



**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN  
MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE APLICACIÓN DE  
QUIMIOTERAPIAS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Magíster en  
Administración de Salud por:  
MARTHA EUGENIA TORRES MORALES  
CÉSAR AUGUSTO LEÓN RODRÍGUEZ**

**Tutor:  
JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ**

**Bogotá, mayo de 2017**



**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN  
MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE APLICACIÓN DE  
QUIMIOTERAPIAS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Magíster en  
Administración de Salud por:  
MARTHA EUGENIA TORRES MORALES  
CÉSAR AUGUSTO LEÓN RODRÍGUEZ**

**Tutor:  
JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ**

**Bogotá, mayo de 2017**

## **TABLA DE CONTENIDO**

- 1. Introducción.**
  - 1.1 Estado del arte.**
- 2. Problema de investigación.**
- 3. Justificación.**
- 4. Objetivos.**
  - 4.1 Objetivo general.**
  - 4.2 Objetivos específicos.**
- 5. Propósito.**
- 6. Metodología.**
  - 6.1 Aspectos de evaluación.**
  - 6.2 Instrumentos para la recolección y análisis de datos.**
    - 6.2.1 Revisión bibliográfica.**
    - 6.2.2 Normatividad actual vigente.**
    - 6.2.3 Representantes Empresas Administradores De Planes De Beneficios.**
    - 6.2.4 Representantes Instituciones prestadoras de servicios de salud.**
    - 6.2.5 Pacientes.**
    - 6.2.6 Médicos.**
    - 6.2.7 Enfermeras y Químicos farmacéuticos.**
  - 6.3 Adaptación del modelo Tanahashi para la evaluación de barreras y facilitadores.**
- 7. Resultados.**
  - 7.1 Revisión bibliográfica.**
  - 7.2 Normatividad.**
  - 7.3 Grupos focales y entrevistas semiestructuradas.**
- 8. Discusión y análisis de resultados.**
- 9. Conclusiones.**
- 10. Recomendaciones.**
- 11. Bibliografía.**

## **12. Anexos**

**12.1 Metodología PICO.**

**12.2 Entrevistas semiestructuradas EAPB.**

**12.3 Entrevistas semiestructuradas IPS.**

**12.4 Grupo focales pacientes.**

**12.4.1 Pacientes adultos y cuidadores.**

**12.4.2 Cuidadores pacientes pediátricos.**

**12.4.3 Enfermeras y químicos farmacéuticos.**

**12.5 Criterios de inclusión para los participantes de los grupos focales y las entrevistas semi-estructuradas.**

**12.5.1 Criterios de inclusión entrevistas semi-estructuradas.**

**12.5.1.1 Criterios inclusión IPS.**

**12.5.1.2 Criterios inclusión EAPB.**

**12.5.2 Criterios de inclusión para grupos focales.**

**12.5.2.1 Pacientes adultos y cuidadores pediátricos.**

**12.5.2.2 Enfermeras.**

**12.5.2.3 Químicos farmacéuticos.**

**12.5.2.4 Médicos.**

**12.6 Resultados grupos focales.**

## **1. INTRODUCCIÓN**

El trabajo realizado plasma la problemática que enfrentan los diferentes sistemas de salud a nivel mundial en el diagnóstico, tratamiento y paliación del cáncer. Dentro de las problemáticas identificadas se encuentra un aumento gradual del número de casos por año asociado directamente al envejecimiento de la población y un número limitado de centros de atención de estos pacientes lo que conlleva a una sobre ocupación y a una atención inoportuna.

Colombia no es ajena a este tipo de situaciones por lo cual es necesario pensar en una estrategia que permita dar soluciones a esta problemática de manera eficaz y eficiente. De esta manera el Modelo de Atención Domiciliaria (MAD) surge en otros países como una solución a la inoportunidad en el cumplimiento de tratamientos y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer y el trabajo pretende conocer la percepción del equipo de salud y de los pacientes sobre la aplicabilidad de este modelo bajo el contexto colombiano.

Para lograrlo se desarrollaron grupos focales y entrevistas semiestructuras como método para conocer las barreras y facilitadores en la implementación de un Modelo de Atención Domiciliaria de aplicación de quimioterapias.

### **1.1 ESTADO DEL ARTE**

Cáncer es el termino para categorizar enfermedades en las que las células presentan un crecimiento anormal dada la pérdida de funciones que les permiten entrar en el proceso de apoptosis (1), al no poder llegar a esta fase celular, estas continúan dividiéndose hasta alterar funciones propias del órgano o estructura funcional donde el cáncer aparece. Las alternativas farmacológicas actuales tienen como fin curar o paliar la enfermedad, así, los fármacos escogidos para tratarla tendrán como objetivo mejorar la supervivencia del paciente y en determinados casos, según el estado y tipo de la enfermedad se administrarán con un fin curativo. Además de los tratamientos farmacológicos otros tratamientos usados en la paliación o curación de la enfermedad son la radioterapia y la cirugía los cuales serán usados, con fundamento en guías y evidencia en razón al diagnóstico, estado o complejidad de la enfermedad.

Para el año 2012 el cáncer fue la primera causa de muerte a nivel mundial, teniendo en orden las siguientes incidencias: Pulmón, hepático, gástrico y mama (2). En Estados Unidos (EU) la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) por sus siglas en inglés) muestra en su informe anual una serie de estimaciones sobre los nuevos casos y muertes que se tendrán el año 2016, encontrando que el principal diagnóstico detectado en hombres será neoplasias prostáticas con alrededor de 180. 890 nuevos casos representando un aumento del 21% comparado con el año 2015, mientras que para mujeres el diagnóstico que tendrá un mayor número de casos es el cáncer de seno con un aumento del 29% comparado con el año anterior. Respecto al número de muertes se estima que la causa principal será el cáncer de pulmón con un total de 158.080 muertes (3).

