



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE QUITO**

**CARRERA DE DERECHO**

**LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO UN DERECHO HUMANO EN PERSONAS  
CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN ECUADOR**

Trabajo de titulación previo a la obtención del

Título de Abogado/a

AUTOR: TANIA VERONICA ROMERO MORALES

NIDIA ELIZABETH RUIZ QUISHPE

TUTOR: JORGE IVÁN RENGEL MALDONADO

QUITO-ECUADOR

2026

## **CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Nosotras, Tania Veronica Romero Morales con documento de identificación N° 1718979618 y Nidia Elizabeth Ruiz Quishpe con documento de identificación N° 1722598016 manifestamos que:

Somos las autoras y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Quito, 15 de enero del año 2026

Atentamente,



Tania Veronica Romero Morales

1718979618



Nidia Elizabeth Ruiz Quishpe

1722598016

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotras, Tania Veronica Romero Morales con documento de identificación N° 1718979618 y Nidia Elizabeth Ruiz Quishpe con documento de identificación N° 1722598016, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autoras del Artículo Académico: “Los Cuidados Paliativos como un Derecho Humano en Personas con Enfermedades Catastróficas en Ecuador”, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Abogado/a, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 15 de enero del año 2026

Atentamente,



Tania Veronica Romero Morales

1718979618



Nidia Elizabeth Ruiz Quishpe

1722598016

## **CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Jorge Iván Rengel Maldonado con documento de identificación N° 1709262867, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO UN DERECHO HUMANO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN ECUADOR**, realizado por Tania Veronica Romero Morales con documento de identificación N° 1718979618 y Nidia Elizabeth Ruiz Quishpe con documento de identificación N° 1722598016 obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Artículo Académico que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 15 de enero del año 2026

Atentamente,



Jorge Iván Rengel Maldonado

1709262867

## **DEDICATORIA**

### **1. Nidia Ruiz**

Primeramente, agradezco a Dios por haberme brindado la oportunidad de haber cursado y terminado mis estudios con éxito, y haberme brindado sabiduría y fortaleza en este arduo camino. También está dedicado este trabajo con profundo amor y gratitud a mi madre, el pilar de mi vida, quien ha sido un gran apoyo y soporte con sus palabras de aliento en los momentos que intentaba darme por vencida al igual que en los momentos alegres, así mismo a mi hermano que ha sido mi compañero incondicional también con sus palabras de aliento y motivación, como también a mi pequeña sobrina que con sus ocurrencias que me han sacado una sonrisa y que ha alegrado y motivado mi vida, a mi padrino que también me ha brindado apoyo incondicional, por su perseverancia y entrega en lo que hace, es una gran ejemplo de constancia y de nunca rendirse a pesar de las adversidades.

A todos ustedes, gracias por creer en mí y ser parte fundamental de este logro.

### **1. Tania Romero**

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero dar un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron una inspiración, apoyo y fortaleza. Este agradecimiento en especial es para Dios, mis padres, hermanos (as), mis sobrinos, mi enamorado y mis queridos docentes y mi tutor el Dr. Jorge Iván Rengel Maldonado, quien con paciencia y sabiduría me guió en este proceso, brindándome las herramientas necesarias para crecer académicamente y personalmente.

En especialmente a mis padres María Morales y Avelino Romero, les debo no solo este logro, sino también la formación de mis valores y la fuerza para nunca rendirme a pesar de las adversidades. Gracias por su amor incondicional, por sus sacrificios silencioso y por enseñarme que la verdadera riqueza está en la honestidad, en el esfuerzo y la fe, pues cada paso que doy es reflejo de su ejemplo y cada triunfo lleva impreso el sello de su entrega.

Muchas gracias a todos ustedes por demostrarme que con fe, esfuerzo y perseverancia los sueños se convierten en realidad, que el conocimiento se multiplica cuando se comparte y que el amor y la dedicación son la base de todo logro.

## RESUMEN

En Ecuador, los cuidados paliativos enfrentan una marcada discrepancia entre lo que establece la ley y la realidad cotidiana. Aunque la Constitución y la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos reconocen este servicio como un derecho constitucional, las personas que padecen enfermedades catastróficas —tanto en hospitales públicos como privados— encuentran múltiples limitaciones para acceder a una atención digna. La falta de protocolos claros, personal capacitado e infraestructura adecuada, sumada a las barreras económicas, vulnera no solo el derecho a la salud, sino también otros derechos conexos como el derecho a una vida digna.

Este artículo analiza el marco legal y la exigibilidad de los cuidados paliativos como derecho humano, evidenciando la inobservancia de principios constitucionales como la dignidad, la equidad y la justicia social.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos, dignidad, equidad, justicia social, salud pública.

## **ABSTRACT**

In Ecuador, palliative care faces a significant gap between what the law stipulates and everyday reality. Although the Constitution and the Organic Law on Palliative Care recognize this service as a fundamental human right, people suffering from catastrophic illnesses—in both public and private hospitals—face multiple limitations in accessing dignified care. The lack of clear protocols, trained personnel, and adequate infrastructure, coupled with economic barriers, violates not only the right to health but also other related rights, such as the right to a dignified life.

This article analyzes the legal framework and the enforceability of palliative care as a human right, highlighting the failure to observe constitutional principles such as dignity, equity, and social justice.

**Keywords:** Palliative care, dignity, equity, and social justice, public health.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
METODOLOGÍA.....	3
RESULTADOS .....	4
1. Reconocimiento legal y exigibilidad de los cuidados paliativos en Ecuador .....	4
2. Principios constitucionales vulnerados .....	6
3. Impacto social y jurídico de la falta de acceso a medicamentos .....	7
4. Costos de los Cuidados Paliativos:.....	8
5. Barreras de Acceso y Desigualdad Geográfica .....	11
6. Concepto y clasificación de enfermedades catastróficas en Ecuador. ....	14
DISCUSIÓN .....	16
1. Marco normativo reciente.....	16
2. Modalidades de atención .....	17
3. Jurisprudencia constitucional y eutanasia .....	19
4. Sistema Nacional de Cuidados Paliativos .....	20
5. Cuidados Paliativos y Distanasia.....	21
5.1 Principio de no maleficencia .....	23
5.2 Principio de beneficencia .....	23
5.3 Principio de justicia .....	23
5.4 Principio de autonomía .....	23
6. Dimensión humana y social.....	24
CONCLUSIONES .....	26
BIBLIOGRAFÍA: .....	28
ANEXO: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS. ....	32
ENTREVISTA 1      ANEXO 1 .....	32
ENTREVISTA 2      ANEXO 2 .....	35

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud, consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, se considera un derecho constitucional exigible, el mismo que hace concordancia a los derechos a la vida digna, seguridad social y buen vivir. El Estado se encarga de supervisar y garantizar que toda la ciudadanía acceda a servicios de salud de calidad, de manera equitativa e igualitaria sin ser objeto de algún tipo de marginación.

Los cuidados paliativos constituyen una atención médica integral destinada a aliviar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual de las personas que enfrentan enfermedades graves o terminales, así como de sus familias. Estos cuidados acompañan al paciente desde la detección de la enfermedad hasta el final de su vida, garantizando que el proceso se viva con dignidad (Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, 2025). La Constitución de la República del Ecuador establece que la salud es un derecho exigible lo que implica que el Estado tiene la obligación de garantizar ciertas condiciones de: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, mismas condiciones que se encuentran en la Observación N°14 al Art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (UN Economic and Social Council, 2000).

Este mandato se vincula directamente con el derecho a una vida digna y al buen vivir. No obstante, la realidad evidencia que las diferentes medidas adoptadas en referencia a los cuidados paliativos aún no logran asegurar de manera efectiva la garantía del cumplimiento de este derecho, ya que aquellas medidas han resultado insuficientes, generando una brecha entre lo que la normativa reconoce y lo que los pacientes experimentan en la vida cotidiana.

En este contexto, resulta necesario analizar los derechos constitucionales relacionados que se encuentran relacionados a los cuidados paliativos; entre ellos, se destaca el derecho a la salud y vida digna. Junto a ellos, se relaciona los principios constitucionales los cuales se basan en la exigibilidad, dignidad, equidad, justicia social y la autonomía del paciente. En particular, la autonomía de la voluntad del paciente se refiere que el paciente tener la facultad de decidir sobre su proceso de atención acorde a sus valores y deseos. El impacto de estos principios en la práctica sanitaria tendrá la finalidad de reflexión, en este trabajo, pues constituyen el núcleo principal de la exigibilidad de los cuidados paliativos como un derecho constitucional.

Desde esta perspectiva estos principios antes mencionados no deben considerarse únicamente como declaraciones normativas sino más bien como garantías que deben materializarse en la práctica sanitaria. En la realidad, toda persona que atraviesa una enfermedad grave debe contar con la posibilidad real de decidir sobre su propio proceso de atención, de acuerdo con sus valores, creencias y deseos. Es decir, el paciente debe ser el protagonista de las decisiones que afectan su calidad de vida, recibiendo información clara y acompañamiento respetuoso por parte del personal de salud, es decir garantizando su derecho a la salud.

