Revista esprint Investigación

https://rei.esprint.tech
Vol. 5 N° 1, enero-junio 2026 (668-680)

ISSN: 2960-8317

Artículo de revisión

# Desafíos de la atención digna: un enfoque desde el MAIS-FCI en cuidados paliativos

*Challenges in providing dignified care: a MAIS-FCI approach to palliative care*

**Miguel Ángel Mora Tobar***
Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
mamorat@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0003-7711-3636

**Paola Elizabeth Ortega Mera**
Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
peortegam@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-1245-0653

**Daniela Alejandra Yépez Vásquez**
Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
dayepezv@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-8188-3065

**Marjorie Adriana Toapanta Cazares**
Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
matoapantac@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0004-9976-2749

**Carlos Andrés Escobar Baldeón**
Universidad Técnica del Norte
Ibarra - Ecuador
caescobarb@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0002-0891-0095

***Correspondencia:**
mamorat@utn.edu.ec

**Cómo citar este artículo:**
Mora, M., Ortega, P., Yépez, D., Toapanta, M., & Escobar, C. (2026). Desafíos de la atención digna: un enfoque desde el MAIS-FCI en cuidados paliativos. *Esprint Investigación*, 5(1), 668-680. https://doi.org/10.61347/ei.v5i1.277

***Recibido:*** *3 de marzo de 2026*
***Aceptado:*** *2 de abril de 2026*
***Publicado:*** *9 de abril de 2026*

**Copyright:** Derechos de autor 2026 Miguel Ángel Mora Tobar, Paola Elizabeth Ortega Mera, Daniela Alejandra Yépez Vásquez, Marjorie Adriana Toapanta Cazares, Carlos Andrés Escobar Baldeón.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

**Resumen:** Los cuidados paliativos constituyen un componente esencial de los sistemas de salud, orientados a mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades potencialmente mortales o en fase avanzada. En Ecuador, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) representa el marco organizativo para integrar estos cuidados en el primer nivel de atención, aunque persisten importantes brechas entre el reconocimiento normativo y la práctica territorial efectiva. El objetivo de este estudio fue analizar críticamente cómo el MAIS-FCI incorpora los cuidados paliativos en el primer nivel de atención, identificando brechas, con énfasis en las disparidades territoriales, las barreras socioculturales y los desafíos de implementación. La investigación se desarrolló con base en una revisión documental, que integra el análisis de normativas nacionales, literatura científica indexada, reportes internacionales y evidencia sobre disponibilidad de recursos, cobertura territorial y barreras de acceso. Los resultados identificaron brechas significativas entre el marco normativo y la cobertura real en tres dimensiones críticas: la escasez de personal capacitado en cuidados paliativos y en la prescripción de opioides, la disponibilidad inequitativa de morfina oral y la limitada cobertura de servicios de atención domiciliaria. Las disparidades urbano-rurales fueron marcadas, con concentración de servicios especializados en zonas urbanas y tiempos de referencia prolongados para poblaciones rurales. Las barreras socioculturales incluyen el estigma hacia los opioides, la comunicación deficiente y la exclusión de saberes tradicionales. Se concluye que cerrar la brecha entre la normativa y la práctica requiere reorientar los recursos hacia el primer nivel de atención, fortalecer la interculturalidad y adoptar indicadores de monitoreo territorial que evalúen la calidad del acceso y la satisfacción de los pacientes.

**Palabras clave:** Acceso a opioides, atención domiciliaria, atención primaria, cuidados paliativos, equidad en salud.

***Abstract:*** *Palliative care constitutes an essential component of health systems, aimed at improving the quality of life of individuals with potentially life-threatening or advanced-stage diseases. In Ecuador, the Comprehensive Family, Community, and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI) represents the organizational framework for integrating these services into primary health care; however, significant gaps persist between normative recognition and effective territorial implementation. The objective of this study was to critically analyze how the MAIS-FCI incorporates palliative care at the primary care level, identifying gaps with an emphasis on territorial disparities, sociocultural barriers, and implementation challenges. The research was conducted based on a documentary review integrating the analysis of national regulations, indexed scientific literature, international reports, and evidence on resource availability, territorial coverage, and barriers to access. The results identified significant gaps between the regulatory framework and actual coverage in three critical dimensions: the shortage of trained personnel in palliative care and opioid prescribing, the inequitable availability of oral morphine, and the limited coverage of home-based care services. Urban–rural disparities were pronounced, with a concentration of specialized services in urban areas and prolonged referral times for rural populations. Sociocultural barriers include stigma toward opioids, poor communication, and the exclusion of traditional knowledge. It is concluded that closing the gap between policy and practice requires the strategic reallocation of resources toward primary health care, strengthening intercultural approaches, and the adoption of territorial monitoring indicators that assess both access quality and patient satisfaction.*