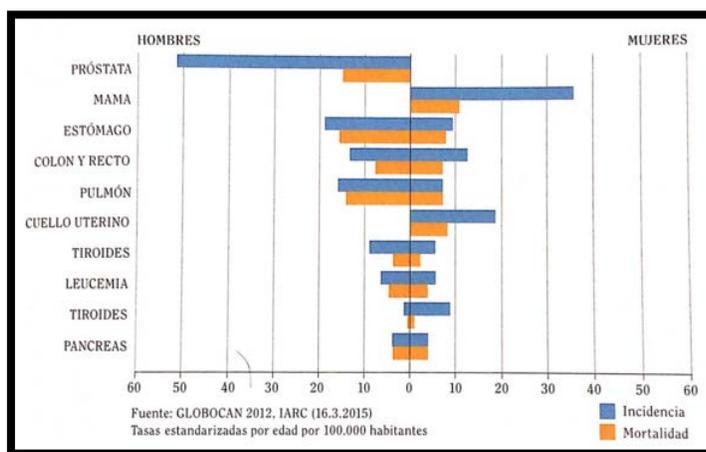
En Europa la situación es resumida en un aumento del número de casos reportados y número de muertes asociadas a cáncer. La oficina regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud reporta que anualmente se diagnostican alrededor de 3 millones nuevos de casos y 1,7 millones de muertes por año, siendo esta la causa más importante de muerte en los países de la Unión Europea (UE) (4). Europa cuenta con un Observatorio Europeo de Cáncer que, en alianza con la Agencia Internacional de Investigación de Cáncer, centra sus actividades en investigaciones epidemiológicas sobre la distribución de la enfermedad en la UE mediante la recolección y procesamiento de datos. Esto permitió crear una base de información robusta en donde se puede encontrar discriminado por país las proyecciones de nuevos casos, mortalidad e incidencia según género de diferentes tipos de neoplasias malignas (5).

Las estadísticas permiten establecer que el número de casos está y seguirá aumentando, estimando que para el año 2020 se reportarán 15 millones de casos nuevos, lo cual representa un aumento del 50% comparado con los datos obtenidos para el 2003 (1). Con base en lo anterior, el cáncer es considerado como un problema de Salud Pública en el cual diferentes variables llevan a centrar esfuerzos en disminuir la mortalidad e incidencia de esta patología, por ello, el análisis de esta enfermedad se debe dar mediante la evaluación de variables económicas, asistenciales y epidemiológicas para poder comprender como un “todo” la situación

que rodea el cáncer. Uno de los principales contribuyentes a esto es el aumento en el número de adultos mayores a 65 años para los países desarrollados (6), entendiendo que uno de los factores que incrementan la probabilidad de padecer la enfermedad es pertenecer a este grupo de edad. El efecto se está dando a nivel global y pese a que la pirámide poblacional de los países en vía de desarrollo no refleja que el porcentaje de la población mayor de 65 años supere la población entre los 0 y los 5 años, se puede observar una tendencia que muestra un incremento en el número de personas del primer grupo (7).

En los países en vía de desarrollo la incidencia y mortalidad mantienen la misma tendencia mostrada en EU y la UE, sin embargo, al tener condiciones sociales, recursos en salud escasos y limitados se estima que el 60% de los nuevos casos de cáncer reportados en el mundo se encuentran en este tipo de países (8). Para Colombia la tendencia observada se comporta de manera similar al resto del mundo, mostrando que las neoplasias de próstata y de seno son las que presentan mayor incidencia, pero las muertes debidas a estas patologías son mayores que las comparadas con EU, comportamiento asociado en mayor medida a la detección no temprana de la enfermedad. El conjunto total de patologías para el año 2015 reporta 71.000 nuevos casos con una estimación del incremento del 50% para el año 2035 (La figura 2 muestra la incidencia y mortalidad estimadas en el país para el año 2015) (7).

Figura 1. Incidencia y mortalidad según tipo de cáncer en Colombia.



Fuente: Modelo de atención en cáncer, Instituto nacional de cancerología, 2015.

El modelo de atención (MA) en salud colombiano actual en cáncer, enfrenta grandes retos al tener que brindar herramientas para poder solucionar los siguientes problemas (8):

1. Implementación de programas de promoción y prevención de la enfermedad.
2. Costo propio de la enfermedad tanto en diagnóstico, tratamiento y paliación.
3. Las barreras de acceso puestas a herramientas de diagnóstico y tratamiento de estos pacientes por parte de las aseguradoras.
4. Barreras económicas sociales y geográficas de los pacientes, por tanto, no todos ellos tendrán las mismas oportunidades de tratamiento.
5. Cobertura, al comparar el aumento en el número de casos nuevos por año de cáncer y el número de instituciones prestadoras de salud (IPS) que presenten servicios de oncología.
6. Contadas IPS cuentan con servicios integrales de atención de la enfermedad, por lo cual los pacientes deben ser tratados, para la misma enfermedad y caso, en diferentes IPS.

Lo establecido por la OMS se alinea con los esfuerzos y lineamientos planteados por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) en donde el objetivo es la creación de un modelo de atención eficiente que permita acceso oportuno, atención integral y mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes (9).

Los modelos de atención domiciliaria han empezado a desempeñar un papel importante en diferentes sistemas de salud en el mundo y en Colombia. Mediante su implementación han logrado mostrar tres resultados principales: aumento en la capacidad instalada de los hospitales y por ende de la cobertura, mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes y mejores resultados en salud (9), por lo cual, estudiar la atención domiciliaria del paciente oncológico se convierte en una alternativa que amerita un estudio para solucionar algunos de los problemas del MA en cáncer actual del sistema de salud colombiano.

La evolución de los sistemas de salud a nivel mundial permite observar que a través del tiempo la ruptura de diferentes paradigmas ha sido la variable constante que lleva a la creación de nuevos conceptos, métodos y modos de entender la salud y el proceso de la enfermedad. Pero el análisis de la historia no debe ser limitado al estudio de la percepción de salud, como es sabido la gestión administrativa al igual que la enfermedad siempre ha estado presente intentando determinar cuál es la manera más conveniente según cada paradigma de llevar a cabo una atención eficiente de los pacientes, uno de los puntos en donde esto se ve reflejado es la propia creación e investigación en salud pública con sus inicios en Inglaterra con John Snow, así el entendimiento de la enfermedad se concibió como algo más amplio y no solo se vio desde la historia natural de la enfermedad (10).