En este trabajo se sostiene que los cuidados paliativos constituyen un elemento esencial del derecho a la salud, pues sin ellos dicho derecho se vacía de contenido. De este modo, su exigibilidad no se limita a una aspiración normativa, sino que se fundamenta en la obligación estatal de garantizar una atención integral que incluya el alivio del sufrimiento y la dignidad en el proceso de enfermedad.

En suma, el análisis busca demostrar que los cuidados paliativos no deben ser concebidos únicamente como un servicio médico, sino como un mecanismo esencial, cuyo cumplimiento exige la acción efectiva del Estado y la construcción de una cultura de respeto hacia la vida y la dignidad de los pacientes.

Referente a este tema existe un gran vacío en nuestra literatura ya que existe escasas o nulas investigaciones sobre la ejecutoriedad concreta de los cuidados paliativos como un derecho humano, la brecha entre lo que la norma reconoce y exige ante la realidad que los pacientes experimentan el tiempo de estos cuidados. Mediante este artículo se buscará enriquecer este tema mediante el análisis de la normativa legal, jurisprudencia y doctrina, no solo eso sino también con testimonio de casos reales tanto del paciente como de sus familiares, en donde podremos evidenciar la vulneración evidente, constante de los principios de dignidad, equidad y justicia social.

## **METODOLOGÍA**

Este artículo académico se desarrolla bajo una metodología cualitativa, enfocada en estudiar la exigibilidad de los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades degenerativas. El propósito es comprender las limitaciones actuales que existen en el sistema de salud ecuatoriano y evidenciar la necesidad de un servicio de salud que garanticen una atención adecuada y humanizada, que alivie el sufrimiento y preservación de la dignidad de las personas durante todo su tratamiento. Para ello se enfocó en el marco normativo vigente, jurisprudencia, doctrina afín al tema y entrevistas a personas que han pasado por los cuidados paliativos, lo que permitirá un contraste de expectativa y realidad.

## **RESULTADOS**

### **1. Reconocimiento legal y exigibilidad de los cuidados paliativos en Ecuador**

El derecho a la salud se reconoce en la Constitución y en la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos la cual fue aprobada en 2025 como un derecho humano esencial, universal y no discriminatorio. En este marco, resulta imprescindible precisar la relación entre ambos: los cuidados paliativos no se encuentran constituidos como un derecho independiente, sino un contenido fundamental del derecho a la salud, pues garantizan que este se ejerza de manera íntegra y eficaz. La Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025) define esta atención como un servicio integral que abarca el alivio del dolor, el soporte psicológico y el acompañamiento familiar, mientras que en el ámbito de la doctrina sostiene que forman parte del núcleo duro del derecho a la salud (de la Fuente Rivera & Pinilla Monroy, 2024). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), los cuidados paliativos deben incluir atención física, psicosocial y espiritual, siempre respetando los valores y creencias del paciente. (Salud, 2020).

En base a estas definiciones normativas y doctrinales, se entiende que los cuidados paliativos no deben ser concebidos únicamente como un tratamiento médico, sino como un mecanismo esencial que asegura dignidad y calidad de vida para las personas que enfrentan enfermedades catastróficas.

A pesar de este reconocimiento legal, el acceso igualitario a los medicamentos, escasez de un personal altamente capacitado y falta de una infraestructura sanitaria adecuada, dan cuenta que el Estado no cumple su deber de garantizar una atención digna y respetuosa (Pereira, 2013).

En este consiguiente punto, es importante resaltar que el acceso a los medicamentos la Corte Constitucional ha declarado como un punto fundamental del derecho a la salud, lo cual lo convierte en un elemento de carácter exigible (Sentencia 679-18-JP/20, Corte Constitucional del Ecuador). Con referencia al personal médico como a la infraestructura y la disponibilidad de los mismos, son elementos muy esenciales para el correcto funcionamiento de este sistema, solo que los mismos no han alcanzado aún un reconocimiento constitucional expreso. Como señala la Academia Debate y Sociedad (2025) en su análisis doctrinal de la Sentencia 679-18-EP/20, la regresividad en el presupuesto destinado a medicamentos afecta directamente la exigibilidad del derecho a la salud, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas más sólidas (Sociedad, 2025).

La Corte Constitucional ha emitido sentencias que obligan al Estado a garantizar condiciones de vida dignas para todos los ciudadanos, especialmente en contextos de vulnerabilidad y algunas de ellas son las siguientes:

N° Sentencia CCE	Tema	Derechos Demandados/Tratados
Sentencia 67-23-IN/24	Eutanasia	Derecho a la vida, Integridad Personal, Derecho a tomar decisiones sobre la propia vida. Art. 66.1 (derecho a la vida); Art. 66.3 (integridad personal); Art. 66.9 (libertad de tomar decisiones sobre la propia vida); Art. 83 (responsabilidad de respetar derechos de los ecuatorianos/as).

Sentencia 1292-19-EP/21	Derecho a la vida digna y al trabajo docente con enfermedad crónica	Art. 33 (trabajo como derecho y deber social); Art. 66.2 (vida digna); Art. 35 (protección reforzada a personas con discapacidad o enfermedades graves); Art. 76.7 (garantía de motivación)
Sentencia 1504-19-JP/21	Derechos a la seguridad social, a la salud y a la vida digna de las personas con discapacidad	Art. 34 (derecho a la seguridad social); Art. 35 (protección reforzada a grupos de atención prioritaria); Art. 66.2 (vida digna); Art. 32 (derecho a la salud)

Fuentes: Sentencia 67-23-IN/24 (Corte Constitucional del Ecuador, 2024)

Sentencia 1292-19-EP/21(Corte Constitucional del Ecuador, 2021)

Sentencia 1504-19-JP/21 (Corte Constitucional del Ecuador(CCE), 2021)

## 2. Principios constitucionales vulnerados

El principio de dignidad exige que las personas con enfermedades catastróficas reciban un tratamiento adecuado que les permita conservar su calidad de vida. Por su parte, el principio de autonomía implica que los pacientes deben ser informados sobre sus opciones terapéuticas y tener la libertad de decidir sobre su proceso de atención, respetando sus valores y deseos. Finalmente, el principio de equidad y justicia social cobra especial relevancia ante las profundas desigualdades del sistema de salud, que impiden garantizar una muerte digna para quienes más lo necesitan (Constitución de La Republica Del Ecuador, 2008).

El artículo 32 de la Constitución establece que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al

agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (Constitución de La Republica Del Ecuador, 2008). Esta disposición refuerza que el derecho a la salud no puede tratarse ni entenderse de manera aislada, sino como parte de un sistema integral que afianza las condiciones para proporcionar una vida digna. En este sentido, los cuidados paliativos deben incorporarse en las políticas públicas como una garantía en donde se respete la dignidad humana y acompañe a los pacientes en el proceso de enfermedad avanzada o terminal.

### **3. Impacto social y jurídico de la falta de acceso a medicamentos**

Las personas con enfermedades catastróficas enfrentan sufrimientos físicos y emocionales que, en muchos casos, se agravan por la ausencia de apoyo institucional y la escasa información sobre los cuidados paliativos. Esta situación también afecta a sus familias, quienes acompañan el proceso sin contar con los recursos ni el respaldo necesario.

En el contexto ecuatoriano, la escasez de medicamentos en hospitales públicos obliga a muchos pacientes a recurrir a servicios de manera privada, lo cual resulta inviable para quienes no disponen de recursos económicos. Según el Ministerio de Salud Pública, en 2025 el abastecimiento promedio de medicamentos en hospitales públicos fue de apenas 61 %, con cuatro hospitales críticos que reportaron menos del 30 % de stock, lo que obligó a declarar emergencia nacional (Redacción Udla Channel, 2025).