***Keywords****: Access to opioids, health equity, home care, palliative care, primary care.*

## 1. Introducción

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque esencial dentro de los sistemas de salud contemporáneos, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades potencialmente mortales o en fases avanzadas, así como la de sus familias. Desde una perspectiva conceptual, los cuidados paliativos se definen como una atención integral, continua y centrada en la persona, que aborda de manera simultánea el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, reconociendo la dignidad humana como eje central del cuidado, independientemente del pronóstico o estadio de la enfermedad (Hojjat-Assari et al., 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido **a** los cuidados paliativos como un componente fundamental de la cobertura universal de salud, enfatizando la necesidad de integrarlos en todos los niveles de atención, particularmente en la atención primaria de salud (Atreya et al., 2024). Este enfoque permite una atención más humana, continua y costo-efectiva, en concordancia con los principios de accesibilidad, longitudinalidad del cuidado y centralidad de la familia y la comunidad (Chaudhary & Thomas, 2025).

En Ecuador, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) representa el marco organizativo del Sistema Nacional de Salud, orientado a garantizar el acceso universal, la continuidad del cuidado y la pertinencia cultural de los servicios de salud (Augusto et al., 2020). El MAIS-FCI enfatiza la atención en el territorio, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la articulación de redes integradas de servicios, principios que resultan fundamentales para la implementación efectiva de los cuidados paliativos (Jiménez, 2021).

Sin embargo, a pesar del reconocimiento normativo de los cuidados paliativos en Ecuador y América Latina, persisten importantes brechas entre las políticas declaradas y su implementación en el territorio. Estudios recientes documentan limitaciones críticas en la disponibilidad de talento humano capacitado, el acceso inequitativo a opioides esenciales, la concentración urbana de servicios especializados y las barreras socioculturales que dificultan la aceptabilidad y utilización de estos servicios (Fleckner et al., 2023; Sallnow et al., 2023; Vallejo, 2022).

La presente investigación tiene como objetivo analizar críticamente cómo el MAIS-FCI incorpora los cuidados paliativos en el primer nivel de atención, identificando las principales brechas, con énfasis en las disparidades territoriales, las barreras socioculturales y los desafíos de implementación.

## 2. Metodología

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño de tipo descriptivo-analítico, orientado a examinar políticas públicas, normativas nacionales y evidencia científica sobre la implementación de cuidados paliativos en el contexto del MAIS-FCI en Ecuador. La metodología adoptada se basó en enfoques utilizados en planificación sanitaria territorial y evaluación de indicadores de atención, lo que permitió asegurar una perspectiva que articula la política con la práctica (Jiménez, 2021).

La investigación se sustentó en una revisión documental, a partir del estudio y análisis de fuentes oficiales y bibliográficas pertinentes. Se incluyeron reportes de organismos internacionales como la OMS, la OPS, la International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) y la Global Opioid Policy Initiative, así como leyes, resoluciones ministeriales y normativas nacionales tales como la Constitución de la República del Ecuador y los lineamientos del MAIS-FCI. Este corpus normativo

permitió contrastar lo establecido a nivel formal con los desafíos reales de implementación de los cuidados paliativos en el primer nivel de atención.

Para garantizar la validez del estudio, se consultaron bases de datos científicas de alto impacto en ciencias de la salud, entre ellas Scopus, Web of Science, Dialnet, SciELO, PubMed Central (PMC) y Google Scholar. Bajo criterios rigurosos de selección, se recopiló literatura científica publicada entre 2020 y 2025. Se emplearon descriptores en español e inglés, utilizando términos de búsqueda como: "palliative care Ecuador", "MAIS-FCI", "primary health care palliative", "opioid availability Latin America", "home-based palliative care" e "intercultural health Ecuador".

Posteriormente, la información seleccionada fue examinada mediante técnicas de análisis documental y síntesis temática. Esta metodología aseguró un análisis riguroso, reproducible y orientado a la comprensión y mejora de la implementación de políticas en la práctica territorial.

## 3. Desarrollo

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque esencial dentro de los sistemas de salud, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades potencialmente mortales o en fases avanzadas, así como la de sus familias. Desde una perspectiva conceptual, los cuidados paliativos se definen como una atención integral, continua y centrada en la persona, que aborda de manera simultánea el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, reconociendo la dignidad humana como eje central del cuidado, independientemente del pronóstico o estadio de la enfermedad (Hojjat-Assari et al., 2022).

En las últimas dos décadas, Ecuador y varios países de América Latina han desarrollado marcos normativos que reconocen los cuidados paliativos como un derecho humano y un componente esencial de los sistemas de salud. En Ecuador, la Constitución de 2008 establece el derecho a la salud integral y a una vida digna, incluyendo explícitamente el derecho a cuidados paliativos (CRE, 2021) La Ley Orgánica de Salud y el Plan Nacional de Salud incorporan los cuidados paliativos como parte de la atención integral, enfatizando la necesidad de garantizar acceso equitativo, disponibilidad de medicamentos esenciales y capacitación del talento humano (Vallejo, 2022).