El papel administrativo desarrollado desempeñó funciones aún más importantes con la creación misma de un modelo de atención que migró de lo domiciliario a lo hospitalario, dadas las necesidades poblacionales (10). La OMS establece que los modelos de atención son el eje fundamental en la prestación de servicios a nivel mundial y define que éstos deben ser los administradores, financiadores y generadores de recursos para prestar los servicios, además afirma que su responsabilidad es el análisis de las necesidades de sus poblaciones y generar los cambios necesarios para poder suplir los requerimientos en salud. A pesar que la base de los MA continúa siendo la atención en Hospitales, las condiciones mundiales en términos demográficos, cobertura y humanización hacen que el Modelo de Atención Domiciliaria (MAD) sea presentado como una alternativa para suplir estas necesidades.

En la actualidad diferentes países de Europa y Estados Unidos centran sus esfuerzos para migrar a un MAD, en 1947 en Norte América, Epharim Bulestone establece y fortalece el primer servicio domiciliario con la finalidad de descongestionar las salas de urgencias del Hospital del Bronx, siendo este el punto de partida para la implementación del servicio en diferentes partes del mundo y en diferentes procesos inmersos en el área hospitalaria, por ejemplo en Canadá el primer MAD es desarrollado en 1960, basado en el cuidado de pacientes post quirúrgicos, y en Europa éstos tipos de servicios se implementarán sobre la sexta

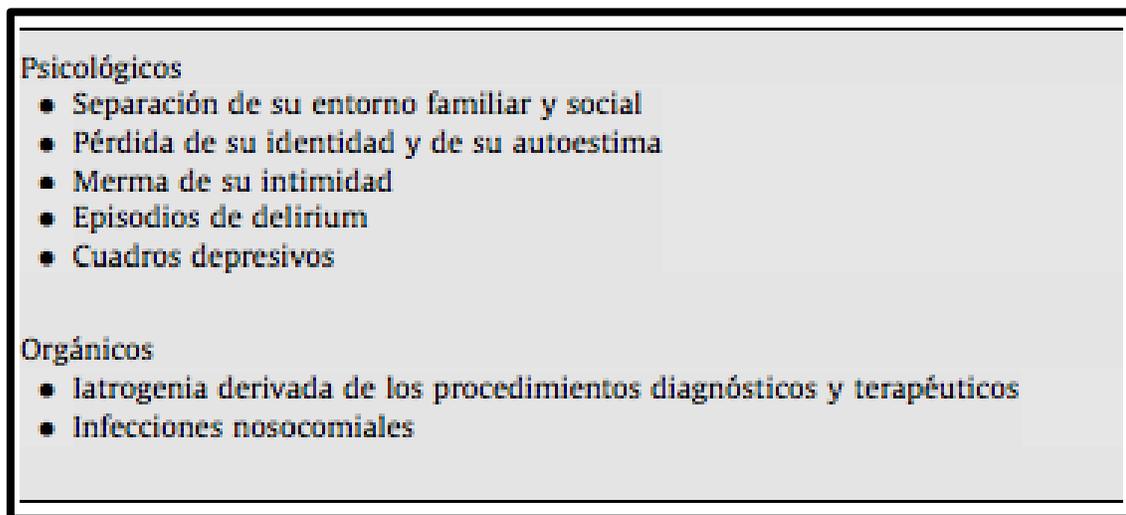
década del siglo XX. Dado la fuerza que tomó este modelo la OMS crea en 1996 el programa “from hospital to home care” con la finalidad de plantear los escenarios y promover estos para la atención domiciliaria y cuidado en casa de los pacientes (11).

En la actualidad el MAD surge como respuesta a necesidades demográficas, económicas y preventivas en salud, es importante reconocer que las características poblacionales no son las mismas a lo largo del tiempo y gracias al avance en investigación y tecnologías en salud diferentes enfermedades pueden ser tratadas mejorando el pronóstico del paciente, dando como resultado un aumento en la expectativa de vida y por ende un incremento a nivel mundial de la población adulta mayor (2). Esta característica poblacional tiene consecuencias a nivel asistencial y nivel económico que impactarán directamente en el MA implementado según el país, así los gastos que son generados por este grupo aumentan al entender que el número de enfermedades crónicas y complejas que son tratadas generan un alto costo al sistema, además de esto, es necesario generar un análisis desde el punto de vista hospitalario, en donde el riesgo también es mayor al de diferentes grupos, por ejemplo el riesgo de adquirir una neumonía nosocomial es mayor en la población adulta mayor hospitalizada (12).

En la actualidad los Hospitales enfrentan un problema en seguridad clínica, cobertura y en términos de la prestación de un servicio humano. Estados Unidos reporta que el 4% de los pacientes hospitalizados deben alargar su estancia dada la presencia de eventos adversos, siendo estos más comunes en el paciente adulto mayor dada la comorbilidad y polimedicación, además de esto, 44 mil muertes por año se relacionan directamente a errores de los profesionales de la salud, teniendo como consecuencia un sobre costo que supera los 30 billones de dólares por año (13). El incremento de esta población implica directamente un número mayor de pacientes atendidos en los hospitales, por lo cual, para que los modelos de atención suplan las necesidades actuales el número de camas disponibles debería aumentar conforme al incremento poblacional, situación que no ocurre en la actualidad al comprender que el costo es alto en la infraestructura y manutención de un hospital. Por último, el MA, como lo establece la OMS debe girar y funcionar entorno al

paciente (12), así, las instituciones deben generar procesos y cultura organizacional enfocadas en la prestación de un servicio humano, entendiendo que factores psicosociales inmersos en la atención intrahospitalaria funcionan de manera negativa en la evolución del paciente como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Problemas asociados con la hospitalización de pacientes ancianos (12).



*Fuente: Hospitalización a domicilio del anciano de la enfermedad aguda” Unidad de Hospitalización Alternativa, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España, 2009.*

Es en este punto donde la atención domiciliaria en salud mediante programas como “hospitalización en casa” se presenta como alternativa para suplir los problemas mencionados anteriormente, desde el punto de vista asistencial es una alternativa para dar una atención más personalizada y por ende más segura, donde varios de los factores de riesgo presentes en un hospital se reducen. Otro punto determinante que hace ver el MAD como el futuro en la atención en salud es la posibilidad de aumentar la cobertura sin tener que aumentar la capacidad infraestructural, de este modo la selección adecuada de pacientes permitirá tener una atención oportuna en los servicios domiciliarios como de pacientes que requieran una atención intrahospitalaria (13). De esta manera, los MA de salud se ven enfrentados a suplir las necesidades en salud de la población, rodeados en un entorno económico en donde las innovaciones en tecnología en salud son cada vez más costosas y la

crisis económica mundial conlleva a exigir que los recursos se administren de manera más eficiente.