De manera complementaria, el Informe de País de la OPS/OMS (2024) confirmó que el abastecimiento de medicamentos fundamentales se mantuvo por debajo del nivel adecuado, con brechas graves en analgésicos y fármacos de uso oncológico (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2024). También, la OMS (2025) nuevamente realizó un informe como se encuentra nuestro país en relación a los cuidados paliativos y

describe que en área urbana solo existe la disponibilidad de estos medicamentos esenciales del 10-30% y en el área rural un porcentaje que va de 0-10% ; mientras que la disponibilidad de la morfina es en el área urbana y rural es del 0-10%, esto hace que en un porcentaje del 32% de los pacientes deben adquirirlos de su propia cuenta(Tipodoro et al., 2025).En esta parte se evidencia la desigualdad que existe, entre familia de bajos recursos, impidiendo así que se vulneren sus derechos, como señala Machado (2025) en su análisis sobre inequidades en el sistema sanitario.(Machado, 2025)

Además, también en su artículo 66 numeral 2 de Constitución de La Republica Del Ecuador establece que todas las personas tienen derecho a una vida digna el mismo tiempo que debe asegurar el acceso a la salud, alimentación y nutrición, entre otros (Constitución de La Republica Del Ecuador, 2008). Posteriormente, la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos complementa en su artículo 3 numeral 10 manifiesta el concepto de vida digna: Implica garantizar que cada paciente reciba un trato respetuoso y compasivo, que mantenga su autonomía y que se les brinde la oportunidad de vivir sus últimos momentos con la mayor calidad posible. Esto incluye la consideración de sus valores, creencias y deseos, en un entorno que favorezca su bienestar físico y emocional (Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, 2025). También en su artículo 6 en su numeral 1 manifiesta que: todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo, para lo cual la Autoridad Sanitaria Nacional dictará políticas públicas orientadas para alcanzar dichos fines (Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, 2025). 21

#### **4. Costos de los Cuidados Paliativos:**

Uno de los más grandes desafíos para acceder a los cuidados paliativos en Ecuador radica, sin duda, en el elevado costo que estos representan. Para muchas familias,

especialmente aquellas con recursos económicos limitados y que enfrentan el diagnóstico de una enfermedad catastrófica, la atención paliativa se convierte en un objetivo casi inalcanzable.

Este servicio mayoritariamente es ofertado por el sector privado, uno de ellos son los planes de medicina prepagada de Saludsa S.A. los mismos que oscilan entre USD 45 y USD 120 mensuales, mientras que las consultas médicas privadas pueden costar entre USD 25 y USD 60, en referencia a las tablas referenciales publicadas en su boletín institucional (Saludsa S.A, 2024).

Sin embargo, la reducción de análisis de los gastos directos, resulta insuficiente debido a que no abarca la totalidad de costos no solo directos sino indirectos que enfrentan los pacientes y sus familiares.

Es concerniente observar cifras oficiales que reflejan el financiamiento público en este ámbito según el Informe de Rendición de Cuentas del Ministerio de Salud Pública (2024): el presupuesto destinado a la salud durante 2024 fue de USD 2.742 millones, reconociendo que existieron varias dificultades en el abastecimiento de los medicamentos en la red de hospitales públicos, con apenas 61 % de abastecimiento y hospitales en los cuales se reportaron niveles críticos con menos del 30 % de stock, lo que obligó a declarar emergencia nacional(MSP, 2024).

En concordancia al párrafo se agrava la situación del acceso a medicamentos debido que el presupuesto destinado para este 2025 el Ministerio de Salud solo ejecutó hasta julio el 60% del presupuesto de medicamentos (199 millones de dólares de un total de 334). Pero en la realidad, las farmacias de los hospitales estarían vacías (León, 2025).

Aquellos datos no muestran que la problemática no solo se relaciona al costo de los servicios privados, sino que también la insuficiencia de inversión por parte del Estado en rubros importantes como el abastecimiento de medicamentos y cuidados paliativos, lo que evidencia la necesidad de destinar un porcentaje específico y sostenido del presupuesto de salud para poder garantizar estos derechos.

Sin embargo, reducir el análisis únicamente a los costos directos del servicio resulta insuficiente para comprender el impacto real que enfrentan los pacientes y sus seres queridos.

Existen múltiples gastos indirectos que inciden fuertemente en el acceso a este derecho fundamental y que, lejos de ser detalles menores, profundizan la desigualdad social. Por ejemplo, para quienes viven en zonas rurales, acceder a cuidados paliativos implica trasladarse a hospitales ubicados en las principales ciudades, lo que conlleva gastos significativos en transporte, alojamiento y alimentación, tanto para el paciente como para sus acompañantes. Además, el sistema público de salud suele no cubrir el alquiler de equipos médicos básicos —como camas hospitalarias, sillas de ruedas o concentradores de oxígeno— ni proveer insumos esenciales como gasas, medicamentos o analgésicos específicos. Según el economista Liz Ortiz en el periódico *Primicias* manifiesta que “La adquisición de estos insumos es lenta, engorrosa, o los productos simplemente no están disponibles cuando se los necesita” (Ortiz, 2024).

A estos desafíos se suman otros gastos relacionados con la atención integral del paciente, como fisioterapia, masajes o acompañamiento psicológico, servicios que no siempre están incluidos dentro de la cobertura del área de cuidados paliativos del sistema de salud. La falta de servicios domiciliarios o ambulatorios adecuados obliga a las familias a recurrir a

urgencias o solicitar citas médicas, incluso ante complicaciones menores, generando así más egresos y aumentando el desgaste emocional y económico.

No puede pasarse por alto la carga que recae sobre los familiares que acompañan al paciente. Ellos, además de enfrentar los gastos de hospitalización y las constantes visitas médicas, suelen verse obligados a reducir su jornada laboral o incluso a dejar sus empleos para brindar un acompañamiento constante y de calidad.

En definitiva, los altos costos directos e indirectos asociados a los cuidados paliativos no solo dificultan el acceso efectivo a un derecho esencial, sino que también profundizan la situación de desigualdad y precariedad de quienes ya viven una realidad marcada por la enfermedad y el sufrimiento. El mismo que se evidencia como resultado de lo comentado en las entrevistas por familiares de los pacientes, quienes ratifican el estado de situación de quienes se encuentran en esta posición.

Frente a este panorama y en el contexto de las entrevistas mencionadas, que constan como anexo a esta investigación, es fundamental que el Estado asuma un rol activo y comprometido, implementando políticas públicas integrales que garanticen el acceso universal, equitativo y digno. Solo así se asegura que todas las personas, sin importar su condición socioeconómica o lugar de residencia, tengan la oportunidad de vivir y morir con dignidad.

## **5. Barreras de Acceso y Desigualdad Geográfica**

En Ecuador, el acceso a los cuidados paliativos para personas con enfermedades catastróficas se ve obstaculizado por diversas barreras de índole geográfica e institucionales. Esta situación resulta aún más grave cuando consideramos el impacto humano que tiene sobre

quienes sufren enfermedades graves y sus familias, pues limita la posibilidad de recibir atención integral y digna en el momento más crítico de sus vidas (Ortiz, 2024).

La principal desigualdad se encuentra radicada en la concentra en los hospitales especializados en cuidados paliativos ubicados en las principales ciudades del país como son Quito, Guayaquil y Cuenca.

Un ejemplo claro es el Hospital de Solca ubicado en la ciudad de Quito, mientras que las instituciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) también se localizan principalmente en estas ciudades principales. Esta centralización ha sido documentada por Verónica Tripodoro, Andrea Bejar y Carla Zapata- (2025), quienes señalan que la oferta de cuidados paliativos en Ecuador se concentra en las grandes ciudades, dejando sin cobertura a las poblaciones rurales siendo estas las más vulnerables (Tipodoro et al., 2025).

De manera similar, Nancy Pachacama (2022) advierte que esta concentración genera barreras de acceso y contradice el principio de universalidad del derecho a la salud (Pachacama Pachacama, 2022). Además, la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos ASECUP (2025) confirma que la mayoría de instituciones especializadas en cuidados paliativos se ubicadas en Quito, Guayaquil y Cuenca, lo que contrasta según cifras poblacionales oficiales: Guayaquil cuenta con aproximadamente 3,245,000 habitantes, Quito con 2,018,000 y Cuenca con 462,000, según lo indica el Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC (2024) (ASECUP, 2025); (INEC), 2024).

Esta problemática evidencia que no solo el aspecto económico es el limitante para acceder a los cuidados paliativos, sino también influye el lugar de residencia, reforzando que este servicio se expanda este servicio a lugares más allá de las grandes ciudades.

A esta desigualdad geográfica se suma el hecho de que los centros de salud comunitarios de primer nivel, que podrían desempeñar un papel fundamental como puerta de entrada a los cuidados paliativos mediante la atención domiciliaria, son sistemáticamente excluidos de la prestación de este servicio (Ortiz, 2024). Esta exclusión impide que estos centros, que están más cerca de las comunidades, adquieran la formación, los recursos y la capacidad necesarios para suministrar medicamentos esenciales y acompañar a los pacientes y sus familias de manera oportuna.

En cuanto al acceso a medicamentos para cuidados paliativos por ejemplo la morfina y otros opioides, debe ser considerado como un elemento fundamental del derecho a la salud. La Corte Constitucional del Ecuador mediante la Sentencia No. 679-18-JP/20 (2025), estableció que garantizar la disposición y calidad de los medicamentos en una de las obligaciones del Estado, de manera especial en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas. Además, la participación de los profesionales de la salud en la prescripción no constituye ningún impedimento, sino una garantía de seguridad y eficiencia. Sin embargo, el verdadero problema se basa en el instante de que no haya la cantidad necesaria de especialistas en cuidados paliativos y la falta de promoción de capacitaciones hacia los profesionales de la salud.

