología Medicina interna	8	Cursos y Durante su especialidad	No	P10: 1.1.10(41)
P11	11°	44	M	L	Anestesiología	8	Cursos Maestría a distancia (en proceso)	Sí	P11: 4.1.11(44)
P12	12°	43	H	L	Cirugía general y oncológica	12	--	No	P12: 4.2.12(43)

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
970031	OrizKecD	29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		

P13	13°	47	M	L	Onco-hematología pediátrica	14	Conferencias	No	P13: 4.1.13(47)
P14	14°	40	M	L	Onco-hematología	6	Conferencias	No	P14: 4.1.14(40)
P15	15°	36	H	L	Oncología	11	Cursos y Durante su especialidad	No	P15: 4.2.15(36)
P16	16°	48	M	Q	Medicina interna	14	Cursos Conferencias Maestría	Sí	P16: 1.1.16(48)
P19	17°	37	H	C	Maestría en Gerencia en salud	10	Cursos Conferencias Talleres	No	P19: 3.2.17(37)
P20	18°	56	H	C	Medicina general	30	Cursos Conferencias	No	P20: 3.2.18(56)
P21	19°	55	H	C	Medicina familiar	30	Durante la especialidad	No	P21: 3.2.19(55)
P22	20°	63	M	G	Anestesiología	38	Maestría	Sí	P22: 2.1.20(63)
P23	21°	36	M	G	Oncología	6	Maestría	No	P23: 2.1.21(36)
P24	22°	49	M	G	Medicina general	19	Cursos Conferencias	No	P24: 2.1.22(49)
P26	24°	60	H	L	Cancerología clínica	30	Conferencias	No	P26: 4.2.24(60)
P27	25°	46	H	L	Oncología	7	Cursos Conferencias	No	P27: 4.2.25(46)
P28	26°	40	M	Q	Oncología	7	Cursos	No	P28: 4.1.26(40)
P30	27°	45	M	Q	Oncología y Medicina interna	10	Diplomado	No	P30: 1.1.27(45)
P31	29°	---- <sup>a</sup>	M	Q	Maestría en Salud pública	-- <sup>a</sup>	-- <sup>a</sup>	-- <sup>a</sup>	P31: 1.1.29(--)
P25	30°	52	H	Q	Anestesiología y tratamiento del dolor	20	Cursos	No	P25: 1.2.30(52)

<sup>a</sup> = El participante no completó el dato.

\* Sexo: H (Hombre), M (Mujer).

\*\* Ciudad: C (Cuenca), G (Guayaquil), L (Loja), Q (Quito).

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Tabla 7.  
Datos de las instituciones de los participantes que realizaron la entrevista.

Código Atlas-TI	Orden de entrevista	Sector de la institución	Tipo de institución*	Nivel de la institución	Unidad de Cuidados Paliativos <sup>a</sup>	Uso de opioides	Pertenencia a equipos de atención en CP		
							Multi-nivel	Apoyo hospitalario	Voluntarios
P1	1°	Público	H. especialidades	3er nivel	No	Sí	No	No	No
P2	2°	Privado	H. especialidades	3er nivel	No	Sí	Sí	Sí	No
P3	3°	Público y privado	H. especialidades H. de agudos	3er nivel	No	Sí	No	Sí	No
P4	4°	Público y privado	H. especialidades	3er nivel	No	Sí	Sí	Sí	Sí
P5	5°	Privado	H. de crónicos	2º nivel	Sí	Sí	No	Sí	No
P6	6°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	No	No
P7	7°	Privado	H. de agudos Universidad	3er nivel	No	Sí	Sí	Sí	No
P8	8°	Público	Centro de salud	1er nivel	No	Sí	Sí	No	No
P9	9°	Público	H. de agudos	3er nivel	Sí	Sí	No	Sí	No
P10	10°	Público	H. de agudos	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P11	11°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P12	12°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P13	13°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	No	Sí	No
P14	14°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	No	Sí	No
P15	15°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P16	16°	Privado	H. oncológico Hospicio	3er nivel 1er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

P19	17°	Privado	Visitas domiciliarias	1er nivel	No	Sí	Sí	No	Sí
P20	18°	Privado	Hospicio	1er nivel	No	Sí	No	Sí	Sí
P21	19°	Privado	Clínica	2º nivel	No	Sí	Sí	Sí	No
P22	20°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P23	21°	Privado	H. especialidades	3er nivel	No	Sí	No	Sí	No
P24	22°	Privado	Asilo	2º nivel	No	Sí	Sí	Sí	No
P26	24°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	No	No
P27	25°	Público	H. de agudos	2º nivel	No	Sí	Sí	No	No
P28	26°	Público	H. de agudos	3er nivel	No	Sí	Sí	Sí	No
P30	27°	Privado	H. oncológico	3er nivel	Sí	Sí	Sí	Sí	No
P31	29°	Público y Privado	Ministerio de Salud Pública Universidad	--	--	--	No	No	No
P25	30°	Público	H. de agudos	3er nivel	No	Sí	Sí	Sí	No

<sup>a</sup> = Se incluyen unidades de consulta externa, de hospitalización y de atención domiciliaria en CP.

### Descripción de los participantes que realizaron el DAFO

Se ha reclutado un total de 129 participantes de entre aquellos que realizaron la entrevista y quienes contestaron a la encuesta enviada por correo electrónico. De estos, 104 personas se incluyeron en el estudio y por tanto cuentan para el cómputo final de cuestionarios DAFO rellenados. Se han excluido a 25 personas de ser cuantificadas en los cuestionarios DAFO por los siguientes motivos:

- Por un lado, 15 personas hicieron la entrevista, pero no rellenaron finalmente el DAFO.
- Por otro lado, 10 personas han rellenado los datos sociodemográficos, pero luego no han iniciado el DAFO o lo han dejado muy incompleto.

La muestra está compuesta por un 49% de hombres y un 49% de mujeres. La edad media de los participantes fue de 42,4 años (rango de edad 26 a 71 años) y la media de

72

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
970031	OrizKecD	29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

años de experiencia profesional fue de 14,24 años (rango de 1 a 45 años). Se contó con personas de las 4 ciudades estudiadas y de hasta 26 especialidades diferentes en aras de conseguir una muestra suficientemente heterogénea dentro de los médicos. Las especialidades con mayores encuestados son medicina general (22%) y medicina familiar (13,5%). Además, se han incorporado trabajadores tanto del sistema público, como privado y médicos que compatibilizan ambos trabajos. Los datos sociodemográficos se detallan en la Tabla 8:

Tabla 8.

Datos sociodemográficos de los participantes que realizaron el DAFO.

Variables sociodemográficas		N° de personas	Porcentaje (%)
Ciudad	Quito	47	45,2
	Loja	27	26
	Cuenca	2	1,9
	Guayaquil	1	1
	No especificado <sup>a</sup>	27	26
Sexo	Hombre	51	49,05
	Mujer	51	49,05
	No especificado <sup>a</sup>	2	1,9
Especialidad	Medicina general	23	22,1
	Medicina familiar	14	13,5
	Cirugía general	8	7,7
	Anestesiología	8	7,7
	Medicina interna	6	5,8
	Oncología	5	4,8
	Pediatría	4	3,8
	Terapia intensiva	2	1,9
	Psiquiatría	2	1,9
	Otorrinolaringología	2	1,9
	Medicina ocupacional	2	1,9
	Geriatría	2	1,9
	Gerencia en salud	2	1,9
	Cirugía general y oncología	2	1,9
	Ortopedia y traumatología	1	1
	Oncohematología pediátrica	1	1
	Oftalmología	1	1
	Neumología	1	1
	Nefrología	1	1
	Medicina en emergencias y catástrofes	1	1
Infectología (Medicina interna)	1	1	

73

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	Fecha:
VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Sector	Gineco-obstetricia	1	1
	Gastroenterología	1	1
	Cuidados Paliativos	1	1
	Cirugía cardiovascular	1	1
	Cardiología	1	1
	No especificado <sup>a</sup>	6	5,8
	Privado	48	46,2
	Público	43	41,3
	Público y privado	11	10,6
	No especificado <sup>a</sup>	2	1,9
Modalidad del DAFO	Papel y lápiz	59	56,7
	En línea	45	43,3

<sup>a</sup> = El participante no ha aportado esta información.

### Secciones

Se identificaron cinco secciones fundamentales en los cuestionarios DAFO siguiendo la metodología propuesta por el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica para Ecuador (T. Pastrana y cols., 2015), que son: **1) Formación, 2) Política Sanitaria, 3) Actividades de profesionales, 4) Servicios de Salud y 5) Desarrollo de los CP en Ecuador.** El contenido de estas secciones fue codificado en 64 códigos que posteriormente se agruparon en 10 familias.

En las entrevistas semiestructuradas se ahondó en mayor profundidad sobre las actitudes, percepciones y expectativas de los médicos. Los códigos se agruparon en las mismas 10 familias más una familia de “recomendaciones”. El análisis se desarrolló para cada una de las cinco secciones.

A continuación, se procede a explicar las secciones y los códigos obtenidos en cada uno de los métodos de recolección agrupados en familias. Posteriormente se expone el análisis de cada una de las cinco secciones, donde se incluyen los resultados de los cuestionarios DAFO y las entrevistas.

- 1- Formación:** se indagó sobre la formación en CP en grado y postgrado, así como sobre las oportunidades de acreditación oficial por parte de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) de aquellos títulos de postgrado obtenidos fuera del país. También se analizó la existencia de programas de capacitación en CP.
- 2- Política sanitaria:** se evaluó el conocimiento de los participantes acerca de la política sanitaria que regula los CP en Ecuador, incluyendo aspectos legales que involucran la atención, las políticas de distribución y acceso a los medicamentos (principalmente opioides), las políticas académicas y los recursos gubernamentales asignados a esta especialidad.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

- 3- **Actividad de profesionales:** se averiguó el conocimiento de los profesionales acerca de las distintas asociaciones nacionales de CP y redes de atención. Se indagó sobre la investigación que se desarrolla en el país y las posibles colaboraciones que se mantienen con instituciones y organismos internacionales.
- 4- **Servicios de Salud:** hace referencia a los niveles de atención socio-sanitaria del Ecuador. El primer nivel de atención incluye centros de salud comunitarios, atención domiciliaria y hospicios. En el segundo nivel de atención se recogen los servicios y/o unidades exclusivas en los hospitales de segundo nivel. El tercer nivel de atención incluye los servicios y/o unidades exclusivas en hospitales de tercer nivel. Para los niveles segundo y tercero también se evaluaron los equipos de apoyo hospitalario. Por último, para todos los niveles de atención se determinó la existencia de equipos multi-nivel.
- 5- **Desarrollo de los Cuidados Paliativos:** se indagó acerca de la percepción del desarrollo de los servicios y atención en CP en Ecuador.

#### Códigos y Familias del Análisis

Globalmente, y dentro de cada una de las cinco secciones, se han identificado numerosos códigos de análisis que se han estructurado en once “familias” de códigos. A continuación, se definen los contenidos de cada una de las familias:

La familia que reúne a las citas de a) **Educación** asocia todo lo relacionado con capacitación, en grado como en postgrado, capacitación continua, investigación, así como la certificación de estudios realizados.

Los b) **Aspectos Institucionales** enmarcan la disponibilidad de unidades de atención, el apoyo privado o no gubernamental. Abarca procesos de atención como por ejemplo tiempos asignados a la asistencia tanto clínica, como de psicología, enfermería, apoyo espiritual, familiar, disponibilidad de unidades de atención en los distintos niveles. Tiempo asignado a la capacitación del personal implicado. Contiene aspectos financieros, de costo - beneficio. Existencia o no de asociaciones gremiales y todo lo relacionado que se haga por consolidar los CP.

El conglomerado de c) **Políticas** comprende lo relacionado con el cumplimiento o no de las mismas, la implicación de las autoridades, la estabilidad y sustentabilidad de las políticas de salud existentes.

En el apartado d) **Legal** encaja el conjunto de temas relacionados con leyes, normas y demás reglamentos existentes.

Los e) **aspectos Socio- culturales** incorporan las barreras culturales como el concepto de curar, la muerte, adherencia a opioides y otros estigmas. Engloban intereses o culturas imperantes, como la metalización, la medicalización de la medicina, entre otras. Así mismo se involucran cambios culturales favorables y rescatan valores

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

humanísticos, donde se circunscribe al voluntariado. Este grupo incluye temas como la pérdida de humanismo y el poco apoyo al desempeño de los equipos de CP.

La familia de f) **Medicamentos** engloba control de calidad, el abastecimiento de fármacos, su disponibilidad, costos, prescripciones, entre otros.

Otra agrupación hace referencia al g) **Impacto de los CP** en el paciente, en sus familiares y en la sociedad en general. Ahí mismo se inserta el abandono en el que puede caer la población en riesgo, en el caso de que no reciban la atención adecuada.

Los códigos relacionados con los h) **Profesionales de la salud** y demás recurso humano, hacen referencia a su motivación, coordinación, a la capacidad para trabajar en equipo y a las repercusiones de este trabajo en los profesionales implicados. En este conjunto se introduce también al trabajo de voluntariado y la oferta laboral para los médicos.

El grupo de i) **Difusión** incluye aquellas citas que se refieren a la difusión de los CP tanto para la población, como entre los profesionales de la salud. También involucra al personal que integra un equipo de cuidados paliativos como es el caso de los trabajadores sociales y capellanes, entre otros.

La familia de j) **Infraestructura** incorpora los códigos sobre las obras físicas.

La última familia corresponde a las k) **Recomendaciones** dadas por los médicos entrevistados.

#### Códigos en los cuestionarios DAFO

Del análisis de los datos del DAFO en estas cinco secciones se obtuvieron 64 códigos interpretativos, que se organizaron en las mismas familias de códigos que agrupan contenidos relacionados. La distribución se muestra en la tabla número 9:

Tabla 9.  
Códigos distribuidos en las 10 familias del cuestionario DAFO.

Familia	Códigos
a) Educación	“Formación adecuada”, “impulsar la investigación”, “interés en mejorar la formación en CP”, “poca investigación en CP” y “reconocimiento académico”.
b) Aspectos institucionales	“Apoyo administrativo”, “apoyo económico”, “apoyo privado o no gubernamental”, “asociaciones que no están activas”, “déficit de recursos económicos”, “déficit de unidades de atención”, “incremento de la demanda de atención”, “interés por consolidar los CP”, “los servicios de CP están centralizados en las principales ciudades”, “problemas administrativos”,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento:	970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

	“reducción de costos”, “riesgo de que no sea sustentable” y “unidades de atención en funcionamiento”.
c) Políticas	“Cooperación internacional”, “desarrollo estancado”, “falta de colaboración de las autoridades de salud”, “falta de evaluación de las políticas”, “falta o incumplimiento de las políticas de salud”, “incumplimiento de la norma de formación obligatoria”, “inestabilidad política” y “políticas de salud incluyentes”.
d) Aspectos legales	“Leyes que protegen al paciente” y “vacíos legales”.
e) Aspectos socioculturales	“Barreras culturales”, “cambio cultural favorable”, “concepto actual y nuevo”, “deshumanización del cuidado”, “intereses económicos preponderantes”, “otras prioridades consideradas más importantes” y “rescatan valores humanísticos”.
f) Medicamentos	“Costos elevados de los medicamentos”, “déficit en el control de calidad de los medicamentos”, “dificultad para acceder a los medicamentos”, “disponibilidad de medicamentos” y “falta de medicamentos”.
g) Impacto	“Abandono de la población en riesgo”, “impacto positivo en el paciente”, “impacto positivo en la sociedad” e “impacto positivo en los familiares del paciente”.
h) Profesionales y recursos humanos	“Falta de coordinación entre los profesionales de salud”, “falta de oferta laboral”, “impacto negativo en los miembros del equipo de atención”, “impacto positivo en los miembros del equipo de atención”, “opciones de expansión laboral”, “recursos humanos desmotivados”, “recursos humanos motivados”, “trabajadores de la salud coordinados” y “trabajo en equipo interdisciplinar”.
i) Difusión	“No hay difusión de los CP”, “no hay difusión de los CP entre los profesionales” y “se difunden los CP”.
j) Infraestructura	“Déficit de estructura física” e “infraestructura apropiada”.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
970031	OrizKecD	29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

### Códigos en las entrevistas

Para el análisis de las respuestas en las entrevistas, se realizó una codificación independiente, de carácter inductivo. En este caso, las entrevistas generaron 94 códigos distribuidos en las mismas 10 familias más una que corresponde a las recomendaciones que hacen los participantes para la mejora de los CP en el futuro. La distribución de códigos en las diferentes familias se muestra en la Tabla 10:

Tabla 10.

*Códigos distribuidos en las 11 familias de las entrevistas.*

Familia	Códigos
a) Educación	“Formación adecuada”, “interés en mejorar la formación en CP”, “poca investigación en CP” y “reconocimiento académico”, “déficit de formación”, “déficit de personal cualificado en CP pediátricos” e “importancia de tener claro el concepto de CP” y “el desempeño del equipo”.
b) Aspectos institucionales	“Apoyo administrativo”, “apoyo privado o no gubernamental”, “asociaciones que no están activas”, “déficit de recursos económicos”, “déficit de unidades de atención”, “incremento de la demanda de atención”, “interés por consolidar los CP”, “los servicios de CP están centralizados en las principales ciudades”, “problemas administrativos”, “unidades de atención en funcionamiento”, “CP ahorran gastos” y “se evidencia un avance en el desarrollo de los CP”.
c) Políticas	“Cooperación internacional”, “falta de colaboración de las autoridades de salud”, “falta de evaluación de las políticas”, “falta o incumplimiento de las políticas de salud”, “incumplimiento de la norma de formación obligatoria”, “inestabilidad política”, “políticas de salud incluyentes”, “dificultad para aplicar la guía de CP”, “falta implementar lo que se ha escrito”, “no se certifican los estudios realizados”, “norma de formación obligatoria” y “riesgo de que no sea sustentable”.
d) Aspectos legales	“Leyes que protegen al paciente”.

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

e) Aspectos socioculturales	“Barreras culturales”, “cambio cultural favorable”, “concepto actual y nuevo”, “deshumanización del cuidado”, “intereses económicos preponderantes”, “otras prioridades consideradas más importantes” y “rescatan valores humanísticos”.
f) Medicamentos	“Costos elevados de los medicamentos”, “dificultad para acceder a los medicamentos”, “disponibilidad de medicamentos” y “falta de medicamentos”.
g) Impacto	“Abandono de la población en riesgo”, “impacto positivo en el paciente”, “impacto positivo en la sociedad” e “impacto positivo en los familiares del paciente”.
h) Profesionales y recursos humanos	“Falta de coordinación entre los profesionales de salud”, “impacto negativo en los miembros del equipo de atención”, “recursos humanos desmotivados”, “recursos humanos motivados”, “trabajadores de la salud coordinados”, “trabajo en equipo interdisciplinar”, “déficit de personal cualificado”, “relaciones de trabajo horizontales” y “trabajo voluntario”.
i) Difusión	“No hay difusión de los CP”, “no hay difusión de los CP entre los profesionales” y “se difunden los CP”.
j) Infraestructura	“Déficit de estructura física”.
k) Recomendaciones	“Integrar y preparar al voluntariado”, “inclusión de los CP como otra especialidad clínico-quirúrgica”, “admitir en la maestría de CP a profesionales con formación de tercer nivel”, “aplicar la legislación sobre los derechos ciudadanos”, “apoyar la creación de la maestría/especialidad en CP”, “brindar apoyo en atención domiciliaria”, “capacitar al personal de salud”, “consolidar la red pública de salud”, “crear el servicio de CP en hospitalización”, “crear equipos de autoayuda”, “crear unidades específicas para CP”, “difundir los CP en la población”, “fomentar el trabajo de equipos interdisciplinarios cubiertos por la salud”.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

pública y/o aseguradoras privadas”, “crear unidades específicas para CP”, “difundir los CP en la población”, “fomentar las publicaciones en español”, “implicar más a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)”, “impulsar la investigación” e “impulsar los CP en el primer nivel de atención”.

Los códigos extraídos, tanto de las entrevistas como del análisis DAFO, con sus respectivas frecuencias se exponen en el Anexo 5.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a></i>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

## Sección 1. Formación

### Sección 1.1. DAFO

#### a) Educación

En el ámbito de la formación, el cuestionario DAFO arroja que la principal debilidad y amenaza que soportan los CP en Ecuador es el déficit de formación en CP de los profesionales médicos. Esta carencia se manifiesta tanto en pregrado como en postgrado. Son pocas las universidades que ofertan CP ya sea como asignatura opcional o como obligatoria, lo cual determina que no se conozca la especialidad entre los médicos. De acuerdo a lo referido por los participantes, esto responde entre otras cosas al escaso número de médicos capacitados que se dedican a la docencia en CP y también a que existen pocas universidades preparadas para ello. En consecuencia, los médicos no optan por los CP como especialidad y los especialistas tampoco juzgan necesario conocer acerca del tema. Como secuela de este vacío en Ecuador, se ha soslayado la ética en CP, según refiere un participante, esta información es corroborada por un médico geriatra y por médicos generales que colaboraron con el estudio, quienes manifiestan que no recibieron formación en CP. Por otra parte, el cuestionario arroja como debilidad en el ámbito de la formación, la falta de continuidad en la capacitación en CP de los profesionales de salud. Posiblemente esto se debe a la poca colaboración con la academia, quien no genera la especialidad o la maestría por considerar que, tampoco existe una demanda eminente.

Al insuficiente número de personal docente, se añaden los pocos lugares donde pueden hacer sus prácticas los estudiantes y generar nuevos escenarios para la investigación en CP. Por otra parte, los médicos con formación en CP han encontrado varios impedimentos a la hora de reconocer sus títulos por organismos oficiales, lo que dificulta y prorroga el proceso de aprobación de la maestría en CP ofertada por alguna universidad ecuatoriana. Esto perjudica aún más el posicionamiento de los CP como especialidad médica.

Si bien la debilidad y amenaza mencionada con más frecuencia por los médicos que colaboraron, es el déficit de formación, también estos citan como principal fortaleza y oportunidad el interés por mejorar la formación en CP por parte de un grupo de médicos, adecuadamente capacitados, que estaría dispuesto a impartir docencia en las universidades. De modo particular están algunos jóvenes médicos generales, que ven en los CP una oportunidad de adquirir una mejor formación. Para ello los informantes reconocen el respaldo de la universidad privada interesada en ofertar una maestría en CP. Un participante admite el apoyo legal, que incluye a los CP como materia optativa u obligatoria en la malla curricular.

Otra fortaleza y oportunidad que citan los informantes es la continua oferta de cursos, seminarios y talleres de CP por parte de instituciones privadas, más no

Firmado por:	Fecha:
VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

directamente por la academia. Quienes colaboraron en el estudio manifiestan como fortaleza y oportunidad el hecho de que existan jóvenes médicos que están haciendo su especialidad en CP fuera del país. Por último, decir que dos participantes consideran a la investigación como una fortaleza y oportunidad de la formación en CP. Así mismo dos participantes consideran el déficit de unidades de atención como la oportunidad para que se abran nuevos centros.

b) Aspectos institucionales

Una debilidad y amenaza constante es la falta de recursos económicos asignados para ofertar CP como una especialidad, como maestría o como formación continua en Ecuador. Por otra parte, si un profesional quiere formarse fuera del país, se enfrenta a costos que no puede afrontar por sí mismo. Tampoco todos reciben apoyo de las instituciones en las que trabajan para inscribirse o para obtener permisos y asistir a seminarios, cursos, talleres y demás programas de formación. Menos aún se otorgan becas de estudio.

Los médicos que colaboraron en el cuestionario, manifiestan que no es suficiente el presupuesto destinado para dotar al sistema sanitario de las unidades de atención paliativa en las que puedan realizar sus prácticas los estudiantes y complementar con calidad su formación. Por lo tanto, los lugares de práctica tanto a nivel comunitario, como hospitalario resultan exiguos a la hora de cumplir con los requisitos para la aprobación de la maestría en CP, lo que redundará en que se prorrogue su certificación. Así pues, al ser pocos los especialistas no se les puede pedir que dediquen más tiempo a la docencia, ni para capacitarse en ella, ni para impartirla.

De todas formas, los médicos han manifestado su interés por consolidar los CP, con la finalidad de solventar en parte el aumento de la población que busca ser atendida y debido a la creciente importancia que adquieren los CP en la sociedad. De la misma manera como el incremento de la demanda de atención en CP ha sido identificado por los participantes como una debilidad y amenaza, para varios médicos encuestados constituye una oportunidad para visibilizar e impulsar la formación en Cuidados Paliativos. El apoyo de las entidades privadas y no gubernamentales es considerado como una fortaleza y una oportunidad en el desarrollo académico y de preparación del personal de salud en CP.

c) Políticas

Lo recogido por el cuestionario DAFO en la sección de Formación como debilidad y amenaza en la categoría de políticas nos conduce a relacionar el incumplimiento de las políticas de salud con el vacío de conocimientos en CP de la población médica, entre otras cosas, porque no se ha ejecutado la norma ministerial que exige a las universidades ofertar los CP como asignatura obligatoria. Dicho incumplimiento responde, según varios informantes, a la falta de conocimiento y colaboración de las autoridades, lo cual

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

está en estrecha relación con la inestabilidad política referida por los participantes en el estudio.

Los médicos colaboradores advierten como consecuencia de esta falta de apoyo, al largo proceso de aprobación tanto de la maestría presentada, como de los títulos de varios profesionales médicos.

Otra observación de los participantes es la falta de estandarización de la atención médica en las unidades públicas de salud.

Por último, la baja asignación de fondos para CP por parte del Estado Ecuatoriano repercute de manera negativa en la calidad de formación.

De los cuestionarios realizados se desprende que los médicos aprecian como fortaleza y oportunidad el apoyo que reciben por parte de las autoridades sanitarias. Muestra de ello son las guías y la norma de atención que han sido publicadas.

Los participantes mencionan la oportunidad de cooperación por parte de instituciones internacionales con entidades tanto públicas como privadas, en la formación de médicos en CP. Varios de los colaboradores, refieren la oportunidad que se ha generado al reforzar los vínculos con organizaciones internacionales, que otorgan becas, créditos educativos y apoyo económico para actividades orientadas a mejorar los conocimientos en CP.

Por otro lado, indican que existe apoyo por parte del Ministerio de Salud Pública para capacitar en CP a los profesionales que trabajan en este sector, principalmente a aquellos dedicados a atención primaria en salud. Así mismo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) becó con maestrías en el exterior a cinco médicos de diferentes especialidades, que laboran en CP.

#### d) Aspectos legales

Las declaraciones de los médicos recogidas en el ámbito legislativo, señalan como debilidades y amenazas primordialmente a los constantes cambios de las leyes ecuatorianas en materia de educación. A esto se suman los engorrosos trámites y excesivos requerimientos necesarios para implementar la maestría en CP en las universidades. Por otra parte, se menciona la falta de interés de las autoridades en hacer cumplir la normativa existente, que obliga a las universidades a incluir en su plan de estudios a los CP.

Los médicos participantes de este cuestionario describen como fortalezas y oportunidades de la formación en CP, el hecho de que estos sean tomados en cuenta en la legislación ecuatoriana.

Se hace referencia como una oportunidad a la existencia de la normativa legal que obliga a las universidades a incluir los CP en el pregrado.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

e) Aspectos socio-culturales

La falta de formación en CP, está relacionada directamente con la forma de enfrentar y afrontar las diversas barreras culturales que existen entre los médicos y en la sociedad.

Entre los obstáculos citados por las participantes están el temor a la muerte, la opiofobia con el consecuente mal manejo del dolor, así como el sentimiento de frustración que embarga a muchos médicos cuando no son capaces de curar a sus pacientes. La idea de que los CP se los aplican solamente al final de la vida y el temor que esta etapa produce, aparta de esta especialidad tanto a médicos como a estudiantes y son una de las causas de la reducida oferta de formación que existe en CP. Los médicos consultados hacen referencia al interés monetario que prevalece entre sus colegas, lo que los aparta a ellos y a los administradores de los centros de salud, de una especialidad que consideran poco rentable. Con frecuencia se menciona el escaso interés que manifiestan los médicos por adquirir una formación en CP. De acuerdo a lo referido, los médicos no identifican la importancia de los CP, de ahí que tampoco consideran necesario aplicar los CP en sus pacientes. Los informantes consideran que las autoridades no ven a los CP como un derecho humano y expresan que hay un desinterés institucional por crear unidades de CP.

Otra afirmación recogida es el sesgo que existe al identificar a los CP con determinada patología y/o sintomatología como, por ejemplo, el dolor.

En cuanto a fortalezas, varios de los médicos consultados reconocen a los CP como una carrera nueva y actual, que les ofrece posibilidades de desarrollo profesional y humano. A su vez, la mayoría de los participantes de este estudio son conscientes de la necesidad que tienen los pacientes de recibir atención paliativa, principalmente los pacientes con pronóstico de vida limitado, aunque existen algunos médicos que indican desconocer los CP.

f) Medicamentos

Los médicos que colaboraron hacen referencia a la carencia de medicamentos para su práctica clínica en CP. Es así que se limita, en cierta forma, la posibilidad de actualizar los conocimientos terapéuticos de los profesionales.

En oposición, otros participantes señalan que tienen una adecuada dotación de medicamentos. Al verificar los datos con los obtenidos del cuestionario sociodemográfico, se colige que dichos profesionales se refieren a farmacias de hospitales de segundo o tercer nivel que están abastecidas. Por otro lado, ven como una fortaleza la formación en CP, ya que a medida que conozcan los fármacos, los solicitarán y utilizarán.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

g) Impacto en el paciente

La falta de formación en CP de los médicos constituye, según lo que ellos mencionan, un factor que expone al paciente y atenta contra su calidad de vida. Esto se extiende a los familiares de los pacientes, quienes acusan una escasa colaboración en el cuidado del paciente.

Los médicos que colaboraron con este cuestionario, manifiestan que hay una adecuada disposición para formarse y brindar una atención que mejore la calidad de vida de los pacientes, principalmente de aquellos con pronóstico de vida limitado. De esto se deriva la favorable actitud por parte de los pacientes crónicos y con pronóstico de vida limitado para aceptar ser cuidados en los centros sanitarios con actividad docente. También indican que los familiares de los pacientes se muestran muy dispuestos a recibir capacitación en este ámbito, reconocen positivamente la formación del grupo de profesionales que se dedican a CP y valoran su participación en la atención a los pacientes.

h) Profesionales y recursos humanos

La falta de educación formal en CP a nivel universitario repercute negativamente en el conocimiento de esta especialidad por parte de los médicos, en consecuencia, las referencias entre profesionales y el trabajo en equipo interdisciplinar es reducido. Los médicos que se dedican a CP son pocos y sus títulos todavía no han sido reconocidos por los entes reguladores, de ahí que al no haber profesionales que tengan un título oficial de paliativistas tampoco se crean las unidades de atención que se necesitarían. Esto limita las opciones de expansión laboral, así como la remuneración de los profesionales y, por ende, es poca la motivación de los mismos tal como lo indican los informantes.

Por otra parte, los médicos que colaboraron consideran una oportunidad al hecho de trabajar entre varias especialidades, lo cual fomenta que se incluyan a los CP en las mallas de otros postgrados o maestrías como medicina interna, emergencias, cuidados intensivos, oncología, medicina familiar, anestesiología, bioética, entre otras. También manifiestan buena disposición los médicos generales para acceder a esta especialidad. La aceptación por parte de los médicos de los CP responde, según lo recogido, a que algunos médicos consideran a los CP como una oportunidad de crecimiento personal, además de que expande sus opciones laborales. Ante esta situación aparecen como fortaleza, un grupo de profesionales comprometidos y dispuestos a formar a otros.

i) Difusión

Tanto en la población médica, como en la comunitaria hay falta de información sobre CP. Se los conoce poco o no se los conoce. La escasa divulgación puede incidir en la poca afluencia de pacientes a los servicios prestadores de atención paliativa, lo cual es visto como una amenaza para la población que se beneficiaría de ella y para el reconocimiento de los CP como una especialidad.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Varios médicos que contestaron el Cuestionario DAFO exponen que desconocen sobre la formación en CP que se imparte en Ecuador.

Un participante cita como fortaleza la divulgación cada vez mayor de los CP. De esta manera se hará visible la necesidad de cuidados paliativos entre la población, lo que hará que aumente la demanda de atención y en consecuencia, la oferta de trabajo. Esto a su vez es una motivación para que los profesionales deseen formarse en esta especialidad.

j) Infraestructura

Los informantes reportan la débil infraestructura asignada a los CP particularmente a nivel hospitalario.

Dos participantes mencionan como oportunidad docente, el acceso a hospitales y a atención ambulatoria.