Tomando en cuenta el impacto y con la finalidad de establecer como prioridad la seguridad del paciente se deben establecer condiciones puntuales y procesos que permitan reconocer e identificar los pacientes que pueden ser candidatos a participar de este servicio, los estudios actuales muestran la efectividad de cuidados post quirúrgicos en casa, cuidado del paciente post trasplante de médula ósea y tratamiento de terapias endovenosas incluidos ciertos tipos de quimioterapia (13).

Uno de los procesos que se consideran nuevos en su implementación es la aplicación de quimioterapia en casa, dado el riesgo implícito de neutropenias, reacciones adversas a medicamentos y reacciones alérgicas, la administración de estos medicamentos domiciliariamente continúa siendo vista como un procedimiento de alto riesgo en donde el beneficio para el paciente en términos de calidad de vida puede verse mitigado por los riesgos mencionados (14). Sumado a estos factores se debe entender que el manejo del cáncer debe ser llevado por un grupo interdisciplinario en donde diferentes profesiones desempeñan un rol importante en el tratamiento, cuidado y paliación de los pacientes de manera integral, puntualmente para las unidades de administración de quimioterapias las funciones y comunicación entre farmacia, enfermería y médicos tratantes son la base para un correcto funcionamiento de las unidades pero también de la seguridad de los pacientes.

Con base en lo anterior y comprendiendo el MA colombiano, bajo un marco de referencia donde los problemas mundiales prevalecen dentro de los procesos llevados al interior de las instituciones como IPS y EAPB, el tratamiento del cáncer requiere ser analizado y reestructurado con base a las necesidades actuales del sistema y de la población, por lo cual los retos que enfrenta el MA son planteados en términos asistenciales y económicos. Como punto de partida el manejo del cáncer debe ser considerado como la conjugación de diferentes disciplinas que tienen como objetivo la prestación de servicios y atención del paciente por medio de un servicio integral (8).

El manejo multidisciplinario de esta enfermedad debe ser comprendido bajo un proceso en donde el intercambio de información es la base para la construcción de procesos, es decir, la comunicación asertiva y continua entre diferentes profesionales se vuelve fundamental para poder prestar el servicio integral mostrado como estrategia de gestión en el modelo del cuidado del cáncer planteado por el INC (8).

Puntualmente para la administración de quimioterapias en las unidades de los diferentes centros de tratamientos se pueden describir tres actores que desempeñan las siguientes funciones determinantes:

- Médicos tratantes Oncólogos o Hematólogos: Son los encargados de establecer las conductas médicas necesarias para definir los tratamientos más convenientes según el estadio de la enfermedad, por lo cual son los encargados de escoger y formular los tratamientos de medicamentos citotóxicos.
- Enfermería Oncológica: Desempeñan un rol fundamental en el cuidado del paciente, ya que son las encargadas de la administración de las quimioterapias, de la monitorización continua y de informar los eventos que se puedan presentar en los pacientes durante su estancia de la sala de quimioterapia.
- Químicos farmacéuticos: En la actualidad son los encargados de la preparación de las quimioterapias, definiendo mediante criterios técnicos las características de los vehículos, volúmenes y velocidades de infusión según los esquemas de tratamientos dados por el médico. Sumado a lo anterior, son responsables sobre las funciones en la gestión del medicamento en cuanto su adquisición y distribución.

Recientemente la función del químico farmacéutico en las salas de quimioterapia se ha extendido a la participación activa sobre la toma de decisiones de protocolos de tratamiento mediante la implementación de consultas de farmacia y elaboración de seguimientos fármaco -terapéuticos. Además, siendo el eje más importante, se debe considerar al paciente como el eje de todo el funcionamiento de una unidad de administración de quimioterapias,

debido a la gran variedad y tipos de cáncer existentes es difícil realizar una descripción general sobre los pacientes que padecen la enfermedad; sin embargo, la característica que engloba a este tipo de pacientes es la vulnerabilidad frente a factores sociales, clínicos y psicológicos. Siendo este último el punto de referencia del trabajo actual, dado el impacto emocional, social y familiar que la enfermedad acarrea (8).

Alrededor del MAD para la administración de quimioterapia en casa, son instituciones en el Reino Unido las que más han estudiado las ventajas en la implementación de este tipo de servicios, analizando el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes, oportunidad en la atención, cobertura, costo beneficio, seguridad en la prestación de los servicios, eficiencia, y necesidades del entorno del paciente.

En Inglaterra se realizó una revisión sistemática donde se analizaron las siguientes variables: efectividad clínica, costo-efectividad, condiciones de los pacientes a los que se les administraría la quimioterapia en casa y satisfacción y percepción de este modelo (14). El estudio muestra como resultados la aceptación de los familiares de los pacientes relacionado con la reducción de costos en transporte y ahorro en tiempo de traslado de la casa al hospital, además la percepción permitió argumentar la preferencia del modelo por la disminución en las barreras de prestación de los servicios y mantener las actividades diarias. Este estudio también revisó la percepción de los profesionales de salud en cuanto a la propuesta del modelo entendiendo que el recurso humano está focalizado en las instituciones y no cuenta con los profesionales idóneos para expandir la prestación del servicio a la comunidad, factor importante para garantizar una adecuada administración de quimioterapia y la seguridad clínica del paciente.

En cuanto a temas de recepción y entrega de las quimioterapias se establece como resultado que lo importante de este proceso es contar con el entrenamiento para los profesionales que administraban la quimioterapia especialmente para las enfermeras. Para la administración de la quimioterapia se ubicó un número de enfermeras (no más de dos) en cada comunidad, las cinco organizaciones que participaron en la encuesta coincidieron con el número de enfermeras ubicadas y

enfaticaron que la administración del citotóxico es vía endovenosa lo que hace importante contar con el recurso humano (enfermeras) ubicado organizadamente en cada zona y con la experticia del cuidado y manejo del paciente con patología oncológica.