Esto demuestra que tener los medicamentos disponibles no basta por lo que sigue existiendo muchos desafíos en cuestiones de las capacitaciones medicas con el fin de proteger que todas las personas reciban la misma atención.

En suma, abordar estas barreras implica reconocer el rostro humano del problema y exigir políticas públicas integrales que prioricen la equidad, la descentralización de los servicios y la formación continua de los profesionales de la salud. Solo así se podrá asegurar

que todas las personas, sin importar su lugar de residencia o condición socioeconómica, tengan la oportunidad de transitar el final de la vida con dignidad y el menor sufrimiento posible.

Finalmente, no podemos ignorar el impacto del estigma social y el desconocimiento médico respecto al uso de estos medicamentos. El miedo a su mala utilización conduce a la infrautilización de analgésicos esenciales, lo que provoca que muchos pacientes experimenten dolores severos aun cuando existan tratamientos disponibles. Esta situación evidencia la urgente necesidad de sensibilizar y capacitar tanto a la sociedad como al personal sanitario, con el fin de garantizar el acceso efectivo, equitativo y digno a los cuidados paliativos en todo el país (Navarra, 2025).

## **6. Concepto y clasificación de enfermedades catastróficas en Ecuador.**

Para comprender adecuadamente el acceso a los cuidados paliativos, es fundamental identificar qué enfermedades se consideran catastróficas, ya que el reconocimiento de estas condiciones médicas permite garantizar la protección de derechos fundamentales como: derecho a la salud y vida digna para quienes las padecen. Las enfermedades catastróficas se definen como aquellas de alta complejidad y riesgo, que generan un deterioro significativo en la salud de las personas y requieren tratamientos costosos, los cuales pueden ser prolongados o incluso permanentes. Este tipo de enfermedades no solo representa una carga económica considerable, sino también un enorme impacto emocional y social para los pacientes y sus familias (MSP, 2019).

Según el Ministerio de Salud Pública ha establecido una clasificación detallada de las enfermedades catastróficas que dan acceso a cuidados paliativos, procurando así priorizar la atención integral y digna para quienes más lo necesitan. Entre las principales se encuentran:

Malformaciones congénitas del corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas; Cáncer en cualquiera de sus formas; Tumores cerebrales, sin importar el estadio o tipo; Insuficiencia renal crónica; Trasplantes de órganos como riñón, hígado o médula ósea.; Secuelas de quemaduras graves; Malformaciones arteriovenosas cerebrales; Síndrome de Klippel-Trenauna; Aneurisma tóraco-abdominal. (MSP, 2019). Las mismas que se encuentran detalladas en la siguiente Tabla N° 2. Categorías de enfermedades que limitan y amenazan la vida referencial (Pag.12) del Manual-Básico-de-Enfermería Paliativa (Rojas García et al., 2022). Adaptada a las enfermedades antes mencionadas.

Categoría	Condiciones	Enfermedades incluidas (según listado proporcionado)
1	Enfermedades que amenazan la vida y para las cuales el tratamiento curativo es posible, pero puede fracasar. El acceso a cuidados paliativos puede ser necesario junto con el tratamiento activo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer en cualquiera de sus formas</li> <li>• Tumores cerebrales, sin importar el estadio o tipo</li> <li>• Trasplantes de órganos (riñón, hígado, médula ósea)</li> </ul>
2	Enfermedades en las que la muerte prematura es inevitable, pero pueden existir largos períodos de tratamiento intensivo orientado a prolongar la vida y mantener la calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformaciones congénitas del corazón</li> <li>• Todo tipo de valvulopatías cardíacas</li> <li>• Insuficiencia renal crónica</li> </ul>
3	Enfermedades progresivas sin opciones curativas, donde el tratamiento es exclusivamente paliativo y puede prolongarse durante años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Klippel-Trenaunay</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformaciones arteriovenosas cerebrales</li> </ul>
4	<p>Categoría</p> <p>Condiciones irreversibles no progresivas que causan una gran discapacidad y conllevan una alta probabilidad de complicaciones de salud y muerte prematura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuelas de quemaduras graves</li> <li>• Aneurisma tóraco-abdominal</li> </ul>

Fuente: Tabla N° 2. Categorías de enfermedades que limitan y amenazan la vida

referencial(Pag.12) del Manual-Básico-de-Enfermería-Paliativa. Adaptada a la información proporcionada anteriormente.

El reconocimiento de la naturaleza y complejidad de las enfermedades catastróficas no solo evidencia la necesidad de implementar los cuidados paliativos, sino que muestra la obligación de que tiene el Estado y la sociedad del desarrollo de políticas públicas y servicios de salud que brinden atención humana, oportuna y digna a quienes las padecen. Cada diagnóstico implica un proceso doloroso y complejo; en contexto, contar con cuidados paliativos significa tener un respaldo real que permite mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento en la etapa más complicada de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

### 1. Marco normativo reciente

La exigibilidad de los cuidados paliativos en Ecuador se ha convertido en un tema central dentro del debate constitucional y sanitario. La aprobación de la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos en 2024, con 114 votos afirmativos y el respaldo de asociaciones, fundaciones y sociedad civil, constituye un hito histórico (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2024). Esta ley no solo reconoce la necesidad de atención integral para pacientes con

enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, sino que también visibiliza el sufrimiento de las familias que acompañan estos procesos.

El debate parlamentario reflejó una sensibilidad creciente hacia la dignidad humana en la última etapa de la vida. Siete asambleístas destacaron que la ley representa un paso trascendental para reconocer a quienes enfrentan la muerte, promoviendo un enfoque integral que alivie el dolor físico, pero también el sufrimiento emocional y espiritual. Sin embargo, la aprobación normativa es apenas el inicio: la verdadera exigibilidad depende de la capacidad del Estado para traducir la ley en políticas públicas efectivas y sostenibles.

No obstante, los testimonios de la presente investigación, obtenidos a partir de dos entrevistas semiestructuradas realizadas en noviembre de 2025 a familiares directos de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, evidencian que la existencia de un marco normativo no garantiza por sí sola la exigibilidad efectiva de los cuidados paliativos. En el primer testimonio de un hijo de 30 años de un paciente atendido en el Hospital Militar, se identificaron diagnósticos erróneos, deficiencia de servicios y ausencia interdisciplinaria, lo que derivó en un deterioro significativo de la calidad de vida del paciente y en una elevada carga emocional y económica para su familia. En este caso se evidencia que existe distancia entre lo jurídico y su aplicación real (Anexo 1-Anexo 2).

## **2. Modalidades de atención**

El artículo 7 de la ley establece tres modalidades de atención dentro del Sistema Nacional de Cuidados Paliativos: hospitalización, atención ambulatoria y atención domiciliaria (Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, 2025). Cada modalidad responde a diferentes necesidades:

- Hospitalización: dirigida a pacientes en estado crítico, con equipos interdisciplinarios y suficiente infraestructura.
- Ambulatoria: pensada para quienes requieren seguimiento médico sin necesidad de internamiento, garantizando continuidad en todos los niveles de atención.
- Domiciliaria: busca acercar la atención al entorno familiar, respetando la autonomía y los valores culturales de cada paciente.

Estas modalidades reflejan un cambio de paradigma: la salud no se limita al hospital, sino que se extiende al hogar y a la comunidad. Sin embargo, la brecha entre lo normativo y lo real es evidente. En muchas zonas rurales, la falta de equipos especializados y la escasez de infraestructura impiden que estas modalidades se materialicen. La dignidad del paciente, aunque reconocida en la ley, sigue dependiendo de factores estructurales que limitan su acceso.

Las entrevistas realizadas a los familiares de los pacientes se manifestaron de forma empírica las diferentes modalidades. Mientras que en el primer testimonio de los casos la atención ambulatoria y domiciliaria nunca existió y aparte la misma fue condicionada a una aceptación tardía de los cuidados paliativos, en el segundo testimonio correspondiente a una hija de 45 años de un paciente derivado de manera oportuna al Hospital de Solca por medio del IESS en donde se certifica un acceso eficaz y seguimiento continuo, apoyo y atención psicológica. Aquí podemos palpar dos realidades diferentes en donde se demuestra que la implementación de las diferentes modalidades que se encuentran previstas en la ley depende, en gran magnitud, de la institución prestadora, la coordinación estratégica entre servicios y la

disponibilidad de equipos especializados, lo que genera gran desigualdad en el acceso al derecho a una atención paliativa digna (Anexo 1-Anexo 2).