**Sección 1.2. Entrevistas**

Las entrevistas realizadas concuerdan con los datos obtenidos en los cuestionarios DAFO en lo que hace referencia al déficit de formación en CP, ya que no existe oferta a nivel de pregrado, ni en postgrado<sup>4</sup>. Ello genera desconocimiento por parte de los médicos en diversos temas relacionados como son, los límites curativos de la medicina, comunicación, prescripción de opioides, tratamiento del dolor y de otros síntomas que aquejan a enfermedades severas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado.

La falta de formación en pregrado trae consigo varias consecuencias, según lo manifiestan las entrevistas. Los médicos generales, que egresan de las universidades para desempeñarse como médicos rurales o como médicos de atención primaria en los centros y sub centros de salud, no están capacitados para identificar cuándo un paciente es sujeto de CP, desconocen el manejo clínico de estas personas y cómo comunicarse

---

<sup>4</sup> E2:9: "Yo creo que tres necesidades que son básicas e importantes, educación, educación y educación ... no solo hay falta de educación hay falta de conocimiento de lo que son los cuidados paliativos, incluso dentro del ámbito médico, de gente que está dedicada a la salud, la gente no entiende qué son los cuidados paliativos"

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

con ellas y con su familia.<sup>5-6</sup> Para tratar de cubrir esta brecha, se programaron capacitaciones básicas de dos días de duración por todo el país, dirigidas principalmente a médicos que trabajan en entidades públicas de salud. Sin embargo, los profesionales que remiten pacientes a los centros de salud, encuentran que estos médicos de atención primaria no resuelven las necesidades de atención paliativa, por el contrario, demuestran vacíos en su formación.<sup>7</sup>

Así mismo, el déficit de formación en CP se extiende al ámbito de la investigación, ya que no existen trabajos publicados.<sup>8</sup>

Un resultado de la ausencia de los CP en los currículos universitarios y del desconocimiento de esta especialidad, es la falta de acreditación de los títulos de los profesionales médicos por parte de los organismos oficiales. Esta circunstancia constituye un impedimento para que se pueda abrir una maestría en CP, conforme lo referido en las entrevistas.<sup>9</sup> Al respecto, algunos participantes señalan como un

<sup>5</sup> E: 22:20:32 "...los sub centros que serían los centros donde se podrían ayudar a la gente que no tiene acceso, no está la gente preparada. De ahí que el médico rural debería tener conocimientos de cuidados paliativos"

<sup>6</sup> E23:21:10: "Tú no puedes mandar a un médico general cualquiera a dar cuidados paliativos, porque ellos no saben ni siquiera abordar al paciente, cómo comunicarle nada, cómo decirle a la familia, o sea, todo lo que uno ha aprendido, formado por universidad de lo que significa eso, acá no lo tienen. Es muy poca gente la que lo tiene y la que la tienen son bastante empíricos, son capacitados, no tienen el contacto, no han vivido lo que a nosotros nos hacen hacer afuera. Entonces, es diferente, entonces, si me dices que tienen tantas personas por distritos para atender a estos pacientes yo no sé si es que están capacitados,"

<sup>7</sup> E16:16:27 "El centro de salud no resuelve lo que tiene que resolver y los que tienen visita domiciliaria del seguro social tampoco les resuelve, no, es que yo no tengo este medicamento... Muchas veces pasa que el equipo de asistencia domiciliaria de la seguridad social no tiene alguien preparado en cuidados paliativos, entonces, pasan cosas como que la vía subcutánea... ay quién le puso eso está mal puesta la vía y le ponen la intravenosa"

<sup>8</sup> E7:28: "Porque yo estoy viendo si es que hay algo de pertinencia en cuidados paliativos y no hay nada en el Ecuador ¡porque no hay nada!

E: Publicado se refiere ¿no?

A: Sí"

<sup>9</sup> E: 16:16:36: "Desde la práctica académica hay problemas porque desde el pregrado no hay conciencia y para formación en posgrado, postgrado, exigen que venga alguien especializado que tenga los súper

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

obstáculo para la formación de especialistas en CP, el hecho de que se pida como prerequisite el cuarto nivel de los postulantes.<sup>10</sup>

De todas maneras, los entrevistados ven como un avance la inclusión de los CP en la malla de las especialidades de Oncología, Medicina Interna y Medicina de Familia en algunas universidades ecuatorianas.<sup>11-12</sup>

En el grupo de Formación, las Entrevistas añaden dos nuevos códigos:

“La importancia de tener claro el concepto y el desempeño del equipo de CP” y “El interés por mejorar la formación en CP.”

Los médicos participantes destacan la importancia de definir y difundir el concepto de CP.<sup>13</sup> Al no estar claro el concepto, manifiestan, hay médicos que se atribuyen el título de paliativistas cuando tan solo se dedican a manejar un síntoma, sin tener un título formal, ni ser parte de un equipo interdisciplinar enfocado al tratamiento integral del

---

títulos y lo único que han logrado es que estamos en el 2016 y hasta ahora no existe ni una maestría, ni nada.”

<sup>10</sup> E16:16.40: “Si nosotros pretendemos que el país tenga una cobertura de cuidados paliativos no podemos poner una maestría donde se limite a la gente a acceder a ella y uno de los límites es que hacen las maestrías solo para pacientes que tienen un cuarto nivel, no para pacientes, para médicos con cuarto nivel”

<sup>11</sup> E7:3: “Lo que hay son cursos, por ejemplo, yo he coordinado muchos postgrados de medicina de familia por muchos años. En los últimos años nosotros sí les hacemos a los chicos que tengan una introducción a lo que es cuidados paliativos, hacen una rotación por los hospicios, hacen visitas domiciliarias porque eso es lo más importante, entonces, ellos por lo menos ellos ya entienden un poco más que cuando yo me formé cuando no había nada, que o sea morfina era un pecado, entonces, hasta ahí tenemos”.

<sup>12</sup> E23:14:2: “En Guayaquil. En la universidad estatal, en la universidad de Guayaquil. Sé que ahora... sé que de unos cinco años o tres años atrás ya hay la especialidad como oncología. Sé que ahora ya está y eso me alegró muchísimo (Risas) y sé que al menos en Guayaquil las dos universidades más grandes ahí ya la tienen, entonces, como que esa parte hemos superado.”

<sup>13</sup> E26:5: “la definición dentro del hospital... eh... sigue siendo mal entendida, o sea, la definición dentro del hospital es del paciente que está en agonía y está muriendo, aquí dentro de oncología no, dentro de oncología sí se entiende bien que los cuidados paliativos son todo lo que hacemos sin intención curativa, como dentro del hospital ese concepto no está bien entendido, entonces, cuando uno pone cuidados paliativos en la historia clínica puede significar el paciente que está agonizando y que ya no vamos hacer nada más”

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

paciente.<sup>14</sup> Por ventaja cada vez más se difunden los CP y su población diana. Poco a poco se los asocia más con enfermedades crónicas no transmisibles, con cáncer en etapas tempranas y ya no se los identifica solo con cáncer en etapa terminal.

Algunos de los profesionales entrevistados afirman que en el país no se ha consolidado el concepto de CP como una especialidad.<sup>15</sup>

De acuerdo a lo mencionado en las entrevistas, la falta de precisión en el concepto de CP puede responder al hecho de confundir las capacitaciones que se han impartido en CP, con una formación reglada y formal. Esto va en detrimento de la especialidad como tal, según lo indicado por los participantes.<sup>16-17</sup>

De todas maneras, los informantes explican que día a día se incrementa el interés por los CP, tanto desde los profesionales de salud, como desde la academia.<sup>18-19</sup> Así mismo, valoran el aporte de entidades privadas como el Hospice San Camilo, que ha

---

<sup>14</sup> E19:1: "yo creo que es un déficit importante que tenemos en el país en cuidados paliativos, mucha gente cree que cuidados paliativos es igual al manejo del dolor y evidentemente eso no es así"

<sup>15</sup> E30:3: "Muchos profesionales no han entendido todavía que los CP son una especialidad. Que hacer CP no es dedicarle unas horas a la semana o en el mejor de los casos al día. Es dedicar su práctica profesional a ejercer todos los días, todas las horas dedicadas a CP."

<sup>16</sup> E30:34: "Una certificación formal de la formación en cuidados paliativos, mientras tanto, pues, seguimos trabajamos los que nos hemos interesado en esto, nos hemos formado de alguna manera y que comprendemos que... de que... la formación la práctica diaria y la... y el trabajo serio considerando que esto es una especialidad. Yo en el ministerio decía, a ver... bueno abramos servicios de cardiología pues con médicos familiares entonces, entonces, tú qué haces abrir un servicio de cardiología con hemodinamia, con... le damos un curso de dos meses...Y ya... y abramos esto, abramos servicio de endoscopia en todos los hospitales, hacemos el acuerdo ministerial, copiamos unas guías de manejo de servicio de gastroenterología, no tenemos gastroenterólogos endoscopistas pero les damos un curso a los médicos familiares y que los médicos familiares les den el servicio de endoscopia... a ver si no pone medio mundo el grito en el cielo, pero, como es cuidaos paliativos..."

<sup>17</sup> E30:3: "..., son capacidades que creo se deben desarrollar en una educación profesional no mediante una recepción de una información que puede ser muy buena, pero, que termina siendo incompleta..."

<sup>18</sup> E20:8: "Ha crecido un poco, ha crecido, ha crecido un poco para lo que teníamos antes y la gente se interesa también por cuidados paliativos se ve que se piden la rotación"

<sup>19</sup> E30:4: "dentro de esta unidad tenemos eh... además de las dos personas que hacemos dolor específicamente en cuidados paliativos hay una pediatra que la involucramos en cuidados paliativos, hay un médico internista que también nos ayuda en el área de cuidados paliativos, una flebóloga, psiquiatra y psicólogos, es más dentro del servicio de psicología ya ahorita están rotando, los chicos de la universidad."

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

organizado congresos y encuentros científicos, así como cursos de capacitación continua para la ciudadanía. En esta Institución también rotan los estudiantes de postgrado de medicina familiar de una universidad de Quito.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

## Sección 2. Política Sanitaria

### Sección 2.1. DAFO

#### a) Educación

Los informantes citan con frecuencia el déficit de formación que existe en CP. Las razones que aducen son principalmente la falta de profesionales cualificados y con capacitación adecuada, debido a que existe poco interés por parte de la autoridad sanitaria en la formación de especialistas en CP. Dicha carencia se pone de manifiesto, a decir de los médicos colaboradores, en el uso inadecuado de opioides, en el mal manejo del dolor, en la falta de información sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.

Los CP son considerados por los participantes de este estudio, como una oportunidad de mejorar los conocimientos, primordialmente en lo que respecta al manejo del dolor y uso de opioides. Mencionan la importancia de que exista una formación estandarizada y continuada, para lo cual constituye una herramienta conveniente, la guía de práctica clínica elaborada con el apoyo del MSP. Los informantes ven como una fortaleza a la presencia de profesionales preparados en CP, así como a las universidades con voluntad de hacer cumplir la normativa expedida por el MSP. Los médicos que han colaborado con este cuestionario refieren el avance conseguido desde el apoyo a la capacitación continua del personal de salud.

#### b) Aspectos Institucionales

La actual situación económica del país ha determinado una reducción presupuestaria para CP. Los médicos que han participado en este cuestionario reconocen que la disminución de la asignación financiera es una de las causas de que no se ejecute a cabalidad el Plan Nacional de CP y con ello la falta de creación de unidades de CP, tanto a nivel hospitalario, como ambulatorio.

La limitación económica deja vulnerable el control de calidad de los medicamentos, la adquisición de insumos y en general, la calidad del cuidado profesional. Los colaboradores de este estudio reclaman la designación exclusiva de un equipo o al menos de una persona con dedicación completa al Plan Nacional de CP. De igual manera, ven como una amenaza los impedimentos que se generan desde los organismos de control para la adquisición y distribución de medicamentos, en particular de estupefacientes, así como para permitir el funcionamiento de centros de atención paliativa. En cuanto a la atención también advierten que no se ha regulado el tiempo de consulta para los pacientes paliativos. Uno de los participantes refiere que el “programa” de atención en CP es capaz de generar réditos económicos, que todavía son poco apreciados.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas demanda un mayor compromiso por parte de las autoridades de salud para brindar atención a esta población vulnerable. Como respuesta a los cambios demográficos y epidemiológicos ha surgido la necesidad de impulsar los CP, fortaleciendo la estructura física y profesional. Han contribuido con ello, los representantes del sector privado, quienes se han integrado a la gestión estatal, con la finalidad de construir políticas nacionales sobre CP. Los centros públicos de atención brindan un servicio gratuito, lo que es visto como una fortaleza que, a la vez precisa de apoyo económico por parte del Estado, según manifiestan los médicos. Los informantes hacen referencia a los CP como fortaleza dependiendo del lugar donde se brinde esta atención.

c) Políticas

Una gran debilidad y amenaza para los CP, de acuerdo a lo referido por los médicos participantes, es la inobservancia de las políticas de salud. El incumplimiento lo atribuyen a diversos motivos muy relacionados con la inestabilidad política que atraviesa el país, lo cual se refleja en el cambio frecuente de autoridades. Esto repercute en la falta de continuidad en el suministro de medicamentos, principalmente opioides y en general con el insuficiente compromiso con la especialidad y por ende con la población. Los médicos que realizaron el cuestionario advierten la ausencia de políticas tanto de CP como de manejo de opioides. Dicha carencia es más evidente en el primer nivel de atención y va de la mano con el desconocimiento y la falta de aplicación de las guías y protocolos de atención en CP y en el uso de opioides. Se conoce que existe un Plan Nacional de CP, pero también se sabe que está próxima a cumplirse su vigencia, tras la cual deberá ser actualizado. Los profesionales médicos advierten como amenaza la falta de evaluación de los resultados obtenidos, lo cual derivaría en la falta de continuidad del programa y de implementación de unidades de atención.

Los participantes reconocen el impulso que han dado a los CP en los últimos años las autoridades de salud y los responsables legislativos del país. Estos, unidos a los diferentes actores del sistema privado de salud han hecho publicaciones, tales como: La Guía de Práctica Clínica, La Guía del Cuidador, La Norma de Cuidados Paliativos y El Plan Nacional de CP. Los médicos que colaboraron con este estudio manifiestan que estos escritos concuerdan con lo que recoge la Constitución ecuatoriana, el Plan Nacional del Buen Vivir y el Modelo de Atención Integral de Salud, acerca del derecho de los pacientes a recibir atención paliativa de calidad. Varios coinciden en que es un adelanto el hecho de se disponga de estos documentos al menos en papel, aunque ya son testigos de progresos en la atención estandarizada, y en la disponibilidad y comercialización de medicamentos, principalmente de opioides. Por otra parte, los participantes ven la oportunidad de fortalecer el sistema de salud a través de políticas y procesos más dinámicos y completos, generados por las autoridades competentes, apoyados en resoluciones de organismos internacionales como la OMS y la OPS. Un participante

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

indica como oportunidad la “governabilidad alternante” que fomenta cambios estructurales.

d) Aspectos legales

Uno de los médicos que colaboraron en este estudio manifiesta que no existe una norma de CP, sin embargo, otros indican que no se cumple con esta. Con relación a esta omisión, los médicos indican que existe un cierto temor de los médicos a ser sancionados por la ley de mala práctica clínica.

La política de salud de Ecuador garantiza la salud integral de los ciudadanos como un derecho. Así mismo, el Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS, reconoce el acceso a los servicios de salud de manera gratuita, universal, solidaria e integrada en el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV).

e) Aspectos socio – culturales

Las principales debilidades y amenazas encontradas en este cuestionario, hacen referencia a los temores que generan el uso de opioides y su nexos con las leyes que castigan las complicaciones y/o actos de negligencia, así como con aquellas relacionadas a la prescripción de recetas. Por otra parte, los informantes establecen como debilidad y amenaza la falta de importancia que tienen los CP tanto para las autoridades de salud, como para los médicos. Estos se sienten más atraídos por otras especialidades que les ofrezcan mejores ingresos económicos. Otro temor al que hacen referencia los médicos participantes es ante la posibilidad de que existan otros intereses que interfieran con el ingreso de morfina oral en el país.

Los médicos participantes indican como fortaleza la novedad de concepto de los CP en Ecuador. Los CP son una nueva especialidad, que responde a la necesidad de atención por un sector de la población. A su vez los CP demandan un cambio de cultura profesional, muy vinculado a la bioética y con una entrega completa por parte de los médicos involucrados. Dicho cambio ha recibido el apoyo de entidades internacionales como la OMS.

f) Medicamentos

La mayoría de los médicos que han colaborado con el estudio coinciden en que es difícil acceder a los opioides y sus derivados. Las razones que esgrimen son en primer lugar los costos elevados. Les sigue, el engorroso proceso de adquisición, que implica un complicado acceso a recetas, que los recetas son solo para determinados especialistas médicos y que tienen fecha de caducidad.

Contribuye al déficit de esta medicación, la falta de proveedores y la distribución solo en determinados hospitales del sector público, mas no en farmacias públicas.

El opioide cuya falta resienten más los informantes, es la morfina oral. También mencionan la escasez de oxicodona, nalbufina y fentanilo.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Algunos médicos han mencionado la falta de estudios de bioequivalencia de ciertos medicamentos que se incluyen en el arsenal para CP. También hacen referencia a la ausencia de estudios que orienten a los responsables, para determinar las necesidades de opioides en el país.

De acuerdo a lo manifestado por los médicos colaboradores, la política nacional garantiza la disponibilidad, el acceso y el uso racional de opioides en el Sistema Nacional de Salud. Muchos de los fármacos utilizados en CP forman parte del cuadro básico de medicamentos, en las diferentes presentaciones. Lo cual constituye una fortaleza, a decir de los informantes, pese a que todavía son pocos los medicamentos incluidos. Los participantes refieren como una oportunidad el marco político actual para poder acceder a mecanismos más sencillos de distribución de medicamentos.

g) Impacto en el paciente

Un participante indica como una amenaza en el ámbito político, el poco apoyo que se da a las familias en la etapa de duelo.

Los médicos que colaboraron, aseveran que la ciudadanía acoge de una manera favorable a los CP, gracias al positivo aporte que estos prestan al paciente, a su familia y a la sociedad. Hacen referencia a los beneficios del uso de la Guía de Práctica Clínica para el adecuado manejo de síntomas, principalmente dolor y la consecuente mejora de la calidad de vida de las personas. Así mismo consideran una fortaleza, la opción de consultar con especialistas en CP y contar con medicación gratuita.

h) Profesionales y recursos humanos

Los médicos consultados nombran la falta de motivación de sus colegas causada por el poco interés de las autoridades de salud en impulsar la política de CP. Esto debilita el posicionamiento de esta especialidad en la red pública de salud.

Los médicos que colaboraron, reconocen que, para Ecuador es una fortaleza y oportunidad, el hecho de encontrar a profesionales comprometidos, pese a que sean pocos, con afán de superación y dispuestos a trabajar en equipo y a ejecutar cualquier política sanitaria o planificación en salud en CP.

i) Difusión

Es poco lo que los médicos conocen acerca de los CP, lo que está en estrecha relación con la falta de difusión de los mismos por parte de las autoridades. De ahí que los médicos ignoren la existencia del Plan de CP, de sus políticas y normativas. Y la población desconozca que “tiene derecho a una vida digna hasta la muerte.”

Dos médicos participantes reconocen que existe mayor divulgación de la política de CP, con la finalidad de despertar el interés por ayudar a la población vulnerable.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

j) Infraestructura

Los participantes exponen la ausencia de atención paliativa, tanto a nivel hospitalario, como en centros de salud.

Un par de colaboradores refieren que existe una buena infraestructura física y organizacional que apoyan a la política sanitaria de CP en Ecuador.

**Sección 2.2. Entrevistas**

Los médicos reclaman la asistencia técnica de expertos, que conozcan los CP en los organismos de control,<sup>20</sup> cuyo trabajo sea independiente de vaivenes políticos<sup>21</sup> y cuyos objetivos incluyan tanto al sector público como al privado.

Los participantes reconocen que ha sido el sector privado quien ha asumido el reto de implementar y desarrollar los CP hasta el año 2011,<sup>22</sup> en el que estos ingresaron al sistema nacional de salud a partir del Acuerdo Ministerial.<sup>23</sup> Sobre este pronunciamiento oficial, existen opiniones divididas entre los médicos entrevistados. Hay quienes concuerdan en que es importante que exista al menos el documento escrito y que los CP formen parte de la normativa del MSP.<sup>24</sup> Sin embargo, otros participantes no ven

---

<sup>20</sup> E1:32: "...si nosotros no tenemos técnicos en el Ministerio que entiendan qué son los cuidados paliativos difícilmente vamos a poder implementar o poner en marcha un proyecto o una visión diferente del trato de los pacientes."

<sup>21</sup> E1:39: "...el problema es el giro tan rápido que tenemos de ministros, empieza un programa, se trunca, se empieza otro programa, se trunca y no se avanza."

<sup>22</sup> E2:15: "... obviamente el sector público tendría que ser el responsable, pero a falta, el sector privado debe tomar las acciones necesarias."

<sup>23</sup> E29:19: "...el Ministerio reconoce que hay una cosa que se llama cuidados paliativos y que tiene que formar parte de la atención de cualquier entidad, entonces, a raíz de esto se decía, bueno, hay este espacio aquí y ahora cómo lo trabajamos, entonces, de las cosas importantes que se hizo eh... fue integrar los cuidados paliativos en el modelo de atención integral del Ministerio de Salud."

<sup>24</sup> E29:24: "usando un documento está escrito puedes agarrar y decir de esto no vamos para atrás, de esto vamos adelante que esto es un derecho que ya está escrito."

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

compromiso político, principalmente en lo que respecta a implementar y financiar lo estipulado en el Acuerdo Ministerial.<sup>25</sup>

De todas maneras, los médicos entrevistados son conscientes que en Ecuador han empezado a posicionarse los CP, “aunque todavía quede mucho por hacer”.<sup>26</sup>

Uno de los pasos que se ha dado es la elaboración y publicación de la Guía de Práctica Clínica, la misma que es conocida y utilizada por varios de los profesionales entrevistados. Algunos de los profesionales colaboradores cuestionan la adopción de la Guía de Práctica Clínica Española, otros opinan que este documento es un gran avance. También coinciden en que la gran debilidad del sistema sanitario es que muchos de los fármacos que están en la Guía de Práctica Clínica no están a la venta o son de difícil acceso.<sup>27</sup> Tal es el caso de la morfina oral, que, según refieren los informantes, no ha podido ser introducida en Ecuador hasta el momento.<sup>28-29</sup>

---

<sup>25</sup> E30:20: “el acuerdo ministerial aparte de decir que debía haber unidades de cuidados paliativos en todos los hospitales de tercer nivel del país, que ese fue el acuerdo ministerial como que con eso se solucionaba todo, o sea, háganse las unidades de cuidados paliativos no nos decía ni cómo, ni cuánto estaba el gobierno en capacidad o dispuesto a invertir en esto...”

<sup>26</sup> E2:22: “No sé en qué plazo se pueda dar, pero, creo que tenemos que empezar en algún momento y yo creo que ya se ha empezado aquí en el Ecuador, hay un poquito y ya hay una tendencia, ya se está hablando de los que son los cuidados paliativos de hecho tenemos una ley de cuidados paliativos o que no creo que ese siendo efectiva, pero al menos en el papel ya está.”

<sup>27</sup> E26:12: “Había ya el plan de cómo se asienta esto sobre la realidad porque hay muchos fármacos y muchas cosas que están especificados en la guía pero que no están disponibles, entonces, sí, está hermoso en la guía, pero como lo haces si o lo tienes disponible en la realidad, morfina rápida por ejemplo ¿no cierto?, la prescripción de 10 miligramos cada 4 horas con sus rescates y todo lo demás y no tenemos, entonces, ¿cómo lo hacemos?”

<sup>28</sup> E29:25: “Íbamos... conversamos con la OPS también para que sea parte de los medicamentos del fondo estratégico hasta que salga... meses, meses, meses y meses en las que llega un punto en el que de todo corazón no entendíamos que pasaba... Yo creo que ahora somos muy ingenuos al no darnos cuenta que había un poder...”

<sup>29</sup> E10:19: “...también es un problema, luego también un poco la parte política ¿no?, que no se lleven exactamente y es verdad que para mí es incomprensible ¿por qué la oxicodona aquí está y la morfina no?, vía oral no está...”

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

Es importante anotar que Ecuador estuvo en la lista del fondo estratégico de la OMS para importar morfina a precios sumamente convenientes. Empero, cambios de decisiones políticas impidieron la entrega.<sup>30</sup>

En lo que respecta a políticas de distribución de medicamentos, concretamente de opioides, los participantes de este estudio exponen algunas de las dificultades que enfrentan los pacientes. La principal barrera con la que se encuentran es la restricción de la venta de opioides a las farmacias hospitalarias. Es decir que los pacientes que han salido a sus domicilios, deben regresar a la farmacia del hospital donde estuvieron ingresados, cada vez que necesiten la medicación porque, además, esta puede ser entregada solamente para un limitado número de días.<sup>31</sup>

A esto se suma que los pacientes oncológicos atendidos por convenio, solo pueden recibir medicación como parte del tratamiento integral, lo que significa que una vez retirada la quimioterapia, tampoco podrían acceder a tratamiento paliativo.<sup>32</sup>

Los médicos entrevistados añaden a estas restricciones, las del cuadro básico de medicamentos. Ya que existen algunos compuestos, que son de utilidad para el tratamiento paliativo y que no están incluidas en él.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> E9:6: "Estuvimos en la lista del fondo estratégico el año pasado... Y tenían que traer. Cuando tenían que traer el ministerio no concretó..."

<sup>31</sup> E16:24: "Los pacientes por ejemplo del Ministerio de Salud Pública tienen convenio con SOLCA, pero, este paciente vive en Machachi, el paciente se va a Machachi y ahí ya no hay quien le dé la medicación, tiene que venir el familiar a SOLCA o el paciente venir otra vez a SOLCA a seguirle dando la medicación otra vez. Pasan cosas tan ridículas como que el convenio que tiene SOLCA núcleo de Quito con el Instituto de Seguridad Social solo le cubre cuando el paciente es atendido aquí en Quito, si el paciente va a SOLCA Ambato o a SOLCA Riobamba o a SOLCA Ibarra no le cubre la medicación, ya no le cubre la atención, es una ridiculez de convenio."

<sup>32</sup> E14:7: "E: ¿O sea los cuidados paliativos entran como tratamiento oncológico integral?"

A: Allí sí, pero en el momento que retiramos la quimioterapia, ya no..."

<sup>33</sup> E16:18: "Hay otro cinturón que tenemos que nos castra mucho es el cuadro básico de medicamentos. La metadona es un medicamento recontra barato que para un dolor neuropático no controlado ... la metadona es un medicamento muy bueno, pero, en el cuadro básico de medicamentos solo está autorizado para las personas que tienen problema de adicciones, no está autorizado para manejo del dolor... Por ejemplo, en antiinflamatorios algo tan simple el naproxeno sódico es utilizado con un

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Otro obstáculo que acota la adecuada dispensación de opioides es el alto costo de los mismos.<sup>34</sup> Si a ello se suma el temor de los médicos para recetar estos fármacos, la consecuencia será un déficit de aprovisionamiento de estos medicamentos<sup>35</sup>, un mal control del dolor y el subsiguiente detrimento de la calidad de vida del paciente y su familia. Por lo demás, la falta de disponibilidad de opioides en las farmacias autorizadas, ha contribuido al abuso por parte de pequeños comerciantes, que venden estos medicamentos a precios altos.<sup>36</sup>

De todas maneras, varios de los médicos que colaboraron indican como un gran avance el tener acceso a morfina en ampollas, en la mayoría de centros sanitarios<sup>37</sup>. No obstante, el abastecimiento no siempre es regular,<sup>38</sup> aunque los trabajadores se han sensibilizado y procuran colaborar con los médicos para entregar el tratamiento adecuado a los pacientes.

Otra de las dificultades a las que se ven abocados algunos profesionales, es el acceso a los recetarios de narcóticos. Ellos enfrentan muchas veces la escasez de

---

*antinflamatorio de uso para manejo del dolor que sirve mucho para la fiebre inducida oncológicamente no está en el cuadro básico porque creen que es lo mismo un naproxeno que un ibuprofeno, ... por ejemplo, el metamizol es un medicamento que se utiliza en Europa a diestra y siniestra ... y aquí no se puede porque no está en el cuadro básico..."*

<sup>34</sup> E7:24: *El problema en cuidados paliativos es económico también porque generalmente el paciente recibe tratamientos de cáncer, tratamientos costosos y para cuidados paliativos ¿qué le queda?, nada... Y además la familia ya no tiene un centavo, entonces, se complica todo.*

<sup>35</sup> E29:15: *Llegas a ese círculo en el que dices los médicos no usan morfina porque no tienen o no la usan porque no piden, si no la piden, no la tienen, pero, también si la piden tampoco la podemos proveer, ...*

<sup>36</sup> E30:23: *"... hasta que apareció alguna farmacia que hace ahora un negocio de carácter comercial y ellos no sé de dónde, pero, importan morfina, tienen las ampollas de morfina y las venden a los pacientes a un costo más elevado que el que el que tenemos nosotros en las instituciones públicas, ..."*

<sup>37</sup> E10:6: *"porque cuando yo llegué al hospital no teníamos morfina, ahora ya tenemos, ya tenemos los cuatro o cinco medicamentos básicos de opiáceos, no es todo ni mucho menos"*

<sup>38</sup> E20:20: *"Eso es terrible porque imagínate nosotros aquí tenemos para el paciente, pero en los otros hospitales son pacientes... en el hospital Guayaquil por ejemplo no les dan medicación porque no tienen medicación y lo máximo que les dan acetaminofén, imagínate acetaminofén a oxiconona o morfina es un largo camino..."*

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

formatos, los cambios de los mismos y hacen largas filas para poder recibir los recetarios.

Siguiendo con la política de salud, los entrevistados mencionan el apoyo ofrecido por parte del MSP para la creación de la Norma de Atención en CP 2015. Los informantes ven como una oportunidad, la promulgación de la norma por la cual se torna obligatoria la asignatura de CP en pregrado. Acerca de este avance los médicos son conscientes de que debe ejecutarse de manera prioritaria, tanto en pregrado, como en postgrado y especialmente favorecer la creación de estudios específicos de CP en las universidades ecuatorianas. Para ello reclaman la certificación de los profesionales médicos que han realizado sus estudios en el exterior y que ejercen con total probidad la medicina paliativa.<sup>39</sup>

Siguiendo con la Norma de Atención, los profesionales consultados indican que esta podría flexibilizarse de acuerdo a las distintas realidades de los usuarios. Ya que, a la hora de cumplir con el tiempo de consulta y llenar la historia clínica paliativa, el lapso resulta muchas veces insuficiente.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> E16:36 "Todo esto está muy lindo en papeles, sin embargo, no tenemos obligatoriedad, en el pregrado no existe, no existen mecanismos de que la gente tenga una maestría, una especialidad en cuidados paliativos porque han puesto trabas por todo lado por la titulación de las personas que pudieran dar esos ... ese aprendizaje. Desde la práctica académica hay problemas porque desde el pregrado no hay conciencia y para formación en posgrado exigen que venga alguien especializado que tenga los súper títulos y lo único que han logrado es que estemos en el 2016 y hasta ahora no existe ni una maestría, ni nada."

<sup>40</sup> E26:13: "es un documento súper interesante desde el punto de vista que alguien al fin se sienta a hacer algo que no existía y que ya nos da una directriz de cómo actuar ... de cómo hacer la historia clínica de cuidados paliativos y todo lo demás. El problema que yo veo desde el punto de vista práctico es que nadie se da el tiempo de llenar una historia clínica oncológica normal en el sistema lo que nos exige el hospital y paralelamente la historia oncológica con todas sus escalas, evaluaciones y todo lo demás, apenas tienes 15 minutos en la consulta y en esos 15 minutos de consulta tienes que atender al paciente, escribir todo, descargar los medicamentos del sistema ... A mí me encantaría poder tener a todas mis pacientes de cuidados paliativos con su historia clínica tal como la plantea el Ministerio de Salud con sus escalas y evaluaciones, todo; pero, físicamente el tiempo no nos alcanza."

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

### Sección 3. Actividad de Profesionales

#### Sección 3.1. DAFO

##### a) Educación

En el presente estudio se repite como una de las principales debilidades y amenazas para la actividad de los profesionales en CP en Ecuador, la falta de médicos capacitados en investigación, tanto en pregrado, como en postgrado. Los escasos profesionales formados en CP están sobrecargados de trabajo y tienen poco tiempo para desarrollar proyectos de investigación. A esto se suman otras dificultades tales como, no saber inglés, lo cual constituye un obstáculo para acceder a información actualizada, acceso limitado a documentos estadísticos, epidemiológicos e informativos sobre CP, lo cual resulta un inconveniente a la hora elaborar y publicar artículos. Otro impedimento que hallan los médicos en la investigación, es la falta de revistas nacionales donde publicar.