La entrega de la quimioterapia se realiza en algunas organizaciones en unidades móviles, otras en unidades de atención primaria o en residencias para pacientes terminales, esto dependía del sitio geográfico. El estudio muestra que la administración de quimioterapia se puede realizar por intermedio de centros de atención de la comunidad o directamente en el hogar, además cuentan las 24 horas con servicios de atención por líneas telefónicas para las consultas a enfermeras especializadas.

Para la elegibilidad de un MAD se resaltó la importancia que el Hospital del estudio ya contaba con un servicio de cuidados a domicilio debido a que no había dificultad con entregar los medicamentos por este medio. Este servicio es la apertura al MAD para la administración de quimioterapia con la diferencia que son pacientes con una patología específica y que necesitaría de profesionales especializados para la atención de estos pacientes.

En cuanto a costos de funcionamiento y debilidades se identifican un valor a un impuesto sobre el valor que se añade por este servicio, el desplazamiento que se debe hacer para el recorrido en la dispensación de las quimioterapias, inadecuada delimitación geográfica, falta de personal de enfermería especializado y además la capacidad de persuasión o convencimiento al paciente para utilizar el servicio en el hogar (14).

Sin embargo, diferentes estudios establecen como argumento que el mejoramiento de calidad de vida de los pacientes, la oportunidad en la atención de estos mismos y el incremento en la cobertura, sustentan la necesidad del desarrollo y estudio a profundidad sobre un MAD en quimioterapia (13). De este modo, en otros países Europeos han desarrollado diferentes modelos que permitan mejorar la atención de los pacientes con esta enfermedad, por ejemplo en Francia hace aproximadamente cincuenta años se viene desarrollando Home Health Care (HHC), la cual es una alternativa de la hospitalización tradicional, esta tiene como objetivo resolver

problemas de sobreocupación en los hospitales, y transpolar la atención de los pacientes de una forma coordinada, con un grupo de médicos y paramédicos que se encargan de la atención en un periodo de tiempo limitado, esta atención dependiendo del paciente puede ampliarse y se maneja sin inconvenientes como si estuviera hospitalizado para recibir su tratamiento. La revista, evoluciones, prescripciones las realiza un médico de familia o el médico responsable del paciente en el hospital (especialista).

Los pacientes admitidos al HHC son pacientes de patología como cáncer, enfermedades del Sistema Nervioso Central, enfermedades del Sistema Circulatorio, entre otras, los cuales reciben atención de acuerdo a protocolos y normas de atención médica. Este modelo de HHC de Francia se soporta en 24 protocolos de atención y entre estos se encuentra quimioterapia, ventilación mecánica, cuidados paliativos, tratamiento post-operatorio. Este estudio arroja resultados enfocados en la importancia de delimitar adecuadamente las zonas geográficas de las comunidades a las cuales se les prestara el servicio, ubicando al equipo multidisciplinario en estas zonas para que logren formar un vínculo más estrecho personal de salud-paciente y mitigar las barreras que pueden generar la demora en el inicio de los tratamientos de la enfermedad. **(15)**

El University Hospital Southampton NHS Foundation (UHSFT) de Reino Unido, entre sus servicios ofrece una opción de recibir una parte del tratamiento de quimioterapia en casa, esta prestación de servicio es en conjunto con la asistencia de Healthcare at Home, que brinda cuidados a domicilio y adicional entrega los medicamentos de los pacientes directamente en sus hogares. Las variables de inclusión que se escogen para la admisión de los pacientes son de acuerdo a: tipo de cáncer que tiene, tratamiento de quimioterapia que se prescribe. Las aclaraciones de la viabilidad de recibir las quimioterapias en casa siempre son explicadas por el médico especialista o la enfermera, antes de que el paciente tome la decisión se explica detalladamente el plan y tratamiento a seguir. La administración de quimioterapia se recibe cinco días a la semana y las visitas del grupo asistencial se adaptan según a las necesidades de los pacientes siempre y cuando sea posible. Las enfermeras son coordinadas directamente por la dirección del (UHSFT) quienes

informan constantemente el progreso de los pacientes. En el momento de la administración de la quimioterapia la enfermera dispone de todos los equipos necesarios para este procedimiento y ejecuta la orden médica de acuerdo al plan a seguir, y se realiza en compañía de sus familiares en la comodidad del hogar. Se hace el registro de todo el plan de manejo. Es importante resaltar la importancia que tiene todo el tema de educación para los pacientes y familiares en cuanto al tratamiento y efectos secundarios que se puedan presentar de esta. (16)

Actualmente Colombia no cuenta con un MAD de quimioterapias implementado, lo más cercano que se tiene implementado es la administración de dos medicamentos mediante un infusor elastómero el cual es conectado a un catéter implantable para que el paciente pueda regresar a su casa, el infusor cuenta con una bomba de infusión que administra el medicamento en un tiempo determinado, después de terminada la infusión el paciente se acerca de nuevo a la sala de quimioterapia para el retiro de éste. Tomando en cuenta que en la actualidad no existe este servicio y que el MA del cáncer en Colombia propuesto por el INC junto con el plan para el control del cáncer (2012-2020) centra esfuerzos en el manejo integral de la enfermedad, detección temprana del cáncer, el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, entre otras, el MAD de administración de quimioterapias es una estrategia para el cumplimiento de estos objetivos y solución a las problemáticas mundiales a las cuales Colombia no es ajena.

Sin embargo, uno de los programas de extensión hospitalaria que será eje para el desarrollo del trabajo es el implementado por el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). El objetivo del programa de Extensión Domiciliaria es externalizar la asistencia hospitalaria tradicional a pacientes que padecen de procesos agudos o reagudización de enfermedades crónicas las cuales son atendidas en el propio domicilio, parte de esta atención es favorecer su recuperación, contar con acompañamiento familiar, y evitar posibles complicaciones que se puedan obtener directamente del ámbito hospitalario como lo son enfermedades nosocomiales, desorientación en lugar, tiempo y espacio, (14) y en cuanto a rotación de giro cama, es lograr realizar una adecuada rotación de una cama en un paciente de corta estancia y no ocuparla con un paciente de una patología crónica de larga estancia

que puede ser cuidado con las mismas atenciones en el hogar. Algunas características de la HD que presta el HUSI, es la atención dirigida por el modelo de atención del HUSI, humana, segura y eficiente, con asistencia de profesionales del hospital, médico y de enfermería las 24 horas del día los 7 días de la semana, los pacientes cuentan con una estabilidad clínica,( se encuentran hospitalizados en servicios de hospitalización, las evoluciones favorecen su recuperación, aceptan voluntariamente el programa de Extensión Domiciliaria después de la información emitida por el profesional de la salud, no se admiten pacientes que puedan presentar un alto riesgo de complicación. HD también están incluidos pacientes que requieren soporte ventilatorio, antibioticoterapia endovenosa que es una de las principales causas de hospitalizaciones prolongadas, nutrición parenteral y algunas situaciones sociales.