### **3. Jurisprudencia constitucional y eutanasia**

La Corte Constitucional, en la sentencia 67-23-IN/24, analizó el artículo 144 del COIP en relación con la eutanasia, destacando la conexión entre vida digna y autonomía. Reconoció que existen excepciones cuando estos derechos están protegidos por la Constitución de la República del Ecuador y respaldada por la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos. En el dictamen 5-24-OP/24, aceptó parcialmente

La objeción presidencial hacia el proyecto de Ley Orgánica de Cuidados Paliativos por inconstitucionalidad planteada sobre los artículos 1,3 numero 5,18,19 21 y sobre el segundo inciso del artículo 19. En su decisión, precisó que tanto los fondos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) como del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) no pueden destinarse a fines ajenos a la seguridad social, también se declaró improcedente la objeción presidencial respecto a la creación del Servicio Nacional de Cuidados Paliativos como un sistema autónomo, al igual que la objeción presidencial contra los artículos 19, inciso 1-3 y la disposición tercera(Corte Constitucional del Ecuador(CCE), 2024).

Este dictamen es relevante para la investigación porque delimita claramente el financiamiento de los cuidados paliativos, estableciendo que su implementación debe garantizarse mediante políticas públicas estatales y no con recursos de la seguridad social, lo que impacta directamente en la viabilidad de su aplicación.

Esta decisión es muy importante ya que recalca que esos recursos deben proteger los derechos como la salud y los mismos no deben ser destinados para otros propósitos, Esto quiere decir que los cuidados paliativos, es necesario que el dinero que se encuentra en la seguridad social garantice la atención de los pacientes y no ser empleados a fines ajenos.

La eutanasia activa es uno de los puntos más controvertidos. Su aplicación exige requisitos estrictos; de lo contrario, el médico que la practique sería sancionado. El artículo 66 de la CRE reconoce el derecho a decidir sobre la muerte en condiciones que respeten la dignidad y valores personales. Este debate revela una tensión entre el principio de inviolabilidad de la vida y el derecho a morir con dignidad.

La Corte Constitucional ha señalado que prolongar la vida de las personas en condiciones de sufrimiento irreversible puede convertirse en una forma de vulnerar la dignidad humana, cuando se ignora la autonomía del paciente y por ende se incurre en prácticas desmedidas. Este criterio ha sido desarrollado, en la Sentencia No. 67-23-IN/24, en donde se reconoce que el derecho a la vida debe ser interpretado de una manera equilibrada con la dignidad humana, eludiendo el encarnizamiento terapéutico y promoviendo diferentes alternativas las cuales preponderen el aplacamiento del sufrimiento (Corte Constitucional del Ecuador, 2024).

#### **4. Sistema Nacional de Cuidados Paliativos**

La discusión sobre el Sistema Nacional de Cuidados Paliativos no puede separarse del debate sobre la eutanasia, pues ambos giran en torno al derecho a morir con dignidad. La Corte Constitucional, en la Sentencia No. 67-23-IN/24, manifestó que el Estado es el encargado de ofrecer diferentes alternativas para el alivio del dolor y sufrimiento antes de poner en consideración de poner fin a la vida (Corte Constitucional del Ecuador, 2024).

Aquella decisión se precisó que “la eutanasia activa se dirige a terminar con condiciones extremas de dolor a través de la muerte asistida, mientras que los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento mediante atención integral”. Además, el fortalecimiento de los cuidados paliativos no solo es un asunto estrictamente administrativo o económico, sino una condición para que los pacientes puedan de manera libre de desempeñar su autonomía en un ambiente de respeto y humanidad.

No obstante, si los cuidados paliativos se encuentran con garantía de su cumplimiento, la eutanasia se convertiría en una opción libre, voluntaria y consiente; pero en caso de que no exista un servicio adecuado, ausencia de atención puede orillar a los pacientes a tomar la decisión de someterse a la eutanasia como una salida emergente frente al sufrimiento.

Esta reflexión encuentra con sustento mediante los testimonios recogidos en el desarrollo de la investigación. En uno de los casos analizados, existió carencia de un sistema eficaz de cuidados paliativos y, la falta de información clara y a destiempo llevaron a que el paciente y sus familiares apreciaran la atención médica como desquebrajada y deshumanizada. A diferencia, el caso que fue atendido dentro de un sistema estructurado de cuidados paliativos en donde permitió que el paciente mantenga una vida digna, también contaba con seguimiento constante y apoyo emocional, asegurando el fortalecimiento del Sistema Nacional de Cuidados Paliativos es una condición preliminar para el ejercicio real de la autonomía personal.

### **5.Cuidados Paliativos y Distanasia**

Los cuidados paliativos, según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, constituyen un enfoque integral dedicado a mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias que atraviesan el difícil camino de

enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque no sólo se centra en la prevención y el alivio del sufrimiento, sino que abarca la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, entendiendo que el cuidado del ser humano va más allá de lo meramente biológico (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, n.d.)

En contraste, la distansia también conocida como obstinación o ensañamiento terapéutico consiste y se presenta como una práctica que consiste en aplicar medidas médicas desproporcionadas o extraordinarias con el único fin de prolongar la vida biológica de una persona en fase terminal, sin llegar a considerar su dignidad ni sufrimiento. Según la UNIR, esta actitud médica, lejos de aportar bienestar, suele traducirse en un sufrimiento innecesario y una agonía prolongada que atenta contra la dignidad de la persona. Considerada una práctica ha sido muy cuestionada por la bioética contemporánea, ya que la misma observa que al existir una prolongación innecesaria del proceso biológico natural de morir puede constituir una forma de vulnerar los derechos humanos del paciente (UNIR, 2023).

El autor Víctor Ruz nos brinda una definición de distancia y su relación con los cuatro principios de la bioética, considera que la distancia es una obstinación terapéutica que se basa en la aplicación de métodos desproporcionados el cual se aplica a pacientes con enfermedades terminales el cual tiene una finalidad que es prolongar la vida y agonía del paciente. Y como resultado esta práctica puede desembocar en daños físicos, psicológicos y sociales, además; transgrede los cuatro principios de la bioética: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía (Ruz, 2021). Los mismos que serán detallados a continuación:

### **5.1 Principio de no maleficencia**

Se transgrede este principio al momento de la aplicación al paciente de un tratamiento que no se encuentra indicado, es desmedido o que el mismo provoca complicaciones inevitables como: daños o lesiones.

### **5.2 Principio de beneficencia**

Es aquel principio en donde la actuación médica se lo realiza en el mejor interés para cada uno de los pacientes, en donde no solo depende de la parte medica sino también de los propios fines y valores del paciente.

### **5.3 Principio de justicia**

Principio en donde se destaca principalmente la justa y equitativa distribución de los recursos sanitarios, es decir que todos los pacientes deben recibir. Para aquellos pacientes con dichas enfermedades es inevitable la administración ilimitada de recursos en desmedro de otros pacientes más necesitados de ellos.

### **5.4 Principio de autonomía**

Aquel principio es donde el paciente se encuentra consiente de su estado de salud y el avance de su enfermedad y que se encuentra en perfectas condiciones de opinar sobre como desea llevar su tratamiento y respaldar u oponerse al criterio o decisiones que tomen su equipo médico. Es decir que el mismo podrá decidir de continuar o no su tratamiento médico.

Al comparar ambas posturas, se evidencia que los cuidados paliativos priorizan la calidad de vida y el respeto a la autonomía y dignidad del paciente, mientras que la distansia sacrifica estos valores en aras de alargar el tiempo de vida, sin considerar el impacto humano y emocional que ello conlleva. Así, queda claro que el verdadero sentido del acompañamiento médico debe estar guiado por la empatía, la compasión y el respeto al derecho a una muerte

digna, evitando caer en prácticas que perpetúen el sufrimiento sin ofrecer una verdadera esperanza ni consuelo.

## **6. Dimensión humana y social**

La aplicabilidad de los cuidados paliativos exige más que normas jurídicas: requiere un cambio cultural y social. La participación ciudadana y profesional es clave para exigir cumplimiento y denunciar deficiencias.

Como señalan Alarcón Cedeño y Suárez Montes (págs. 743-758): “El Sistema de Salud del Ecuador no consigue apoderarse de manera plena de los objetivos sanitarios que impacten la calidad de la atención del servicio prestado. Asimismo, continúan las barreras de acceso integrales y oportunas; adicionalmente, limitada ayuda financiera” (Alarcón Cedeño & Suárez Montes, 2020).

La discusión sobre cuidados paliativos en Ecuador revela un proceso en construcción. La ley y la jurisprudencia han sentado bases sólidas, pero la verdadera exigibilidad depende de la capacidad del Estado para garantizar acceso equitativo, infraestructura adecuada y personal capacitado.

La dignidad humana, reconocida en la Constitución ecuatoriana, exige que los pacientes con enfermedades catastróficas, no sean tratados como objetos de asistencia, sino como sujetos de derechos. En este sentido, los cuidados paliativos representan una respuesta ética y jurídica a la vulnerabilidad de quienes enfrentan enfermedades catastróficas.

Como afirma la autora Vintimilla: “los cuidados paliativos son la respuesta a muchas interrogantes frente a la dignidad humana al momento de tener una enfermedad en fase terminal” (Vintimilla, 2018). Tal y como advierten los autores Férrez Vergara(págs.248-258): “la falta de reconocimiento explícito impide que los cuidados paliativos sean exigibles como

derecho humano, lo que deja a los pacientes en una situación de vulnerabilidad jurídica” (Férez Vergara & Vergara Ronquillo, 2024).