A pesar de que el déficit de formación constituye la principal debilidad y amenaza para las actividades profesionales en CP en Ecuador, los conocimientos y la capacitación de los profesionales que trabajan en CP son considerados un baluarte en este entorno. Refuerzan este concepto, los jóvenes profesionales que se están preparando fuera del país y las campañas de capacitación que se han emprendido. Estas permiten contar con personal que posea conocimientos básicos en CP a nivel hospitalario.

Así como se cita como una debilidad la poca investigación que se hace en CP en Ecuador, se estima también como una fortaleza a la predisposición por investigar por parte de los profesionales y las oportunidades que tienen para hacerlo, como es el fácil acceso a la información científica actualizada de la que disponen algunos médicos, el interés de la academia en impulsar la investigación y las posibilidades de publicar.

De forma particular algunos participantes sugieren educar en CP a los médicos pediatras.

Los colaboradores mencionan como una oportunidad para la actividad profesional en CP, el hecho que los médicos que recibieron la formación a través del MSP puedan replicar en Ecuador los conocimientos adquiridos.

##### b) Aspectos institucionales

Los colaboradores afirman la falta de asociaciones de profesionales en CP en Ecuador y ven como una amenaza esta debilidad gremial.

Los médicos colaboradores de este estudio manifiestan que, además de que hay muy pocos centros de atención paliativa donde se pueda realizar investigación, tampoco existe motivación por parte de las instituciones, a través de la asignación económica y de tiempo, para tal fin

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Refieren que varios de los médicos que laboran en CP, lo hacen a tiempo parcial, lo que dificulta el desarrollo de otras actividades como la investigación, la educación continua, las reuniones científicas en el servicio, la implementación de protocolos y programas de atención.

El aumento de la demanda de atención constituye un estímulo para que los médicos se involucren cada vez más en CP. Esta actividad constituye una fuente de datos que justificarían muchas investigaciones. Se reconoce la labor a favor de los CP de las instituciones privadas, visibilizada a través de los servicios de atención, de los congresos y talleres que organiza, de su participación en comités científicos. Señalan los participantes que son pocas las entidades involucradas, lo cual motiva al sector público para participar con mayor compromiso.

Por otra parte, la amenaza de no contar con asociaciones reconocidas, constituye a la vez la oportunidad de tomar conciencia de esta carencia y solventarla.

c) Política

Los médicos indican que no hay apoyo por parte del Estado, ya que este se opone a la actividad gremial y no refuerza los vínculos con instituciones nacionales o internacionales dedicadas a CP.

Los participantes ven como una amenaza, la inestabilidad política y económica, que pone en riesgo actividades como la investigación y apoyo a las publicaciones en CP y coacciona la sustentabilidad del programa.

En esta última década, los CP han recibido apoyo por parte de las autoridades del MSP, cristalizadas en documentos como el Acuerdo Ministerial, la Guía de práctica Clínica, la Norma de Atención en CP, entre otros. En este cometido han colaborado con el Estado Ecuatoriano, instituciones internacionales, las mismas que han acogido en una maestría de CP a cinco profesionales ecuatorianos. Estos hechos se oponen a las consideraciones previas que citan como una debilidad los pobres vínculos estatales con asociaciones internacionales. Lo más probable, que se constatará en este mismo documento, es la falta de promoción de determinadas actividades, entre ellas el soporte de entidades extranjeras.

Hay que destacar el interés particular de los médicos por mantener nexos con asociaciones internacionales de CP, como la ALCP, la IAHP.

d) Aspectos Legales

El COIP es visto como una amenaza para los profesionales de la salud ya que, en su afán de proteger a los pacientes, pueden acusar de negligencia al médico por determinados actos, que son poco explícitos en la legislación.

La atención universal de salud, que contempla el código ecuatoriano de salud, incluye a los CP.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

e) Aspectos socioculturales

Los informantes citan como debilidad y amenaza para las actividades de investigación y publicaciones en CP, a las barreras culturales que existen en torno a este concepto, que es además algo nuevo y poco consolidado en el país.

Se perciben a los CP como una disciplina relativamente nueva en Ecuador. Dicha novedad puede verse como una debilidad en cuanto no está difundida, gran parte del gremio médico la ignora y aún más el entorno social. Sin embargo, esta amenaza puede transformarse en la oportunidad de generar empleo para satisfacer la demanda social, lo cual motiva a los profesionales médicos a introducirse en el mundo de los CP.

Por otra parte, la actividad de los profesionales que trabajan en CP es apreciada por su altruismo, por su sentido de justicia y de servicio, que humanizan a la medicina y amplían su concepción más allá de los límites de la curación.

f) Medicamentos

Tanto los problemas políticos como económicos afectan directamente a la disponibilidad de medicamentos y perjudican la ejecución de los protocolos propuestos en la Guía de práctica clínica.

Dos participantes refieren tener disponibilidad de medicinas para tratamiento paliativo.

g) Impacto en el paciente

Los médicos colaboradores de este estudio no mencionan debilidades o amenazas que afecten al paciente o a su familia, desde la óptica de las actividades profesionales.

Los pacientes paliativos se sienten estimados por los médicos que le dan esta atención, lo cual repercute positivamente en él, en su entorno familiar y social, así como en el equipo de salud. Una consecuencia de la valoración de la actividad médica en CP es que pone de manifiesto la necesidad de fomentar esta especialidad en todos los niveles de atención y desde etapas tempranas de la enfermedad.

h) Profesionales y RRHH

A la poca oferta laboral en CP que atraviesa Ecuador se añade la falta de trabajo en equipo interdisciplinar, lo cual desmotiva a los profesionales médicos. Otra amenaza para los CP, constituye el enfoque monetario de la atención médica por parte de algunos profesionales de la salud, razón por la cual esta disciplina pierde atractivo.

Se han recogido 24 citas que indican que los médicos están desmotivados ante los CP en Ecuador, frente a lo cual se hallaron 36 referencias de profesionales motivados con esta especialidad y en este ámbito de trabajo. Si se relaciona con lo que han mencionado los mismos participantes en otras secciones, se puede inferir que a los

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

médicos les emociona el reto que constituye implementar la atención en CP en un país donde existe gran necesidad de ello, pero que todavía está incipiente a todo nivel.

Los participantes ven como una fortaleza la colaboración entre los profesionales, su afán emprendedor, de integrar equipos multi e interdisciplinarios, donde los otros especialistas aporten con sus competencias. Se observa cómo el ejercicio de los CP en Ecuador abre opciones de expansión laboral a los profesionales dada la demanda de atención y despierta en ellos valores humanitarios de solidaridad y servicio a la sociedad. Este desafío les impulsa a formarse mejor, a sub especializarse, por ejemplo, en manejo y tratamiento del dolor y a establecer redes de trabajo tanto nacionales como internacionales.

i) Difusión

Existe poca difusión de los CP en Ecuador, tanto entre los profesionales médicos, como en la sociedad. Una muestra de ello es que varios profesionales acusan no conocer las guías, ni las publicaciones que se han hecho en este ámbito.

Los médicos participantes encuentran la ocasión de instruir a los pacientes y a la comunidad acerca de los beneficios que brindan los CP. Así mismo, observan la oportunidad de difundir entre los profesionales sanitarios, pacientes y sociedad, las publicaciones de las guías y otros avances logrados en CP en Ecuador.

j) Infraestructura

Un participante indica que no existe la infraestructura suficiente que favorezca la promoción de la investigación en CP.

Así como se ha indicado que una de las debilidades de los CP en Ecuador es el déficit de estructura física, que acoja a las diferentes actividades de los profesionales, los lugares que están funcionando son vistos como una oportunidad de seguir creciendo.

### Sección 3.2. Entrevistas

En este apartado es importante incluir el aporte para los CP en Ecuador de la Comisión Nacional de Bioética, cuya subcomisión existencial se encuentra trabajando

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

en temas del final de la vida.<sup>41</sup> No obstante, todavía queda por reforzar la vinculación con otros grupos colegiados, como las sociedades de medicina interna, cardiología y otras que traten pacientes con enfermedades crónicas y susceptibles de CP, así como legalizar y reconocer el desempeño de la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos.

Los médicos entrevistados valoran la investigación como un instrumento importante para la difusión y consolidación de los CP en Ecuador<sup>42</sup>. Igualmente se aprecia a la formación continua, aunque hay testimonios del poco interés que prevalece alrededor de los CP por parte de la comunidad médica.<sup>43</sup>

En cuanto a la vinculación de los profesionales con organismos internacionales, esta se hace a través de suscripciones particulares con asociaciones como la IAHP (Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos) y la ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos), entre las más nombradas.

Otros nexos internacionales le permitieron al MSP adoptar la Guía de Práctica Clínica española para elaborar la ecuatoriana. Así mismo, este organismo contrató la asesoría del observatorio Qualy, Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia (CCOMS-ICO), para implementar la política de CP. A través de esta institución, el MSP incorporó el instrumento NECPAL para el proceso de identificación del paciente paliativo en Ecuador.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> E1:1:57 "La coyuntura que ahora tenemos es la Comisión Nacional de Bioética y eso hemos planteado este año, el trabajar sobre la limitación del enfermo terminal y limitación del esfuerzo terapéutico y la necesidad de los cuidados paliativos, es decir, eso es lo que estamos trabajando en la comisión en la subcomisión se puede decir de bioética existencial..."

<sup>42</sup> E1:1:47 "...cuidados paliativos son prioritarios desde el punto de vista humano. La medicina se ha vuelto muy positivista, es decir, solamente mira la parte técnica y la parte humana que es parte de cada profesión se la ha dejado de lado y ojalá eso sea una forma cruzada para que la gente empiece a reflexionar y a cambiar."

<sup>43</sup> E4:4:33 "yo hice eventos para el médico general, para el especialista, inclusive, le di en un congreso internacional todo un día para paliativos, vinieron gente de Argentina, de España, vinieron como es ayudarnos aquí y dieron un curso de paliativos ¿cuántos asistieron?, ¿ni treinta, entonces?"

<sup>44</sup> E5:5:5 "estos instrumentos son extranjeros claro, entonces, esos instrumentos recién se están incorporando a nuestra realidad y tenemos que ir midiendo cómo sirven,"

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

Un profesional entrevistado expresó que Ecuador contó con el respaldo del fondo estratégico de medicamentos de la OMS para la entrega de morfina, sin embargo, el país no dispuso de lugares de almacenamiento, por lo que no concretó la compra.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Sección 4. Servicios de Salud

### Sección 4.1. DAFO

#### a) Educación

Los médicos que colaboraron con este estudio indican que una de las principales debilidades y amenazas que afecta a la atención en CP que se presta en los diferentes servicios de salud de Ecuador es el déficit de formación en CP de los profesionales médicos y sanitarios, así como la falta de personal calificado para atender a pacientes paliativos. Los participantes observan estas carencias en el desconocimiento del manejo del dolor en los servicios de salud, así como de otros protocolos de atención. De igual manera, los médicos que trabajan en áreas rurales confirman la ausencia de personal capacitado en CP en los servicios de salud de esas zonas.

Los médicos que colaboraron en este estudio refieren que muchos especialistas que acogen pacientes susceptibles de recibir CP, desconocen el tema o están muy ocupados para dar dicha atención integral.

Otra amenaza que enfrentan los CP en Ecuador es la improvisación de recursos humanos para dar atención paliativa, en vista de la escasez de profesionales bien formados.

Para los servicios de salud que brindan CP en Ecuador, representa una fortaleza contar con profesionales que al momento se encuentran cursando esta especialidad. También con aquellos que atienden a los pacientes paliativos en los diversos centros de salud, gracias a que han desarrollado una comunicación empática con los pacientes y sus familiares y a que se han formado y autoformado adecuadamente. Es decir, los participantes valoran los conocimientos, la experiencia y los progresos que los profesionales han hecho en este ámbito. Es por ello que ven con optimismo el crecimiento de especialidades afines como medicina familiar y otras con las que se puedan conformar equipos de trabajo en los servicios de atención paliativa. No hay que desestimar el apoyo gubernamental en la capacitación del personal sanitario, principalmente en el segundo y tercer nivel de atención.

La existencia de servicios donde se brindan cuidados paliativos, constituye una contribución a la academia, ya que en sus instalaciones los médicos y otros profesionales sanitarios pueden mejorar su formación práctica, así como emprender proyectos de investigación.

#### b) Aspectos institucionales

La principal debilidad que adolece la atención en CP en Ecuador, conforme a lo manifestado por los participantes de este estudio, es el déficit de unidades de atención, principalmente a nivel público. De acuerdo a lo referido, esto se relaciona con una demanda cada vez mayor de pacientes paliativos y con el poco apoyo económico que

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

reciben por parte del Estado. Los participantes indican que no existen unidades de CP, ni ambulatorias, ni hospitalarias y que esta necesidad se hace más notoria en las provincias y en zonas rurales, donde hace falta articular mejor la red de atención extramural. Añaden, que los servicios de CP que ofertan los servicios privados son más costosos. De todas maneras, esta falta de servicios y unidades de atención paliativa desmotiva a los profesionales capacitados y les conduce a buscar trabajo fuera del país.

El déficit económico se manifiesta también en la falta de insumos y medicación adecuadas y puede obedecer, entre otras causas, a que el proyecto no esté completamente financiado y a que las aseguradoras no incluyen a estos pacientes en su cartera.

Por otra parte, los servicios de CP soportan la insuficiencia de especialistas en CP o al menos de personal debidamente capacitado, lo que influye en el reducido tiempo que se asigna a las consultas, dificultando así la atención integral tanto física como psicológica, espiritual y social del paciente y su familia.

Un participante anota que, no existe suficiente experiencia para gerenciar servicios de CP, lo que se manifiesta en que no se apliquen mecanismos para evaluar la atención brindada. En consecuencia, puede suceder que los pacientes paliativos se hospitalicen en servicios poco apropiados para su enfermedad y desplacen a otros que necesitan esa plaza.

Se reconoce el compromiso del sector privado con los cuidados paliativos, así como la calidad de los servicios que este presta. Ocurre lo mismo con la atención pública, la misma que ha mejorado gracias a varias acciones, entre ellas la estandarización de procedimientos mediante protocolos. Esta es una fortaleza en las ciudades principales, mas no en las más pequeñas, ni en áreas rurales.

El aumento de pacientes que demandan CP constituye una amenaza a la vez que una oportunidad para crecer e instituir nuevos servicios con dedicación exclusiva para CP por parte del Estado Ecuatoriano, Estas acciones ayudarían a la economía y al bienestar de muchos hogares ecuatorianos, indican.

#### c) Políticas

Los participantes de este estudio ven como la principal amenaza para el desarrollo de la atención en CP en Ecuador, el incumplimiento de las políticas de salud, debido a la falta de compromiso y al cambio continuo de las autoridades, tanto a nivel del Ministerio de Salud, como de los hospitales y centros de salud. Esta realidad se ve reflejada en el escaso número de servicios implementados por el Estado Ecuatoriano, a nivel hospitalario, ambulatorio o domiciliario. Se corresponde directamente con la falta de políticas públicas que rijan los CP y refleja el poco interés que despiertan los CP en Ecuador

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

A pesar de que se ha publicado la Guía clínica de CP en Ecuador, los informantes refieren que esta no se conoce ni aplica.

Los participantes aprecian la instauración de un programa público de atención en CP, materializado en los servicios de CP que se han implementado en algunos hospitales del país. De todas maneras, siguen siendo pocos los servicios que se han conformado y es por esto que las fortalezas y oportunidades se ven también como amenazas y debilidades. Reconocen que esto se ha llevado a efecto gracias al desarrollo del Plan Nacional de CP, a la elaboración de documentos como la Guía de Práctica Clínica, la Guía del Ciudadano, la Norma de atención en CP y esperan que se consolide la Red Pública de Salud que contempla el Plan Nacional del Buen Vivir, de tal manera de ejecutar las políticas adecuadas de referencia y contra referencia que se han elaborado. Esta fortaleza, se transforma en amenaza y debilidad ya que, pese a que existen estos documentos, no se conocen ni aplican por parte de los usuarios. Otro elemento importante citado por los participantes, es la política clara de medicamentos con la que cuentan los servicios de atención paliativa.

También valoran el contacto y la colaboración de organismos internacionales, como: Asociación Latinoamericana de CP - ALCP, International Association from Hospices and Palliative Care - IAHPC, Pallium, Paliativos sin Fronteras – PSF.

d) Aspectos legales

En este aspecto los participantes hacen referencia a las dificultades que causan las normas que regulan la dispensación de opioides y el ingreso de donaciones al país.

Los profesionales que han intervenido observan que existen impedimentos de carácter legal que aumentan los trámites burocráticos y detienen la creación de servicios de atención paliativa. A esto se suman las dificultades del código laboral que obstaculizan la creación de servicios de atención en salud y en particular de atención paliativa.

Por otra parte, los médicos que colaboraron, manifiestan la falta de legislación en temas como la eutanasia, la sedación paliativa, interrupción de tratamientos, voluntades anticipadas, lo cual frena en cierta medida el ejercicio profesional libre.

La Constitución Ecuatoriana contempla custodiar la salud de todas las personas, especialmente de las que requieren atención prioritaria, dentro de las que se incluirían a los pacientes susceptibles de CP. En el marco legal ecuatoriano se incluye el compromiso de crear servicios de CP y velar por los derechos de todos los ecuatorianos.

e) Aspectos socio-culturales

De lo recogido se desprende un importante desconocimiento de los CP por parte de las autoridades de salud, de los directivos de los centros sanitarios, de los médicos, de los familiares de pacientes y de estos mismos, quienes subvaloran a los CP, a tal punto de considerarlos innecesarios o encasillados en el final de la vida. En consecuencia, no

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

se crean servicios de CP y a las unidades que existen no se los dota de los insumos, ni de los tratamientos necesarios. Los médicos no hacen uso de los servicios de CP, por el contrario, hospitalizan a pacientes crónicos que no están en fases agudas.

Esta realidad lleva al desaliento a muchos profesionales que no son escuchados en sus lugares de trabajo y se explica de alguna manera por el carácter curativo que ha tenido tradicionalmente la medicina en Ecuador. Este enfoque es aprovechado por la industria farmacéutica para promover cuidados curativos extremos, según manifiestan los informantes.

Otra barrera cultural con la que se encuentran los médicos es la de que se considera importante solamente la parte somática, física de la atención al paciente. Por tanto, los servicios muchas veces carecen de apoyo psicológico, espiritual y social para los pacientes y sus familiares.

Una amenaza que viven los servicios que prestan atención a pacientes paliativos es el abandono de los pacientes por parte de sus familiares, quienes se transforman en miembros vitalicios de los servicios de CP.

Los CP fomentan una conciencia colectiva solidaria y altruista, que potencia una atención humanizada. Los médicos que colaboraron en este estudio manifiestan que los CP constituyen un concepto actual de la atención sanitaria, que va más allá del final de la vida.

#### f) Medicamentos

La falta de medicamentos es una constante que se repite como una debilidad observada por los participantes. Estos señalan además de la carencia de medicamentos, la falta de diversidad en las presentaciones. Un ejemplo claro, así es la falta de morfina oral. Los médicos del primer nivel de atención indican que están prácticamente desprovistos de medicación para atender a pacientes paliativos.

Como una amenaza ven los profesionales que participaron en este estudio, a la falta de estudios de equivalencia adecuados por parte de algunas de las empresas farmacéuticas que laboran en Ecuador.

Por otra parte, los médicos indican como una amenaza, la falta de flexibilidad por parte de las autoridades de salud para adquirir otros medicamentos que no estén en el cuadro básico.

Los servicios de atención paliativa de segundo y tercer nivel disponen de los medicamentos necesarios gracias a que más laboratorios participan de su expendio. Esto favorece a que se renueve la oferta de fármacos y se reduzca su costo.

Los participantes son testigos de una mejora en la disponibilidad de opioides y de fármacos en general. Sin embargo, hacen referencia solo a aquellos que constan en el cuadro básico de medicamentos. Por esta razón se ve como una fortaleza y oportunidad,

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

al mismo tiempo que como una debilidad y amenaza. Esta aparente divergencia se aclara con lo que manifiesta un colaborador al decir que no es posible para los pacientes tener acceso a los fármacos que no sean los aprobados por las autoridades sanitarias.

g) Impacto en el paciente

Los médicos que colaboraron en este estudio acusan un inadecuado control de síntomas en los pacientes paliativos, lo cual deriva en sentimientos de angustia y depresión en ellos y en sus familiares. Estos últimos no reciben apoyo ni atención adecuados, según manifiestan los informantes, quienes además indican que los pacientes que acuden por atención paliativa son sujetos de maltrato en los servicios de salud.

Los participantes citan las ventajas inherentes a los CP, como son el trato personalizado, integral, continuo, con un adecuado control del dolor y otros síntomas, que contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Remarcan la importancia de la atención domiciliaria y ambulatoria por personal capacitado que establece una continuidad en los cuidados, presta apoyo en la toma de decisiones oportunas y un soporte particular al momento de la muerte.

Hay que anotar que este ítem tiene una frecuencia mayor, ya que muchas veces una respuesta se codifica por partida doble, es decir como un impacto positivo para el paciente y como un impacto positivo para sus familiares.

Los informantes ratifican el buen funcionamiento de los servicios ya existentes, en tanto que lo recogido como amenazas y debilidades explica en gran parte la desatención de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos, debido a que no son suficientes las áreas de atención.

h) Profesionales y recursos humanos

Los médicos que trabajan en los servicios públicos de salud observan la falta de apoyo de las autoridades de salud para integrar equipos de atención interdisciplinarios, así como multinivel. Esto puede traer como consecuencia la sobrecarga de trabajo y el quemamiento del profesional que labora solo dando atención paliativa.

Por otra parte, indican que los servicios adolecen de un déficit de trabajo en red para acceder a especialistas de apoyo o a otras disciplinas afines a CP, lo que corrobora la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios. Un ejemplo de esta realidad es el que muchos médicos derivan a los pacientes solo en etapa terminal.

Constituye siempre una fortaleza para los servicios de salud el contar con profesionales sanitarios motivados, sensibles a las necesidades de grupos vulnerables, que rescatan valores de solidaridad, compromiso y desinterés personal. Esto último hace referencia al trabajo voluntario de profesionales y otras personas, cuyo apoyo es muy valorado. La motivación del recurso humano ha sido un motor determinante para

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

conformar equipos de trabajo interdisciplinarios, principalmente a nivel privado para atención a pacientes oncológicos.

Gracias a esta predisposición del personal de salud, las capacitaciones que se han dado han tenido eco y han favorecido para implementar un adecuado sistema de referencia de pacientes a todo nivel, lo cual refuerza el trabajo en equipo. Lo realizado constituye un primer paso de lo que queda por hacer para vencer la falta de coordinación entre los profesionales, que todavía es una amenaza para el desarrollo de los CP en Ecuador.

Por otra parte, a los CP se los ve como una opción interesante que abre nuevas fuentes de trabajo y por ende demanda la creación de nuevas unidades de atención.

i) Difusión

La falta de divulgación de los servicios de CP está entre las diez primeras debilidades y amenazas que refieren los médicos que respondieron el cuestionario DAFO. Gran parte de ellos reporta no conocer los servicios que ofertan CP a nivel privado, ni público. Los CP no son visibles en los mismos servicios prestadores de salud, entre los profesionales, tampoco entre los pacientes, sus familiares, las autoridades de salud y la población en general. Los informantes aducen que, debido a la falta de promoción de los CP se pasa por alto el aporte que estos podrían hacer a la atención de los pacientes y sus familias.

Es evidente el interés que existe para que se difundan los CP en Ecuador tanto entre los profesionales, como en toda la población, incluidas las autoridades de salud, compañías de seguros, y demás.

Bajo esta óptica la falta de difusión de los CP pasaría de ser una debilidad, a ser una oportunidad de crecimiento de esta prestación de servicios.

j) Infraestructura

Se reporta un déficit de estructura física donde puedan funcionar de manera apropiada los servicios de CP. Los participantes refieren que las pocas áreas que existen no cubren los requerimientos en cuanto a dimensiones apropiadas, ni a condiciones estructurales.

La concienciación acerca de los CP, constituye una oportunidad para dotar de unidades apropiadas para la atención a pacientes paliativos y a sus familiares. De igual manera busca transformar a las unidades de atención, darles la infraestructura apropiada para su funcionamiento tanto a nivel ambulatorio, como hospitalario. Los participantes reconocen también como una fortaleza a las unidades de atención paliativa que ya se han implementado, principalmente en el tercer nivel.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Sección 4.2. Entrevistas

Los médicos entrevistados que trabajan en hospitales de tercer nivel acusan la falta de profesionales con formación adecuada en CP. Reconocen la carencia de unidades de CP donde se considera la importancia del tiempo que se dedica al paciente y a su familia, así como, la envergadura de mantener un trato humanizado.<sup>45</sup> Afirman que solo el hecho de que el médico especialista en CP atienda a sus pacientes hospitalizados en una unidad propia, en los hospitales de segundo y tercer nivel, posicionaría a los CP, respaldaría su condición de especialidad y consolidaría el concepto de atención exclusivamente paliativa, del profesional dedicado por completo a trabajar con un equipo interdisciplinar.<sup>46-47</sup> Ello también daría soporte a los médicos de otras especialidades<sup>48</sup> y contribuiría a la intervención temprana del equipo de cuidados paliativos.

<sup>45</sup> E1:1:41 “la consulta se ha deshumanizado, porque les interesa más el número de pacientes atendidos que la calidad de atención, entonces, son pacientes que los deben atender entre diez y cuarto de hora y eso solo implica esto, entonces, nunca lo regresan a ver, lo tocan, lo examinan, si eso es lo ordinario en la consulta nadie ha trabajado con lo que es cuidados paliativos,”

<sup>46</sup> E25:30:5 “muchos van a decir que tienen servicios y unidades o dan atención de cuidados paliativos y cuando nos reunimos que casi siempre somos los mismos que nos reunimos hablar de esto en el país, nos damos cuenta de que no es así. ...Existen puede ser, incluso, que hay un letrado en una institución, pero no hay una persona que esté primero, formada en cuidados paliativos y que esté dedicada en un horario exclusivo a la atención de este tipo de pacientes y su familia”

<sup>47</sup> E1:1:22: “una unidad de cuidados paliativos por la magnitud de pacientes que nosotros tenemos sí es indispensable, no solo necesario.”

<sup>48</sup> E28:26.3: “...todos los médicos oncólogos que de alguna manera tenemos acercamiento en atención de cuidados paliativos tanto como quimioterapia paliativa como situaciones ya de cuidados paliativos sintomáticos exclusivos hacemos de alguna manera cuidados paliativos con entrenamiento de cursos, congresos, este tipo de cosas. Pero sí, es súper deficitario no hay estructura suficiente, no hay visita domiciliaria suficiente. Porque lo óptimo sería que pudiéramos manejar esto de forma ambulatoria y no hospitalaria a menos que hubiera síntomas refractarios o síntoma que realmente necesiten hospitalización, pero no hay ni la cantidad suficiente de médicos para hacer tratamiento ambulatorio, ni el suficiente entrenamiento para hacerlo hospitalario tampoco, ni la infraestructura, este es un hospital de pacientes agudos no de pacientes crónicos, por lo tanto, los pacientes que están en estado de cuidados paliativos tienen una estancia compleja en el hospital porque de alguna manera lo que queremos es poderlo referir a una unidad de cuidados paliativos crónicos”

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

A través de lo recogido en las entrevistas, constatamos la carencia de criterios unificados para derivar a los pacientes, lo cual constituye un riesgo principalmente a la hora de manejar conceptos como el de proporcionalidad terapéutica, obstinación terapéutica y demás. Esta indefinición ha determinado que, en uno de los principales hospitales públicos, de tercer nivel sean solamente los oncólogos quienes hagan la referencia de los pacientes a CP, no otros especialistas.

Siguiendo con el trabajo interdisciplinar, los participantes indican que no existe trabajo en equipo, principalmente en hospitalización, donde los especialistas funcionan de manera independiente.<sup>49-50</sup> Además, el temor que despierta la palabra “paliativos” entre los pacientes y sus familiares es un obstáculo para que los especialistas envíen a sus pacientes a CP. Por esta razón, algunos médicos evitan nombrarlos y otros prefieren llamarlos de otra forma.<sup>51</sup>

En lo que respecta a las normativas que rigen el desempeño profesional y de los servicios de salud, existe el temor de los médicos a ser penalizados por el Código Integral Penal (COIP). Cabe citar también las percepciones negativas de los médicos acerca de ciertas reglas implementadas, como es el caso de la exclusión del capellán, del equipo interdisciplinar, sin considerar la importancia del apoyo espiritual en CP.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> E2 “la cultura de trabajo en equipo sí, entonces es muy difícil porque cada uno de nosotros creemos que somos dueños de la verdad y conocemos y debemos resolver absolutamente todo”

<sup>50</sup> E9:9.9: “El trabajo en equipo a nivel privado es... al no ser una unidad específica... bueno...trabaja a través de interconsultas, entonces, me interconsultan a mí como médico de cuidados paliativos y le interconsultan al psicólogo, bueno, los trabajadores sociales siempre están en contacto y ya nos conocemos, o sea, la psicóloga que trabaja ya nos conocemos, ya sabemos lo que ella hace y lo que yo hago, no tenemos... nunca me reúno con ella para hablar sinceramente”.

<sup>51</sup> E20:20.11: “han cambiado el nombre de cuidados paliativos, porque la gente se ponía muy incómoda al ir a cuidados paliativos. Porque decía, si nos mencionaba cuidados paliativos como tal decía: no, es que yo no me estoy muriendo me puede dar más quimioterapia, me puede dar radioterapia no me puede mandar a cuidados paliativos. Entonces, prácticamente se le cambió el nombre... no me acuerdo en este momento... creo que lo pusieron como un servicio de colaboración algo así, pero le pusieron un nombre un poco diferente para que la gente pudiera acudir con menos prejuicios a cuidados paliativos.”

<sup>52</sup> E2:2.2: “... por el enfermo hay mucho que hacer ¿no?, entonces hay que tener la sensibilidad suficiente para detectar cuáles son las necesidades que tiene el paciente, generalmente, las de mayor

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Los CP han empezado a desarrollarse en los centros urbanos más grandes, pero aún no han llegado a ámbitos rurales o a ciudades más pequeñas de Ecuador, por lo cual los participantes reconocen la necesidad de fortalecer estos servicios e impulsarlos por todo el país.<sup>53</sup>

Un colaborador refiere que el modelo de atención que se quiere aplicar empieza en la atención primaria,<sup>54</sup> desde donde se derivan los casos más complejos a los hospitales de segundo y tercer nivel, según lo que se considere necesario. Allí reciben el tratamiento apropiado y retornan al primer nivel de atención y a sus domicilios para el seguimiento correspondiente. Empero, no toda la atención hospitalaria está dada por equipos de CP, todavía persisten servicios de consulta hospitalaria conformados por un solo profesional.<sup>55</sup>

De todas maneras, los participantes concuerdan en que es necesario consolidar el concepto de atención exclusivamente paliativa, del profesional dedicado por completo a trabajar con un equipo interdisciplinar,<sup>56</sup> para evitar así que se confundan los CP con

---

*importancia son las necesidades emocionales, espirituales, no hablando de punto de vista religioso sino desde la espiritualidad.”*

<sup>53</sup> E22:20.32: “En Ecuador tenemos mucho que hacer, mucho que hacer porque tan solo tenemos oferta en cuidados paliativos solamente las ciudades grandes Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato, y otra población más vi células pequeñas, en Loja tienen algo, solo es capitales de provincia y no todas...no tienen en los centros... los sub centros que serían los centros donde se podrían ayudar a la gente que no tiene acceso, no está la gente preparada. De ahí que el médico rural debería tener conocimientos de cuidados paliativos”

<sup>54</sup> E5:5.16 “yo creo que lo más importante es la atención primaria, o sea, ahí también debería haber equipos especializados, pero en los hospitales es necesario en este punto de la vida en que no hay buena atención primaria, muchos de los pacientes están en los hospitales y ahí fallecen, ese es el problema que tenemos, clásico problema que nosotros tenemos, muchos pacientes están ahí en un hospital porque no sabe dónde más pueden estar.”