La HD cuenta con criterios de accesibilidad en cuanto a zonas demográficas y geográficas se refiere, verifica que el domicilio este adaptada para las posibles necesidades que se reunirán, acceso a teléfono. **(17)**

En Colombia no se cuenta con un MAD para la administración de quimioterapia, pero se cuenta con un programa nombrado Extensión Domiciliaria u Hospitalización Domiciliaria (HD) programa del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI).

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Tomando en cuenta los problemas en salud asociados al cáncer que rodean la situación mundial y nacional es necesario el desarrollo e implementación de nuevas estrategias administrativas y asistenciales que brinden soluciones eficientes para el sistema de salud colombiano, por lo cual el marco referencial escrito en los puntos anteriores lleva al planteamiento de una pregunta central ¿Cuáles son los facilitadores y barreras para la implementación de un modelo de atención domiciliaria de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá?, la cual se puede abordar con la respuesta inicial a las siguientes:

¿Este modelo funciona actualmente en otros países y cómo lo hacen?

1. ¿A la luz de la normatividad colombiana vigente es factible la implementación de un MAD de administración de quimioterapias?
2. ¿Cuál es la percepción de los pacientes, EAPB, IPS, enfermeras y químicos farmacéuticos sobre la posible aplicación de quimioterapias en casa?
3. ¿Cuáles son los requisitos para el desarrollo, implementación y operación de este servicio en la ciudad de Bogotá?

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

Con base en las necesidades de la población colombiana es necesario proponer soluciones para que los pacientes con cáncer sean atendidos, cuidados y analizados desde un contexto médico, psicológico, económico y social integrado con el fin de curar los casos curables, paliar los demás, pero en todo caso contribuir a una mejor calidad de vida del paciente y su familia. El objetivo de las soluciones que se planteen es suplir necesidades de confort, facilitar la adquisición de tratamientos, mitigar los traumatismos familiares, disminuir desplazamientos de sus hogares a los hospitales y cambiar sus condiciones y estilos de vida, con la finalidad de hacer más llevadero el padecimiento de la enfermedad.

Debido a que la demanda de pacientes con esta enfermedad aumenta, es importante mencionar que tanto la infraestructura como el recurso humano de las instituciones se ve limitado para brindar una atención oportuna y personalizada. Estas limitaciones se ven reflejadas en las demoras que se presentan para el inicio de la administración de las quimioterapias dado que, entre otros factores, que no se cuenta con el espacio indicado para los pacientes, en ocasiones las camas no se encuentran disponibles en el momento de la hospitalización del paciente y se ve la necesidad de ser ubicados en salas de espera o espacios no adecuados para ellos, retrasando el inicio de ciclos de quimioterapia.

La limitante de espacio y tiempo adecuado para la administración de las quimioterapias, aumenta el riesgo de ocurrencia de eventos de seguridad clínica relacionadas con errores de premedicación, hidratación y administración de los

citotóxicos lo que puede acarrear además complicaciones para el paciente aumentando su estancia hospitalaria.

Por otro lado, el recurso humano presta cuidado a una gran cantidad de pacientes con cáncer a los cuales se les debe brindar una atención más especializada en la medida que se conoce el impacto psicológico, físico y social que va surgiendo de la evolución de la enfermedad. Como esta enfermedad no excluye edad, género entre otros no es igual cuidar un adulto joven, adulto mayor que un paciente pediátrico por las características que cada uno presenta y la forma en que se debe abordar tanto al paciente como a la familia, se presentan casos en donde la madre del paciente es madre cabeza de hogar y su núcleo familiar lo componen más hijos, abuelos, o personas en condiciones de discapacidad los cuales por asistir al hospital quedan sin cuidado de esta persona, estas situaciones también generar estados de angustia y estrés a los cuidadores de pacientes con cáncer dados componentes psicológicos pero también económicos. Por esta razón también es importante implementar un MAD para que todos estos procesos traumáticos a los cuales se ven enfrentados tanto los familiares como los pacientes disminuyan considerablemente, de manera que no existiera desplazamiento injustificado de los cuidadores al hospital y en lo posible continuarían con las actividades de la vida cotidiana.

El MAD contribuiría a mejorar la eficiencia en cuanto a tiempos de ocupación, estancias prolongadas, giro-cama que impactan considerablemente en las instituciones y que hace parte de entender y concientizar que las hospitalizaciones deben ser de estancias cortas para poder generar una mayor rentabilidad en los hospitales, así mismo para controlar la aparición de enfermedades nosocomiales que generan más días de hospitalización y la necesidad de iniciar tratamientos los cuales no eran esperados en este momento de la hospitalización, en la medida que el paciente es hospitalizado en el domicilio evitaría el contacto con pacientes que presenten enfermedades infectocontagiosas que prolonguen la estancia en el hospital por el estado de inmunosupresión que presentan después de la administración de quimioterapias.

Para un paciente, su familia y el equipo multidisciplinario es fundamental la administración oportuna e inmediata de las quimioterapias para ir contrarrestando la evolución de la enfermedad entendiendo que el cáncer y la demanda de la atención de esta patología aumentan simultáneamente se puede percibir que la oportunidad en la prestación de servicios no es la esperada lo que conlleva a inicios de tratamientos después del tiempo considerado, con la implementación del MAD el paciente contaría primero con una atención especializada y oportuna en la administración de la quimioterapia y así la cobertura de los pacientes con estas patologías no se vería limitada por tiempo y espacio.