Los testimonios analizados reafirman que la privación de cuidados paliativos no solo impacta al paciente, sino que desestabiliza significativamente al núcleo familiar, el cual genera desgaste emocional, económico, severo. Por el contrario, cuando existe seguimiento paliativo indicado, el proceso de enfermedad se afronta con mayor manejo emocional, información transparente y respeto a la dignidad humana, lo que asevera el carácter social y humano de este derecho.

Finalmente, podemos afirmar que los cuidados paliativos constituyen un soporte esencial en la protección de los derechos humanos, especialmente para quienes padecen enfermedades catastróficas. La aprobación de la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos en 2024 y su publicación en 2025 representan hitos fundamentales para el marco legal ecuatoriano, en concordancia con los principios constitucionales de dignidad, equidad y justicia social. Sin embargo, persiste una brecha significativa entre la existencia de la normativa y su aplicación efectiva, marcada por barreras económicas, geográficas y estructurales.

El reto, por tanto, es doble: fortalecer el marco normativo y garantizar políticas públicas que hagan realidad este derecho. Solo así se podrá construir un sistema de salud que acompañe a las personas en el tránsito más difícil de la vida, asegurando que tengan apoyo integral y un trato digno.

## CONCLUSIONES

En Ecuador, los cuidados paliativos como derecho humano exigible en el análisis realizado se evidencian que los cuidados paliativos no pueden ser concebidos únicamente como un servicio médico complementario, sino como una garantía integral de derechos humanos. La Constitución y la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos reconocen este derecho, vinculándolo directamente con la dignidad y el buen vivir. Sin embargo, persiste una brecha entre lo que establece las normas y lo que ocurre en la práctica, pues los accesos efectivos a estos servicios siguen siendo limitados y discriminados. Esta situación legal obliga al Estado a asumir un rol más efectivo lo que significa es implementar políticas públicas, para elegir recursos suficientes y protege a las instituciones de salud para que brinden oportunamente los cuidados paliativos en todo su territorio nacional.

En este marco, la dignidad humana se presenta como el eje transversal que debe guiar toda política pública en materia de salud. Negar o limitar el acceso a cuidados paliativos implica una vulneración directa de este principio, pues condena a las personas con enfermedades catastróficas a conllevar una calidad de vida digna.

A ello se suma las desigualdades estructurales y geográficas que profundizan la inequidad en el acceso a cuidados paliativos. La concentración de servicios en grandes ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca deja en situación de vulnerabilidad a quienes habitan en zonas rurales. Esta desigualdad territorial contradice el mandato constitucional de universalidad y equidad.

Los elevados costos directos e indirectos asociados a los cuidados paliativos generan una situación de vulnerabilidad que afecta de manera directa al paciente y, de forma indirecta,

a su familia. Eso refleja que la ausencia de cobertura pública integral no solo vulnera el derecho a la salud, sino también el derecho al trabajo y a una vida digna.

Los aspectos específicos como presupuestos son aprobados por la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos en 2025 constituye un avance histórico, pero su eficacia depende de la voluntad política y de la asignación presupuestaria suficiente. Sin infraestructura adecuada, personal capacitado y acceso garantizado a medicamentos esenciales, la ley corre el riesgo de convertirse en una declaración formal sin impacto real. La exigibilidad del derecho demanda políticas públicas sostenibles que integren lo jurídico, lo social y lo humano.

Más allá de lo normativo, los cuidados paliativos también tienen una dimensión ética y cultural con la vida. Se trata de reconocer las necesidades emocionales, espirituales y culturales de los pacientes y sus familias, evitando que sean tratados como objetos de asistencia. Es igual de relevante como el desarrollo de normativas jurídicas ya que las mismas ayudan a consolidar una mejor conciencia social sobre la vulnerabilidad humana.

Finalmente, el gran reto pendiente a cerrar la distancia entre lo que dice las leyes y lo que ocurre en la realidad el mayor desafío identificado es la distancia entre el reconocimiento legal de los cuidados paliativos y su aplicación en la vida cotidiana. Superarla implica un esfuerzo conjunto del Estado, la sociedad civil y la comunidad médica para garantizar que cada paciente pueda vivir y morir con dignidad, sin importar su condición socioeconómica o lugar de residencia.

## BIBLIOGRAFÍA:

Alarcón Cedeño, F., & Suárez Montes, N. (2020). La salud como derecho consagrado en la Constitución de la República del Ecuador. In Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional (Vol. 5, Issue 12). <https://doi.org/10.23857/pc.v5i12.2141>

Asamblea Nacional República del Ecuador. (2024). Asamblea nacional aprueba por unanimidad la ley orgánica de cuidados paliativos. 593. [https://www.asambleanacional.gob.ec/es/blogs/comision-del-derecho-la-salud-y-deporte/100942-asamblea-nacional?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.asambleanacional.gob.ec/es/blogs/comision-del-derecho-la-salud-y-deporte/100942-asamblea-nacional?utm_source=chatgpt.com)

ASECUP, A. E. de C. P. (2025). DIRECTORIO DE ASECUP. <https://asecup.org/directorio/>  
Constitución de La Republica Del Ecuador (2008). [www.lexis](http://www.lexis.com).

Corte Constitucional del Ecuador(CCE). (2021). Sentencia No. 1504-19-JP/21 - Jueza ponente Daniela Salazar. 2, 1–53. [www.corteconstitucional.gob.ec](http://www.corteconstitucional.gob.ec)

Corte Constitucional del Ecuador(CCE). (2024). Dictamen 5-24-OP/24 Objeción presidencial parcial del proyecto de Ley Orgánica de Cuidados Paliativos aprobado por la Asamblea Nacional. <https://www.corteconstitucional.gob.ec/dictamen-5-24-op-24/>

Corte Constitucional del Ecuador. (2021). Sentencia No. 1292-19-EP/21. Caso No . 1292-19-EP, 1292, 1–22.

Corte Constitucional del Ecuador. (2024). Sentencia 21-23-IN/24. 1–24. [https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOiczNGUxYzU3ZS0zMTZhLTRhMzAtOTIIMC1kYTRkZGU1ZGQ3OTYucGRmJ30=](https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOiczNGUxYzU3ZS0zMTZhLTRhMzAtOTIIMC1kYTRkZGU1ZGQ3OTYucGRmJ30=)

de la Fuente Rivera, J. A., & Pinilla Monroy, Á. C. (2024). Los cuidados paliativos como derecho humano. 35, 573–596. <https://doi.org/https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n3.07>

Férez Vergara, J. L., & Vergara Ronquillo, C. J. (2024). Importancia de incorporar los cuidados paliativos en los Derechos de la Constitución de la República del Ecuador. In Importancia de

incorporar los cuidados paliativos en los Derechos de la Constitución de la República del Ecuador págs. 248-258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9909575>

INEC), I. E. de E. y C. (. (2024). Estimaciones y Proyecciones de Población. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

León, P. (2025, December 3). La crisis de la salud pública en Ecuador, explicada. <https://gk.city/2025/08/27/la-crisis-de-la-salud-publica-en-ecuador-explicada/>

Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, 1 (2025). <https://app.vlex.com/vid/ley-organica-cuidados-paliativos-1087202887%0D>

Machado, J. (2025). Ante la falta de medicamentos en los hospitales públicos ,pacientes con cáncer crean su propio banco de fármacos. <https://www.primicias.ec/sociedad/pacientes-cancer-banco-medicamentos-hospitales-iess-ministerio-salud-ecuador-102506/>

MSP. (2019). Anexo al iess criterio médico. ENFERMEDADES CATASTROFICAS. [https://intranet.dpe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/09/ENFERMEDAD\\_CATASTROFICA-1.pdf](https://intranet.dpe.gob.ec/wp-content/uploads/2019/09/ENFERMEDAD_CATASTROFICA-1.pdf)

MSP. (2024). Informe Ejecutivo del Ministerio de Salud Pública 2024. 1–61. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/07/10.informe\\_ejecutivo\\_rc-msp.pdf?utm\\_source](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/07/10.informe_ejecutivo_rc-msp.pdf?utm_source)

Navarra, U. de. (2025). Los cuidados paliativos en Ecuador: acceso desigual para aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/23/10/2025/los-cuidados-paliativos-en-ecuador-acceso-desigual-para-aliviar-el-sufrimiento-grave-relacionado-con-la-salud/content/lovPblW1fC70/193093204>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). Cuidados paliativos. Cuidados Paliativos. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2024). Informe anual 2024 Ecuador. <https://www.paho.org/es/publicaciones/ecuador-informe-anual-pais-2024>