<sup>55</sup> E10:10.18: “ahora mismo estamos cortos de presupuesto, entonces, soy yo que hago el trabajo inicial de psicólogo, trabajo social, enfermería, todo... Así que me toca en realidad explicar la vía subcutánea, cómo se hace y un poco todo y también, claro la cantidad de los pacientes es grande y prácticamente veo el doble de lo que debería ver además cubriendo los otros profesionales,”

<sup>56</sup> E25:30.5: “muchos van a decir que tienen servicios y unidades o dan atención de cuidados paliativos y cuando nos reunimos que casi siempre somos los mismos que nos reunimos hablar de esto en el país, nos damos cuenta de que no es así. ...Existen puede ser, incluso, que hay un letrado en una institución,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

un voluntariado, al que los distintos especialistas dediquen unas pocas horas de su tiempo de atención.<sup>57</sup>

Para mejorar la atención en CP, los profesionales comprometidos con los CP con el apoyo del MSP elaboraron varios documentos, como la Guía de Práctica Clínica, la Guía del Ciudadano, el Plan Nacional de CP, la Norma de atención en CP. Al considerar estos documentos los profesionales consultados indican que conviene que se flexibilicen en consideración a las distintas realidades de los usuarios. Por ejemplo, a la hora de cumplir con el tiempo de consulta y llenar la historia clínica paliativa, el lapso asignado en la Norma resulta muchas veces insuficiente.<sup>58</sup> Así mismo, los médicos observan ciertos aspectos logísticos que se deben reformar a la hora de implementar la norma de atención, como es el caso de la visita domiciliaria, cuyo valor no se incluye en el tarifario.<sup>59</sup> De todas formas, la atención domiciliaria precisa ser fortalecida en lo que

---

*pero no hay una persona que esté primero, formada en cuidados paliativos y que esté dedicada en un horario exclusivo a la atención de este tipo de pacientes y su familia"*

<sup>57</sup> E25:30.41: *"...esto se confunde con un voluntariado, es el oncólogo el que le da un poco tiempo a esto, es el anestesiólogo que hace algo de terapia del dolor y que da algún tiempo a esto, están los geriatras y en unidades de primer nivel son los médicos familiares que han recibido alguna información basada probablemente en la guía nacional de cuidados paliativos que sacó el Ministerio de Salud Pública y que a manera de un voluntariado ellos están tratando de dar una cobertura que en el Ministerio consideran que es excelente que es muy bueno que esto suceda, pero, que yo considero personalmente que es todavía incompleta, absolutamente incompleta"*

<sup>58</sup> E26:13: *"es un documento súper interesante desde el punto de vista que alguien al fin se sienta a hacer algo que no existía y que ya nos da una directriz de cómo actuar ... de cómo hacer la historia clínica de cuidados paliativos y todo lo demás. El problema que yo veo desde el punto de vista práctico es que nadie se da el tiempo de llenar una historia clínica oncológica normal en el sistema lo que nos exige el hospital y paralelamente la historia oncológica con todas sus escalas, evaluaciones y todo lo demás, apenas tienes 15 minutos en la consulta y en esos 15 minutos de consulta tienes que atender al paciente, escribir todo, descargar los medicamentos del sistema ... A mí me encantaría poder tener a todos mis pacientes de cuidados paliativos con su historia clínica tal como la plantea el Ministerio de Salud con sus escalas y evaluaciones, todo; pero, físicamente el tiempo no nos alcanza."*

<sup>59</sup> E23:21.4: *"...por ejemplo, todas las inconsistencias que yo he encontrado, suponiendo que la Norma te dice que una consulta de visita domiciliaria no puede durar más de 60 minutos, sin embargo, en el tarifario de la red de salud pública integral de salud no aparece ese ítem"*

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

respecta a su equipo y al abastecimiento de medicamentos, el mismo que suele ser deficitario, principalmente en lo que se refiere a opioides.<sup>60</sup>

Los médicos colaboradores manifiestan el apoyo que reciben los servicios de atención paliativa, por parte del voluntariado, el mismo que debería tener un entrenamiento apropiado y una visión definida de sus funciones dentro del equipo de CP.

---

<sup>60</sup> E16:16:27 “El centro de salud no resuelve lo que tiene que resolver y los que tienen visita domiciliaria del seguro social tampoco les resuelve, no, es que yo no tengo este medicamento...”

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

## Sección 5. Desarrollo de los Cuidados Paliativos

### Sección 5.1. DAFO

#### a) Educación

Persiste como una de las principales debilidades para los CP, el déficit de formación de los médicos, tanto a nivel de pregrado como de postgrado.

Esta carencia obstaculiza el desarrollo de los CP en Ecuador y está en relación directa con el escaso número de servicios de CP que faciliten el entrenamiento de los estudiantes y con las pocas oportunidades de formación que existen.

Los participantes advierten la presencia de grupos organizados que trabajan en CP en las principales ciudades del país, aunque son pocos los profesionales que los integran.

Los médicos colaboradores ven como amenaza para el desarrollo de los CP, a los profesionales que no tienen una educación formal, sino únicamente capacitaciones.

En los últimos 7 años se ha incentivado la formación en CP a través de congresos, cursos, talleres y demás capacitaciones organizados tanto por el sector público como por el privado.

En Ecuador trabajan en CP, médicos que constituyen una fortaleza para la especialidad. Sin embargo, el número es muy exiguo, pese a que se ha incrementada para afrontar los requerimientos del país, de ahí que este mismo código aparece como una debilidad que amenaza al desarrollo de los CP. De cualquier manera, los CP se han afianzado, como se evidencia con la consolidación de las relaciones entre los profesionales dedicados a tratamiento del dolor, cuyas unidades se han incrementado y abierto hacia pacientes paliativos.

Es un avance en la historia de los CP en Ecuador, la inclusión de la norma que obliga a ofertar CP en el pregrado de las carreras pertenecientes a ciencias de la salud.

#### b) Aspectos Institucionales

Se reconoce como la principal amenaza para el desarrollo de los CP en Ecuador a la falta de presupuesto del sector público asignado a CP, lo que trae como consecuencia la carencia de servicios, el desabastecimiento de los ya existentes, el detrimento de la calidad de atención y la interrupción del crecimiento de los CP.

Los profesionales manifiestan que estos problemas ponen en riesgo la sustentabilidad del proyecto y admiten que el desarrollo alcanzado por los CP se debe en gran parte, a la gestión privada.

Los participantes refieren que existe un mayor interés en los CP desde las autoridades, tanto a nivel público como privado. Estas, sensibles al aumento de la demanda de atención, propician la creación de más centros de atención paliativa, el crecimiento de las unidades que ya existen, el acceso a los opioides. Lamentablemente

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

la situación económica no favorece estas intenciones y el crecimiento de los CP se ha detenido, aunque no del todo, ya que paulatinamente los responsables de la salud en Ecuador toman consciencia del ahorro que pueden significar los CP para el sistema sanitario, lo cual no deja de ser una oportunidad para el desarrollo de los CP en Ecuador.

También los profesionales están más alertas ante los cambios epidemiológicos, que corresponden no solamente al envejecimiento de la población, sino al incremento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), las mismas que, en algún momento precisan de CP.

Los médicos reconocen la importante participación de las entidades privadas, quienes fomentan el crecimiento de los CP, la colaboración internacional y la cooperación interinstitucional.

c) Política

Los participantes observan un estancamiento en el desarrollo de los CP en Ecuador. Relacionan esta paralización con la inestabilidad política del momento, pero también con que las decisiones estén supeditadas a voluntades personales, más que a políticas de Estado. De ahí que no se ha fortalecido la red pública de salud, no se apliquen las normas existentes, no se ha creado una política de cuidados paliativos.

Desde la política pública se impulsan los CP a través de la publicación de documentos como: La Guía de Práctica Clínica de CP, Guía del ciudadano, Norma de atención en CP, el Plan nacional de CP 2015-2017. Así mismo, el Estado Ecuatoriano ha expedido dentro de su legislación normas que regulan la inclusión de los CP en el Sistema Nacional de Salud y ha contratado la asesoría de colaboradores internacionales para impulsar el desarrollo de los CP en el país.

Sin embargo, la participación activa del ente regulador de la salud en Ecuador se ha detenido por el momento político que atraviesa el país. Se constata así, la inseguridad derivada del período electoral y el riesgo que esta volatilidad imprime en el desarrollo de los CP.

d) Aspectos legales

Los participantes indican como una debilidad y amenaza que afrontan los CP en Ecuador, a la falta de implementación de las leyes vigentes. Así mismo reportan la inseguridad jurídica que soportan los profesionales de la salud.

Tres participantes estiman como un hito en el desarrollo de los CP, al nuevo código legislativo que rige en el país. En tanto que, el mismo número de colaboradores percibe como incompleto el COIP y sostiene que pone en riesgo la atención médica al paciente paliativo. De lo que se desprende que los participantes valoran la regulación en salud, aunque consideran que debe ampliarse e incluir más aspectos de la atención paliativa.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

e) Aspectos socioculturales

La situación socioeconómica de Ecuador determina que existan otras prioridades más emergentes por solucionar, antes que fomentar los CP, lo cual deja ver una falta de conocimiento y de conciencia acerca de la importancia de esta especialidad, tanto a nivel privado como público. A esto contribuye la comercialización a la que ha llegado la medicina y a la falta de atractivo que generan ciertos temas como la muerte, que prevalece como un tabú entre los médicos.

La novedad del concepto de CP puede ser a la vez que una amenaza, una oportunidad y fortaleza, ya que es un campo inexplorado que ofrece opciones de desarrollo y constituye un reto para cambiar los paradigmas. Los CP en la actualidad ofrecen un amplio campo de acción, donde hay mucho por investigar y donde el médico se reencuentra con la esencia de la medicina humanizada.

f) Medicamentos

Se conoce que, a pesar de los esfuerzos realizados persiste desde el inicio de los CP en Ecuador, el déficit de morfina, principalmente en presentaciones orales. Sin embargo, los médicos reconocen que no es la única falencia, que faltan otros fármacos principalmente analgésicos, de cuyos genéricos prevalece cierta incertidumbre en lo que respecta a su compuesto activo.

En los últimos dos años los participantes observan una mejor y variada dispensación de medicamentos para CP, principalmente analgésicos. Esto no significa que el acceso y la disponibilidad de fármacos sea satisfactoria a todo nivel, al contrario, indican los profesionales que pese a ser mejor todavía dista mucho de ser óptima. Refieren que hay medicinas como la morfina que se les entrega solamente en las farmacias hospitalarias.

g) Impacto en el paciente

El desarrollo tórpido de los CP en Ecuador responde, entre otras causas, al tradicional enfoque curativo de la medicina, que ha dejado abandonado a aquellos pacientes que sufren una enfermedad avanzada, no susceptible de curación. Así mismo, la formación deficitaria por parte de los médicos, somete a los pacientes a situaciones que afectan su calidad de vida, tales como la polifarmacia, la falta de apoyo a la hora de tomar decisiones y otras muchas necesidades ignoradas.

Los médicos encuentran que la atención domiciliaria ayudaría a afrontar el déficit de unidades de atención paliativa a la vez que mejoraría la calidad de vida de los pacientes.

De todas maneras, los participantes señalan que existe un avance en la cobertura de atención de los pacientes y de sus familias, principalmente en los últimos días de vida y en el tratamiento del dolor, aunque aún falta mucho por hacer.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

h) Profesionales y RRHH

En las instituciones públicas se observa una falta de preocupación por fomentar unidades de CP, lo que ha desembocado en el abatimiento de los profesionales al no ser atendidas sus necesidades. Por otra parte, los profesionales ven como una amenaza para impulsar los CP a la exigencia de las instituciones de salud de demostrar en cifras la productividad de los servicios de salud, así como a la falta de trabajo colaborativo entre los médicos en Ecuador.

Los médicos indican que los CP han avanzado considerablemente en este último tiempo, gracias en gran parte, al entusiasmo y a la voluntad de los profesionales autoformados. Los participantes señalan la importancia del trabajo en equipo no solo multi, sino interdisciplinar. Un ejemplo de ello es la colaboración con los médicos que hacen terapia del dolor. Más allá de esta actitud optimista están las barreras con las que se enfrentan los profesionales, que muchas veces les desaniman y les hacen sentir amenazados, conforme lo referido en este estudio.

i) Difusión

La falta de difusión de los CP empezando por las facultades de medicina, el personal sanitario y toda la sociedad han contribuido a impedir el desarrollo de los CP en Ecuador, en zonas urbanas y más aún en áreas rurales. Prueba de ello son las respuestas de algunos participantes, quienes indican no conocer los CP.

Los médicos manifiestan que de manera progresiva se propaga el concepto de CP en el gremio médico, en el personal sanitario y en la población en general. Esto no significa que los CP estén posicionados y ampliamente conocidos, pero sí que su promulgación empieza.

j) Infraestructura

Muchas de las instalaciones existentes son antiguas y no responden a las normas de bioseguridad que rigen en la actualidad. Tampoco están dotadas tecnología actualizada, según manifiestan los participantes, debido al estancamiento que soportan.

La percepción de tres profesionales de que la infraestructura es apropiada, corresponde a las instalaciones que se han adecuado o implementado en los últimos años.

**Sección 5.2. Entrevistas**

Los médicos entrevistados coinciden en que los CP tienen sus inicios en Ecuador en la década de los noventa. Reconocen como precursores de los CP en Quito y

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Guayaquil a prestadores privados, que iniciaron sus actividades como un voluntariado<sup>61</sup>, que con el pasar de los años se decantó hacia los CP.<sup>62-63</sup> Observan también el avance de los CP en los últimos cinco años, gracias al trabajo mancomunado entre los profesionales referentes en CP y el MSP<sup>64</sup> cuya autoridad principal elabora en 2011 el Acuerdo Ministerial en el que se incorpora a los CP al Sistema Nacional de Salud,<sup>65-66</sup> para posteriormente incluirlos como parte de la Dirección Nacional de Discapacidades. La mencionada labor ha dotado a Ecuador de guías de atención, de normas y programas,

<sup>61</sup> E3:4:1 "muy poca gente ha hecho paliativos aquí en Quito de... de lo que conozco FECUPAL, la Fundación Jersey y gente de buena volun... voluntad... con voluntad"

<sup>62</sup> E16:16:1 "A ver, los cuidados paliativos en el Ecuador son una disciplina que recién se está haciendo notar, no porque no hayan existido, han existido desde hace más o menos unos veinte años si no es un poco más. Empezó la Dra. Nancy Lino y luego vino el Padre Alberto Redaelli, la Dra. Nancy Lino en Guayaquil con SOLCA y el Padre Alberto en Quito con FECUPAL y haciendo las visitas domiciliarias, él empezó hacer las visitas domiciliarias con un equipo muy básico de médico, enfermera y él, pero, después ha ido progresando. Ellos han sido pilares muy importantes, estuvieron haciendo solos aproximadamente uno diez años así. Después de eso vino la Fundación Jersey con la Dra. Nicky Balash, ella empieza un poco más a hacer conciencia a nivel hospitalario, empezó a trabajar en el ABEI eh... ayuda a mucha gente a que empiece hacer diplomados paliativos y empieza a enseñar a mucha gente, también ellos son los tres pilares importantes en cuidados paliativos en el país"

<sup>63</sup> E4:4:14 "de mi experiencia de paliativos yo inicié desde el año 95 hasta el 2003, yo vivía de los paliativos y hacía paliativo domiciliario. Iba en un carrito viejito que tenía, iba, pero a veces le tocaba dejar hasta la plata de uno porque no tenían para pagar era gente muy humilde, muy... gente pobre..."

<sup>64</sup> E16:16:34 "existe una guía de cuidados paliativos, existe una normativa del Ministerio de Salud Pública que se ha logrado en los últimos cuatro o cinco años, pero, no ha sido trabajo del Ministerio, esto ha sido... que sí el Ministerio ha comandado, ha sido trabajo de la gente que lo hace de manera privada, o sea, estoy hablando de la gente que hace paliativos en Guayaquil, en Cuenca, en Loja, en Quito; pero, no ha sido obra del Ministerio, totalmente lo que han hecho ellos es recopilar a la gente y empezar con el trabajo duro de la guía y ha sido gente que sí un poquito del Ministerio, pero, el resto ha sido gente particular, eh... se tienen todo en documentos."

<sup>65</sup> E30:30:1 "Yo creo que en el año 2011 esto tuvo un punto de inflexión, cuando se logró en el Ministerio de Salud Pública que se saque un acuerdo ministerial ...hasta antes de ese año lo que nosotros habíamos podido darnos cuenta es que el Ministerio de Salud Pública simplemente no se hablaba de los cuidados paliativos, no había un conocimiento de aquello."

<sup>66</sup> E31:29:26 "acuerdo ministerial en el que se reconozca cuidados paliativos y eso realmente yo creo que fue y ha sido un instrumento legal, jurídico y político del que nos hemos agarrado todos estos años..."

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

los cuales han determinado que los CP en Ecuador pasen de la posición 80 a la 40 en el Índice de calidad de muerte.<sup>67</sup>

En este proceso algunos de los dirigentes políticos de ese entonces, señalan la novedad de los CP como algo que “rompe cualquier paradigma” y cambia la orientación exclusivamente curativa de la salud.<sup>68</sup> De ahí se deriva el apoyo por parte del MSP para incorporar a los CP en la malla curricular de ocho universidades que ofertaban la especialidad de medicina familiar. Los conocimientos básicos en CP que adquieren los médicos de familia, son de utilidad, por ejemplo, en el apoyo que estos especialistas brindan desde hace aproximadamente dos años a la realización de visitas domiciliarias.

Paralelamente el esfuerzo individual de cada médico comprometido con los CP, deja ver poco a poco resultados favorables que consolidan a esta especialidad en Ecuador.<sup>69-70</sup> Se evidencia más apertura por parte de los especialistas médicos, que consultan al equipo de CP, así como de parte de las autoridades de los distintos

---

<sup>67</sup> E5:5:23 “no sé si yo me ubico en la realidad porque yo sí soy bien idealista y además... pero lo que yo sí he visto en cinco años de experiencia de especialista, no sé si sea porque justo estuve ahí, pero, yo he visto un montón de avance, o sea, en estos cinco años pasó un montón de cosas, o sea, todo lo de la guía, la política nos puso en un puesto privilegiado, incluso, dentro del mundo el Index of Death ese que pone en escala a todo los países dentro de los cuidados paliativos, de 80 estamos en el 40 ¿cómo es posible que estemos en la mitad? Todo nos vimos así, nos miramos las caras y no lo podíamos creer y eso es por las políticas que se han creado, o sea, y sí sabemos que no son perfectas y que además no se han llevado a la práctica un montón de cosas, pero, si ha pasado tanto en tan poco tiempo yo creo que sí podemos avanzar un poco más”

<sup>68</sup> E31:29:27 “es algo totalmente nuevo en el sistema... totalmente nuevo en el sistema que rompe cualquier paradigma porque este sistema de salud siempre ha estado fijado en la curación...”

<sup>69</sup> E25:30:13 “...en un momento determinado de nuestro trabajo inicial en nuestro trabajo en el hospital era ir a ver pacientes agónicos casi siempre y luego esto ha llevado a trabajar con algunos colegas de otros servicios y la alegría ahora es que nos interconsultan un poco más temprano ...los más frecuente es de medicina interna, oncología desde luego, eh... yo diría que se ha ido equilibrando, antes era exclusivo oncológico.”

<sup>70</sup> E25:30:45 “...en oncología tienen más claro esto que otras especialidades. En oncología lo tienen más claro, no todos los oncólogos, los jóvenes sí, los viejos no...pero, en estos últimos tres, cuatro años como digo las cosas han cambiado mucho, al menos en la institución.”

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

hospitales, que han apoyado para dotar de mejor infraestructura y equipamiento a los CP.<sup>71-72</sup>

En cuanto a la disponibilidad de medicación, los participantes ven que ha mejorado mucho en los últimos dos años. Establecen una relación directa entre la implementación del servicio de CP en los hospitales y el incremento de la demanda, principalmente de morfina, aunque esto no signifique que haya mejorado la oferta de este fármaco,<sup>73</sup> sostienen. Expresan que un año atrás, el acceso principalmente a opioides era restringido y ante todo soportaba dificultades de continuidad. Así mismo, el arsenal terapéutico de opioides se ha ampliado, a pesar de que todavía no se dispone de morfina oral.<sup>74</sup>

Por otra parte, la instauración de servicios de atención paliativa ha contribuido positivamente para cambiar la percepción de los médicos jóvenes acerca de los CP. En los últimos tres años, el MSP ha implementado tres unidades de atención en CP. Una en el Hospital pediátrico Francisco Ycaza Bustamente, otra en el Hospital del Adulto Mayor y un servicio de consulta adjunto al servicio de oncología, en el Hospital público más grande de Quito, el Hospital Eugenio Espejo. Con el objetivo de afianzar a la red de CP, el MSP, instaura capacitaciones a médicos del primer nivel de atención a través de un taller de dos días de duración, en el cual el primer día está en torno a instrucciones más bien técnicas, logísticas, burocráticas y el segundo día centrado en casos clínicos, comunicación, toma de decisiones, manejo de fármacos. Sin embargo, para un grupo de

<sup>71</sup> E25:30:46 “aquí ha habido una apertura hasta cierto punto en la institución que nos ha permitido tener un área específica de cuidados paliativos con tratamiento del dolor, con una consulta externa, tiene dos consultorios, una sala de procedimientos, una sala de reuniones”

<sup>72</sup> E26:30:48 “yo diría que en el último año eso ha sido, a pesar de que nosotros ya llevamos trabajando como nueve años en ese hospital, recién el último año hemos tenido un par de reuniones a propósito de organizar casos clínicos”

<sup>73</sup> E25:30:49 “cómo el apareamiento del servicio de tratamiento del dolor y cuidados paliativos fue creciendo la necesidad o la demanda de adquisición de opioides, específicamente morfina en el hospital...ese ha sido un cambio tremendo en estos años y sigue habiendo ese crecimiento de demanda, entonces, eh... el acuerdo ministerial que hacía referencia respecto a esta posibilidad de fármacos y opioides especialmente, pues, quedó en acuerdo ministerial, o sea, no tenemos nada...”

<sup>74</sup> E31:26:9 “...cuando llegué al hospital no había morfina, no teníamos, solo teníamos buprenorfina y oxicodona prácticamente, tramadol si hablamos de opiáceos menores, pero, eh... buprenorfina y tramadol; y era como que complicado así manejar así a los pacientes... teníamos irregularmente, a veces sí y a veces no, ... era un poco una desgracia. Este año sí hemos tenido una provisión continuada de morfina y al menos hasta ahora no hemos tenido desabastecimiento de opiáceos.”

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

médicos el conocimiento que se genera de la actividad citada, es muy superficial, puede confundirse con un voluntariado e ir en detrimento de la especialidad como tal.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

## Recomendaciones de los entrevistados

Las expectativas de los médicos que han colaborado con esta investigación se expresan a través de la “pregunta sueño”, por la cual estos profesionales manifiestan cómo ellos conciben la situación de los cuidados paliativos en un mundo ideal.

A continuación, se describen las perspectivas de los participantes, con la esperanza de que el buscar lo que los profesionales saben y esperan de los CP es una forma de hacerlo realidad.

Los médicos que participaron concuerdan en la importancia que tiene que se conformen equipos multidisciplinares<sup>75</sup> que trabajen de manera colaborativa, interdisciplinar, para intentar trascender la enfermedad más allá del soma, de la sique, del ambiente social y familiar,<sup>76</sup> particularmente como parte de la asistencia primaria en salud.

---

<sup>75</sup> E: 27:5 “Yo quisiera gente comprometida, o sea, gente que le guste hacer, o sea, que esté comprometida en ayudar, entonces, eh...quisiera todo el equipo ideal, quisiera tres compañeras, quisiera las enfermeras, no una, quisiera tres enfermeras, quisiera una trabajadora social y así ser un buen equipo, quisiera unos dos psicólogos para un seguimiento, una consulta de primera vez, quisiera la enfermera auxiliar para hacer... cómo se dice... para hacer curación ahí, cuidado de piel. Gente que se esté formando ahí mismo, que vean la realidad de lo que uno hace, poder dar charlas educativas.”

<sup>76</sup> E: 16:20 “La espiritualidad en un paciente oncológico es súper importante tenerla, no solo al que se está muriendo, desde el comienzo. El cáncer es una enfermedad que le roba todo, no la plata, no solo... la plata es lo menos que le quita. Creo yo de la cantidad de cosas que el cáncer roba, quita el aspecto físico, quita la salud, quita el rol en la familia, le quita el poder social que tenía, o sea, el cáncer roba tantas cosas, quita la esperanza, quita el amor propio, la persona que recibe corticoides por quimioterapia se ve en el espejo y no se reconoce eh... no sabe si va poder estar en una... el cumpleaños de su hijo o si va poder pasar el fin de año o si su hijo se va graduar, hay tantas cosas espirituales que se pierden más que la plata que nunca han sido tratadas, que nunca han sido tomadas en cuenta y eso es importantísimo, cuando una persona tiene una fortaleza espiritual no solo aguanta la quimio, aguanta la quimio en un cáncer que no es curable y lo aguanta con mucha más dignidad sin ese derrotismo... Cuando una persona probablemente se hiciera un avance espiritual desde el comienzo del diagnóstico hubiera menos gente que abandona el tratamiento porque no es cuestión de que alguien venga y me explique cómo es el tratamiento y este es el dato estadístico de que Usted va vivir cincuenta años o un año, no, a la gente no le importa si el veinte, treinta o cuarenta por ciento, eso le importa a los médicos porque eso nos interesa saber, pero, a la gente lo que le importa es saber qué va a pasar con su vida, con su cotidianidad, cómo

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Esto será posible, si los profesionales acceden desde el pregrado a una formación orientada en primer lugar a dejar claro el concepto de CP,<sup>77</sup> de tal manera que los futuros médicos valoren a su paciente con toda su dignidad, como un ser integral y en tal virtud adquieran sus competencias, conocimientos y destrezas. Que sepan identificar cuándo un paciente es sujeto de CP, que conozcan cuándo referirlo al especialista<sup>78-79</sup>, que manejen adecuadamente el dolor y lo traten sin temor a administrar morfina y otros opioides. Los estudiantes de medicina deben adquirir las destrezas necesarias para comunicarse empáticamente con el paciente,<sup>80</sup> con sus familiares y ser capaces de orientarlo en la toma de decisiones, así como saber manejar los síntomas más comunes y complejos.<sup>81</sup>

Si los estudiantes conocen desde el pregrado, acerca de los cambios demográficos que se presentan en la actualidad y se sensibilizan, además de capacitarse, para abordar un paciente con enfermedad crónica, avanzada, no susceptible de tratamiento curativo, se generará la posibilidad de que estos elijan los CP como especialidad. De ahí la exigencia hacia la academia y hacia las autoridades reguladoras para que beneficien esta

---

*puede manejar el dolor de su hijo al ver que su mamá está enferma, cómo manejar el dolor mío cuando se me muere mi hijo, eso no se toma en cuenta”.*

<sup>77</sup> E: 26:17 “Primero, que todo el mundo debería entender la definición de cuidados paliativos, el sueño sería que todos los médicos de todo el país sepan lo que son cuidados paliativos, entiendan la limitación del esfuerzo terapéutico, entiendan que todos nuestros pacientes van a morir y que no estamos ahí para salvar vidas y salvar vidas y salvar vidas, a veces salvar una vida significa vivir con dignidad, con calidad y ayudar al buen morir, o necesariamente a sobrevivir, entonces, ese sería mi primer sueño”.

<sup>78</sup> E: 26:18... “ellos entiendan que todos somos mortales y que tenemos que saber hasta cuándo llegar cuando un paciente es paliativo y saber referir a tiempo, o sea, no esa cuestión de faltan dos días para que se muera. Entonces, eso, me gustaría en el mundo ideal, ¿para qué?, para que lo pacientes sean manejados correctamente con anticipación, que no sea que faltan dos días y recién se entera que no hay nada que hacer, nada que hacer entre comillas nada desde el punto de vista curativo.”

<sup>79</sup> E: 11:18 “Que nos refieran los pacientes, que tengan confianza en nosotros”.

<sup>80</sup> E2:2:23 “llegar a lo más importante que es el paciente, con una comunicación adecuada.”

<sup>81</sup> E9:9:12 “Yo creo que la docencia en el pregrado es el futuro, es todo, solo si los cogemos desde chiquitos va a cambiar la medicina y en esa parte debemos crecer.”

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

gestión,<sup>82</sup> tanto en CP, como en otras especialidades ya sea clínicas como quirúrgicas y también en distintas áreas como derecho, sicología, trabajo social, entre otras.<sup>83</sup>

Los participantes de esta investigación invitan a que se oferte la especialidad de CP, con la finalidad de solventar los déficits de profesionales a todo nivel, desde la asistencia clínica hasta la docencia y la investigación.<sup>84</sup>

Siguiendo con la educación, los médicos recomiendan la ejecución de programas reglados de formación continua y capacitaciones periódicas para el personal sanitario.<sup>85</sup>

Los médicos que respondieron a las entrevistas manifestaron la necesidad de que se creen servicios de CP intra como extra hospitalarios, con la infraestructura apropiada para satisfacer la demanda de atención. Recomiendan enfáticamente dotar dichos lugares de los insumos necesarios, además de proveerlos de un clima de armonía y luz, que favorezca la paz que sus pacientes y familiares demandan y donde ejerza con dedicación completa el equipo de salud.<sup>86-87</sup> Quienes trabajan en CP afirman su interés

<sup>82</sup> E8:16 "crear becas a los médicos que ya tienen nombramiento o médicos que estén interesados en formación de cuidados paliativos, se podría hacer algún convenio con alguna universidad y formar más gente que haga paliativos, entonces, tener gente formada creo que no tendría miedo a enfrentarse a esta situación, porque es el miedo de no saber qué hacer, qué decir, por eso, es que mejor no lo topan."

<sup>83</sup> E4:4:22 "Tengo que trabajar en pregrado, pero no solo de medicina, hay que trabajar en trabajo social, en psicología, en medicina, en enfermería, en... inclusive, en jurisprudencia, claro."

<sup>84</sup> E9:9:17 "el próximo paso importantísimo es que salga la maestría"

<sup>85</sup> E8:8:12 "hacer un seguimiento de las capacitaciones que sea dado, buscar un sistema en el cual nosotros podamos ver la captación de pacientes en cuidados paliativos y crear una actualización permanente en los grupos... en los equipos que pueden dar cuidados paliativos, porque, hablar de cuidados paliativos es una formación continua al igual que el resto de medicina"

<sup>86</sup> E6:6:6 "crear el espacio físico de terapia, unidades de equipos paliativos y dos crear el servicio de cuidados paliativos, entonces, el rato que tengo mi espacio físico una o dos camas y yo soy el que voy a manejar mi servicio de dos camas voy a comenzar a crecer y estructurar, entonces, yo creo que eso es lo que hace falta y eso aquí se ha comenzado hacer, pero, concientizarse que es muy importante comenzar con el espacio físico y el equipo que va manejar aquello."

<sup>87</sup> E26:26:15 "¿qué necesitamos para cambiar eso?, justo, un servicio de cuidados paliativos ya sea integrado a la unidad de oncología o a donde sea, pero, médicos que estén dedicados el ciento por ciento de su tiempo a ver pacientes de cuidados paliativos y que puedan dedicarse a hacer una evaluación como corresponde con psicología y trabajo social y como debe ser."

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

por brindar el soporte que sus colegas de otras especialidades precisan, para sentirse libres de referir desde etapas tempranas a los pacientes a CP, superando toda clase de temores y tabúes.

Además, señalan que estos servicios se transformarían en incubadoras de conocimiento y de investigaciones.

En lo que respecta a la investigación, los colaboradores sugieren impulsar las publicaciones en español, de tal manera de que todos los profesionales accedan con facilidad y se motiven también a participar.<sup>88</sup>

Siguiendo con los aspectos institucionales, los médicos exhortan a favorecer la APS, con médicos familiares y generales debidamente formados y aconsejan fortalecer la hospitalización domiciliaria, para lo cual consideran un buen aporte el apoyo del voluntariado, siempre que esté adecuadamente capacitado.<sup>89</sup>

Los profesionales subrayan la importancia de conferir a los médicos de atención comunitaria las facilidades para medicar, así como aprovisionar a todas las farmacias, hospitalarias, extra hospitalarias, urbanas y rurales de opioides, principalmente de morfina oral y de la medicación necesaria para tratar al paciente subordinado de CP,<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> E5:5:31 “la gente solo lee español aquí, o sea, la gente no lee en inglés, entonces, en qué revistas vamos a ver nuestros hallazgos para que la gente los lea, para que nuestros padres lo lean. Un poco más los médicos tenemos la experiencia de que hemos necesitado, aunque sea, leer en inglés y algo se defienden, pero, los demás si es que la única publicación en español es la de Medicina Paliativa de España”.

<sup>89</sup> E10:10:20 “que más médicos estén más sensibilizados en esta parte del tratamiento por un lado y por otro lado, que sí las especialidades más... más involucradas, medicina familiar y oncología a que sí lo tengan muy consolidado en su currículum y una formación bastante sería ya que existan los centros un poco de referencia y apoyo ya cubiertas dentro de esta red en el país, es decir, que podría ser un centrillo por provincia, pero..., tampoco hace falta mucho más, con algunas camitas, alguna posibilidad de ir al domicilio donde pueden el primer nivel consultarles también, entonces, esta red ya que efectivamente... sí en cuanto al número de pacientes atendidos esté más o menos dimensionado para que... no debe haber el doble de los pacientes porque ahí ya no se puede hacer del todo bien ya que el equipo tenga los cuatro profesionales que sí que se necesitan.”