**El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)**

Es implementado desde 2012 y constituye el marco organizativo del Sistema Nacional de Salud en Ecuador. Este enfatiza la atención centrada en la persona, familia y comunidad, la continuidad del cuidado a lo largo del ciclo de vida, la articulación de redes integradas de servicios y la pertinencia cultural de las intervenciones (Augusto et al., 2020; Jiménez, 2021). Estos principios resultan fundamentales para la implementación efectiva de cuidados paliativos en el territorio.

En este sentido la integralidad, como principio del MAIS - FCI implica superar la fragmentación de la atención, reconociendo la complejidad de los procesos de salud - enfermedad con el cuidado y la necesidad de respuestas sanitarias situadas en contextos específicos. Es así que la interculturalidad constituye un pilar del modelo, nutre de saberes ancestrales y del enfoque del buen vivir (Sumak Kawsay), particularmente de los pueblos indígenas andinos y amazónicos (Istúriz & Basile, 2024).

**Normativa nacional sobre cuidados paliativos**

En concordancia con el mandato constitucional, el Ministerio de Salud Pública (MSP), ha desarrollado acciones y lineamientos orientados a asegurar la provisión de cuidados paliativos dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Garantizando esta atención especialmente a pacientes con enfermedades oncológicas, mediante servicios que incluyen el control del dolor, el manejo de síntomas, el acompañamiento emocional, como parte de una atención integral y humanizada (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Así mismo, la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, reconoce a los cuidados paliativos como un derecho, y establece la responsabilidad del estado de garantizar el acceso universal, equitativo y oportuno en todos los niveles de atención, con énfasis en la atención primaria y domiciliaria, respetando la voluntad, autonomía y dignidad del paciente (Cultura Paliativa, 2020). Desde este marco legal, los cuidados paliativos dejan de concebirse como una prestación limitada al ámbito hospitalario y se incorporan como un componente estructural del sistema público de salud (Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos, 2024).

**Derecho a una atención digna al final de la vida**

En el Ecuador, la vida digna es reconocida como un derecho fundamental implícito y estrechamente vinculado con otros derechos como la integridad personal, prohibición de tratos inhumanos, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía del paciente (Vázquez, 2020).

Por otro lado, estudios bioéticos coinciden en que el proceso de muerte constituye la última experiencia de la vida, por lo que debe ser abordado desde un enfoque de derechos humanos, mediante cuidados que permitan afrontar el proceso de muerte de manera consciente, humanizada y libre de sufrimiento, fortaleciendo la relación entre el derecho a la vida y el derecho a morir con dignidad (Gonzaga et al., 2024). Se reafirma que la dignidad humana se convierte en el eje de la atención, responsabilizando al sistema de salud a garantizar cuidados, el respeto a su autonomía y la reducción del sufrimiento, como derecho fundamental a la vida digna en su etapa final (Silva & Cordeiro, 2025).

**Brechas entre política pública y aplicación territorial**

A pesar de la existencia de marcos normativos y lineamientos de política pública, persisten brechas significativas, debido a limitaciones estructurales en sistemas de salud, donde la capacidad institucional, el financiamiento y la gobernanza no avanzan de forma homogénea (Viana & Iozzi, 2019). La literatura internacional evidencia que las políticas sanitarias son diseñadas desde niveles centrales suelen ser poco adaptables a contextos locales, donde confluyen déficits de infraestructura, escasez de talento humano y débiles mecanismos de coordinación intersectorial (Alderwick et al., 2024). Sumando tensiones entre objetivos nacionales y las capacidades reales de los gobiernos para ejecutar acciones que requieren articulación entre salud, protección social y comunidad. Estas generan una implementación fragmentada, con resultados desiguales según el territorio (Strehlenert et al., 2019).

En este marco, cerrar la brecha entre lo normativo y la práctica territorial, exige fortalecer la planificación, asignación equitativa de recursos y la capacidad resolutiva de los equipos de salud; de lo contrario, se corre el riesgo de no otorgar una garantía efectiva del derecho a la salud (Louvison, 2019). La tabla 1 sintetiza las principales brechas entre la cobertura normativa y la efectiva.

**Tabla1**

*Comparación entre Cobertura Normativa y Cobertura Efectiva*

| Variable | Cobertura Normativa | Cobertura Efectiva |
|---|---|---|
| **Norma Vigente** | La Ley Orgánica de Cuidados Paliativos reconoce el acceso como un derecho y establece la integración en el sistema de salud. | Es limitada y en la actualidad presenta desafíos en su implementación. |
| **Implementación Territorial** | Políticas públicas promocionan la incorporación de cuidados paliativos en toda la red integral de servicios de salud. | Baja y existe desigualdad entre regiones del país. |
| **Talento Humano** | Promoción de capacitación de profesionales de salud exclusivamente en cuidados paliativos. | Escasez de personal de salud de primer nivel que tenga formación académica específica en cuidados paliativos. |
| **Acceso a opioides** | Garantiza el acceso a medicamentos esenciales para el control del dolor. | Limitado en varios servicios de salud. |
| **Atención Domiciliaria** | Atención en consulta externa y domiciliaria mediante el equipo interdisciplinario. | Reducida y poco integrada en el primer nivel de atención. |