En la actualidad el sistema de salud colombiano enfrenta retos importantes, en donde la búsqueda de soluciones administrativas que ofrezcan alternativas de tratamiento que sean eficaces y eficientes es algo primordial para asegurar la sostenibilidad de éste mismo. Sin embargo cabe mencionar que el componente económico solamente es uno de los focos en los que los esfuerzos deben estar centrados, se debe tener en cuenta que con la aprobación de la ley estatutaria la salud es contemplada como derecho fundamental de los colombianos, por ende las nuevas alternativas de tratamientos y nuevos modelos de atención tendrán que ser enfocados a garantizar un componente asistencial bajo la definición constitucional de derecho fundamental pero también asegurar la optimización de recursos financieros. Dadas estas razones, la implementación de un MAD de administración de quimioterapias, es una de las soluciones mediante la cual, se pueden mitigar problemáticas asistenciales, económicas y psicológicas en el tratamiento de pacientes con cáncer. Este MAD busca captar a los pacientes con cáncer que cumplan criterios específicos para iniciar con el proceso de administración de quimioterapias en casa, brindando y asegurando condiciones de seguridad, comodidad, inicio de tratamientos inmediatos mediante la mitigación de barreras de acceso.

Adicional a lo anterior el MAD disminuye el estrés y dificultades sociales que para el enfermo y su familia significa el desplazamiento, especialmente en ciudades con significativos problemas de movilidad.

## **4. OBJETIVOS.**

**4.1 Objetivo General:** Identificar y describir las barreras y los facilitadores para la implementación de MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá.

### **4.2 Objetivos específicos:**

**4.2.1** Hacer una revisión bibliográfica mediante la metodología PICO sobre programas de aplicación de quimioterapia en casa.

**4.2.2** Definir según la normatividad vigente en Colombia la viabilidad de la creación de este nuevo tipo de servicio para pacientes oncológicos, mediante una revisión de los requisitos actuales para la habilitación de unidades de quimioterapias y servicios domiciliarios.

**4.2.3** Identificar la percepción de los pacientes, enfermeras y químicos farmacéuticos sobre esta nueva propuesta, mediante la realización de grupos focales.

**4.2.4** Especificar recomendaciones para las EAPB, IPS y para el sistema de salud en Colombia sobre lo referente a la viabilidad y condiciones adecuadas para la implementación de un modelo de atención domiciliaria de administración de quimioterapias.

## **5. PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación se divide en lo siguiente:

1. Definir cuáles son las condiciones y parámetros que permitan operar un MAD para administración de quimioterapias en la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta la situación actual que se está presentando con el aumento de cáncer y las condiciones de la población.

2. Ampliar la visión de extender la atención de los hospitales a los hogares de los pacientes por medio del cumplimiento de las normas y políticas de seguridad del paciente en su tratamiento desde la normatividad y las condiciones de salud actuales.

3. Analizar el beneficio que se genera en los pacientes los cuales serían usuarios de este MAD rescatando las ventajas que refieren de esta propuesta para así implementarla de una forma exitosa y mantenerla en el tiempo.

4. Presentar a través de este documento cuales son las ventajas y obstáculos que se puedan presentar en la implementación de este MAD de administración de quimioterapias y de acuerdo con la viabilidad generar recomendaciones para que este modelo no sea solamente para este tipo de enfermedad si no que pueda ser aplicable desde lo racional y objetividad del cuidado de la salud, costo/beneficio a otras clases de enfermedades que su estadios sean crónicos y que requieran de un tratamiento similar al expuesto en este trabajo.

## **6. METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio de investigación cualitativa.

Los métodos o herramientas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación fueron:

- Revisión sistemática de la literatura
- Estrategia PICO para la estructura y la articulación con la revisión sistemática de la literatura.
- Estructura del guion y desarrollo de grupos focales para aplicación a pacientes, enfermeros, químicos farmacéuticos y médicos.
- Creación de la propuesta del guion de entrevistas semiestructuradas para posteriormente aplicación a EAPB e IPS.
- Análisis de la norma de habilitación actual.

- Adaptación del modelo de Tanahashi para el análisis de los resultados de las barreras y facilitadores.

#### Aspectos de evaluación

- Normatividad actual vigente: Mediante el análisis se pudo establecer la viabilidad y fiabilidad de la implementación de un MAD para aplicación de quimioterapias en casa a la luz de la normatividad colombiana vigente.
- Revisión sistemática de la literatura: Evaluar el estado del arte a nivel mundial.
- Representantes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): Dado que en Colombia este tipo de servicios no está implementado es necesario saber la percepción de las EAPB.
- Pacientes: Dado que en Colombia este tipo de servicios no está implementado es necesario saber la percepción de los pacientes.
- IPS: Tomando en cuenta que son estas instituciones las que pudieran llegar a prestar el servicio es necesario analizar su percepción frente al MAD.
- Médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos: Como miembros del grupo tratante.

## **6.2 Instrumentos para la recolección y análisis de datos:**

**6.2.1 Revisión bibliográfica:** Implementación de metodología PICO para la revisión en literatura de la cual se extrajo la siguiente información: criterios calidad, característica de la revisión, desenlaces, características del programa de quimioterapia y descripción de los desenlaces.

**Anexo 1:** Criterios de búsqueda mediante la implementación de la metodología PICO.

**6.2.2 Normatividad actual vigente:** Se analizó y se emitió un concepto sobre las restricciones en la norma sobre la implementación de este modelo de atención. Se realizó un bosquejo de los requerimientos puntuales con los que tendrá que contar el modelo para cumplir con los criterios de habilitación establecidos en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Adicional se revisó la Resolución 1403 de 2007 la cual

determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, la Resolución 1419 de 2013, la cual establece los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades funcionales para la atención integral del cáncer, la Ley 1384 de 2010 Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecieron las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, la Ley 1388 de 2010 Por el derecho a la vida de los niños con cáncer y la Resolución 1442 de 2013.

**6.2.3 Representantes EAPB:** Se planteó una entrevista semi-estructurada a los representantes de: EAPB del régimen subsidiado, del régimen contributivo y entidades aseguradoras con planes de atención complementarios.