<sup>90</sup> E10:10:8 “...por ejemplo, los pacientes que tienen resistencia, opioides o tienen desarrollo de hipersensibilidad, entonces, ahí lo ideal es rotar y ahora sí que es verdad que yo no tengo con qué rotar así por vía oral, entonces deberíamos tener al menos dos preparados por vía oral que se puedan

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

brindando la flexibilidad de utilizar otros fármacos que sean necesarios, aunque no consten en el cuadro básico de medicamentos, como es el caso del Metamizol y la Metadona.<sup>91</sup> Sostienen que si es que se hacen efectivas estas reformas se consolidará la red pública de salud tal como está previsto por el MSP,<sup>92</sup> con lo cual mejorará la calidad de atención, la calidad de vida de los pacientes y sus familiares y se le dotará de un rostro humano a la medicina.<sup>93</sup>

Como se constata, es fuertemente recomendable, que se escriba la Política de CP y exista el compromiso del Estado para ejecutar aquello que está escrito en la legislación y en los planes de salud.<sup>94</sup>

---

*intercambiar, rotar por parche a alguien que está con una alta dosis de oxicodona es complicado, si tiene que poner demasiados parches es un lío, sinceramente no funciona bien, entonces, si agradecería tener un gama un poco más amplia.”*

<sup>91</sup> E16:16:24 *“la metadona es un medicamento recontra barato que para un dolor neuropático no controlado donde los anestesiólogos ya han bloqueado lo que han encontrado y no han podido o antes de que se haga todo eso, la metadona es un medicamento muy bueno, pero, en el cuadro básico de medicamentos solo está autorizado para las personas que tienen problema de adicciones, no está autorizado para manejo del dolor, para dolor neuropático tenemos muy pocas cosas en el cuadro básico de medicamentos que si el paciente le fue mal con amitriptilina y le fue mal con la gapapentina...”*

<sup>92</sup> E10:10:14 *“que se hable un poco más sobre este tema a nivel general, eso es ya una cosa buena, hay una sensibilización y ya se ha empezado a crear la red ¿no?, en realidad se necesita una red de apoyo un poco jerarquizada para poder hacerlo bien y ya se empieza”.*

<sup>93</sup> E5:5:28 *“Yo pienso realmente que podemos llegar a cambiar la medicina, que podemos llegar a cambiar la práctica médica en general, que con nuestra influencia, o sea, primero a todo nivel desde el nivel primario, que haya la posibilidad de irse a los domicilios a ver a los pacientes, que los pacientes tengan opciones, también es importante la opción si es que ellos no pueden estar en los domicilios que ellos puedan ingresar a otro lugar, que haya equidad, también, que todos puedan tener acceso, o sea, los pobres, los mayores, que haya involucramiento de las familias eh... eso también es un sueño porque los problemas sociales son muchísimos eh... que hay humanización en la medicina, bueno en los sistemas de salud en general, que podamos ser capaces de dar los cuidados paliativos humanizados”.*

<sup>94</sup> E15:15:10 *“Alguna cosa que se podría hacer es tener... implementar una área de internación para pacientes en etapa final de vida en donde se tenga enfermeras, ya un médico permanente y que el paciente esté permanentemente ahí, que tenga abierta la posibilidad de estar 24 horas de entrar o salir si se siente bien en algún momento y volver ¿no?, tener un lugar con áreas de recreación, entornos quizá para que el paciente comparta junto con su familia, que tenga hijos que lo vienen a ver y cosas así por el estilo, talvez eso ¿no?, lo más parecido a un Hospice que brinda ese servicio, que el paciente se quede*

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Como un paraguas que cubre a todas estas sugerencias los médicos señalan la importancia de difundir los CP en todos los ámbitos, académicos, científicos, políticos y divulgarlos entre la ciudadanía, toda vez que se hayan implementado de la mejor manera.<sup>95</sup>

---

*en casa y se quede en el centro y no se tenga que ir sobre todo acá en nuestra... nuestro país que geográficamente es inaccesible ¿no?, salir ¿no?, gente de comunidades del interior que no tienen transporte todo el tiempo y se les dificulta, de acá de Loja no más para dar un ejemplo personas que viven en teoría de aquí a... comunidades que están a 40, 30 kilómetros que por el tipo de carretera llegar acá les tarda 5, 4 horas y a veces más ¿no?, entonces, sí sería bueno tener un espacio así."*

<sup>95</sup> *E16:16: 28 "Está semana tuve una prueba muy dura... Era un niño de doce años con un sarcoma severo y el niño no vivía aquí, vivía en Machachi, eh... el niño había estado tratado con nosotros, lo enviaron a manejo paliativo los pediatras recién y yo creo que este niño vino a la emergencia en una situación de agonía, pero, despierto y yo le pregunté, le dije: ¿mijo dónde quieres estar?, y dijo en mi casa. Los papás querían hospitalizarle, hablamos, les expliqué, una familia muy linda, muy unida y les expliqué la condición del niño y que el niño quería irse porque quería despedirse de sus primos y de sus hermanos y el niño en el hospital, y el niño dijo no yo me quiero despedir. Se fue a Machachi, afortunadamente pudimos conseguir rápido la ambulancia, se consiguió, se le explicó a la mamá todo, cómo manejar la medicación, la mamá se fue y claro el niño falleció, se fue dado de alta de aquí a las doce del día y el niño falleció a las once de la noche en su casa en Machachi y se murió... la mamá me llamó a contarme y se murió cantando con su papá... (Silencio). Realmente ha sido muy impactante y la mamá decía Doctora yo quería que mi hijo esté en el hospital, pero, gracias a Usted entendí que él tenía que morir porque estaba sufriendo mucho y gracias a Usted se murió bien... (Silencio largo). Yo creo que esa es la situación ideal."*

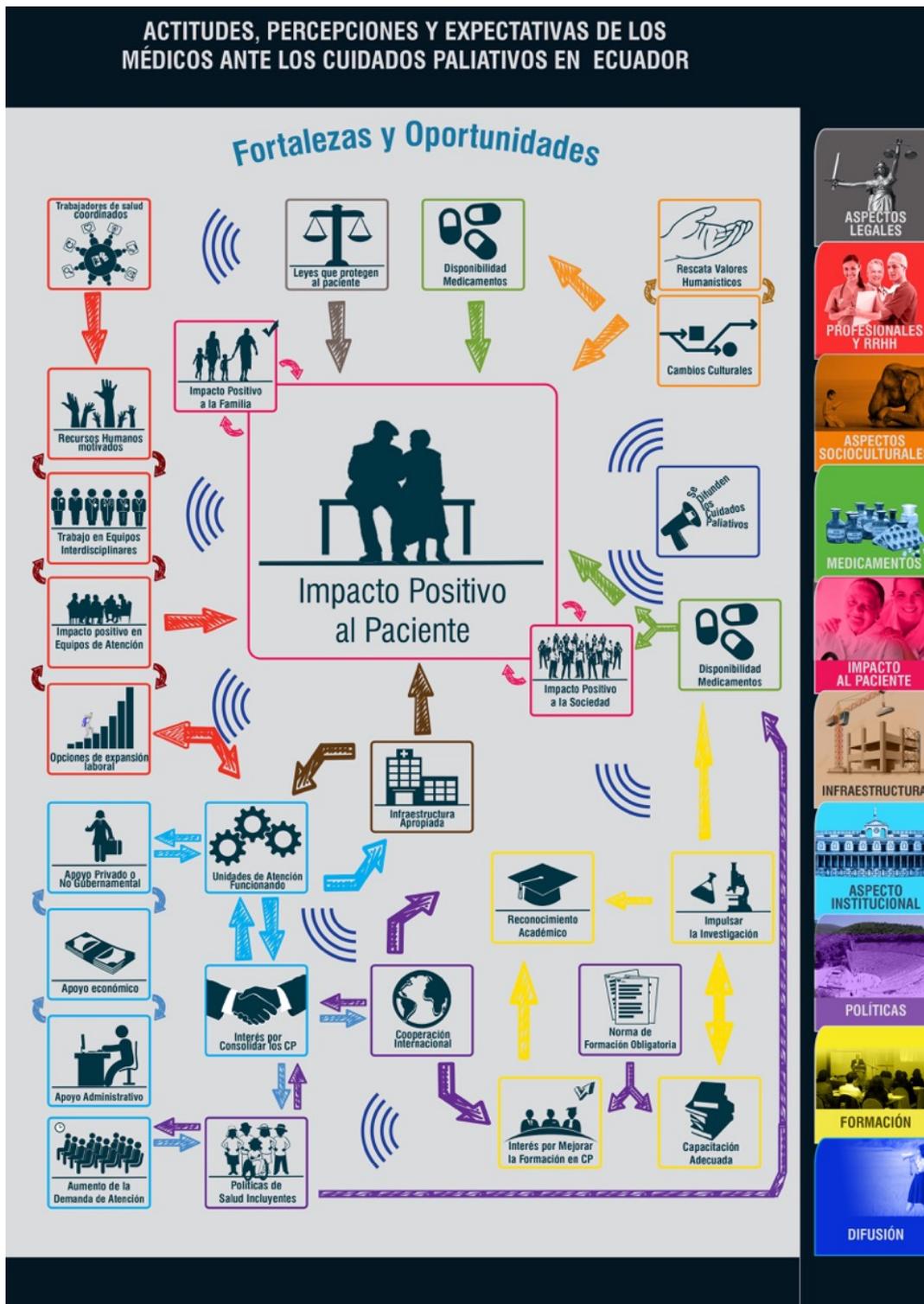
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

## Mapa de significados: Infografías

Con la intención de generar un marco explicativo o mapa de significados se establecieron relaciones entre las diferentes categorías halladas, usando para ello, las 10 familias utilizadas en las entrevistas y DAFOs. Para descubrir e interpretar los significados se separaron los códigos en dos grandes grupos: aquellos que contenían información sobre las fortalezas y oportunidades y aquellos sobre las debilidades y amenazas. La intención es que ambas infografías muestren el fenómeno estudiado desde una narración simbólica, en imágenes y relaciones direccionales, que expliquen el todo a través de la interrelación de las partes.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

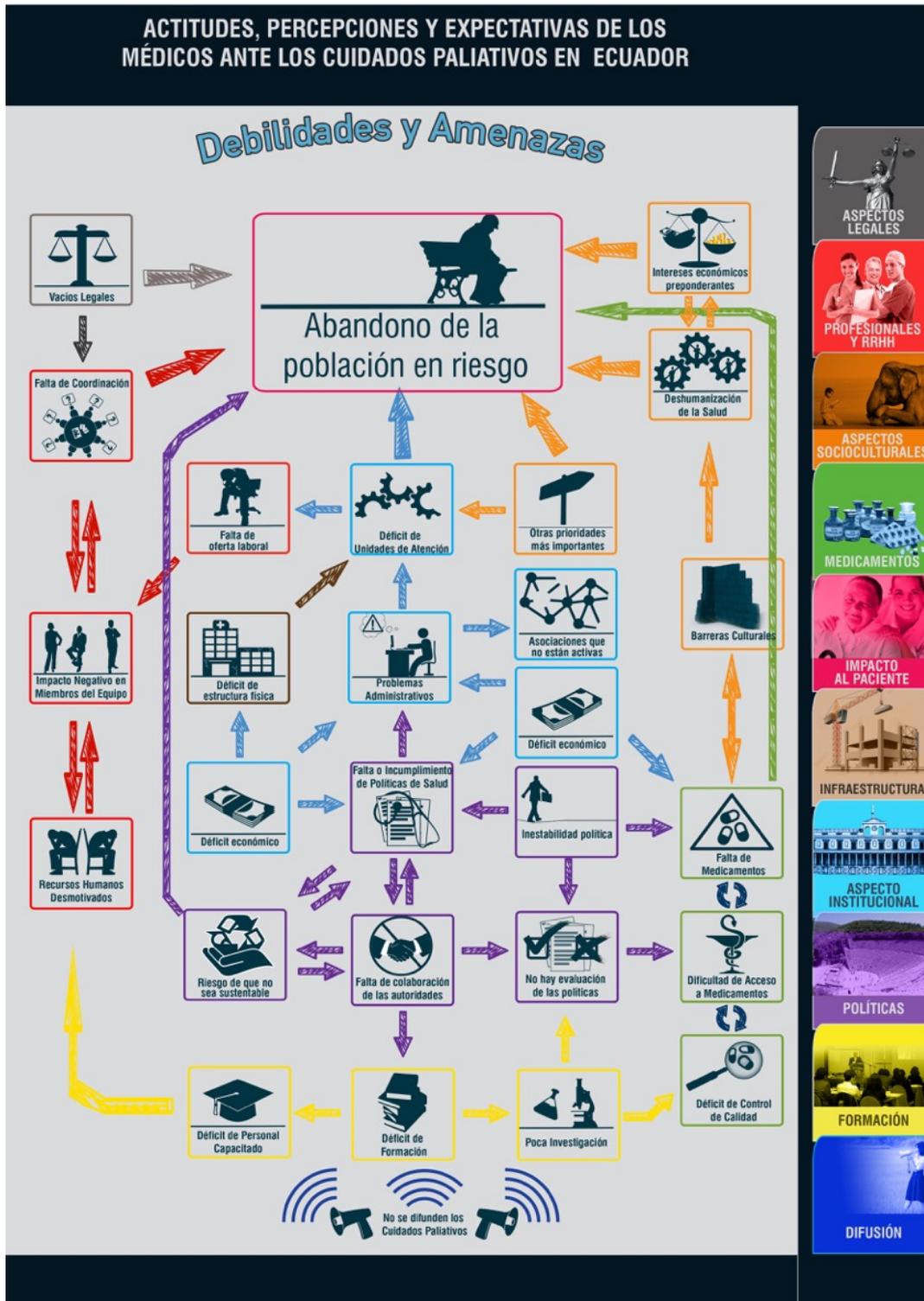
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



132

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

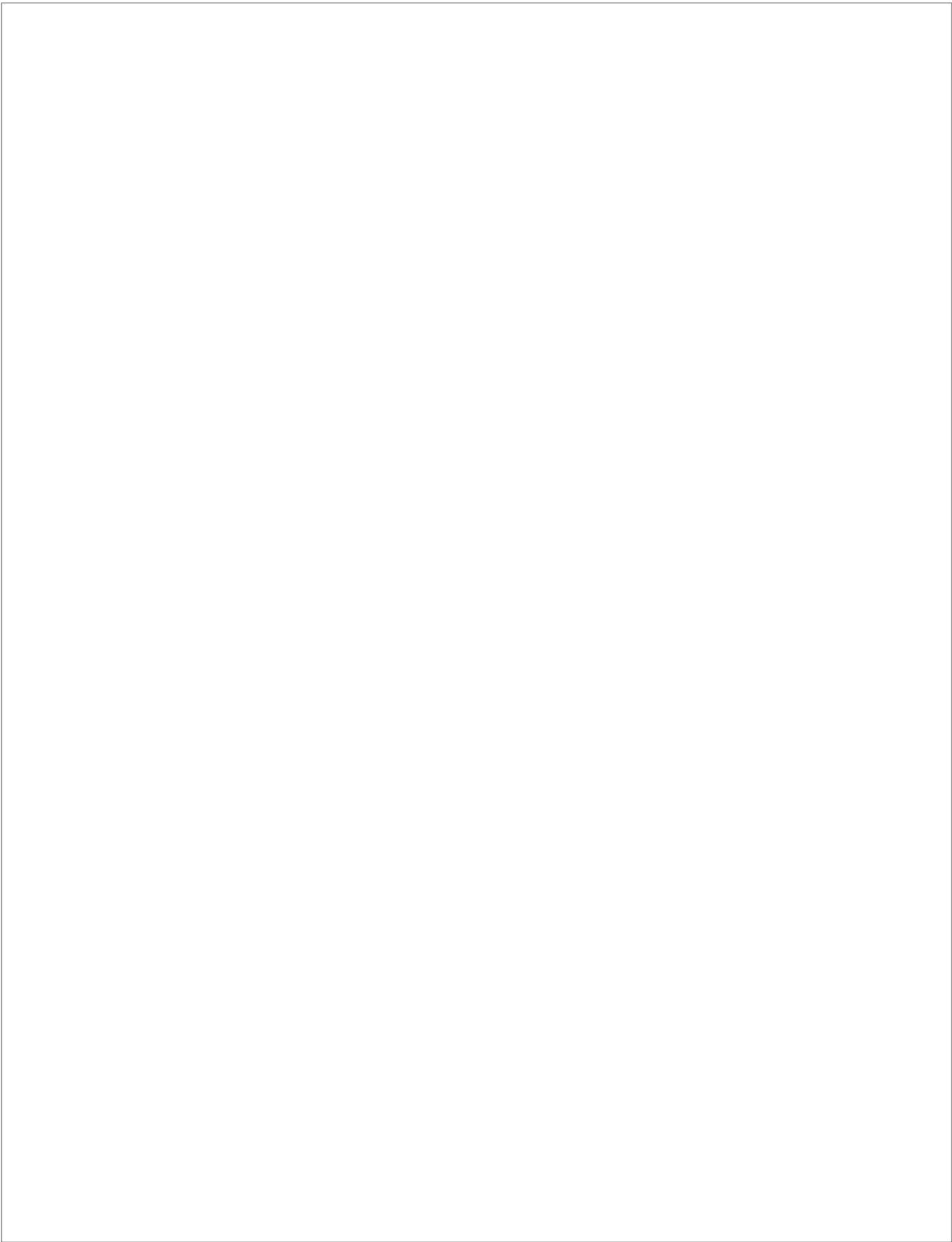
## Capítulo 5

### Discusión

135

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Discusión

Como se puede apreciar en el desarrollo de esta tesis, existe un interés cada vez mayor por impulsar los CP en Ecuador. Si bien concurren muchos vacíos, lo importante es que estos se hacen cada vez más visibles a la sensibilidad de toda la ciudadanía, incluyendo los médicos, en quienes se ha enfocado este trabajo. Los profesionales que han participado coinciden en su sueño, expectativa, que es similar al que acompaña a los miles de pacientes que en este momento atraviesan situaciones de dolor físico, emocional, social y espiritual. Esta investigación pretende descubrir las actitudes y percepciones, traducidas en necesidades, que afrontan aquellos que reciben en sus consultas a pacientes con enfermedades avanzadas no sensibles a tratamiento curativo.

En la siguiente discusión se continuará con el esquema de secciones que se ha seguido hasta ahora.

### 5.1. Formación

El presente estudio identifica la falta de formación entre los médicos ecuatorianos como una de las principales debilidades del Sistema Nacional de Salud. La conciencia de esta debilidad es vista en sí misma como una oportunidad, puesto que insta a las distintas autoridades a apoyar la educación en CP en Ecuador.

Los cambios demográficos y epidemiológicos en la actualidad ponen en evidencia el insuficiente número de profesionales en CP que afronta Ecuador y el mundo (Centeno, Ballesteros, Carrasco, y Arantzamendi, 2016; Schulz, Möller, Seidler, y Schnell, 2013). El incremento de las ECNT, sumado al envejecimiento de la población, exige fortalecer la atención a los pacientes, empezando principalmente desde el primer nivel (OPS, 2012; Pastrana y cols., 2013). Para lograr este objetivo es indispensable estructurar programas académicos capaces de dar respuesta a las necesidades del sistema (Linares Giraldo, 2005).

En Ecuador, el Acuerdo ministerial N° 00000101 expedido en febrero de 2011, dispone en el artículo 8, la obligatoriedad de incluir a los CP en la malla curricular de las profesiones de la salud (MSP, 2011). Estamos en 2017 y de las 21 universidades que ofertan la carrera de medicina (CEAACES (Consejo de Evaluación Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior), 2017), apenas cuatro universidades privadas, han incluido a los CP en sus planes de estudio de pregrado y ninguna universidad pública. Sin embargo, como establece Saunders, la adopción de los CP en el currículo de la academia es un proceso lento que toma su tiempo (citado en Bruera y Hui, 2013).

Este no es un hecho aislado en América Latina, donde solamente dos países, Cuba y Uruguay, incluyen CP en el pregrado como materia obligatoria de todas las facultades de medicina. Seis países latinoamericanos no integran CP en sus programas de formación de pregrado y los restantes once, ofertan CP ya sea como materia obligatoria

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

u opcional en alguna de sus facultades de medicina. Diez países ofrecen programas de postgrado en CP para médicos (Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela) (Roberto Wenk y cols., 2016). En Ecuador no existe información oficial al respecto, pero se conoce que cinco programas de postgrado han incluido CP y varios han incorporado en su currículo cuidados al final de la vida.

Una consecuencia directa y a la vez una causa del déficit de formación referido, es la falta de docentes. En Latinoamérica existe un promedio de 14 docentes en CP por país, con un rango que varía de 0 docentes en Bolivia y Honduras, a 45 docentes en México (T. Pastrana y cols., 2012).

En Ecuador, hasta el 2012 se identificaron 3 docentes en CP (T Pastrana y cols., 2012). En este momento se sabe, de manera extra oficial, que imparten docencia 8 profesionales en el país, distribuidos cinco en Quito, uno en Guayaquil, uno en Cuenca y uno en Loja. De estos, ninguno tiene un título superior de CP reconocido oficialmente en el país.

Si nos referimos al estudio realizado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades, 2008), los cambios demográficos en la región y en Ecuador para los próximos veinte años ponen de manifiesto un aumento de la población entre los 18 y los 24 años, que precisa potencialmente educación superior y en consecuencia demandará un mayor número de docentes capacitados. Este requerimiento involucra también a los CP y se cubriría con la implementación de programas de postgrado en CP, conjuntamente con la acreditación de los profesionales que actualmente trabajan en CP.

Las opiniones vertidas por los informantes de esta tesis coinciden con las de los trabajos de Mutto y cols. (2012) y Wenk y cols. (2016) al afirmar la importancia de educar en CP a los futuros profesionales. Si desde el pregrado se formara a los estudiantes acerca de los beneficios y del verdadero concepto de CP, los médicos serían capaces de identificar cuándo un paciente necesita CP, contemplarían a los CP dentro de sus opciones a elegir como especialidad y reconocerían la importancia de que los pacientes sean evaluados por médicos especialistas en CP lo que reforzaría la actividad interdisciplinaria. A la vez, este re-direccionamiento del cuidado podría ser una guía para adaptar el currículo universitario a lo que la sociedad actual reclama (Schulz y cols., 2013) poniendo el centro de la atención en el paciente (Bruera y Cerana, 2016; Centeno y cols., 2016; Mutto y cols., 2014; Weber, Schmiedel, Nauck, y Alt-Epping, 2011). La revisión realizada por Head (2016) refleja la aproximación fragmentada hacia los CP en las escuelas de medicina alrededor del mundo, ante lo cual recomienda integrar a los CP en los currículos, como asignatura obligatoria para evitar que se subestime a la especialidad, lo que permitirá superar el escepticismo de la academia hacia la medicina paliativa y de tal manera desarrollar auténticos bastiones en las universidades (Moroni, Bolognesi, Muciarelli, Abernethy, y Biasco, 2011). Todos los médicos que colaboraron en esta investigación concuerdan en la importancia de fortalecer la formación en CP

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

desde el pregrado. La Red Colombiana de Educación en Cuidados Paliativos (REDCOLEDUPAL) podría ser un ejemplo a seguir. Esta asociación se concibe como el trabajo colaborativo entre instituciones interesadas en promover el desarrollo de proyectos educativos en CP a través de una red académica de conocimientos.

El primer encuentro de docentes latinoamericanos de CP en pregrado y en el primer nivel de atención, que tuvo lugar en Argentina en 2012 (Roberto Wenk y cols., 2016) afirma que la formación en América Latina progresa paulatinamente, sin dejar de ser insuficiente. La enseñanza predominantemente teórica es una de las causas que sustentan esta debilidad.

De todas maneras, la educación en CP es una necesidad en diferentes niveles, tal como lo describen Stjernswärd y cols. (2007) y Webster y cols. (2007). Mientras más personas abarque la educación en CP, más se difundirá y mayor será su impacto. Los grupos a quienes debe dirigirse la formación son, profesionales de salud, familiares y cuidadores, voluntarios y el público en general. Es así como los ciudadanos podrán decidir sobre las diferentes opciones, buscar el cuidado indicado para la fase avanzada de su enfermedad y reclamar esta atención desde los organismos públicos.

## 5.2. Políticas

Se conoce que, políticas de salud y educación sostenidas en el tiempo, contribuyen directamente a mejorar la calidad de atención sanitaria y por ende el estado de salud de la población (Peters y cols., 2008). De ahí que es fundamental la participación de la política pública para hacer efectiva la atención en CP como un derecho humano (Robinson, Gott, Gardiner y Ingleton, 2016; Stjernswärd y cols., 2007). En consonancia con estas aseveraciones, de Lima señala que para que sean efectivas las estrategias de CP, estas deben formar parte del sistema nacional de salud y estar cubiertos por programas que le permitan dar atención en todos los niveles. La OPS elaboró la Estrategia Regional para las Enfermedades Crónicas, cuyos objetivos incluyen la vigilancia de los servicios de CP. También se compromete la OPS a garantizar un mejor acceso y velar por el correcto uso de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas (OPS y OMS, 2014)

Sin embargo, la OPS no establece ningún indicador que monitorice el desarrollo de los CP (De Lima y cols., 2013), ni ha ejecutado algún tipo de vigilancia hasta el momento, razón por la cual la ALCP en colaboración con la IAHPC elaboraron los indicadores de CP. El indicador de Política Sanitaria evalúa la existencia de un programa o un plan nacional de CP. Ecuador publicó el suyo en enero de 2015, con la finalidad de regir y organizar los CP en el país.

De acuerdo a lo que refiere el Plan Nacional de CP, el Estado Ecuatoriano debe velar porque exista la infraestructura necesaria donde se dé atención paliativa, por parte de personal cualificado, así como cuidar del adecuado aprovisionamiento de los servicios de CP. También el Estado será el encargado de regular la práctica clínica y

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

garantizar el financiamiento de la misma. El Plan Nacional de CP debe cuidar del cumplimiento de los compromisos citados, en especial en lo que respecta a la evaluación de las distintas estrategias (MSP, 2015b). Para poder ejecutar lo planteado en el Plan Nacional de CP, los participantes de este estudio reclaman la designación de un equipo liderado por un profesional debidamente entrenado. Apelan a su capacidad de gestión y ejecución para impulsar el desarrollo de los CP en Ecuador, que incluya a todos los representantes tanto del sector público como de la sociedad civil en general.

Es importante hacer constar que persisten ciertas barreras políticas que impiden la completa integración de los CP en el sistema sanitario ecuatoriano. En primer lugar, el PNBV 2009-2013 define el Buen Vivir como “la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas” (Senplades, 2009 p.10), cabía esperar que el mismo plan renovado para el período 2013-2017 introdujera al menos el concepto de muerte digna. Sin embargo, no existe una referencia explícita así como no incluye los CP en su texto. Por otro lado, el MSP ha trabajado durante los últimos años en una “Política Pública para el Control del Cáncer en el Ecuador 2013-2017” (Pastrana y cols., 2012). En el 2013 el MSP también contrató la asesoría del Observatorio Qualy, centro colaborador de la OMS para programas públicos de CP del Institut Català d’Oncología (2013) para la implementación de la Política de CP, que concluyó en un proyecto de colaboración para la implementación del Plan de CP. Sin embargo, el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica (Pastrana y cols., 2012) ya destaca en el año de su publicación que se está elaborando un plan nacional contra el cáncer que incluye cuidados paliativos, pero al día de hoy no se ha establecido una política de CP, ni una política de lucha contra el cáncer en el país. Por el contrario, se ha elaborado un borrador de la Política Nacional de Enfermedades no Transmisibles, donde se involucra tímidamente a los CP (MSP, 2017). Esta situación así como refleja la irregularidad a nivel político de la actuación de CP en el tratamiento de los pacientes susceptibles de recibir CP, acorde a lo que expresan los participantes de este estudio, también demuestra la voluntad política y la concienciación por parte de las autoridades acerca de las transformaciones demográficas y epidemiológicas de Ecuador.

Los estudios realizados por la OPS (2014), indican que entre el año 2012 y 2030 la incidencia de cáncer aumentará en un 67% en la región de las Américas, con lo cual se estima que se diagnosticarán cerca de 1,8 millones de casos de cáncer al año y más de 2 millones de muertes anuales serán causadas por esta patología. A esto se suma el hecho de que, en América, gran parte del diagnóstico se hace en etapas avanzadas, debido a la falta de acceso de la población a los servicios de salud. Según datos del MSP del Ecuador, el 47% de la población es cubierta en salud por el ministerio, 26% por Seguridad Social y afines, 8% por seguros privados y un 19% de ecuatorianos carecen de cobertura (Carriel Mancilla, 2013). Los pacientes con cáncer avanzado necesitan de CP,

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

puesto que en su mayoría presentan múltiples síntomas de difícil control, que desgastan tanto al paciente como a su familia (Goss y cols., 2013; Valsecchi y Steliarova-foucher, 2008). El estudio de Torres Vigil (Torres Vigil, Aday, De Lima, y Cleeland, 2007) realizado en Argentina, Brasil, Cuba México y Perú, reporta que el 55% de pacientes con cáncer son tratados en un hospital, el 34% recibe tratamiento domiciliario y solamente el 10% de pacientes con cáncer fallece en sus casas. Si bien, no existen reportes sobre este tema en Ecuador, se colige que es imperioso incrementar el número de profesionales para brindar atención especializada en CP (Goss y cols., 2013), lo cual expande el mercado laboral de los profesionales de la salud.

De cualquier manera se debe tener presente, una vez que se diseñe la política, que la implementación será gradual, aunque debe haberse aprobado su financiamiento, así como las estrategias de seguimiento y los indicadores que verifiquen su cumplimiento. Uno muy importante a vigilar es la disponibilidad de medicamentos.

### 5.3. Disponibilidad de Medicamentos

Latinoamérica tiene una población de más de 500 millones de habitantes y un consumo de morfina de 7,4 equivalentes de morfina por mg. per cápita (MEQ mg/hab), muy por debajo del consumo global (Pastrana, 2016), cuando en el año 2013 era tan solo de 4.8 MEQ mg/hab (T. Pastrana y cols., 2013).

Estudios indican que las farmacéuticas prefieren comercializar derivados de morfina de costos más altos que el genérico más económico, cuyo valor es de 1 centavo de dólar por 10 mg (Liliana De Lima, Sweeney, Palmer, y Bruera, 2004). La mencionada investigación demuestra que un tratamiento de 30 días con morfina en países en desarrollo costaba en 2004 \$112 frente a \$53 en países desarrollados. Ante esta realidad, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPC) lideró talleres de capacitación en 13 países de América Latina, incluido Ecuador. La finalidad de estas actividades entre entes reguladores y prescriptores de morfina fue elaborar planes de acción para mejorar la disponibilidad y accesibilidad a opioides. Sin embargo, el consumo de opioides en Ecuador no mejoró sustancialmente, lo cual denota la necesidad de un compromiso auténtico por parte del Estado (Liliana De Lima y Pastrana, 2016a).

La actualización realizada por Berterame y cols. (2016) acerca del uso de morfina en el mundo, evidencia un aumento sustancial del consumo, principalmente en Norte América, Europa Central y Occidental y en Oceanía, en tanto que se mantiene bajo en África, Asia, Europa del Este y en América Latina. Las razones que aduce se relacionan con la falta de educación en el uso de opioides, existencia de barreras culturales como la opiofobia, impedimentos regulatorios y económicos.

En conformidad con ello, Ortiz-Prado y cols. (2016) manifiestan que las políticas deben ser desarrolladas de manera complementaria con las estrategias económicas para llevarlas a término.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Es ampliamente conocido, que la política de salud de Ecuador ha introducido un sistema gratuito y universal. Es por ello que el MSP busca proporcionar medicinas directamente a los consumidores finales sin ningún tipo de cargo, a través del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos. El país ha trabajado en la implementación de regulaciones, normativas y guías para garantizar la disponibilidad, acceso, calidad y uso racional de los productos farmacéuticos (OPS, 2012). En 2011 se introdujo la solución oral del Clorhidrato de Morfina en el cuadro básico de medicamentos y se iniciaron los procesos para la elaboración de este fármaco por el Instituto Nacional de Higiene. Hasta la fecha esto no se ha ejecutado. Al igual que varios países en desarrollo, la dispensación de medicamentos es irregular. Los pacientes que acceden a los servicios de salud pública, pueden comprar morfina solamente en las farmacias autorizadas de los hospitales públicos y no todas estas disponen de este opioide. Dicha situación posiblemente responde a la negativa de las farmacias para expender opioides.

Una de las estrategias de la OMS, que acoge la ALCP como indicador de CP es medir el acceso a opioides fuertes para el tratamiento del dolor y otros síntomas. Esto lo hace a través de tres indicadores, uno de ellos es el número de establecimientos farmacéuticos que dispensan opioides por millón de habitantes (De Lima y cols., 2013). No obstante, en Ecuador y en la mayoría de países de América Latina no se cuenta con la información necesaria acerca de las farmacias que dispensan opioides.