Ortiz, L. (2024, December 4). Ecuador está en deuda con los cuidados paliativos/DESAFÍOS Y BARRERAS PARA EL ACCESO EN ECUADOR. <https://revistagestion.primicias.ec/analisis-sociedad/ecuador-esta-en-deuda-con-los-cuidados-paliativos/>

Pachacama Pachacama, N. E. (2022). Oportunidades y barreras de acceso a los cuidados paliativos: una revisión bibliográfica. <https://lib.unnes.ac.id/20002/>

Pereira, L. (2013). Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias. Técnica de La Facultad de Ingeniería Universidad Del Zulia. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642007000200002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642007000200002)

Redacción Udl Channel. (2025, October 29). Los hospitales públicos enfrentan escasez de medicamentos. <https://www.udlachannel.com/2025/10/29/hospitales-publicos-del-ecuador-enfrentan-una-grave-escasez-de-medicamentos/>

Rojas García, C., Rincón Ascencio, E., Sánchez Rúa, M., Giraldo Castro, M., Bossa Ruiz, M., Quintero Trejos, M., Sequea Torregrosa, L., Martínez Martínez, M., & Sánchez Bolívar, L. (2022). Manual Básico de Enfermería Paliativa. Facultad de Enfermería de La Universidad El Bosque, 12. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>

Ruz, V. H. (2021). Therapeutic effort limit, when do we stop? Revista Chilena de Anestesia, 50(1), 252–268. <https://doi.org/10.25237/REVCHILANESTV50N01-15>

Salud, O. M. de la. (2020). Cuidados paliativos. Cuidados Paliativos. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Saludsa S.A. (2024). TABLA de COBERTURAS SKY70KPLUS. [https://vanguardiaseguros.com.ec/wp-content/uploads/2024/06/Anexo\\_SKY70KPLUS-3.pdf](https://vanguardiaseguros.com.ec/wp-content/uploads/2024/06/Anexo_SKY70KPLUS-3.pdf)

Sociedad, A. D. y. (2025). Derecho a la Salud-Análisis Sentencia Nro. 679-18-EP/20. <https://academiadebatesociedad.com/derecho-a-la-salud-analisis-sentencia-nro-679-18-ep-20/>

Tipodoro, V. A., Zapata, C., & Béjar, A. C. (2025). Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en Ecuador según los indicadores de la OMS JUNIO 2025. 23–28.

UN Economic and Social Council. (2000). Observación general No 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales., 43937,4-6(parr.12).

<https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

UNIR. (2023). Distanasia u obstinación terapéutica: definición y consideraciones éticas en la práctica médica. <https://www.unir.net/revista/salud/obstinacion-terapeutica/>

Vintimilla, D. (2018). “LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO UN DERECHO HUMANO [https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7788/1/13590.pdf].

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7788/1/13590.pdf>

## **ANEXO: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS.**

### **ENTREVISTA 1            ANEXO 1**

**Fecha:** 17 de noviembre de 2025

**Edad:** 30 años

**Relación Familiar:** Hijo del paciente.

**Enfermedad:** Cáncer en el estomago

#### **1.- ¿Cómo fue el proceso de diagnóstico y tratamiento inicial de su padre en el Hospital Militar?**

Bueno, al principio tuvieron que internar a mi papá en el hospital militar mientras identificaban qué anomalías tenía en el tubo biliar. Durante ese periodo previo al diagnóstico, lo llevaron a otros hospitales y clínicas que tenían convenio con el hospital militar, porque ahí no contaban con los instrumentos necesarios para hacerle una endoscopia y una valoración interna. Por eso lo trasladaron a una clínica por el norte de Quito, cerca de la Pradera, donde el especialista dijo que mi papá tenía una obstrucción y parecía una masa. Sin embargo, él nos explicó que no era solo una masa, sino un tumor maligno; prácticamente nos dijo que era cáncer. Cuando informamos a los doctores del hospital militar, ellos nos dijeron que no, que el doctor estaba equivocado, porque primero era necesario hacerle una biopsia y, hasta tener los resultados, confirmar el diagnóstico. Dijeron que ningún colega puede dar un diagnóstico definitivo sin todas las pruebas. Siento que ahí hubo una falla tremenda del hospital militar, porque el doctor externo con su experiencia identificó rápido lo que pasaba, pero en el hospital militar tardaron como un mes y durante ese tiempo hubo muchas irregularidades y mucha espera. Finalmente, mandaron a hacer la biopsia y confirmaron que sí era muy peligroso. Fuimos a otro hospital por nuestra cuenta y ahí también dijeron que era un cáncer muy agresivo, que requería una operación de alto riesgo. Al final, la cirugía se realizó en el hospital militar. Durante ese tiempo, los doctores nos decían que tomáramos las cosas con calma, que mi papá sufría psicológicamente, pero nunca entendieron ni valoraron realmente la situación. Dejaron pasar mucho tiempo y debieron hacer un trabajo multidisciplinario entre cirugía general y oncología, pero no lo hicieron; fue todo un desbalance. Mi papá preguntó por qué no lo habían referido a oncología, sabiendo que tenía cáncer, pero prefirieron operarlo y al final sufrió más. Uno, como familiar, no sabe cuál es la mejor alternativa, pero debieron trabajar en equipo. Por eso, para mí el servicio en ese hospital militar fue muy deficiente.

#### **2.- ¿En algún momento se les informó sobre la posibilidad de acceder a cuidados paliativos?**

En cuanto al apoyo psicológico, no lo visitaban muy seguido. Cuando llegaban, solo tocaban temas de duelo y cómo afrontar la muerte, algo que mi papá no quería escuchar, porque sentía

que aún se podía hacer algo por su vida. Estos temas eran muy delicados, después de todo lo que se sometió para poder vivir, y que al final le dijeran que ya no se podía hacer nada. Entonces, mi papá decidió no recibir acompañamiento psicológico, porque sentía que los psicólogos solo hablaban de la muerte. Yo también soy profesional de la salud mental y creo que el proceso de duelo debería trabajarse primero con la familia y hacer un trabajo más estructurado, pero en este caso solo se enfocaban directamente en mi papá. Siento que fallaron al no tratar de generar primero una conexión, hablar sobre sus virtudes y lo que quería hacer al salir; debieron enfocarse en su personalidad y en el lado emocional. Por eso ya no quiso recibir ese acompañamiento.

### **3.- ¿Qué servicios de apoyo (psicológico, fisioterapia, acompañamiento) recibieron durante la enfermedad?**

Tuvimos apoyo psicológico, pero como mencioné, no lo visitaban frecuentemente ni le daban seguimiento. Solo hablaban de duelo y cómo afrontar la muerte, algo que mi papá no quería escuchar, pues aún había esperanza y ganas de luchar. Estos temas eran muy sensibles, porque después de todo lo que vivió y por lo que luchó, al final le decían que ya no había nada por hacer. Por eso mi papá prefirió no recibir más acompañamiento psicológico. Yo, como profesional de salud mental, considero que el proceso de duelo debe trabajarse primero con la familia y de manera estructurada, pero aquí solo lo hacían con él. Creo que debieron generar una conexión más profunda, enfocarse en sus intereses y emociones, pero no fue así.

### **4.- ¿Qué gastos adicionales tuvieron que asumir fuera de la cobertura hospitalaria?**

Sí, tuvimos varios gastos adicionales. Cuando le hicieron la operación de alto riesgo, en el hospital nos informaron que no contaban con el hilo especial para tomar los puntos al abrir a mi papá, así que tuve que ir hasta Cumbayá a conseguirlo, porque no lo encontraba en Quito; gastamos como \$100 dólares en eso y el seguro no lo cubrió. Además, la medicación externa era otro gasto: si mi papá tenía fiebre, teníamos que comprar ampollas y otras medicinas por nuestra cuenta. Lo más difícil fue cuando salió del hospital y el dolor era muy fuerte, pues tuvimos que comprar pastillas muy costosas: el frasco principal costaba \$95 MXN y el secundario \$25 MXN. Eran 30 cápsulas que debía tomar tres veces al día, así que cada frasco le duraba solo una semana. En cinco semanas gastamos cerca de \$700 MXN, y además el otro frasco que ayudaba al principal, así que cada semana era como \$130 MXN solo en medicamentos. No teníamos el dinero suficiente para cubrir todo esto, y tanto el hospital militar como el seguro no reconocieron estos gastos, lo cual considero una negligencia.

### **5.- ¿Cómo afectó esta situación a la dinámica familiar y laboral de los acompañantes?**

Laboralmente nos afectó mucho. Mi papá tuvo que estar internado varios meses por la operación y su recuperación fue larga. Mi mamá tuvo que cuidarlo porque el hospital no daba suficiente apoyo de enfermeras y requería un acompañante. Por eso, mi mamá se dedicó a cuidarlo y yo me encargaba del negocio familiar. El primer mes el negocio estuvo cerrado porque también tenía que ayudar con los cuidados y con mis temas de universidad. Además, tuvimos que pagar a un cuidador para que ayudara a mi papá. Cuando mi papá salió del hospital,

nos dijeron que los medicamentos ya no los iban a cubrir, así que mi mamá y yo retomamos el trabajo en el negocio, pero siempre alguien tenía que estar con mi papá, no podíamos dejarlo solo. Además, gastamos mucho en suplementos vitamínicos y proteicos, porque mi papá perdió mucha fuerza. Todo eso fue muy costoso y se volvió muy complicado tanto por el hospital como por nuestra situación familiar.