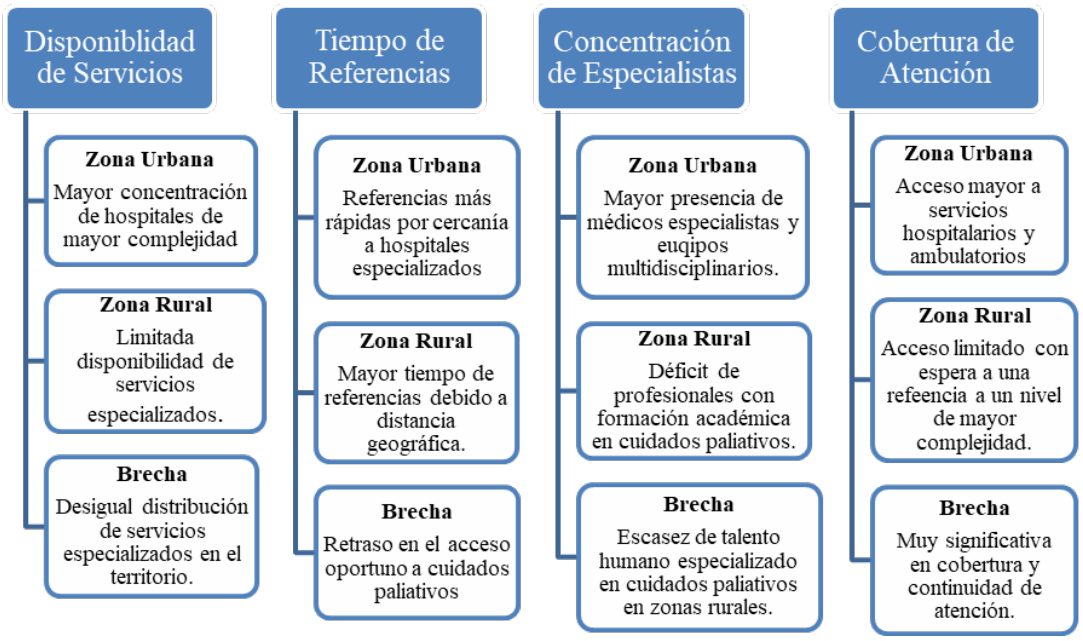
**Indicadores de acceso y cobertura en el primer nivel**

Los indicadores de acceso y cobertura en el primer nivel de atención constituyen herramientas para evaluar la capacidad real de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población. Desde una perspectiva de atención primaria, el acceso no se limita únicamente a la disponibilidad física de los servicios, sino que incluye dimensiones como la oportunidad de la atención, continuidad del cuidado, aceptabilidad cultural y capacidad resolutiva (Valencia et al., 1990). (Ver figura 1)

Para los cuidados paliativos, estas brechas se manifiestan con mayor intensidad, dado que la cobertura en el primer nivel suele estar limitada por la falta de protocolos operativos, insuficiente capacitación del personal y débil articulación con redes de apoyo. Es así como, la medición de indicadores de acceso y cobertura resulta clave para identificar oportunidades de mejora y fortalecer la capacidad del primer nivel de atención (Tarekegn et al., 2025).

**Figura 1**

Indicadores de acceso y cobertura




## Barreras Socioculturales

Las barreras socioculturales son un determinante que limita el acceso oportuno a cuidados paliativos, se relaciona con creencias sobre enfermedad, muerte, uso de opioides y la relación entre paciente, familia y personal de salud (Pastrana et al., 2021). En Ecuador, este tipo de limitaciones se incrementan por la diversidad cultural. En Latinoamérica la inclusión de mediadores culturales, traductores y protocolos culturalmente adaptados mejora la adherencia terapéutica y fortalece relaciones (Abraján et al., 2025).

Investigaciones internacionales indican que la comunicación efectiva reduce intervenciones y hospitalizaciones innecesarias (Knaul et al., 2018). Sin embargo, aún se mantiene el temor a hablar sobre la muerte, lo que limita la autonomía del paciente y dificulta la toma de decisiones. La comunicación deficiente genera dificultad para comprender el diagnóstico, pronóstico y necesidades del paciente.