Ecuador dispone de ampollas de morfina, pero no tiene ni tabletas de liberación retardada, ni jarabe. La importación de este estuvo autorizada en 2014 y la empresa farmacéutica ecuatoriana no la efectivizó (MSP, 2014).

Mucho se ha dicho al respecto, sin embargo, el déficit persiste. Según estudios realizados, podría ser que una de las barreras a la falta de disponibilidad de morfina oral fuera el costo tan barato de esta medicina, que no deja réditos económicos para los importadores, conforme manifiestan los entrevistados.

La salud pública invierte más de 200 millones de dólares en fármacos, de los cuales la mayoría son para tratamientos oncológicos (Ortiz-Prado y cols., 2016).

A pesar del elevado dispendio del presupuesto en fármacos, las familias más pobres invierten el 67% de su gasto de bolsillo en medicamentos, en comparación con el 51% gastado por la población económicamente pudiente. Ortiz-Prado y colaboradores (2016) aducen esta situación a la automedicación en la que incurren las familias pobres y el menor acceso que estas tienen a seguros privados. Sin embargo, al remitirnos a los resultados obtenidos de esta tesis y a las dificultades que afrontan los pacientes a la hora de comprar los medicamentos, entre otras cosas porque las farmacias los reservan para los pacientes hospitalizados, surgen posibles explicaciones que justificarían el gasto tan elevado de dinero en medicamentos, principalmente por las personas en situación de pobreza. Una de ellas podría ser la dificultad geográfica que soportan los pacientes

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>			
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

por el desabastecimiento de las farmacias en áreas suburbanas o rurales. Además, muchos de los pacientes son adultos mayores enfermos, que deben afrontar largo tiempo de espera, en horarios inconvenientes, por lo cual, prefieren comprar la receta médica en farmacias particulares, con lo que su gasto de bolsillo aumenta, así como su condición de pobreza.

#### 5.4. Actividad de profesionales

Otro hecho que se pone de manifiesto en el presente estudio, y que lo describen varios autores (Carrasco y cols., 2015; Fischer, Gozansky, Kutner, Chomiak, y Kramer, 2003; Head y cols., 2016; Torres-Mesa, Schmidt-Riovalle, y García-García, 2013), es la falta de formación en CP de los médicos generales, que se encargan del primer nivel de atención o, en caso de Ecuador, que cumplen con el año obligatorio de medicina rural. Lo mencionado debe considerarse como una alerta, si además se tiene presente lo que señalan Ury, Reznich y Weber (2000) acerca de que el 80% de las muertes ocurren en instituciones de salud, a cargo de médicos generales, internistas o médicos familiares, que presentan lagunas en su formación, principalmente en lo que tiene que ver con el manejo del dolor, comunicación de malas noticias y toma de decisiones.

Por tanto, es esencial la preparación de los médicos en tratamiento de enfermedades avanzadas, crónicas e incurables. Deben estar capacitados en el manejo de la comunicación, en el adecuado tratamiento del dolor y en el uso de opioides, tal como lo reconocen los médicos en este estudio, en congruencia con varios autores (Broom y cols., 2012). Es imprescindible que los médicos generales sean capaces de determinar las necesidades de CP de los pacientes y de sus familiares, así como identificar a tiempo el momento de referir al paciente al equipo especializado en CP.

Otros especialistas directamente involucrados en los CP son los oncólogos. El estudio de la Dra. Bailhache acerca de las actitudes y creencias de los oncólogos ecuatorianos al momento de comunicar malas noticias, descubre sus emociones de tristeza y frustración (Bailhache y Romero-Sandaval, 2017), lo cual corrobora lo que trasluce la presente investigación y concuerda con otras publicaciones que identifican el aporte de la formación para modificar positivamente la práctica profesional de estos y de otros especialistas que también tienen a su cargo pacientes con enfermedades crónicas en situación avanzada y con pronóstico de vida limitado (Bruera, Yennurajalingam, 2012; Levin, Moreno, Silvester, y Kissane, 2010; Mularski, 2006; Temel y cols., 2010). Cherny reporta un consenso general entre los oncólogos acerca de los CP (Cherny y Catane, 2003), dicho trabajo concuerda con los oncólogos entrevistados en este estudio, quienes refieren que son ellos quienes coordinan la atención al paciente y aceptan el soporte del equipo de CP. Es por ello que se considera a la educación en CP como una prioridad para impulsar la excelencia de la atención (García-Baquero Merino y cols., 2017), lo cual favorece la confianza en el equipo de CP, la consolidación de la especialidad y el trabajo interdisciplinar.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Un pilar que asegura el desarrollo de cualquier especialidad y rompe con las inequidades en la salud, es la investigación (Volmink y Dare, 2005). Por ello, el cuarto foro de investigación de la Asociación Europea de CP y la IAHPIC reunidos en Venecia en 2006, resolvió apoyar esta actividad en países en desarrollo (EAPC y IAHPIC, 2006), tras denunciar la enorme brecha de 10/90 de los resultados de las investigaciones entre los países de altos ingresos y los de bajos, tal y como recogen también Pastrana y cols. (2010).

El presente estudio arroja como barrera para la investigación en Ecuador, la hegemonía del idioma inglés recogida por Pastrana de las citas de Ive's y de Joseph (Pastrana y cols., 2010), la cual impide a varios médicos publicar y difundir los trabajos elaborados en el país. Otros obstáculos para el desarrollo de la investigación en Ecuador son la falta de tiempo de los profesionales para dedicarle a esta actividad, lo cual se debe en muchos casos, al poco reconocimiento de la misma, tanto económico, como desde las autoridades políticas, administrativas y académicas. Como señalan Torres Vigil y cols. (2007), la falta de infraestructura para la investigación repercute también en la escasa investigación de ensayos clínicos en la región. Todas estas falencias se relacionan íntimamente con la falta de presupuesto específico asignado a través de políticas públicas.

No obstante, Pastrana reporta un incremento de la actividad investigadora en los países de ingresos medios, tanto bajos como altos (Pastrana y cols., 2010). Sin embargo, Ecuador registra apenas una publicación en el Atlas Latinoamericano de CP (Pastrana y cols., 2012).

### 5.5. Servicios de Salud

Es ampliamente aceptado, que los conocimientos en CP no son suficientes sin un esfuerzo planificado por ampliar la práctica y mejorar los servicios de salud (Davies y Higginson, 2004; Ferris, von Gunten, y Emanuel, 2001; Heather C. Fraser, Kutner, y Pfeifer, 2001). A pesar de que solamente dos médicos en el presente estudio mencionan esta necesidad, es en este contexto donde el contacto entre estudiantes y pacientes con síntomas complejos y difíciles, con dolor físico y moral, con sufrimiento, con necesidades materiales, sociales y espirituales... hará que surjan cambios en sus conocimientos y en sus actitudes (Do y Ogrinc, 2011; Gibbins, McCoubrie, y Forbes, 2011; Kodela, Gugliucci, y Farrell, 2016; Stjernswärd y cols., 2007; Velayudhan, Ollapally, Upadhyaya, Nair, y Aldo, 2004; Weber, Braun, y Schildmann, 2011).

La mayoría de los médicos que respondieron el cuestionario y/o realizaron la entrevista corroboran dichas afirmaciones, al declarar como principales debilidades y amenazas del sistema de salud al déficit de educación y la falta de unidades de atención.

Pastrana cita una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre el número de facultades de medicina en las que se enseña CP en pregrado y el número de servicios de CP por cada millón de habitantes. La misma relación se establece entre el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

número de médicos y el número de servicios por cada millón de habitantes (Pastrana, Torres-Vigil, y De Lima, 2014). Un documento de la misma autora del 2013, menciona que Latinoamérica tiene un total de 922 servicios de CP o 1,63 servicios por millón de habitantes, de los cuales el 46% están en Chile y Argentina (Pastrana y cols., 2013).

En 2012 el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica (Pastrana y cols., 2012) identifica tres residencias tipo hospicio, dos instituciones que brindan atención domiciliaria, dos unidades en hospitales de tercer nivel, tres equipos de servicios multinivel y dos servicios de apoyo hospitalario en Ecuador.

Para ese entonces, la atención era fundamentalmente privada y no existían equipos en unidades públicas de salud.

Como se puede constatar, desde el año 2012 se han incrementado los servicios de CP. Aunque todavía se observa una cierta prevalencia del sector privado, es importante remarcar que de las 11 instituciones privadas solamente tres tienen fines de lucro.

Por otra parte, las personas con necesidad de atención paliativa generalmente son identificadas en el tercer nivel de atención, donde se debe iniciar el modelo de atención paliativa a cargo de un equipo altamente especializado. Sin embargo, el primer contacto que muchos pacientes tienen con un médico es en el primer nivel de atención, con lo cual, este debería fortalecerse. Weissman y Meier (2011), recomiendan implementar sistemas que ayuden a los médicos generales a identificar a los pacientes tributarios de CP a diseñar procesos de atención para los pacientes y sus familias, de tal manera que, si registran pacientes con algún nivel de complejidad, reciban soporte del segundo nivel de atención o en casos muy complejos los puedan referir al hospital de tercer nivel. Estas recomendaciones van en armonía con lo que propende el MSP al hablar de una atención en la Red Pública Integral de Salud coordinada con la Red Complementaria en la cual se incluye la red de atención privada (MSP, 2015a). Contrariamente a lo expuesto, en América Latina, el 43% de médicos trabajan en atención comunitaria sin un equipo de CP (Torres-Vigil y cols., 2012).

De todas maneras, la percepción que existe entre los médicos acerca del compromiso de las autoridades con esta necesidad, muestra una fragmentación. Es así, que, en Guayaquil, una ciudad de 2.531.371 habitantes, con una tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes, de 395,79, apenas existe un servicio organizado de CP en una institución privada, que tiene convenio con el Estado y un médico oncólogo que atiende a pacientes tributarios de CP en un hospital de 900 camas. Además, brinda atención en CP pediátricos el equipo integrado por un enfermero, un psicólogo, un trabajador social y un médico en el hospital de niños, que tiene cabida para 442 camas.

Pessini y Bertachini (2006) advierten la necesidad de implementar atención en CP en hospitales de especialidades, tales como, oncología, cardiología, neurología, geriatría, neumología, cuyos pacientes puedan ser tributarios de CP.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Loja, la provincia de mayor esperanza de vida (78 años) en el 2015 según el INEC (2010), ofrece atención domiciliaria de CP a cargo de dos equipos, uno de la seguridad social y el otro de SOLCA. Este último brinda atención por consulta externa, ambulatoria de soporte y tiene dos camas para hospitalizar a sus pacientes. Cuenca no ofrece atención en CP en ninguna institución pública, pese a que su provincia reporta una esperanza de vida de 77,6 años. Estos resultados pretenden ser una alerta que sustenta la necesidad de una continuidad en las acciones para robustecer los CP en Ecuador.

Como se puede ver, una gran debilidad que afecta al óptimo funcionamiento de las Unidades de Atención en CP es la ausencia de equipos de atención. Esta carencia puede responder a la falta de asignación de un presupuesto adecuado, lo que no permite contratar a los integrantes de un equipo de atención en CP. El estudio de Aldridge y cols. (2016) concuerda con esta percepción y revela que el 80% de programas encuentran como principal barrera, de cara a constituir un equipo de atención en CP, a la falta de financiamiento. El estudio de Torres Vigil y cols. (2012) resiente una similar carencia y afirma que, en América Latina, el 43% de médicos trabajan en atención comunitaria sin un equipo de CP.

El déficit de personal se debe también a la falta de educación en CP, por parte de los trabajadores sanitarios. Al prever esta situación el MSP suscribió la regulación transitoria que dispone implementar el Plan Nacional de CP con profesionales capacitados y/o con experiencia en CP hasta contar con profesionales debidamente formados (MSP, 2015b). Este Ministerio en coordinación con la Dirección General de Discapacidades, organizaron talleres teórico-prácticos de 16 horas, para capacitar en conocimientos y destrezas básicas a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales que atienden a pacientes con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado. Con respecto a esta actividad, existe la preocupación de un grupo de médicos, de que estos programas de capacitación puedan ser incompletos y superficiales y se confundan y actúen en detrimento de la especialidad y por supuesto, de los pacientes que van a ser atendidos. Linares respalda estas afirmaciones y advierte acerca del riesgo de que se difundan estos programas no formales, que desestiman la complejidad de la especialización (Linares Giraldo, 2005).

Otra barrera que afrontan los CP es el desconocimiento del verdadero concepto de los CP, en vista de que la mayoría de médicos sostienen que esta atención está reservada solamente para la etapa final de la vida.

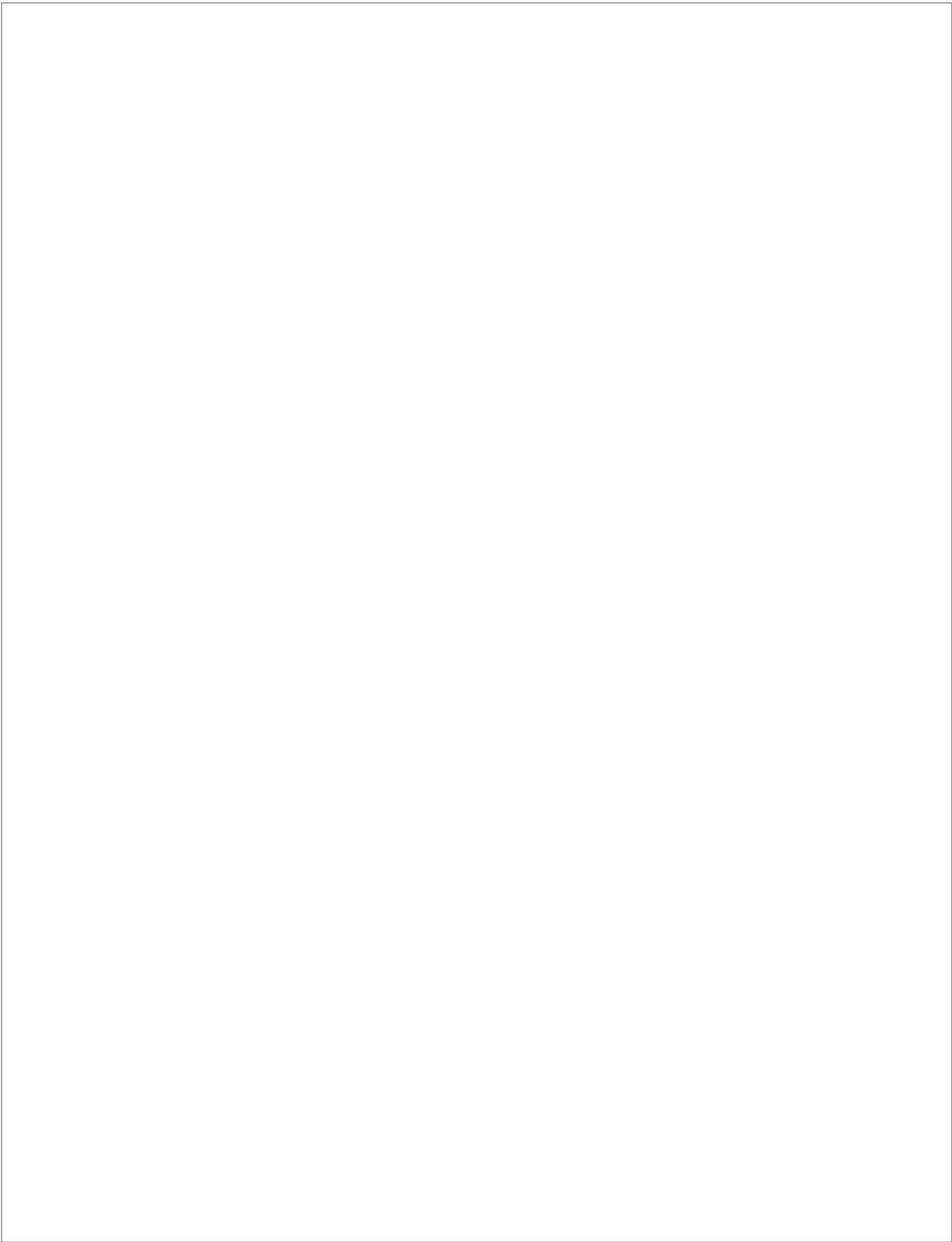
Interesa traer a colación la afirmación del Foro Económico Mundial, de que estas enfermedades les costarán a los países de ingresos bajos y medios, más de siete billones de dólares en el período 2011 a 2015 (Bloom y cols., 2011). Pese a la magnitud del problema apenas dos pacientes participantes de este estudio mencionan a los CP como alternativa para reducir costos tanto al Estado como a los pacientes en particular.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Una de las limitaciones del presente estudio es que se enmarcó en las áreas urbanas de cuatro ciudades de Ecuador. A pesar de ello, surgieron opiniones de los médicos acerca del déficit de atención en áreas rurales y en las ciudades menos pobladas, lo cual es un tema por profundizar y podría estar en relación con los niveles de pobreza de la población, lo que limita su acceso a la atención sanitaria y determina que las consultas sean en etapas avanzadas de la enfermedad, es decir, cuando son tributarias de CP. Los participantes refieren los apuros que soportan estos pacientes que deben trasladarse hacia áreas urbanas para ser atendidos o para comprar los medicamentos que no consiguen en otras farmacias que no sean las hospitalarias de zonas urbanas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

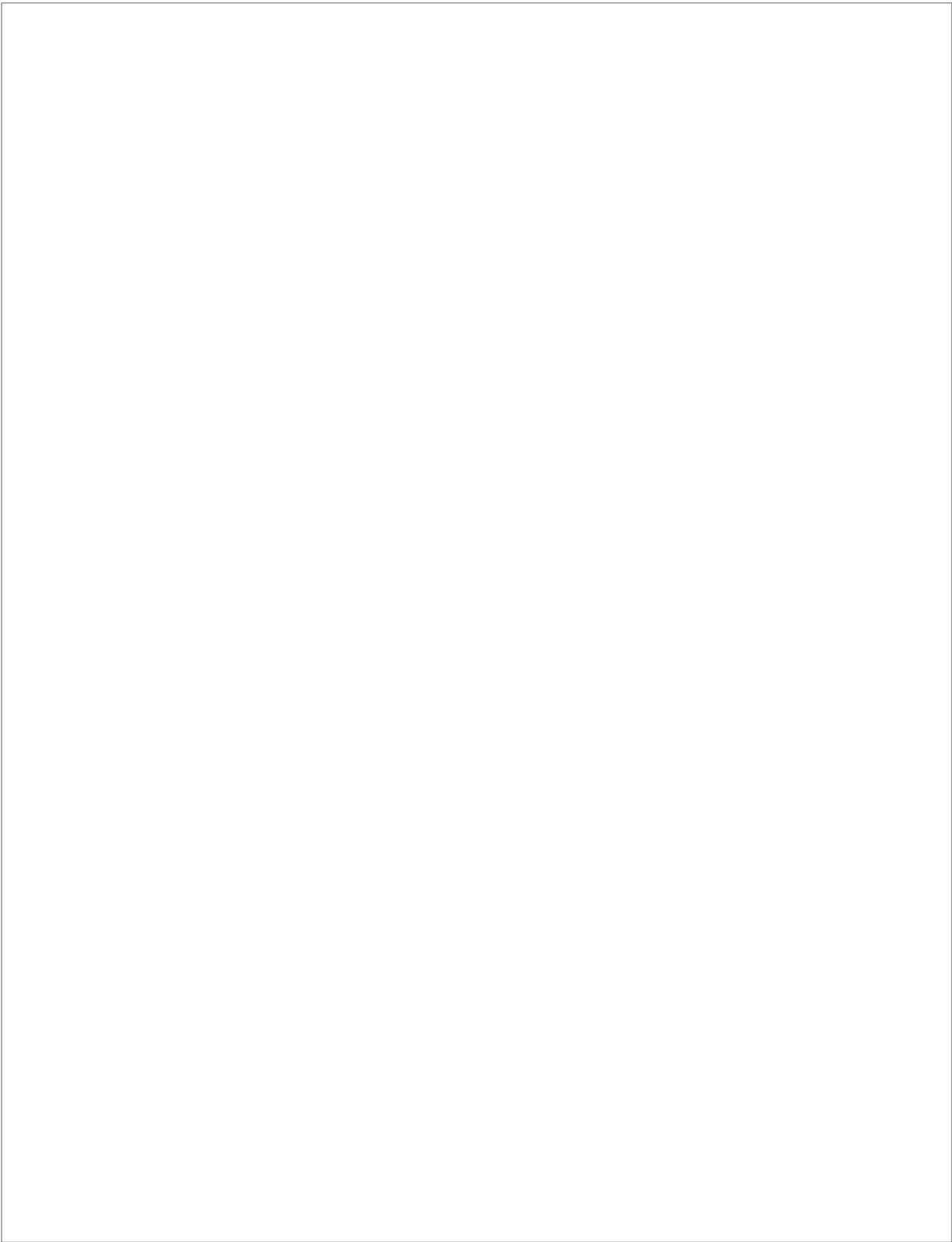
## Capítulo 6

### Recomendaciones e Implicaciones Prácticas

149

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Recomendaciones e Implicaciones Prácticas

El paciente que requiere cuidados paliativos es una persona con múltiples necesidades que constituyen un reto para la sociedad y la ciencia, y que exigen incidir en una amplia gama de sectores. A continuación, en línea con la propuesta de la OMS, se describen las recomendaciones e implicaciones prácticas que se desprenden de este proyecto siguiendo las secciones ya indicadas: Formación, Política Sanitaria, Actividad de Profesionales y Servicios de Salud.

### 1. Formación:

La formación en CP es una prioridad para el desarrollo de esta disciplina. Por tanto, se deben definir, validar e incorporar competencias en CP dirigidas a cumplir lo que establece el Artículo 8 del Acuerdo Ministerial 0000101, para lo cual es indispensable contar con recursos humanos capacitados.

Esta investigación recomienda implementar la formación en CP en diversos niveles y de manera longitudinal, desde las asignaturas básicas, pasando por las clínicas para concluir en el postgrado.

#### Formación para docentes en CP

- Establecer convenios con Facultades de Medicina para que se organicen cátedras para docentes de CP y así poder capacitar al recurso humano interesado. Para conseguir este fin se podrían utilizar recursos pedagógicos como la educación a distancia.
- Conformar equipos interdisciplinarios de docentes.
- Estimular la docencia en CP a través de buenos salarios.

#### Formación en el grado

- Incluir a los CP como asignatura obligatoria en el grado.
- Integrar a representantes de las Universidades, tanto públicas como privadas, para trabajar en un currículo común en CP para el grado, que unifique conceptos y competencias clínicos, éticos, legales, sicosociales y espirituales y de comunicación.
- Mientras esto se realiza se propone Identificar asignaturas donde se puedan introducir conceptos de CP. Por ejemplo, fisiología, farmacología, anestesiología, medicina familiar, cardiología, oncología, entre otras.
- Ampliar el colectivo de formación en CP hacia otras carreras como: Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Jurisprudencia, entre otras.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

### Formación en postgrado

- Diseñar un currículo universal de CP para cada una de las especialidades como, medicina familiar, oncología, medicina interna, pediatría, cardiología, cirugía.
- Ofertar la Especialidad de CP.

### Formación continua a distintos niveles

- Favorecer la formación continua mediante el uso de estrategias pedagógicas como la educación a distancia, que facilitan la accesibilidad de más usuarios.
- Impartir formación desde niveles básicos, como son auxiliares de enfermería, TAPS y demás profesionales sanitarios, además de voluntarios. Niveles Intermedios, que involucran a los médicos y otros profesionales de la salud que estén implicados en la atención a pacientes subordinados de recibir CP y niveles avanzados que traten problemas de elevada complejidad, que tengan relación con la docencia, la investigación y la ética.
- Brindar formación a los familiares y cuidadores, así como a los mismos pacientes. Con la finalidad de favorecer el autocuidado.
- Consolidar la formación en todos los niveles mediante rotaciones por servicios donde se ofrezca atención paliativa.
- Hacer convenios con las universidades para garantizar la formación continua de todo el personal que trabaja en los diversos niveles de atención.

### Establecer convenios con otras universidades nacionales e internacionales

- Estimular el trabajo colaborativo entre universidades.
- Impulsar el intercambio de información.
- Conformar grupos de investigación inter universitarios.

## 2. Política Sanitaria

“La OMS recomienda incorporar el CP en las políticas de atención en salud.” El MSP ha expedido una norma que exige implementación de servicios de atención de CP en todos los niveles

- Articular la Red Pública de Salud y garantizar su funcionamiento.

### Política/ Plan Nacional de CP

- Se recomienda acelerar la creación y publicación de la Política Nacional de CP, que garantice la continuidad del proyecto.
- Implementar lo estipulado en el Plan Nacional de CP.

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Monitorizar que se ejecuten las acciones previstas en el Plan Nacional de CP.
- Evaluar mediante indicadores el cumplimiento de las estrategias planteadas en el Plan Nacional de CP y hacerlo público.
- Hacer efectiva la regulación ministerial, por la cual las universidades deben incluir CP en su malla de estudios.

#### **Asignación financiera**

- Es indispensable que tanto el Plan Nacional de CP, como la Política Nacional de CP tengan un presupuesto asignado y que este forme parte del presupuesto de salud del Estado Ecuatoriano.
- Garantizar la asignación presupuestaria para la creación, implementación y abastecimiento de servicios de Atención en CP en todos los niveles de salud.
- Financiar los salarios de los profesionales a través de la creación de partidas presupuestarias.
- Se recomienda asignar fondos a los proyectos de investigación en CP
- Se aconseja dotar de becas de estudios para la especialidad de CP

#### **Medicación**

- Enfáticamente se solicita el aprovisionamiento de morfina oral en las farmacias ecuatorianas.
- Se demanda la realización de pruebas de bioequivalencia para los medicamentos genéricos.
- Se recomienda velar por el continuo aprovisionamiento y dispensación de la medicación que consta en la Guía de Práctica Clínica.
- Se pide expandir la venta de opioides a todas las farmacias del sistema de salud, no solo a las hospitalarias.
- Actualizar el Cuadro Básico de Medicamentos.

### **3. Actividades profesionales**

La formación, la difusión y la investigación son indispensables para el desarrollo de toda política pública. Es por ello que se propone reforzar estas actividades, así como impulsar la consolidación de asociaciones de profesionales en CP.

#### **Favorecer la Investigación**

- Incluir a los CP dentro de las líneas de investigación de la Dirección de Inteligencia de la Salud, DIS del MSP y apoyar a la ejecución de los distintos proyectos.

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Apoyar a la investigación en CP e Interculturalidad.
- Extender las relaciones con grupos de investigación referentes en CP de otros países.
- Apoyar a los docentes a promover investigaciones en CP, donde se incluyan a los estudiantes.
- Promover las publicaciones de las mencionadas investigaciones

**Favorecer la difusión en el entorno profesional**

- Presentar temas de CP en los congresos y o cursos de otras especialidades.
- Presentar temas de Docencia en CP en congresos, cursos, talleres, de CP.

**Consolidar la Asociación de CP, cuyas funciones, entre muchas son:**

- Sensibilizar a la comunidad sobre los CP, divulgando su concepto y objetivos
- Favorecer la creación de redes

**Involucrar a agentes claves de la sociedad.**

#### 4. Servicios de Salud

De cara a brindar la mejor calidad de vida de los pacientes subordinados de CP es necesario implementar programas de atención paliativa que cumplan con estándares internacionales, para lo cual se recomienda lo siguiente:

**Reforzar los CP en el segundo y tercer nivel de atención**

- Impulsar la creación de Unidades de CP y /o Consulta de CP en los hospitales de tercer nivel, que tengan servicios de oncología, cardiología, neumología, nefrología y/o neurología
- Fortalecer y optimizar la atención en CP en los hospitales de segundo nivel, con la finalidad de que puedan recibir y tratar a los pacientes transferidos desde el primer nivel de atención.
- Conformar equipos interdisciplinarios, constituidos al menos por una enfermera y un médico formados y con dedicación completa a CP.

**Reforzar los CP en la APS**

- Robustecer los CP en la APS, beneficiando la hospitalización domiciliaria de pacientes subsidiarios de CP y el apoyo a las familias y cuidadores de estas personas.
- Establecer programas de soporte domiciliario a través de telefonía o de telemedicina.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Conformar unidades de atención en CP, debidamente equipados, en áreas rurales.
- Establecer las competencias básicas en CP que debe conocer el médico general y diferenciarlas de aquellas que posee el médico especialista en CP.

**Apoyar la creación de hospicios para atender a pacientes en la etapa final de la vida.**

**Divulgar los CP**

- Difundir y universalizar los estándares de atención en CP.
- Difundir entre la ciudadanía los servicios donde se ofertan CP.
- Incorporar en los servicios de CP a personas voluntarias debidamente capacitadas.

**Reconocimiento económico de la labor ejercida**

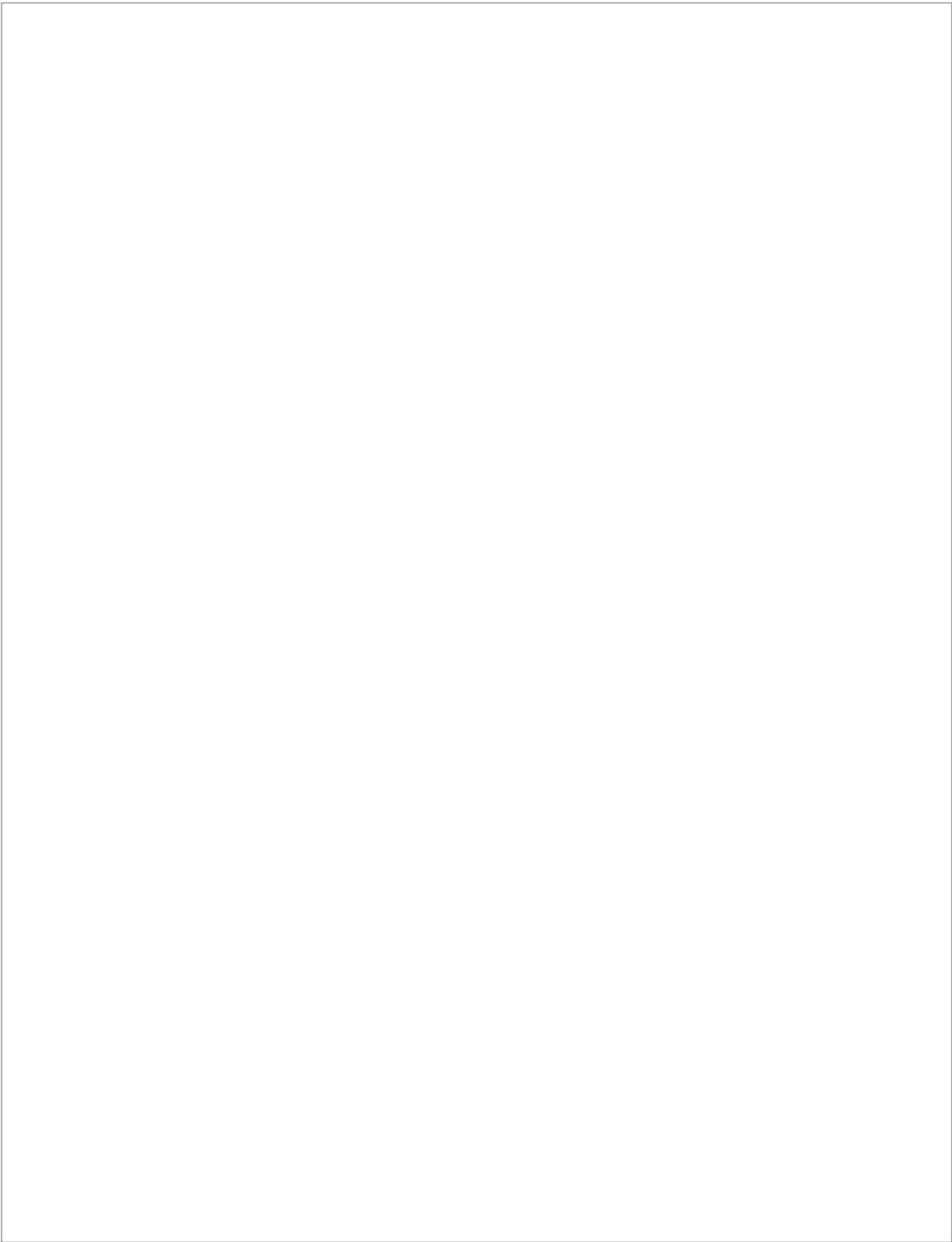
- Revisar el tarifario de CP, para lograr que cubra la atención integral de los pacientes que precisan CP.
- Que se incluyan en el tarifario a las consultas domiciliarias de CP.
- Que se pague la atención en CP de pacientes que precisen esta atención, aunque no reciban quimioterapia.
- Considerar el pago de terapias familiares, terapias de duelo, reuniones para toma de decisiones, para comunicación de malas noticias, para soporte espiritual y psicológico, entre otras.