#### **6.- ¿Qué dificultades enfrentaron al no contar con atención domiciliaria o ambulatoria?**

Para recibir atención ambulatoria, primero debíamos haber aceptado cuidados paliativos, pero mi papá no quiso porque el hospital falló en el diagnóstico, en los resultados y en las intervenciones que debían hacer a tiempo. Nosotros, por desconocimiento, accedimos a todo lo que decían los doctores, y mi papá se sometió a una cirugía muy complicada y desgastante. Al principio decían que podían extirpar la enfermedad y que iba a sanar, pero después dijeron que ya no había nada por hacer. Hubo descontrol entre oncología y cirugía general, porque operaron en marzo y ya desde enero sabían que había metástasis, pero nadie nos dijo nada. Todo el proceso fue en vano y eso también lo reclamamos. Debieron trabajar de manera multidisciplinaria y tomar mejores decisiones, pero no fue así. Mi papá sufrió mucho, la recuperación fue dura y aceptar que al final no se podía hacer nada fue muy fuerte.

#### **7.- ¿Cómo manejaron las complicaciones menores sin un servicio de cuidados paliativos disponible?**

No hubo muchas complicaciones menores, porque la enfermedad de mi papá fue muy agresiva y su recuperación fue lenta. Pasó un mes en casa después de la operación y luego regresó al hospital porque se sentía mal. En nuestro caso, no hubo mucha necesidad de cuidados paliativos, ya que el proceso de la enfermedad fue rápido; de enero a julio, en cuatro meses sufrió mucho.

#### **8.- ¿Qué impacto emocional tuvo en usted y su familia el no contar con un acompañamiento integral?**

El impacto emocional fue muy fuerte. Cuando mi papá falleció, sentí mucho dolor, igual que mi mamá. El hospital no nos ayudó con el diagnóstico, lo dieron muy tarde, y faltó colaboración entre cirugía general y oncología, además de psicología y trabajo social. Mi mamá pasaba todo el tiempo en el hospital y yo en la universidad y atendiendo el negocio, así que el apoyo era mínimo y nosotros teníamos que hacernos cargo de todo. Los gastos fueron muy altos y fue una situación muy complicada. Incluso hubo roces con trabajo social porque decían que no cuidábamos bien a mi papá, lo cual no era cierto; mi mamá siempre estuvo ahí. Creo que el Estado y el hospital deberían haber brindado protección, especialmente porque mi papá tenía una enfermedad catastrófica y el seguro debería haber apoyado más. Todo esto generó dolor, ira e impotencia porque no sabíamos qué hacer. Para mí, el hospital militar fue uno de los peores servicios que he vivido.

#### **9.- ¿Considera que la ausencia de cuidados paliativos influyó en la calidad de vida de su padre en la etapa final?**

En nuestro caso, no hubo mucha ausencia de cuidados paliativos porque lo operaron, se recuperó y al salir estuvo un mes en casa tomando medicamentos para el dolor. Preguntamos sobre cuidados paliativos y en oncología nos dijeron que la terapia del dolor es parte de los cuidados paliativos. No requirió mucho tiempo de atención porque la enfermedad fue muy rápida; después de ese mes, regresó al hospital y falleció en cuestión de una semana.

**10.- ¿Qué cambios cree que deberían implementarse en el sistema de salud militar para garantizar cuidados paliativos?**

Creo que debería hacerse una investigación profunda sobre cómo se maneja el hospital militar y cómo seleccionan a su personal de salud. Entiendo que los doctores y el personal atienden a las personas 24/7, pero si ven que se necesita más apoyo, deberían abrir más plazas de trabajo para ayudar mejor a los pacientes. Mi papá aportó más de 20 años para recibir atención de calidad, pero lamentablemente el servicio fue muy deficiente. No solo deberían enfocarse en el hospital y el trabajo de los doctores, sino también en verificar cómo ha sido la atención y dar seguimiento a los casos. Los familiares quedamos desprotegidos y no nos toman en cuenta; hubo mucha falta de comunicación y victimización entre doctores, y no daban respuestas rápidas. Incluso llegaron a decirle a mi papá que todo era psicológico, cuando ya estaba enfermo. Me quejé con trabajo social y lo único que me dijeron fue que hiciera una carta, lo cual no me pareció justo. Deberían brindar un mejor servicio y que alguna autoridad competente revise cómo se maneja el sistema de salud, tanto para los militares como en el seguro. Eso es todo, señorita, gracias.

**ENTREVISTA 2 ANEXO 2**

**Fecha:** 17 de noviembre de 2025

**Relación Familia:** Hija del paciente

**Edad:** 45 años

**Enfermedad:** Cáncer al estómago

**1. ¿Cómo fue el proceso de ingreso de su padre a Solca bajo el seguro?**

Una vez que ingresó al hospital del seguro CARLOS ANDRADE MARIN y recibió el diagnóstico de un cáncer muy avanzado, el doctor tratante supo conversar conmigo y, a través de sus informes médicos, hizo todo lo posible para que se hiciera la derivación de su seguro a Solca. Él decía que allí había más profesionales calificados para atenderlo mejor. Una vez realizada la derivación, se firmó un contrato entre mi padre y SOLCA para que tuviera todas las prestaciones y servicios cubiertos por el seguro.

**2. ¿Qué servicios de cuidados paliativos recibió su padre (psicológicos, fisioterapia, acompañamiento espiritual, etc.)?**

Mi papi recibió todos los servicios de cuidados paliativos, y hasta el día de hoy cuenta con el apoyo psicológico.

**3. ¿Qué diferencia percibe entre la atención paliativa y la atención hospitalaria tradicional?**

No hay gran diferencia, pues ambos servicios han sido de calidad en beneficio de mi papi.

**4. ¿Qué gastos adicionales tuvieron que asumir, pese a contar con seguro, y cómo influyó este seguro en la estabilidad económica de su familia?**

En cuanto a los gastos adicionales y cómo influyó la cobertura del seguro en nuestra estabilidad económica, el seguro del IESS que mi papi tenía fue lo mejor que nos pudo haber pasado. Imagínese, sin ese seguro nos hubiera tocado vender las cosas de mi papi, así que realmente fue una gran ayuda para la familia.

**5. ¿Qué impacto tuvo la atención paliativa en la calidad de vida de su padre?**

El impacto fue duro al inicio, porque pensábamos que esto era principalmente para verlo morir tranquilamente; sin embargo, fue todo lo contrario. Los cuidados paliativos han permitido que mi padre tenga una vida digna, con apoyo emocional y psicológico tanto de la familia como de SOLCA, así que puedo decir que fue un impacto positivo.

**6. ¿Cómo fue el acompañamiento para los familiares durante el proceso?**

En nuestro caso, la familia ha estado unida, y como somos bastantes, siempre le acompañamos y nos turnamos para que nunca le faltara compañía. Nunca ha ido solo a una cita médica ni a realizarse un examen; de igual forma, cuando ha estado hospitalizado, siempre ha estado conmigo o con uno de mis hermanos.

**7. ¿Qué apoyo emocional o social recibieron de Solca?**

La mayoría de los doctores se han comportado de manera excelente, aunque algunos han sido muy directos y a veces fríos para decirnos lo que iba a pasar. Sin embargo, nosotros, con fe y amor, seguimos apoyando a mi papi. El apoyo emocional de algunos doctores fue muy anímico, ya que nos decían que nuestro papá iba a salir bien de todo y nos daban mucha esperanza.

**8. ¿Qué aspectos considera positivos y cuáles deberían mejorarse en el servicio de cuidados paliativos?**

A mi parecer, lo más positivo es el seguimiento constante que ha tenido mi padre. El servicio de calidad que ofrece el hospital es algo a destacar, tanto en los servicios psicológicos como en la atención física. Algo a mejorar tal vez sería el tiempo de espera; en ocasiones es demasiado porque los doctores están ocupados o se olvidan de que tienen agendada la cita médica.

**9. ¿Qué mensaje daría a otras familias que enfrentan una situación similar respecto a la importancia del seguro y los cuidados paliativos?**

El mensaje que yo daría es que se informen bien sobre el tema. Primero, pregunten a un profesional acerca de los cuidados paliativos y no se dejen llevar por lo que aparece en internet, porque uno piensa lo peor. Lo mejor es hablar con alguien que sepa del tema. También les diría que no pierdan la fe, porque los cuidados paliativos están enfocados en mejorar la calidad de vida de los pacientes.