Finalmente, las barreras socioculturales destacan la importancia de promover formación cultural, mejorar la comunicación, integrar saberes tradicionales para fortalecer la atención en cuidados paliativos tal como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Principales Barreras Socioculturales en Cuidados Paliativos*

| Barrera | Descripción | Estrategia |
|---|---|---|
| **Percepción Cultural** | Creencias culturales influyen directamente en la forma en que el paciente, familia y profesionales de salud interpretan la enfermedad y el final de la vida. | Sensibilizar al personal de salud sobre diversidad cultural y formación de habilidades para evitar la imposición de la medicina occidental. |

| | | |
|---|---|---|
| **Estigma sobre Opioides** | Restricciones regulatorias, percepción errónea sobre adicción y el déficit de capacitación limitan el acceso a opioides para el manejo del dolor. | Brindar capacitación a personal de salud sobre cómo y a quien recetar analgésicos opioides y mejorar las restricciones legales y regulatorias sobre opioides. |
| **Comunicación Deficiente** | Falta de comunicación efectiva limita a una buena comprensión del diagnóstico, pronóstico y la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento del paciente. | Implementar la formación en comunicación clínica, empatía, buen manejo de información sensible, así como también incluir a la familia en todo el proceso. |
| **Exclusión de Saberes Tradicionales** | La similitud entre medicina convencional y práctica tradicionales retardan la derivación al servicio de cuidados paliativos. | Fomentar la inclusión de saberes tradicionales, reconocer a hombres y mujeres de sabiduría como actores legítimos y promover la equidad entre saberes. |

**Financiamiento y Sostenibilidad**

Las limitaciones financieras constituyen una barrera en el acceso a los cuidados paliativos en América Latina. En este contexto, integrar estos servicios en el primer nivel de atención, con enfoque intercultural, es un verdadero reto, pero representa es una estrategia clave para mejorar la calidad de vida del paciente y la optimización de recursos sanitarios. Financiar equipos interdisciplinarios comunitarios permite que exista un seguimiento domiciliario, reducción de hospitalizaciones prolongadas y mejora la calidad de vida del paciente (Knaul et al., 2018). Evaluaciones económicas en países latinoamericanos evidencian que los programas domiciliarios optimizan recursos sanitarios y reducen gastos familiares (Pacheco & Palacios, 2025).

Es importante señalar que los modelos sostenibles en cuidados paliativos se basan en la integración dentro de la cobertura universal de salud, financiamiento público progresivo, participación de seguros sociales y cooperación internacional (Pergolizzi et al., 2024).

Comparado, se evidencia que la hospitalización innecesaria de pacientes con enfermedades avanzadas incrementa el gasto en salud, mientras que al implementar cuidados paliativos tempranos en la atención primaria puede minimizar ingresos hospitalarios y mejorar la eficiencia en el uso del presupuesto del sistema de salud, tal como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Comparación de distribución presupuestaria en cuidados paliativos*

| Dimensión | Hospitalización de Alta Complejidad | Atención Primaria |
|---|---|---|
| **Distribución** | Mayor presupuesto a hospitales de segundo, tercer nivel debido a infraestructura y tecnología. | Menor asignación de presupuesto por el desarrollo de programas comunitarios y domiciliarios enfocados en cuidados paliativos. |
| **Inversión** | Elevada debido a procedimientos especializados y medicamentos de alto costo. | En seguimiento clínico, atención domiciliaria, control del dolor y apoyo interdisciplinario. |

| | | |
|---|---|---|
| **Costos** | Hospitalización innecesaria de pacientes con enfermedades avanzadas incrementan el gasto. | Atención paliativa temprana reduce ingresos hospitalarios y optimiza el presupuesto sanitario. |
| **Eficiencia** | Mayor gasto por paciente por el nivel de complejidad de atención. | Mayor eficiencia al priorizar síntomas, continuidad del cuidado y atención domiciliaria. |

Es importante reconocer que la mayor parte del presupuesto en salud se enfoca en hospitalización, esto debido a altos costos vinculados con infraestructura, tecnología etc. La atención primaria en cambio recibe una menor asignación de recursos, a pesar de que cumple un rol fundamental en el desarrollo de programas comunitarios y domiciliarios centrados en cuidados paliativos.

Por tan motivo es imperativo, tomar medidas prioritarias como asignar presupuesto específico para cuidados paliativos, garantizando disponibilidad segura de opioides y desarrollar redes nacionales de atención domiciliaria. Asimismo, se recomienda implementar indicadores de calidad para monitoreo territorial y mejora continua del sistema sanitario (Tripodoro et al., 2025).

## 4. Discusión

En el contexto ecuatoriano, el reconocimiento constitucional de los cuidados paliativos como un derecho sitúa al país entre aquellos con mayor desarrollo normativo en la región, en línea con avances observados en países como Colombia y México, aunque con diferencias en su operativización. Sin embargo, la existencia de marcos legales no garantiza su implementación efectiva, ya que estudios en América Latina señalan que la falta de reglamentación específica y de asignación presupuestaria limita su efectividad (Pastrana et al., 2014). En este sentido, el caso ecuatoriano resulta particularmente relevante, dado que la normativa no solo reconoce este derecho, sino que lo vincula explícitamente con el principio de interculturalidad y el buen vivir (Sumak Kawsay), lo que amplía su alcance conceptual, pero también incrementa los desafíos de implementación.