**Impulsar la Investigación en los servicios asistenciales de CP**

- Seguimiento y evaluación de los programas de atención en CP a través de la Investigación.

Promulgar e implementar proyectos de investigación descriptivos, observacionales, para generar una cultura de investigación y pasar hacia la investigación traslacional en los servicios de atención en CP.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Capítulo 7

### Conclusiones

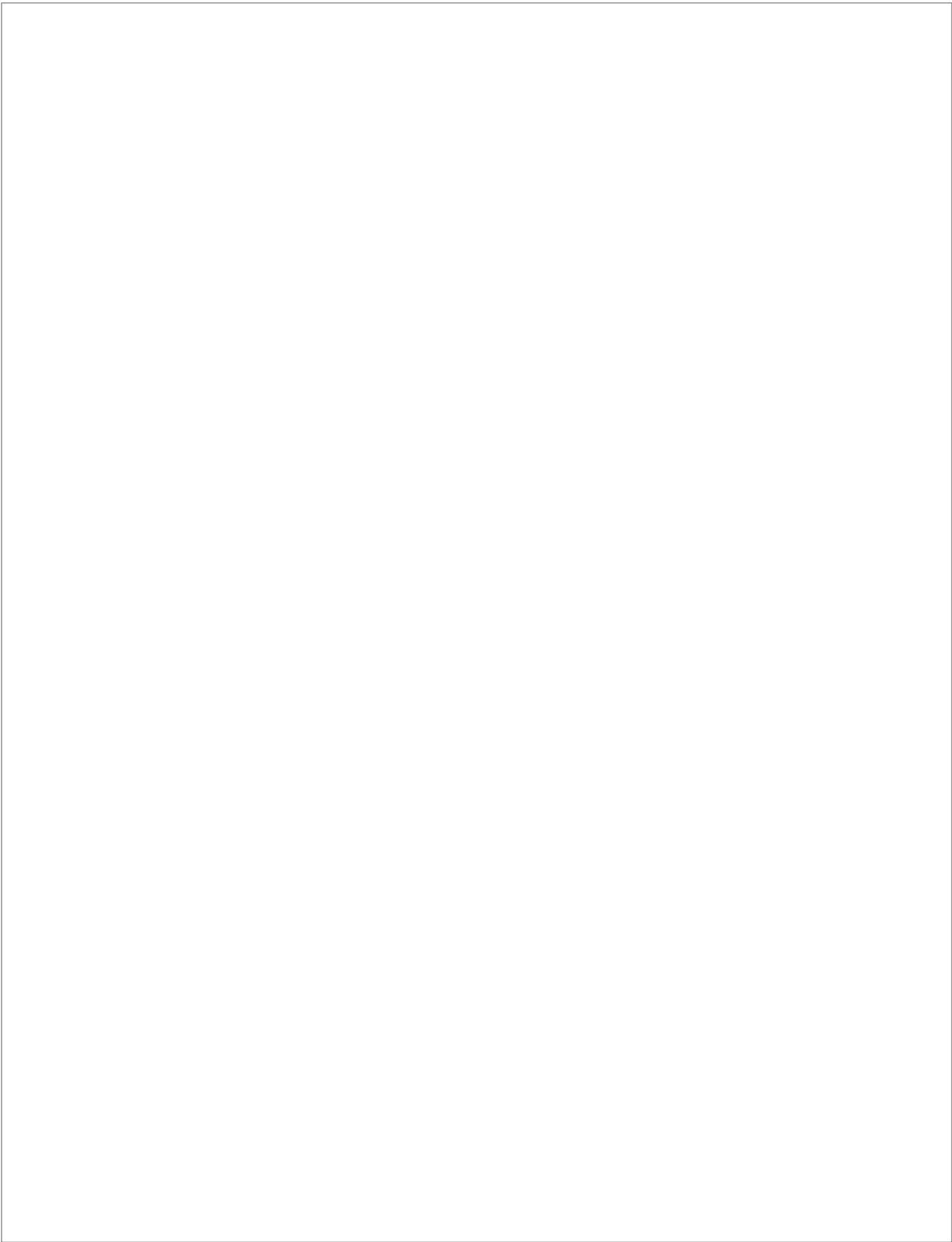
157

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:		Fecha:
VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Conclusiones

1. La utilización de la metodología cualitativa ha permitido asumir la realidad de los cuidados paliativos en Ecuador según la óptica de los médicos, como uno de los principales actores.
2. La Indagación Apreciativa rescata las fortalezas expresadas por los participantes y busca transformarlas en oportunidades que impulsen el desarrollo de los cuidados paliativos en Ecuador a través de las recomendaciones de cambio.
3. La realización de entrevistas como complemento al análisis DAFO ha facultado profundizar y comprender mejor la situación de los cuidados paliativos desde la perspectiva de los médicos en Ecuador. Así mismo, la utilización de una metodología mixta ha permitido encontrar posiciones y resultados contradictorios, que han llevado a expandir más la investigación.
4. Una de las principales debilidades que se identifican en este trabajo es el déficit de formación en cuidados paliativos que afecta al grado, al postgrado y a la población en general. Sin embargo, esta debilidad se convierte en oportunidad gracias al apoyo de los referentes de cuidados paliativos en el país, quienes en su interés por consolidarlos, son gestores de transformaciones en la academia, en la política pública y, en consecuencia, en el desarrollo de los cuidados paliativos en Ecuador.
5. Los participantes del estudio, a pesar de que este solo se enfoca en la actividad urbana, refieren que tanto la atención como las oportunidades de formación se encuentran centralizadas en las ciudades más grandes de Ecuador, lo que deja descubierta a la población de zonas periféricas y rurales.
6. Se están incorporando lentamente temas concernientes a cuidados paliativos en diferentes postgrados, lo cual contribuye positivamente en el cambio cultural, que se puede vislumbrar entre los participantes más jóvenes de este estudio.
7. La enseñanza teórica de los cuidados paliativos debe complementarse con la práctica, para lo cual es imprescindible que se implementen más servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta hospitalarios, donde se atiendan con estándares óptimos de calidad a pacientes tributarios de cuidados paliativos.
8. El análisis del contexto de los cuidados paliativos en Ecuador descubre una situación en la que se objetiva que en el plano político se ha puesto en marcha un entorno teórico que fomentaría esta disciplina, sin embargo, es necesario el desarrollo real y práctico de los programas existentes, así como la adjudicación de un presupuesto específico para ejecutar las diferentes disposiciones.
9. El Estado Ecuatoriano garantiza la salud universal y gratuita en todos los niveles de atención, con consideración prioritaria a las personas adultas mayores y a

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

aquellas que sufren enfermedades catastróficas o de alta complejidad, con un enfoque intercultural y con base en la atención primaria en salud. Ante esto se plantea la demanda de robustecer la atención en cuidados paliativos a través de la capacitación continua.

10. Se ha escrito el Plan Nacional de Cuidados Paliativos que prescribirá al concluir el año 2017, lo cual exige que se elabore una Política Nacional de Cuidados Paliativos que sea sustentable, que garantice un presupuesto específico para el desarrollo de los CP y que se evalúe con indicadores que se hagan públicos a toda la ciudadanía. Para cumplir con este objetivo, los médicos que colaboraron en este estudio consideran a la investigación como un pilar. Sin embargo, los análisis bibliométricos no reportan investigaciones en CP en Ecuador, que generen evidencia para respaldar y fomentar el desarrollo de esta especialidad en el país.
11. Las dificultades causadas por la centralización en la distribución de los opioides y por la falta de morfina oral en las farmacias del país, que se recogen en este proyecto, podrían ser solventadas, a decir de los participantes, si se aplicara la legislación existente, que garantiza la universalidad y disponibilidad oportuna de los fármacos mencionados. De ahí la importancia de sustentar con evidencias provenientes de investigaciones, que verifiquen las acciones realizadas.
12. En los últimos cinco años Ecuador es testigo de un incremento de los servicios de salud que brindan cuidados paliativos, aunque todavía prevalecen las unidades de atención en el sector privado por sobre el público y la demanda es superior a la oferta, lo cual incrementa el mercado laboral para los médicos ecuatorianos.
13. Los cuidados paliativos se entienden como una actividad interdisciplinar, lo cual debe considerarse un requisito obligatorio al momento de la conformación de unidades de atención.
14. El aumento de la esperanza de vida de la población ecuatoriana, con la consiguiente prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, representa un cambio epidemiológico que reclama la consolidación de los cuidados paliativos como una respuesta para satisfacer las actuales necesidades de salud.
15. Una vez que se difundan los cuidados paliativos desde el grado, y divulgando su concepto en la sociedad civil, se podría empezar a superar las barreras culturales que obstaculizan el desarrollo de los cuidados paliativos, más profesionales optarán por realizar la especialidad de cuidados paliativos y, de esta manera, se mejorará la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas e incurables y también de sus familiares y/o cuidadores.
16. El trabajo en red; tanto a nivel de los servicios sanitarios, como a nivel académico y en los grupos de investigación y entre ellos, es necesario e imprescindible para el desarrollo de los cuidados paliativos en Ecuador.

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11

## Bibliografía

161

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Bibliografía

- Aldridge, M. D., Hasselaar, J., Garralda, E., van der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., ... Meier, D. E. (2016). Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 30(3), 224–239. <https://doi.org/10.1177/0269216315606645>
- Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (2014). Recuperado desde <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador (2008). Quito.
- Astudillo-Alarcón, W., Díaz-Albo, E., García-Calleja, J. M., Mendinueta, P., Granja, P., De la Fuente-Hontañón, C., ... Torres, L. M. (2009). Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 16(4), 246–255.
- Bailhache, N., y Romero-Sandaval, N. (2017). The Attitudes and Beliefs of Ecuadorian Oncologists in Quito to Breaking Bad News. In European Association for Palliative Care y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Eds.), *15th World Congress of the European Association for Palliative Care: Progressing Palliative Care* (p. 426). Madrid: Hayward Group Ltd. Recuperado desde <http://www.eapc-2017.org/files/EAPC17/dl/EJPC-Abstract-Book-2017.pdf>
- Banner, D. J., y Albarran, J. W. (2009). Computer-assisted qualitative data analysis software: a review. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-Vasculaires*, 19(3), 24–31.
- Barbour, R. S. (1999). The Case for Combining Qualitative and Quantitative Approaches in Health Services Research. *Journal of Health Services Research y Policy*, 4(1), 39–43.
- Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., Fellner, S., Vosse, B., Clare, P., ... Mohar, A. (2016). Use of and barriers to access to opioid analgesics : a worldwide , regional , and national study. *The Lancet*, 6736(Ungass). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00161-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6).
- Billings, J. A. (1998). What is Palliative Care.pdf. *Journal of Palliative Medicine*, 1, 73–81.
- Bloom, D. ., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. Recuperado desde [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCmmunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCmmunicableDiseases_2011.pdf)
- Bobokova, J. (2016). *Informe de labores de Jana Bobokova*. Quito.
- Brender, J. (2006). *Handbook of evaluation methods for health informatics* (1st ed.). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.
- Broom, A., Kirby, E., Good, P., Wootton, J., y Adams, J. (2012). Specialists' experiences and perspectives on the timing of referral to palliative care: a qualitative study.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1248–53.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0264>
- Bruera, E., y Cerana, A. (2016). Medicina paliativa: cuidando el paciente más que la enfermedad. *Medicina Paliativa*, 23(1), 1–2.  
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.12.001>
- Bruera, E., Higginson, I. J., Ripamonti, C., y Von Gunten, C. F. (Eds.). (2006). *Textbook of Palliative Medicine* (1st ed.). Oxford: Oxford Univ Pr.
- Bruera, E., y Hui, D. (2013). Palliative care research: Lessons learned by our team over the last 25 years. *Palliative Medicine*, 27(10), 939–951.  
<https://doi.org/10.1177/0269216313477177>
- Bruera, E., y Yennurajalingam, S. (2012). Palliative care in advanced cancer patients: how and when? *The Oncologist*, 17(2), 267–273.
- Calderón Gómez, C., y Fernández De Sanmamed Santos, M. J. (2014). Investigación Cualitativa. In *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (A. Martín Zurro) (pp. 193–216). Elsevier España, S.L.  
<https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-109-9/00012-5>
- Carrasco, J. M., Lynch, T. J., Garralda, E., Woitha, K., Elsner, F., Filbet, M., ... Centeno, C. (2015). Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 516–523.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019>
- Carriel Mancilla, J. C. (2013). Gasto público en salud en el Ecuador. *Revista Medicina FCM-UCSG*, 18(1), 53–60.
- Catania, G., Beccaro, M., Costantini, M., Ugolini, D., Silvestri, A. De, Bagnasco, A., y Sasso, L. (2015). Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: A systematic review. *Palliative Medicine*, 29(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/0269216314539718>
- CCOMS-ICO (Observatorio “Qualy” del Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos-Institut Català d’Oncologia), y Cátedra de Cuidados Paliativos UVIC/ICO/CCOMS. (2013). *Informe de asesoría de la Política Nacional de Cuidados Paliativos*.
- CEAACES (Consejo de Evaluación Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior). (2017). Resultados de la acreditación y categorización vigentes. Recuperado el 22 de mayo de 2017 desde <http://www.ceaaces.gob.ec/sitio/acreditacion-y-categorizacion/>
- Centeno, C., Ballesteros, M., Carrasco, J. M., y Arantzamendi, M. (2016). Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. *BMJ Supportive y Palliative Care*, 6(1), 128–134. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000646>
- Chadwick, B. A., Bahr, H. M., y Albrecht, S. L. (1984). *Social science research methods*. Prentice-Hall.
- Chang, H.-T., Lin, M.-H., Chen, C.-K., Chen, T.-J., Tsai, S.-L., Cheng, S.-Y., ... Hwang, S.-J.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- (2016). Medical care utilization and costs on end-of-life cancer patients. *Medicine*, 95(44), e5216. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005216>
- Chermack, T. J., y Kasshanna, B. K. (2007). The Use and Misuse of SWOT Analysis and Implications for HRD Professionals. *Human Resource Development International*, 10(4), 383–399. <https://doi.org/10.1080/13678860701718760>
- Cherny, N. I., y Catane, R. (2003). Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer. *Cancer*, 98(11), 2502–2510. <https://doi.org/10.1002/cncr.11815>
- Clark, D., y Wright, M. (2007). The International Observatory on End of Life Care: A Global View of Palliative Care Development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 542–546. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.010>
- Connor, S. R., y Sepulveda Bermedo, M. C. (Eds.). (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Worldwide Palliative Care Alliance. Recuperado desde [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
- Davies, E., y Higginson, I. J. (Eds.). (2004). *La Organización Mundial de la Salud. Europa. Hechos sólidos. Cuidados paliativos*. Recuperado desde [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/opsc\\_est4.pdf.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/opsc_est4.pdf.pdf)
- De Lima, L. (2004). Opioid Availability in Latin America as a Global Problem: A New Strategy with Regional and National Effects. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 97–103. <https://doi.org/10.1089/109662104322737368>
- De Lima, L., y Pastrana, T. (2016a). Evaluation of the Effectiveness of Workshops on the Availability and Rational Use of Opioids in Latin America. *Journal of Palliative Medicine*, 19(9), 964–971. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0091>
- De Lima, L., y Pastrana, T. (2016b). Opportunities for Palliative Care in Public Health. *Annual Review of Public Health*, 37(1), 357–374. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021448>
- De Lima, L., Perez-Castells, M., Berengue, I. M., Monti, C., Aguilar, A., Ahumada, M., ... Herrera, E. (2013). *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP* (1st ed.). Houston: IAHP Press.
- De Lima, L., Sweeney, C., Palmer, J. L., y Bruera, E. (2004). Potent analgesics are more expensive for patients in developing countries: a comparative study. *Journal of Pain y Palliative Care Pharmacotherapy*, 18(1), 59–70.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (Eds.). (2005). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
- Dicicco-Bloom, B., y Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dirección Nacional de Discapacidades del MSP. (2015). *Informe de resultados 2015* (No. Informe Técnico N°32). Quito.
- Do, D. T., y Ogrinc, G. (2011). Assessing Third Year Medical Students' Understanding of Code Status. *Journal of Palliative Medicine*, 14(11), 1254–1258.

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

<https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0173>

- Dougherty, M., Harris, P. S., Teno, J., Corcoran, A. M., Douglas, C., Nelson, J., ... Casarett, D. J. (2015). Hospice Care in Assisted Living Facilities Versus at Home: Results of a Multisite Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1153–1157. <https://doi.org/10.1111/jgs.13429>
- Doyle, D., Geoffrey, W. H., y MacDonald, N. (Eds.). (1999). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (2nd ed.). London: Oxford University Press.
- Dyson, R. G. (2004). Strategic development and SWOT analysis at the University of Warwick. *European Journal of Operational Research*, 152, 631–640. [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(03\)00062-6](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(03)00062-6)
- EAPC (European Association for Palliative Care), y IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care). (2006). *Declaration of Venice*. Venecia. <https://doi.org/10.1179/096992606X146336>
- Ellershaw, J. E., Peat, S. J., y Boys, L. C. (1995). Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliative Medicine*, 9(2), 145–152. <https://doi.org/10.1177/026921639500900205>
- Ferris, F. D., von Gunten, C. F., y Emanuel, L. L. (2001). Knowledge: insufficient for change. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2), 145–147. <https://doi.org/10.1089/109662101750290164>
- Finkbeiner, P. (2017). Qualitative Research: Semi-structured Expert Interview. In *Social Media for Knowledge Sharing in Automotive Repair* (pp. 141–181). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-48544-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-48544-7_6)
- Finlay, L. (2002). Outing the researcher: The provenance, process and practice of reflexivity. *Qual Health Res*, 12(4), 531–45.
- Fischer, S. M., Gozansky, W. S., Kutner, J. S., Chomiak, A., y Kramer, A. (2003). Palliative Care Education: An Intervention to Improve Medical Residents' Knowledge and Attitudes. *Journal of Palliative Medicine*, 6(3), 391–399. <https://doi.org/10.1089/109662103322144709>
- Fisher, S. M., Gozansky, W. S., Kutner, J. S., Chomiak, A., y Kramer, A. (2003). Palliative care education: An intervention to improve medical residents' knowledge and attitudes. *Journal of Palliative Medicine*, 6(3), 391–399.
- Fraser, H. C., Kutner, J. S., y Pfeifer, M. P. (2001). Senior medical students' perceptions of the adequacy of education on end-of-life issues. *Journal of Palliative Medicine*, 4, 337–343.
- Fraser, H. C., Kutner, J. S., y Pfeifer, M. P. (2001). Senior Medical Students' Perceptions of the Adequacy of Education on End-of-Life Issues. *Journal of Palliative Medicine*, 4(3), 337–343. <https://doi.org/10.1089/109662101753123959>
- García-Baquero Merino, M. T., Gil Higes, E., Fernández Gómez, M. C., Sanz Peces, E. M., Dones Sánchez, M., Domínguez Cruz, A., ... Pita Carranza, A. J. (2017). Programa centralizado de formación en Cuidados. Coordinación Regional de la Comunidad de Madrid 2010-2015. *Educación Médica*, 18(2), 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.04.007>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Gattini, C., y Ruiz, P. (2012). *Salud en Sudamérica, Edición de 2012: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Gibbins, J., McCoubrie, R., y Forbes, K. (2011). Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Medical Education*, 45(4), 389–99. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x>
- Giraldo Osorio, A., y Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384–392.
- Glare, P., Hunt, J., Selwyn, P., y Allsopp, K. (2010). Servicios de consulta. In D. Walsh (Ed.), *Medicina Paliativa* (1st ed.). Barcelona: Elsevier.
- Gómez-Batiste, X., Martínez-muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., ... Espinosa, J. (2012). Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population : development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Supportive y Palliative Care*, 0, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>
- Gómez-Batiste, X., Pascual, A., Espinosa, J., y Caja, C. (2010). Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(4), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.02.007>
- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Louis, J. S., ... Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391–436. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2)
- Granja, P. (2012). Public health approaches to end of life in Ecuador: avoiding suffering at the end of life – a health service issue? In L. Sallnow, S. Kumar, y A. Kellehear (Eds.), *International Perspectives on Public Health and Palliative Care* (pp. 172–181). Nueva York: Routledge.
- Granja, P. (2013). Public health approaches to end of life in Ecuador. In *International Perspectives on Public Health and Palliative Care* (p. 172).
- Hanson, J. L., Balmer, D. F., y Giardino, A. P. (2011). Qualitative Research Methods for Medical Educators. *Acad Pediatr*, 11(5), 375–387.
- Hazin, R., y Qaddoumi, I. (2010). Teleoncology: current and future applications for improving cancer care globally. *The Lancet Oncology*, 11(2), 204–210. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70288-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70288-8)
- Head, B., Chenault, J., Earnshaw, L., Pfeifer, M., Sawning, S., Schapmire, T., y Shaw, M. (2016). Improving medical graduates training in palliative care: advancing education and practice. *Advances in Medical Education and Practice*, 99. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S94550>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., y Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation. *Qualitative Health Research*, 27(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Higginson, I. J., y McCarthy, M. (1993). Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families? *Palliative Medicine*, 7(3), 219–228. <https://doi.org/10.1177/026921639300700309>

Hill, T., y Westbrook, R. (1997). SWOT analysis: It's time for a product recall. *Long Range Planning*, 30(1), 46–52. [https://doi.org/10.1016/S0024-6301\(96\)00095-7](https://doi.org/10.1016/S0024-6301(96)00095-7)

Hudak, C. D., y von Gunten, C. (2016). "The Talk:" Discussing Hospice Care. *Current Oncology Reports*, 18(7), 46. <https://doi.org/10.1007/s11912-016-0527-8>

Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I., ... Bruera, E. (2013). Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*, 21(3), 659–685. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1564-y>

IAHPC (International Association for Hospice and Palliative Care). (2011). *Uso de Opioides en tratamiento del dolor: Manual para Latinoamérica*. (P. Bonilla, L. De Lima, P. Díaz, M. X. León, y González Marcela, Eds.) (1st ed.). Caracas. Recuperado desde <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>

IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). Reglamento para Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados (2010). Quito, Ecuador: Resolución del IESS 308. Registro Oficial Suplemento 173 de 16-abr.-2010.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo). (2010). *¿Cómo crecerá la población en Ecuador?* Quito. Recuperado desde [http://www.inec.gob.ec/proyecciones\\_poblacionales/presentacion.pdf](http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf)

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). (2012). *Infoeconomía*. Quito.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). (2015). *Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Quito.

INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). (2016). *Número de defunciones y tasa de mortalidad general (t) por sexo a nivel nacional Periodo 2007 - 2015*. Quito.

J.Barrett, F., y E.Fry, R. (2010). *Indagación Apreciativa: Un enfoque positivo para construir capacidad cooperativa* (1st ed.). Montevideo: Xn Consultores.

Janssen, A. L., Macleod, R., y Walker, S. (2008). Recognition , reflection , and role models : Critical elements in education about care in medicine. *Palliat Support Care*, 6(4), 389–395. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000618>

Johnson, B., y Christensen, L. B. (2016). *Educational Research : Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. California: Sage Publications.

Jünger, S., Payne, S., Brearley, S., Ploenes, V., y Radbruch, L. (2012). Consensus building in palliative care: A Europe-wide delphi study on common understandings and conceptual differences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 192–205. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.009>

Kapuscinski, R. (2012). *Encuentro con el otro*. Editorial Anagrama.

Kelley, A. S., y Meier, D. E. (2010). Palliative care - A shifting paradigm. *The New England Journal of Medicine*, 363(8), 781–2. <https://doi.org/10.1056/NEJMe1004139>

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

- Kelley, A. S., y Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*, 373, 747–755. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>
- Kodela, J., Gugliucci, M., y Farrell, C. (2016). End of Life Care Medical Education: 48 Hour Hospice Home Immersion Alters Students' Lives. *International Journal of Clinical Medicine*, 7(6), 381–388. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2016.76041>
- Koerber, A., y McMichael, L. (2008). Qualitative sampling methods: A primer for technical communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, 22(4), 454–473.
- Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.
- Levin, T. T., Moreno, B., Silvester, W., y Kissane, D. W. (2010). End-of-life communication in the intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 433–42. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.04.007>
- Linares Giraldo, R. (2005). Educación en Dolor y Cuidados Paliativos: reflexiones sobre un programa de entrenamiento formal en Colombia. *Persona Y Bioética*, 9(2), 68–75.
- Lincoln, Y., y Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista Internacional de Investigación E Innovación Educativa*, 4, 167–179. Recuperado desde <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/610>
- Lozada, P., Aguinaga, L., Páez, R., Olmedo, C., y Pozo Avalos, A. (1999). *El Peso de la Enfermedad en el Ecuador*. Texas: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social.
- Lucio, R., Villacrés, N., Henríquez, R., Villacrés, N., Henríquez, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177–187.
- Lund, T. (2012). Combining qualitative and quantitative approaches: Some arguments for mixed methods research. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(2), 155–165. <https://doi.org/10.1080/00313831.2011.568674>
- Lynch, T., Connor, S., y Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
- Maceira, D. (2014). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina* (No. Documentos de Trabajo CEDES 122/2014). Buenos Aires, Argentina.
- Mahtani Chugani, V. (2009). *Estudio cualitativo sobre la percepción del beneficio y del riesgo de ansiolíticos y antidepresivos en los usuarios*. Universidad La Laguna.
- Max-Neef, M. A. (2005). Foundations of transdisciplinarity. *Ecological Economics*, 53(1), 5–16. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2005.01.014>
- McIntosh, M. J., y Morse, J. M. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 1–12.

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

<https://doi.org/10.1177/2333393615597674>

- McNamara, B., Rosenwax, L. K., y Holman, C. D. J. (2006). A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.12.018>
- Miranda L., J. A. (2005). *Indagación Apreciativa Bases Teóricas Aportaciones, Sustento y Principios*.
- Morgan, D. . (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. In *Qualitative Health Research* (pp. 120–123).
- Moroni, M., Bolognesi, D., Muciarelli, P. A., Abernethy, A. P., y Biasco, G. (2011). Investment of palliative medicine in bridging the gap with academia: A call to action. *European Journal of Cancer*, 47(4), 491–495. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.12.014>
- Morse, J. M. (2015). Analytic Strategies and Sample Size. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1317–1318. <https://doi.org/10.1177/15258>
- Mouly, G. J. (1978). *Educational Research: The Art and Science of Investigation*. Boston: Allyn and Bacon.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Ley Órganica de Salud (2006). Quito.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Acuerdo Ministerial N° 0000101 (2011). Ecuador: Registro Oficial No. 415 - martes 29 de Marzo de 2011.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). (2012). *Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Acuerdo Ministerial N° 00004862 (2014).
- MSP (Ministerio de Salud Pública). (2014b). *Criterio Técnico presentado en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Tipología Para Homologar Establecimientos De Salud Por Niveles (2014). Ecuador.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). (2015a). *Norma de Atención de Cuidados Paliativos (1ª Edición)*. Quito.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). (2015b). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Quito, Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). Versión preliminar: Política Nacional de Enfermedades no Transmisibles 2017 (2017). Quito.
- Mularski, R. A. (2006). Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(Suppl), S309–S316. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000241067.84361.46>
- Murtagh, F. E. M., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., y Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49–58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>
- Mutto, E. M., Bunge, S., Vignaroli, E., Bertolino, M., Villar, M. J., y Wenk, R. (2014). Medical students' palliative care education in a Latin American university: a three-year experience at Austral University in Buenos Aires, Argentina. *Journal of Palliative Medicine*, 17(10), 1137–1142. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0673>
- Mutto, E. M., Cantoni, M. N., Rabhansl, M. M., y Villar, M. J. (2012). A Perspective of End-of-Life Care Education in Undergraduate Medical and Nursing Students in Buenos Aires, Argentina. *Journal of Palliative Medicine*, 15(1), 93–98. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0238>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (2nd ed.). Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care.
- Neri de Souza, D., y Neri de Souza, F. (2016). Aplicación de software en la investigación cualitativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(3), 1–2. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.67901>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2013). *Country Cooperation Strategy at a glance: Ecuador*. Ginebra: Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2015). *Palliative Care fact sheet N° 402*. Ginebra.
- OMS | Ecuador. (2017). Recuperado el 16 de mayo de 2017 desde <http://www.who.int/countries/ecu/es/>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas); Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; División de Población. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision; Key Findings and Advance Tables* (No. ESA/P/WP.241).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2008). *Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2012). *Factsheet: Improving Chronic Illness Care, 2012*. Recuperado desde [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=17519&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=17519&Itemid=270&lang=es)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2014). *El cáncer en la región de las américas*.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), y OMS (Organización Mundial de la Salud). (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington.
- Ortiz-Prado, E., Ponce, J., Cornejo-Leon, F., Stewart-Ibarra, A. M., Henríquez Trujillo, R., Espín, E., y Ramírez, D. (2016). Analysis of Health and Drug Access Associated with the Purchasing Power of the Ecuadorian Population. *Global Journal of Health Science*, 9(1), 201. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n1p201>
- Pastrana, T. (2016). *Statement delivered by Dr. Tania Pastrana, President of the ALCP*,

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

- on the occasion of the Fourth Intersessional Meeting of the 59th Commission on Narcotic Drugs*. Vienna, Austria.
- Pastrana, T., Centeno, C., y De Lima, L. (2015). Palliative Care in Latin America from the Professional Perspective: A SWOT Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 18(5), 429–37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0120>
- Pastrana, T., De Lima, L., R, Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., y Rocafort, J. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP* (1a edición).
- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J., y Centeno, C. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Argentina*.
- Pastrana, T., Eisenchlas, J., Centeno, C., y De Lima, L. (2013). Status of palliative care in Latin America: looking through the Latin America Atlas of Palliative Care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(4), 411–416.
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., y Radbruch, L. (2008). A matter of definition - key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. (cover story). *Palliative Medicine*, 22(3), 222–232. <https://doi.org/10.1177/0269216308089803>
- Pastrana, T., Torres-Vigil, I., y De Lima, L. (2014). Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators. *Palliative Medicine*, 28(10), 1231–1238. <https://doi.org/10.1177/0269216314538893>
- Pastrana, T., Vallath, N., Mastrojohn, J., Namukwaya, E., Kumar, S., Radbruch, L., y Clark, D. (2010). Disparities in the Contribution of Low- and Middle-Income Countries to Palliative Care Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 54–68.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research*, 34(5), 1189–1208.
- Penalva Verdú, C., Alaminos Chica, A., Francés García, F., y Santacreu Fernández, O. (2015). *La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti* (1st ed.). Cuenca: PYDLOS ediciones.
- Pessini, L., y Bertachini, L. (2006). Acta Bioethica. *Interfaces*.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., y Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Quintanilla Cobián, L. (2015). La Investigación Cualitativa: Características. In S. Pontes de Gracia, C. García-Gallego, L. Quintanilla Cobián, R. Rodríguez Fernández, P. Rubio de Lemus, y Sarriá Sánchez; Encarnación (Eds.), *Fundamentos de Investigación en Psicología* (1st ed., p. 498). Madrid: UNED.
- Richards, L., y Morse, J. M. (2013). *Read me first for a user's guide to Qualitative Methods* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
- Rielo, F. (2013). *Concepción mística de la antropología*. (J. M. López Sevillano, Ed.) (1st ed.). Madrid: Fundación Fernando Rielo.
- Riolfi, M., Buja, A., Zanardo, C., Marangon, C. F., Manno, P., y Baldo, V. (2014).