La contribución del MAIS-FCI radica en su énfasis en la interculturalidad; sin embargo, los resultados evidencian que este principio no ha sido plenamente operacionalizado en el territorio, lo que constituye una brecha de implementación comparable con experiencias regionales. Este hallazgo es consistente con lo documentado en Chile, donde el Programa Nacional de Cuidados Paliativos enfrenta dificultades para adaptarse a las realidades locales (Torres et al., 2024), lo que sugiere que la incorporación normativa de la interculturalidad no es suficiente sin estrategias operativas concretas.

La Ley Orgánica de Cuidados Paliativos establece que es responsabilidad del Estado brindar atención en todos los niveles, incluido el ámbito domiciliario, lo que contrasta con la baja integración observada en el primer nivel de atención. Esto indica que la innovación normativa no ha sido acompañada de mecanismos efectivos de financiamiento, monitoreo y supervisión, necesarios para garantizar su cumplimiento. Esta situación es comparable con la descrita en Argentina, donde la Ley 27.681 de Cuidados Paliativos aún presenta desafíos en su implementación a nivel provincial (Lafferriere, 2024).

Los resultados indican que, en la práctica, la autonomía de los pacientes se ve limitada por barreras comunicativas y culturales. Este fenómeno no es exclusivo del contexto ecuatoriano, ya que un estudio multicéntrico en América Latina identificó que la falta de comunicación efectiva sobre el pronóstico y

las preferencias del paciente constituye una de las principales barreras para el respeto a la autonomía (Guerrero et al., 2023). Esto refuerza la necesidad de fortalecer las competencias comunicacionales del personal de salud como componente clave de la calidad asistencial.

Asimismo, se evidencian diferencias significativas entre la cobertura normativa y su aplicación efectiva en el territorio, en concordancia con estudios realizados en Perú, que reportan desafíos similares en la implementación de su Plan Nacional de Cuidados Paliativos, especialmente en relación con la escasez de personal capacitado (Tripodoro et al., 2025). Estos hallazgos sugieren que las debilidades estructurales del MAIS-FCI contribuyen a la persistencia de desigualdades regionales, un patrón consistente con la literatura internacional sobre implementación de políticas sanitarias (Kristanti, 2024). Adicionalmente, se identificó la ausencia de protocolos operativos claros y una débil articulación con redes de apoyo, lo cual coincide con evidencia proveniente de Canadá, donde la implementación de indicadores estandarizados ha demostrado facilitar la mejora continua de los servicios (Rogers et al., 2019).

En este sentido, las barreras socioculturales, el estigma asociado al uso de opioides, la comunicación deficiente y la exclusión de saberes tradicionales constituyen hallazgos relevantes. Estos resultados aportan una dimensión analítica clave al evidenciar factores no solo estructurales, sino también culturales que condicionan la implementación de los cuidados paliativos. Estudios internacionales han documentado ampliamente el estigma sobre opioides como una barrera global, especialmente en países con regulaciones restrictivas (León et al., 2024). Asimismo, investigaciones recientes en contextos indígenas de Canadá y Australia han demostrado que la integración de prácticas tradicionales mejora la aceptación y la adherencia a los cuidados paliativos (Weisgerber et al., 2025).

La comparación de la distribución presupuestaria entre la atención hospitalaria y la atención primaria evidencia una asignación de recursos ineficiente y desproporcionada. Este hallazgo es consistente con análisis económicos en América Latina, que muestran que la mayor parte del gasto en salud se concentra en servicios hospitalarios, a pesar de la evidencia de que la atención domiciliaria resulta más costo-efectiva (Pergolizzi et al., 2024). Esto pone de manifiesto la necesidad de reorientar el financiamiento hacia el primer nivel de atención como estrategia clave para fortalecer los cuidados paliativos.

En conjunto, los resultados demuestran que el principal obstáculo para la implementación de los cuidados paliativos en Ecuador no radica en la ausencia de marcos normativos o modelos de atención, sino en la falta de articulación entre estos y las capacidades reales del sistema de salud. Asimismo, la identificación de barreras socioculturales como un componente crítico aporta una perspectiva innovadora, que debe traducirse en estrategias concretas, tales como la inclusión de saberes tradicionales, la formación en comunicación intercultural y la adaptación cultural de los servicios de salud. De este modo, se contribuye a cerrar la brecha entre el reconocimiento normativo y la implementación efectiva en el territorio.

## 5. Conclusiones

El desarrollo normativo de Ecuador establece un marco sólido para garantizar una atención digna al final de la vida, en sintonía con los principios de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, la realidad de su implementación revela una profunda disociación entre el discurso político y la práctica territorial, configurando una brecha estructural persistente, común en la región y en otros países de ingresos bajos y medios.

La evidencia internacional de alto impacto analizada permite sustentar los hallazgos centrales de esta revisión. La integración de los cuidados paliativos en la atención primaria no solo es factible, sino que representa una estrategia costo-efectiva y equitativa, al permitir alcanzar a la población que lo necesita y reducir hospitalizaciones y costos asociados. Asimismo, la superación de las barreras socioculturales se posiciona como un imperativo para garantizar la equidad en salud; en este sentido, la interculturalidad no puede mantenerse como un concepto abstracto, sino que debe traducirse en la integración respetuosa de saberes ancestrales y en la formación en comunicación empática.

Para cerrar la brecha entre la normativa y la práctica en Ecuador, es imperativo reorientar estratégicamente los recursos hacia el primer nivel de atención, mediante el financiamiento de equipos multidisciplinarios y programas de atención domiciliaria. Asimismo, se debe operativizar la interculturalidad a través de protocolos adaptados al contexto local y la inclusión efectiva de saberes tradicionales en la atención en salud. Finalmente, resulta crucial implementar sistemas de monitoreo basados en indicadores de calidad, que evalúen no solo la cobertura, sino también el acceso efectivo y la satisfacción de los pacientes y sus familias, con el fin de garantizar que el derecho a una atención digna se materialice de manera equitativa y sostenible.

## Referencias

Abraján, I., Ojeda, L., Román, S., Quintana, S., & Bernal, G. (2025). Interculturalidad en el ámbito de los cuidados paliativos oncológicos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(3), 2097–2104. https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4096

Alderwick, H., Hutchings, A., & Mays, N. (2024). Cross-sector collaboration to reduce health inequalities: A qualitative study of local collaboration between health care, social services, and other sectors under health system reforms in England. *BMC Public Health, 24*(1), 2613. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20089-5

Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos. (2024, octubre 17). *Se aprueba Ley Orgánica de Cuidados Paliativos*. https://asecup.org/se-aprueba-ley-organica-de-cuidados-paliativos/

Atreya, S., Butola, S., Bhatnagar, S., Kumar, D., Muckaden, M., Kuraikose, J., Jeba, J., Gupta, M., Palat, G., Sanghai, P., Mathews, L., Kumar, G., Joad, A., Giri, P., & Kadri, A. (2024). Integration of palliative care into primary care: A collaborative effort between the Indian Association of Palliative Care and the Indian Association of Preventive and Social Medicine. *Indian Journal of Community Medicine, 49*(Suppl. 2), S234. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_858_24

Augusto, J., Ferregut, N., Amarily, D., Cruz, D., Roberto, C., & Sánchez, Y. (2020). Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 30*(3), 375–381. http://ref.scielo.org/y9v27t

Constitución de la República del Ecuador [CRE]. 20 de octubre de 2008 (Ecuador). https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Cultura Paliativa. (2020, octubre 14). *Ecuador obtuvo su Ley de Cuidados Paliativos*. https://culturapaliativa.com/ecuador-obtuvo-su-ley-de-cuidados-paliativos/

Fleckner, J., Cervantes, M., Hidalgo-Andrade, P., & Pastrana, T. (2023). Access to cancer pain management in Ecuador from health workers' perspective: A qualitative study. *Pain Management, 13*(4), 219–232. https://doi.org/10.2217/pmt-2023-0023

Gonzaga, Á., Falleiros, L., & Labruna, F. (2024). Dignified death as a right: The legal visibility of finitude. *Revista Bioética, 32*. https://doi.org/10.1590/1983-803420243629ES

Guerrero, D., Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2023). Palliative care and end of life care in Latin America: Scoping review. *Horizonte de Enfermería, 34*(3), 708–731. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.3.708-731

Hojjat-Assari, S., Rassouli, M., Kaveh, V., & Heydari, H. (2022). Explaining health care providers' perceptions about the integration of palliative care with primary health care; a qualitative study. *BMC Primary Care, 23*(1), 226. https://doi.org/10.1186/s12875-022-01835-3

Istúriz, O., & Basile, G. (2024). Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la -salud y el vivir bien. *Gerencia y Políticas de Salud, 23*. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac

Jiménez, A. (2021). *Modelo de planificación sanitaria geoespacial de inteligencia colectiva* [Tesis doctoral, Universitat Politècnica de Catalunya]. https://doi.org/10.5821/dissertation-2117-107709

Knaul, F., Farmer, P., Krakauer, E., de Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola, H., Gómez, O., Rodriguez, N., Alleyne, G., Connor, S., Hunter, D., Lohman, D., Radbruch, L., Sáenz, M. R., Atun, R., Foley, K., Frenk, J., Jamison, D., & Rajagopal, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—An imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet, 391*(10128), 1391–1454. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8

Kristanti, M. (2024). Strengthening Palliative Care in Primary Health Care Through Knowledge Enhancement (SPARK). *ClinicalTrials.gov*. https://clinicaltrials.gov/study/NCT04862169

Lafferriere, J. (2024). Los cuidados paliativos y su integración en los servicios de salud en Argentina: Análisis de la normativa nacional y provincial. *Revista de la Facultad de Derecho, 15*(2), 173–198. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9991869