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

- Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 28(5), 403–411. <https://doi.org/10.1177/0269216313517283>
- Robinson, J., Gott, M., Gardiner, C., y Ingleton, C. (2016). The “problematisation” of palliative care in hospital: an exploratory review of international palliative care policy in five countries. *BMC Palliative Care*, 15(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0137-0>
- Rodríguez Gómez, D., y Valdeoriola Roquet, J. (2015). *Metodología de la Investigación*. UOC (Universitat Oberta de Catalunya). Recuperado desde <http://web.uaemex.mx/sa/rm/docs/catalogos/trillas/paginas/9786071714671.html>
- Salins, N., Ramanjulu, R., Patra, L., Deodhar, J., y Muckaden, M. (2016). Integration of early specialist palliative care in cancer care and patient related outcomes: A critical review of evidence. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(3), 252. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185028>
- Savarese, D. M. (2017). What’s new in palliative care. Recuperado el 22 de mayo de 2017, desde [https://www.uptodate.com/contents/whats-new-in-palliative-care?source=search\\_result&search=palliative%20care&selectedTitle=6~150](https://www.uptodate.com/contents/whats-new-in-palliative-care?source=search_result&search=palliative%20care&selectedTitle=6~150)
- Schulz, C., Möller, M. F., Seidler, D., y Schnell, M. W. (2013). Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Medical Education*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-1>
- Senplades (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). (2008). *Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica*. Quito.
- Senplades (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Consejo Nacional de Planificación de la República de Ecuador.
- Spruyt, O. (2016). Qualitative Research in Palliative Care. *Indian J Palliat Care*, 22(4), 367–368. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.191739>
- Stjernswärd, J., Foley, K. M., y Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016>
- Stjernswärd, J., y Gómez-Batiste, X. (2010). Medicina Paliativa. Perspectiva global: cierre de la brecha entre saber y hacer. In D. Walsh (Ed.), *Medicina Paliativa* (1st ed., pp. 1–1475). Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
- The Health Foundation. (2014). *Person-centred care made simple*. The Health Foundation. <https://doi.org/978-1-906461-56-0>

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

- Thoonsen, B., Gerritzen, S. H. M., Vissers, K. C. P., Verhagen, S., van Weel, C., Groot, M., y Engels, Y. (2016). Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: secondary outcomes of an RCT. *BMJ Supportive y Palliative Care*, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001031>
- Torres-Mesa, L. M., Schmidt-Riovalle, J., y García-García, I. (2013). Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Rev Esc Enferm USP*, 47(2), 464–470. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200027>
- Torres-Vigil, I., Mendoza, T. R., Alonso-Babarro, A., De Lima, L., Cárdenas-Turanzas, M., Hernandez, M., ... Bruera, E. (2012). Practice patterns and perceptions about parenteral hydration in the last weeks of life: A survey of palliative care physicians in Latin America. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.016>
- Torres Vigil, I., Aday, L. A., De Lima, L., y Cleeland, C. S. (2007). What Predicts the Quality of Advanced Cancer Care in Latin America? A Look at Five Countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 315–327. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.11.015>
- Twycross, R. G. (2002). The continuing challenge of palliative care. *Int J Clin Oncol*, 7(522), 271–278.
- Universidad Central del Ecuador. (2017). Recuperado el 31 de mayo de 2017, desde <http://www.uce.edu.ec/web/fcm>
- Ury, W. A., Reznich, C. B., y Weber, C. M. (2000). A needs assessment for a palliative care curriculum. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(6), 408–416. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00217-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00217-7)
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Valsecchi, M. G., y Steliarova-foucher, E. (2008). Cancer registration in developing countries: luxury or necessity? *Lancet Oncol.*, 9(2), 159–167. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70028-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70028-7).
- Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoonsen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., ... De Lepeleire, J. (2013). Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative Medicine*, 27(3), 197–208. <https://doi.org/10.1177/0269216311435268>
- Van Wijngaarden, J., Scholten, G., y Van Wijk, K. (2012). Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(1), 34–49. <https://doi.org/10.1002/hpm.1032>
- Velayudhan, Y., Ollapally, M., Upadhyaya, V., Nair, S., y Aldo, M. (2004). Introduction of palliative care into undergraduate medical and nursing education in India: A critical evaluation. *Indian Journal of Palliative Care*, 10(2), 55–60.
- Volmink, J., y Dare, L. (2005). Addressing inequalities in research capacity in Africa. *BMJ*, 331(7519), 705–706. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7519.705>

Identificador del documento:	Código de verificación:	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	970031	OrizKecD
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
		10/07/2017 20:38:11

- Weber, M., Braun, J., y Schildmann, J. (2011). Effects of a Ninety-Minute Teaching Module for Fourth-Year Medical Students on a Palliative Care Ward with Student-Patient Encounter. *Journal of Palliative Medicine*, 14(8), 940–944. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0025>
- Weber, M., Schmiedel, S., Nauck, F., y Alt-Epping, B. (2011). Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliative Care*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-19>
- Webster, R., Lacey, J., y Quine, S. (2007). Palliative care: a public health priority in developing countries. *Journal of Public Health Policy*, 28(1), 28–39. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200097>
- Weissman, D. E., y Meier, D. E. (2011). Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 17–23. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0347>
- Wenk, R., y Bertolino, M. (2007). Palliative Care Development in South America: A Focus on Argentina. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 645–650. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.002>
- Wenk, R., y De Lima, L. (2004). Analgésicos opioides en Latinoamérica: la barrera de accesibilidad supera la de disponibilidad. *Medicina Paliativa*, 11(3), 148–151.
- Wenk, R., De Lima, L., Mutto, E., Berenguel, M. D. R., y Centeno, C. (2016). Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Medicina Paliativa*, 23(1), 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.11.002>
- Whiting, L. S. (2008). Semi-structured interviews: guidance for novice researchers. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 22(23), 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2008.02.22.23.35.c6420>
- WHO Definition of Palliative Care. (2012). Recuperado el 24 de marzo de 2017, desde <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Anexo 1: Consentimiento Informado



### HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, me gustaría informarle sobre el estudio denominado:

#### CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS MÉDICOS ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR

**¿Quiénes son los investigadores?** El equipo de investigación está formado por profesionales que trabajan en:

- ❖ La Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL). Loja, Ecuador
  - Dr. Viviana Dávalos Batallas.
  - Ph.D. Carla López Núñez.
  
- ❖ La Universidad La Laguna (ULL). Tenerife, España:
  - Ph.D. Vinita a Mahtani-Chugani.

**¿Por qué hacer este estudio?** El **objetivo** de este estudio es conocer las distintas apreciaciones que los profesionales médicos tienen acerca de los Cuidados Paliativos en el Ecuador y de este modo descubrir las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de mejora presentes en el sistema.

**¿Quién puede colaborar?** Todo médico cuya práctica se relacione de alguna manera con pacientes que necesiten Cuidados Paliativos en el Ecuador en algún momento de su vida.

**Participación voluntaria.** La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted es libre de retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello tenga ningún tipo de consecuencia negativa. Si usted desea podrá tener acceso a los resultados generales del estudio.

**¿Cómo puedo participar?** Usted puede participar **compartiendo su experiencia** en una entrevista que será grabada en audio y respondiendo a un cuestionario (Análisis FODA) que le entregaremos de forma personal o que le haremos llegar por correo electrónico o postal.

**¿Cuánto tiempo va a requerir mi participación?** La duración de su participación depende de su disponibilidad. Habitualmente la duración de la entrevista es de aproximadamente 30-45 minutos y la duración del cuestionario (Análisis FODA) es de 15-20 minutos.

1

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA			10/07/2017 20:38:11



### ¿Cómo se va a manejar la confidencialidad?

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los propios de esta investigación.

La información de las entrevistas se utilizará eliminando sus datos personales. Toda la información será procesada únicamente por los investigadores y tratada de forma completamente anónima y confidencial.

Los médicos participantes de este proyecto de investigación, podrán solicitar información de los resultados obtenidos, si así lo desearan.

Todos los datos se guardarán en archivos seguros a los que sólo se tendrá acceso por contraseña. El nombre y cualquier otra información que permita la identificación no se relacionarán con la información de cada participante.

**Grabación en audio.** Una vez leída y entendida la información, sabiendo que las personas del grupo de investigación que puedan analizar la grabación en audio que se realizará durante la entrevista respetarán la privacidad y mantendrán el anonimato, usted autoriza dicha grabación: Sí  NO

En caso de tener alguna otra salvedad en el uso del material grabado, por favor, especifíquelo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este estudio cuenta con la normativa de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que protege los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

**Una vez leída la información acepto participar en este estudio. Y doy mi permiso para que se utilice el material en los propósitos de la investigación, así como en la difusión a través de publicaciones científicas.**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Para cualquier duda puede contactar con la responsable del proyecto, la Dra. Viviana Dávalos Batallas por teléfono al número: 0984450651 o por correo electrónico en la dirección: vddavalos@utpl.edu.ec**

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Anexo 2: Herramienta DAFO

ID:

Universidad de La Laguna

---

### Análisis FODA

(Cuestionario extraído del *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica* de la *Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, ALCP*)

**¿Qué es?** El análisis FODA es un método de análisis que permite detectar las Fortalezas, las Oportunidades, las Debilidades y las Amenazas en el entorno. El objetivo de este estudio es describir las características de los servicios, formación, actividad profesional, política sanitaria y desarrollo de los Cuidados Paliativos en el Ecuador.

**¿Cuáles son sus principales elementos?**

**Instrucciones:**

a continuación debe **enumerar como máximo** las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de cada una de las secciones evaluadas.

Enumere en orden de importancia las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de los **servicios** existentes para los Cuidados Paliativos en el Ecuador en este momento.

1.	1.
2.	2.
3.	3.
1.	1.
2.	2.
3.	3.

3

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



Enumere en orden de importancia las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la **formación** existente en materia de Cuidados Paliativos en el Ecuador en este momento.

1.	1.
2.	2.
3.	3.

1.	1.
2.	2.
3.	3.

Enumere en orden de importancia las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la **actividad de los profesionales** en relación con los Cuidados Paliativos en el Ecuador en este momento (**participación en asociaciones nacionales, colaboraciones internacionales, investigaciones, publicaciones, etc.**).

1.	1.
2.	2.
3.	3.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11



1.	1.
2.	2.
3.	3.



Enumere en orden de importancia las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la **Política Sanitaria** que regula los Cuidados Paliativos en el Ecuador en este momento. Por favor, tenga especialmente en cuenta la **política actual de uso de opioides** (tipo de opioides utilizados, disponibilidad, asequibilidad, costo, etc.).

1.	1.
2.	2.
3.	3.

1.	1.
2.	2.
3.	3.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11



Enumere en orden de importancia las tres principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del **desarrollo histórico** de los Cuidados Paliativos en el Ecuador a **lo largo de las últimas décadas**.

1.	1.
2.	2.
3.	3.
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**¡Muchas gracias por su colaboración!**

*Recuerde que toda la información recogida será tratada de manera confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los propios de la presente investigación*

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11





**(3) Datos de la institución en la que usted trabaja actualmente**

a. La institución en la que trabaja es:  Pública  Privada

b. Actualmente la institución es:

Asilo  Hospital  Casa de día  Clínica  Hospice

Hospital exclusivo de Cuidados Paliativos  Hospital de crónicos

Hospital de agudos  Consulta privada

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

c. Tipo de nivel de la institución:

Primer nivel  Segundo nivel  Tercer nivel

d. La institución cuenta con Unidad de Cuidados Paliativos (UCP): Sí   
NO

e. Si su institución no cuenta con una UCP, ¿a dónde se refieren los pacientes?

A una entidad pública (nombre): \_\_\_\_\_

A una entidad privada (nombre): \_\_\_\_\_

Otras (nombre): \_\_\_\_\_

f. La institución usa opioides: Sí  NO

\*Si la respuesta es SÍ, por favor, especifique:

1. Fentanilo  2. Tramadol  3. Morfina  4. Buprenorfina

5. Oxycodona  6. Nalbufina  7. Hidromorfona

8. Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.

Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031

Código de verificación: OrizKecD

Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Anexo 4: Normativa legal en el desarrollo de los CP

Año	Política	Principales cambios que afectan a los CP
2002	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Ley No. 2002-80)	<b>Art. 28.-</b> El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, dispondrá las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos en el país.
2006	Ley Orgánica de Salud (Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006)	<p><b>Art. 1.-</b> La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.</p> <p><b>Art. 6.-</b> Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;</p> <p><b>Art. 10.-</b> Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.</p> <p><b>Art. 69.-</b> La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará (...). Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.</p>
2008	Constitución de la República del	<b>Art. 32.-</b> La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

Ecuador  
(Publicada en  
el Registro  
Oficial No. 449  
20 de octubre  
de 2008)

física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

**Art. 50.-** El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el *desarrollo, protección y recuperación* de las capacidades y potencialidades para una *vida saludable e integral*, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. (...)

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud (...) garantizará la *promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles*; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará (...) la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud (...).

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Art. 362.-** (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los *servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos* en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación,

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

		rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. (...)
2009	Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013  (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo)	<b>Objetivo 1.-</b> Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad: (...) Las respuestas públicas expresadas en mecanismos de protección social de corte asistencial, o las acciones paliativas, son limitadas e insuficientes, en especial, cuando tienen un carácter homogeneizador y no incorporan enfoques interculturales. El nuevo modelo de Buen Vivir implica un reparto orgánico de la riqueza del país, en términos de infraestructura, bienes y servicios (...)
2010	Resolución del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) 308 Registro Oficial Suplemento 173 de 16-abr.-2010	<b>Art. 2.-</b> (...) El IESS dentro de sus políticas de salud, a través de las Direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino, fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la atención de salud al asegurado y en Red (...)  <b>Art. 3.-</b> (...) g) Cartera de servicios por ciclo de vida: constituyen el conjunto de prestaciones de salud que ofertan las unidades de Salud en cuanto se refiere a la prevención, curación, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos acorde al ciclo de vida (...)
2011	Acuerdo ministerial del Ministerio de Salud Pública Nº 00000101 (Registro Oficial No. 415 - 29 de marzo de 2011)	<b>Art. 1.-</b> Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural (...).  <b>Art. 2.-</b> Convocar a todas las entidades sean éstas públicas o privadas (...), a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención (...), garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo.  <b>Art. 3.-</b> Facilitar la disponibilidad y accesibilidad de solución oral de morfina, además de otros opioides (...)  <b>Art. 6.-</b> (...) una propuesta técnica (...) para organizar una red nacional de servicios paliativos integrales con participación de todas las instituciones públicas y privadas (...).

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

		<b>Art. 8.-</b> Coordinar con las instituciones formadoras de recursos humanos, la inclusión de la formación de cuidados paliativos integrales en las mallas curriculares de las distintas profesiones de la salud, así como la capacitación de equipos interdisciplinarios en las entidades prestadoras de servicios de salud (...).
2012	Manual Del Modelo De Atención Integral Del Sistema Nacional De Salud Familiar Comunitario E Intercultural (MAIS-FCI) del Ministerio de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno de los retos del MAIS-FC, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos.</li> <li>• Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención (...)</li> <li>• Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, (...)</li> <li>• [Algunos de los objetivos que persigue el MAIS-FCI son:]             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas</li> <li>- Reorientación del enfoque curativo (...) hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos (...)</li> </ul> </li> </ul>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• [En “Grupos de atención prioritaria” del MAIS-FCI se estipula que:] <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia. El MSP brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal.</li> </ul> </li> <li>• Todo el personal que conforme el equipo integral de salud deberá tener un perfil óptimo del desempeño que integre actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos,</li> <li>• El equipo integral de salud deberá contar con información actualizada sobre: (...) Personas y familias que requieren cuidados paliativos.</li> </ul>
2014	Acuerdo ministerial del Ministerio de Salud Pública Nº 00004862 (7 de mayo de 2014)	<p><b>Art. 1.-</b> Aprobar la adopción y autorizar la publicación del documento denominado “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” (...).</p> <p><b>Art. 2.-</b> Disponer que la “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa del MSP de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).</p> <p><b>Art. 3.-</b> Publicar la “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS” en la página web del MSP.</p>
2015	Acuerdo Ministerial del MSP Nº 00005223	<p><b>Art. 1.-</b> Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017”.</p> <p><b>Art. 2.-</b> Disponer que el documento denominado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017” sea de aplicación y observancia obligatoria en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.</p> <p><b>Art. 3.-</b> El MSP publicará en su página web el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017” como documento de consulta para el público en general.</p>

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a>		
Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		Fecha: 29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

		<b>Disposición transitoria:</b> durante la implementación del “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017” se iniciará la atención con profesionales capacitados y/o con experiencia en cuidados paliativos, hasta que en el país se cuente con profesionales especialistas en estos cuidados.
2015	Acuerdo Ministerial del Ministerios de Salud Pública Nº 00005232 (febrero 2015)	<b>Art. 1.-</b> Aprobar y autorizar la publicación de la “Norma de Atención de Cuidados Paliativos”, elaborada por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza en Salud, en coordinación con la Dirección Nacional de Normatización. <b>Art. 2.-</b> Disponer que la “Norma de Atención de Cuidados Paliativos” sea de aplicación y observancia obligatoria en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud <b>Art 3.-</b> Publicar la citada Norma en la página web del Ministerio de Salud Pública

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <a href="https://sede.ull.es/validacion/">https://sede.ull.es/validacion/</a></i>		
	Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	10/07/2017 20:38:11

## Anexo 5: Frecuencia de códigos en entrevistas y DAFO

Tabla 11.  
Frecuencia de los códigos de las entrevistas.

Códigos	frecuencia
apoyo administrativo	8
apoyo privado o no gubernamental	17
asociaciones no están activas	7
déficit de recursos económicos	19
déficit de unidades de atención	18
incremento de la demanda de atención	5
interés por consolidar los CP	10
los servicios de CP están centralizados en las principales ciudades	2
problemas administrativos	29
se evidencia un avance en el desarrollo de los CP	8
unidades de atención en funcionamiento	3
no hay difusión de los CP	12
no hay difusión de los CP entre profesionales	14
se difunden los CP	3
costos elevados de los medicamentos	6
dificultad para acceder a los medicamentos	42
disponibilidad de medicamentos	8
falta de medicamentos	17
déficit de estructura física	2
déficit de personal calificado	26
falta de coordinación entre los profesionales de salud	32
impacto negativo en los miembros del equipo	2
recursos humanos desmotivados	3
recursos humanos motivados	4
relaciones de trabajo horizontales	1
trabajadores de la salud coordinados	10
trabajo en equipos interdisciplinarios	14
trabajo voluntario	5
déficit de formación	30
iiimportancia de tener claro el concepto de CP y el desempeño del equipo.	26
interés por mejorar la formación en CP	11
reconocimiento académico	3
déficit de personal calificado en CP pediátricos	3
poca investigación	1

15

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Dávalos Batallas, V; 2017

<b>formación adecuada</b>	1
<b>abandono de la población en riesgo</b>	18
<b>impacto positivo en el paciente</b>	12
<b>impacto positivo en la sociedad</b>	2
<b>impacto positivo en los familiares del paciente</b>	7
<b>falta o incumplimiento de políticas de salud</b>	25
<b>políticas de salud incluyentes</b>	19
<b>falta implementar lo que se ha escrito</b>	16
<b>inestabilidad política</b>	6
<b>no se certifican los estudios realizados</b>	5
<b>dificultad para aplicar la guía de CP</b>	4
<b>cooperación internacional</b>	3
<b>falta de colaboración de las autoridades de salud</b>	2
<b>falta de evaluación de las políticas</b>	2
<b>negativa acogida de una orden política de formación obligatoria</b>	2
<b>riesgo de que no sea sustentable</b>	2
<b>norma de formación obligatoria</b>	1
<b>leyes que protegen al paciente</b>	4
<b>barreras culturales</b>	40
<b>cultura favorable</b>	2
<b>concepto actual y nuevo</b>	8
<b>deshumanización del cuidado</b>	4
<b>intereses económicos preponderantes</b>	8
<b>otras prioridades más importantes que CP</b>	2
<b>rescata valores humanísticos</b>	15

Tabla 12.

Resultados DAFO debilidades y amenazas en Sección1. Formación.

<b>Códigos</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>déficit de formación</b>	94	36
<b>déficit de recursos económicos</b>	14	20
<b>otras prioridades más importantes que los CP</b>	9	1
<b>problemas administrativos</b>	5	18
<b>falta o incumplimiento de políticas de salud</b>	9	15
<b>déficit de unidades de atención</b>	6	9
<b>barreras culturales</b>	6	12
<b>no hay difusión de los CP</b>	5	8
<b>falta de colaboración de las autoridades</b>	0	6
<b>poca investigación en CP en Ecuador</b>	4	3
<b>inestabilidad política</b>	0	4
<b>falta oferta laboral</b>	3	0

16

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

falta de medicamentos	0	3
falta de coordinación entre los profesionales de salud	2	1
desconoce	2	1
recursos humanos desmotivados	0	3
déficit de personal calificado	2	1
abandono de la población en riesgo.	0	2
déficit de estructura física	2	0
incremento de la demanda de atención	0	2
vacíos legales	1	2
opciones de expansión laboral	1	0
no hay difusión de los CP entre profesionales	1	2
no está priorizada la ética en la formación de CP	1	0
negativa acogida de una orden política de formación obligatoria	1	0
formación adecuada	1	0

Tabla 13.

Resultados DAFO fortalezas y oportunidades en Sección 1. Formación.

Códigos	Fortalezas	Oportunidades
interés por mejorar la formación en CP	43	37
formación adecuada	19	11
reconocimiento académico	15	16
políticas de salud incluyentes	12	14
recursos humanos motivados	11	2
trabajo en equipo multidisciplinar	8	4
impacto positivo en el paciente	7	6
incremento de la demanda de atención	6	14
concepto actual y nuevo	4	0
déficit de formación	4	6
apoyo privado o no gubernamental	3	4
desconoce	3	1
impacto positivo en la sociedad	3	0
unidades de atención en funcionamiento	0	3
interés por consolidar los CP	3	0
apoyo económico	0	2
impacto positivo en los familiares del paciente	2	1
infraestructura apropiada	2	2
impacto positivo en los miembros del equipo de atención	0	2
ninguna	2	1
rescata valores humanísticos	2	1
opciones de expansión laboral	2	12

17

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Dávalos Batallas, V; 2017

<b>cambio cultural favorable</b>	0	1
<b>cooperación internacional</b>	1	9
<b>déficit de unidades de atención</b>	1	2
<b>apoyo administrativo</b>	1	0
<b>disponibilidad de medicamentos</b>	1	1
<b>impulsar la investigación</b>	1	1
<b>leyes que protegen al paciente</b>	1	1
<b>se difunden los CP</b>	1	0
<b>trabajadores de la salud coordinados</b>	1	0

Tabla 14.

Resultados DAFO debilidades y amenazas en Sección 2. Política Sanitaria.

<b>Códigos</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<b>falta de medicamentos</b>	27	12
<b>falta o incumplimiento de políticas de salud</b>	27	17
<b>déficit de formación</b>	16	8
<b>no hay difusión de los CP</b>	13	7
<b>problemas administrativos</b>	13	6
<b>barreras culturales</b>	10	12
<b>déficit de recursos económicos</b>	8	19
<b>disponibilidad de medicamentos</b>	8	0
<b>desconoce</b>	7	4
<b>costos elevados de medicamentos</b>	5	4
<b>dificultad para acceder a medicamentos</b>	5	4
<b>déficit de estructura física</b>	5	0
<b>déficit de personal cualificado</b>	3	2
<b>déficit de unidades de atención</b>	2	0
<b>recursos humanos desmotivados</b>	0	3
<b>déficit en el control de calidad de los medicamentos</b>	2	1
<b>falta de colaboración de las autoridades</b>	2	4
<b>falta de coordinación entre los profesionales de salud</b>	2	0
<b>incremento de la demanda de atención</b>	2	1
<b>apoyo privado o no gubernamental</b>	1	0
<b>asociaciones no están activas</b>	0	1
<b>falta de evaluación de las políticas</b>	1	1
<b>concepto actual y nuevo</b>	0	1
<b>inestabilidad política</b>	1	10
<b>no hay difusión de los CP entre profesionales</b>	1	2
<b>falta de apoyo durante el duelo</b>	0	1
<b>otras prioridades más importantes que los CP</b>	1	3
<b>poca investigación en CP en Ecuador</b>	1	2
<b>vacíos legales</b>	1	3

18

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

<b>leyes que protegen al paciente</b>	0	1
---------------------------------------	---	---

Tabla 15.

Resultados DAFO fortalezas y oportunidades en Sección 2. Política Sanitaria.

Códigos	Fortalezas	Oportunidades
políticas de salud incluyentes	52	21
impacto positivo en el paciente	28	7
disponibilidad de medicamentos	20	4
leyes que protegen al paciente	11	5
interés por consolidar los CP	10	12
formación adecuada	9	13
incremento de la demanda de atención	6	5
ninguna	5	1
desconoce	4	3
recursos humanos motivados	3	5
trabajo en equipos multidisciplinares	3	3
cambio cultural favorable	0	3
apoyo económico	2	0
concepto actual y nuevo	2	1
impacto positivo en los familiares del paciente	2	1
reconocimiento académico	2	3
apoyo administrativo	1	0
impacto positivo en los miembros del equipo de atención	0	1
cooperación internacional	1	8
falta o incumplimiento de políticas de salud	1	0
inestabilidad política	0	1
falta de medicamentos	1	0
Impacto positivo en la sociedad	1	2
los servicios de cuidados paliativos también están centrados en las principales ciudades.	0	1
infraestructura apropiada	1	1
se difunden los CP	1	1

Tabla 16.

Resultados DAFO debilidades y amenazas en Sección 3. Actividad de Profesionales.

Códigos	Debilidades	Amenazas
déficit de formación	28	21
problemas administrativos	26	12
poca investigación en CP en Ecuador	15	6
déficit de personal calificado	12	1
falta de coordinación entre los profesionales de salud	10	1

19

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Dávalos Batallas, V; 2017

<b>barreras culturales</b>	7	7
<b>déficit de recursos económicos</b>	7	18
<b>riesgo de que no sea sustentable</b>	0	7
<b>recursos humanos desmotivados</b>	7	17
<b>déficit de unidades de atención</b>	6	1
<b>falta o incumplimiento de políticas de salud</b>	6	9
<b>vacíos legales</b>	0	6
<b>déficit de estructura física</b>	4	1
<b>inestabilidad política</b>	0	5
<b>falta de medicamentos</b>	4	0
<b>disponibilidad de medicamentos</b>	0	2
<b>incremento de la demanda de atención</b>	4	2
<b>no hay difusión de los CP</b>	4	6
<b>intereses económicos preponderantes</b>	0	2
<b>falta oferta laboral</b>	3	1
<b>leyes que protegen al paciente</b>	0	2
<b>asociaciones no están activas</b>	2	0
<b>desconoce</b>	2	1
<b>concepto actual y nuevo</b>	1	0
<b>cooperación internacional</b>	1	0
<b>ninguna</b>	1	0
<b>no hay difusión de los CP entre profesionales</b>	1	0

Tabla 17.

Resultados DAFO fortalezas y oportunidades en Sección 3. Actividad de Profesionales.

<b>Códigos</b>	<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>
<b>recursos humanos motivados</b>	29	7
<b>formación adecuada</b>	21	21
<b>trabajadores de la salud coordinados</b>	16	6
<b>incremento de la demanda de atención</b>	9	4
<b>cooperación internacional</b>	8	7
<b>políticas de salud incluyentes</b>	8	7
<b>impacto positivo en el paciente</b>	7	12
<b>interés por consolidar los CP</b>	7	9
<b>opciones de expansión laboral</b>	6	10
<b>impulsar la investigación</b>	5	9
<b>apoyo administrativo</b>	4	2
<b>impacto positivo en los miembros del equipo de atención</b>	0	6
<b>apoyo privado o no gubernamental</b>	4	7
<b>desconoce</b>	4	1
<b>rescata valores humanísticos</b>	4	1

20

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

infraestructura apropiada	0	4
ninguna	3	2
se difunden los CP	0	4
asociaciones no están activas	2	1
barreras culturales	0	2
concepto actual y nuevo	2	8
disponibilidad de medicamentos	2	0
unidades de atención comprometidas	2	0
déficit de unidades de atención	0	2
déficit de estructura física	1	0
impacto positivo en la sociedad	1	3
impacto positivo en los familiares del paciente	1	2
derechos de paciente protegidos	0	1
interés por mejorar la formación en CP	0	1
leyes que protegen al paciente	0	1
trabajo en equipos multidisciplinares	0	1

Tabla 18.

Resultados DAFO debilidades y amenazas en Sección 4. Servicios de Salud.

Códigos	Debilidades	Amenazas
déficit de unidades de atención	36	10
déficit de capacitación	34	11
déficit de personal calificado	31	16
problemas administrativos	29	25
déficit de recursos económicos	24	36
barreras culturales	20	22
falta de medicamentos	14	4
déficit de estructura física	13	2
no hay difusión de los CP	13	14
inestabilidad política	0	10
falta de coordinación entre los profesionales de salud	10	6
incremento de la demanda de atención	9	7
abandono de la población en riesgo.	0	7
falta o incumplimiento de políticas de salud	7	27
falta de colaboración de las autoridades	3	4
no hay difusión de los CP entre profesionales	3	3
vacíos legales	3	9
concepto actual y nuevo	2	0
otras prioridades más importantes que los CP	2	0
desconoce	1	0
impacto negativo en los miembros del equipo de atención	0	2
poca investigación en CP en Ecuador	1	0

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Dávalos Batallas, V; 2017

<b>déficit en el control de calidad de los medicamentos</b>	0	1
<b>deshumanización de la medicina.</b>	0	1
<b>no se tiene opciones diferentes a tratamientos financiados por el estado para los pacientes que requieren cuidados paliativos</b>	0	1
<b>recursos humanos desmotivados</b>	0	1

Tabla 19.

Resultados DAFO fortalezas y oportunidades en Sección 4. Servicios de Salud.

Códigos	Fortalezas	Oportunidades
<b>impacto positivo en el paciente</b>	42	20
<b>formación adecuada</b>	33	27
<b>políticas de salud incluyentes</b>	28	35
<b>recursos humanos motivados</b>	24	8
<b>impacto positivo en los familiares del paciente</b>	13	5
<b>trabajo en equipos multidisciplinares</b>	15	1
<b>infraestructura apropiada</b>	10	7
<b>incremento de la demanda de atención</b>	9	23
<b>rescata valores humanísticos</b>	8	5
<b>disponibilidad de medicamentos</b>	7	5
<b>apoyo administrativo</b>	7	10
<b>apoyo privado o no gubernamental</b>	6	9
<b>apoyo económico</b>	6	0
<b>trabajadores de la salud coordinados</b>	4	10
<b>opciones de expansión laboral</b>	3	6
<b>interés por consolidar los CP</b>	3	0
<b>concepto actual y nuevo</b>	3	4
<b>cambio cultural favorable</b>	3	0
<b>se difunden los CP</b>	2	7
<b>impacto positivo en los miembros del equipo de atención</b>	2	0
<b>reconocimiento académico</b>	1	9
<b>ninguna</b>	1	0
<b>leyes que protegen al paciente</b>	1	2
<b>desconoce</b>	1	1
<b>derechos de paciente protegidos</b>	1	6
<b>déficit de unidades de atención</b>	1	2

Tabla 20.

Resultados DAFO debilidades y amenazas en Sección 5. Desarrollo de los CP.

Códigos	Debilidades	Amenazas
<b>poca investigación en CP en Ecuador</b>	1	0

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha: 29/06/2017 00:46:17
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

déficit de formación	27	8
apoyo privado o no gubernamental	1	1
asociaciones que no están activas	2	1
déficit de recursos económicos	5	26
déficit de unidades de atención	10	3
problemas administrativos	7	7
riesgo de que no sea sustentable	1	1
falta de evaluación de las políticas	1	1
falta o incumplimiento de las políticas de salud	9	16
vacíos legales	1	3
barreras culturales	4	2
dificultad para acceder a los medicamentos	1	0
falta de medicamentos	5	3
abandono de la población en riesgo	6	4
falta de coordinación entre los profesionales de salud	2	4
impacto negativo en los miembros del equipo de atención	1	1
recursos humanos desmotivados	4	4
déficit de personal cualificado	14	3
no hay difusión de los CP	14	3
no hay difusión de los CP entre los profesionales	3	0
déficit de estructura física	5	4
desconoce	5	1

Tabla 21.

Resultados DAFO fortalezas y oportunidades en Sección 5. Desarrollo de los CP.

Códigos	Fortalezas	Oportunidades
formación adecuada	20	17
impulsar la investigación	0	4
reconocimiento académico	1	3
déficit de formación	0	5
apoyo económico	1	0
apoyo privado o no gubernamental	6	7
incremento de la demanda de atención	8	8
interés por consolidar los CP	18	3
reducción de costos	1	0
cooperación internacional	2	8
políticas de salud incluyentes	13	7
leyes que protegen al paciente	3	0
cambio cultural favorable	6	6

23

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031	Código de verificación: OrizKecD	Fecha:
Firmado por: VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:46:17
VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11

Dávalos Batallas, V; 2017

<b>concepto actual y nuevo</b>	6	5
<b>rescatan valores humanísticos</b>	0	1
<b>disponibilidad de medicamentos</b>	2	1
<b>impacto positivo en el paciente</b>	13	7
<b>impacto positivo en los familiares del paciente</b>	2	1
<b>opciones de expansión laboral</b>	0	3
<b>recursos humanos motivados</b>	4	3
<b>trabajadores de la salud coordinados</b>	7	2
<b>trabajo en equipo multidisciplinar</b>	1	0
<b>se difunden los CP</b>	3	2
<b>infraestructura apropiada</b>	3	0
<b>desconoce</b>	6	1
<b>ninguna</b>	1	0
<b>unidades de atención comprometidas</b>	4	0
<b>en poco tiempo se ha avanzado mucho.</b>	2	0

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.  
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 970031		Código de verificación: OrizKecD	
Firmado por:	VIVIANA DAVALOS BATALLAS UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha:	29/06/2017 00:46:17
	VINITA MOHANDAS MAHTANI CHUGANI UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 00:48:37
	EMILIO JOSE SANZ ALVAREZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 08:58:23
	MIGUEL ANGEL BENITEZ ROSARIO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		29/06/2017 14:39:21
	ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA		10/07/2017 20:38:11