León, P., Altermatt, F., Vega, E., Elgueta, M., & Léniz, J. (2024). Opioid use in Latin America: Chronicle of a death foretold? *Journal of Global Health, 14*. https://doi.org/10.7189/JOGH.14.03040

Louvison, M. (2019). Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: Um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública, 35*, e00116019. https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019

Ministerio de Salud Pública. (2020, febrero 16). *El Ministerio de Salud garantiza atención integral, incluidos medicamentos, para quienes sufren enfermedades catastróficas*. https://n9.cl/j5isw

Pacheco, J., & Palacios, M. (2025). Análisis de costo-efectividad de los cuidados paliativos: Una revisión sistemática de evidencias y desafíos. *Qualitas Revista Científica, 29*(29), 120–133. https://doi.org/10.55867/qual29.08

Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez, M., van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J., & Centeno, C. (2021). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020* (2.ª ed.). International Association for Hospice and Palliative Care. https://n9.cl/zmwyrc

Pastrana, T., Torres-Vigil, I., & 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

Pergolizzi, J., LeQuang, J., Wagner, M., & Varrassi, G. (2024). Challenges in palliative care in Latin America: A narrative review. *Cureus, 16*(5). https://doi.org/10.7759/cureus.60698

Rogers, M., Meier, D., Heitner, R., Aldridge, M., Hill Spragens, L., Kelley, A., Nemec, S., & Morrison, S. (2019). The National Palliative Care Registry: A decade of supporting growth and sustainability of palliative care programs. *Journal of Palliative Medicine, 22*(9), 1026. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0262

Sallnow, L., Kumar, S., & Kellehear, A. (2023). *International perspectives on public health and palliative care*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203803189

Chaudhary, S., & Thomas, A. (2025). Palliative care models in primary health care system of India: A scoping review. *BMC Palliative Care, 24*(1), 221. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01859-3

Silva, N., & Cordeiro, F. (2025). End of life and dignity: An integrative review. *Revista Bioética, 33*, e3767PT. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/download/3767/3500/29009

Strehlenert, H., Hansson, J., Nyström, M. E., & Hasson, H. (2019). Implementation of a national policy for improving health and social care: A comparative case study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research, 19*(1), 730. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4591-2

Tarekegn, S., Tadesse, D., Argaw, M., Semahegn, A., Taddesse, L., Shifarraw, S., Enbiale, W., Muluneh, M., Abate, B., Tamire, A., & Makonnen, M. (2025). Capacity and performance of primary health care in Ethiopia: a novel mixed methods measurement in low-income country. *BMC Primary Care, 26*(1), 299. https://doi.org/10.1186/s12875-025-02988-7

Torres, C., Campillay, M., & Dubó, P. (2024). Barreras y facilitadores de la atención en salud de personas con cáncer en una comuna del norte de Chile: Reporte cualitativo. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 13*(1), e3400. https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3400

Tripodoro, V., López, J., Pons, J., Connor, S., Garralda, E., Bastos, F., Montero, Mozón, L., Á., Bejar, A., Suárez, D., & Centeno, C. (2025). First-ever global ranking of palliative care: 2025 world map under the new WHO framework. *Journal of Pain and Symptom Management, 70*(5), 447–458. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026

Tripodoro, V., Zapata, C., Bejar, A., Estrada, C., Suárez, D., Montero, Á., Garralda, E., & Centeno, C. (2025). *Informe sobre la situación de los cuidados paliativos en Perú según los indicadores de la OMS*. ATLANTES Global Observatory of Palliative Care. https://hdl.handle.net/10171/117063

Valencia, G., José, M., & Serrano, O. (1990). Indicadores compuestos para atención primaria a la salud: El caso de México. *Salud Pública de México, 32*(5), 552–565. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632506

Vallejo, M. (2022). Cuidados paliativos una especialidad en Ecuador. *Oncología (Guayaquil), 32*(2), 266–275. https://roe.solca.med.ec/index.php/johs/article/view/637

Vázquez, J. (2020). *La vida digna en el proceso de muerte, prospección hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]. http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7258

Viana, A., & Iozzi, F. (2019). Enfrentando desigualdades na saúde: Impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 35*, e00022519. https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519

Weisgerber, L., Bassah, N., & Santos, A. (2025). Indigenous peoples' experiences in palliative and end-of-life care in Canada: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing, 82*(2), 1091. https://doi.org/10.1111/jan.17019

## Transparencia

### Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza alguna como parte de la presente investigación.

### Fuente de financiamiento

Los autores financiaron completamente la investigación.

### Contribución de autoría

Miguel Ángel Mora Tobar: Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, supervisión.

Paola Elizabeth Ortega Mera: Conceptualización, software, validación, análisis formal, investigación, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Daniela Alejandra Yépez Vásquez: Conceptualización, software, validación, análisis formal, investigación, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Marjorie Adriana Toapanta Cazares: Conceptualización, software, validación, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Carlos Andrés Escobar Baldeón: Conceptualización, validación, investigación, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos.

Los autores contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.