La entrevista semi-estructurada fue escogida como método de evaluación para este aspecto dado que es necesario identificar la percepción de los entrevistados, por lo cual se hizo necesario contar con un guion establecido previamente que permitiera llevar un hilo conductor en la entrevista y que a la vez dejará una brecha abierta para que el entrevistado expresará su punto de vista en lo referente al tema (18).

La primera fase de la entrevista será el momento de preparación, el cual se establece bajo el siguiente marco de referencia **(19)**:

**Objetivos:** La entrevista tiene como finalidad conocer a profundidad la percepción de los líderes de los 3 aseguradores sobre la posibilidad de la implementación del nuevo MAD estudiado en 3 ejes de referencia: Percepción inicial de la propuesta, percepción en términos de calidad y seguridad del paciente y por último costo efectividad del MAD.

**Personas a entrevistadas:**

**Formulación de preguntas:** Ver anexo 2.

**Lugar:** Sitios de trabajo de las personas entrevistadas.

**Recolección de datos:** Por medio de entrevistas

**6.2.4 Representantes IPS:** Se planteó una entrevista semiestructurada a los representantes de: IPS privadas y públicas.

La entrevista semiestructurada fue escogida como método de evaluación para este aspecto dado que el objetivo era lograr identificar la percepción de los entrevistados, por lo cual fue necesario contar con un guion establecido previamente que permitiera llevar un hilo conductor en la entrevista y que a la vez dejara una brecha abierta para que el entrevistado expresara su punto de vista en lo referente al tema (18).

La primera fase de la entrevista será el momento de preparación, el cual se establece bajo el siguiente marco de referencia **(19)**:

**Objetivos:** La entrevista tiene como finalidad conocer a profundidad la percepción de los líderes de los representantes de las IPS en los siguientes ejes de referencia: Percepción inicial de la propuesta, percepción en términos de calidad y seguridad del paciente y por último costo efectividad del MAD.

**Personas entrevistadas:**

**Formulación de preguntas:** Ver anexo 3.

**Lugar:** Sitios de trabajo de las personas entrevistadas.

**Recolección de datos:** Por medio de entrevistas.

#### **6.2.5 Pacientes:**

El método escogido para poder llegar a este objetivo fue la implementación de grupos focales, dado que éstos permitieron capturar las respuestas de los pacientes en tiempo y espacio reales, además, logrando interactuar entre los diferentes participantes frente a los planteamientos que se realizaron sobre el tema, lo cual llevó a identificar consensos o disparidades entre el grupo sobre los distintos cuestionamientos establecidos **(18)**.

**Planificación y organización del grupo focal:** Una de las divisiones en el tratamiento de pacientes con cáncer fue vista desde el concepto de edad, estableciendo que el tratamiento es dado a pacientes pediátricos y pacientes adultos (18). Por lo cual el trabajo fue realizado con dos grupos, uno que representó a los pacientes adultos y otro que representó a los pacientes pediátricos por medio

de sus cuidadores, de este modo se abarcaron los objetivos planteados en los dos grupos poblacionales.

Partiendo del hecho que las personas que participaron del grupo focal fueron personas con conocimiento basado en la experiencia del funcionamiento actual del modelo de atención en cáncer, se realizaron grupos focales de 5 a 8 personas (20). El grupo focal de pacientes adultos estuvo conformado por 8 pacientes y 2 cuidadores

El grupo focal de cuidadores de pacientes pediátricos estuvo conformado por 5 cuidadores

**Fuentes de datos de los grupos focales:** Se aplicó el análisis basado en cintas, en donde se grabó la discusión planteada en los dos grupos focales y se dio su posterior transcripción.

**Planteamiento y direccionamiento del grupo focal: Ver anexo 4.**

#### **6.2.6 Médicos:**

**Planificación y organización del grupo focal:** Dada la importancia que tienen los médicos como líderes del grupo tratante era conveniente saber la percepción de los hematólogos y oncólogos sobre el MAD propuesto.

El grupo focal de médicos hematooncólogos estuvo conformado por 2 hematooncólogas de pacientes pediátricos, 2 hematooncólogas de pacientes adultos y una médica de cuidado paliativo

**Fuentes de datos de los grupos focales:** Se aplicó el análisis basado en cintas, en donde se grabó la discusión planteada en los dos grupos focales y se dio su posterior transcripción.

**Planteamiento y direccionamiento del grupo focal: Ver anexo 5.**

#### **6.2.7 Enfermeras y químicos farmacéuticos**

**Planificación y organización del grupo focal:** Dada la importancia que tienen los profesionales de enfermería y químicos farmacéuticos como miembros del grupo tratante fue conveniente saber la percepción de estos profesionales sobre el MAD propuesto

El grupo focal estuvo conformado por: 4 Químicos farmacéuticos y 2 enfermeras oncólogas.

**Fuentes de datos de los grupos focales:** Se aplicó el análisis basado en cintas, en donde se grabó la discusión planteada en los dos grupos focales y se dio su posterior transcripción.

**Planteamiento y direccionamiento del grupo focal:** Ver anexo 6.

Los criterios de selección de las personas que participaron se encuentran en el **Anexo 7.**

**Validación de las variables de la metodología a implementar:**

- **Normatividad:** No aplica la validación, se utilizaron los criterios de habilitación vigentes.
- **Grupos focales y entrevistas semiestructuradas:** Validación de la metodología por parte de un experto.

### **6.3 Adaptación del modelo Tanahashi para evaluación de barreras y facilitadores.**

Diferentes modelos han sido desarrollados para el análisis y medición del acceso a los diferentes sistemas de salud. La diferencia de los modelos se basa en las perspectivas en las cuales se desarrolle el análisis, de esta manera muchos de éstos van más de un estudio netamente de disponibilidad de recursos, por el contrario, el análisis es llevado a contextos sociales, socio organizacionales (22).

Sin embargo, el modelo Tanahashi establece para la medición de accesibilidad a los diferentes modelos y servicios de salud la definición de “modelo de cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz” (22). Una característica diferencial de este modelo es el análisis de las barreras y facilitadores que permitirán o dificultarán el logro de la cobertura efectiva, las cuales dependerán directamente de 4 factores: Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio.

El análisis de los resultados encontrados en los diferentes grupos focales y las entrevistas semiestructuradas se realizaron mediante la aplicación de este método discriminándolos bajo los aspectos mencionados las barreras y facilitadores identificados.

## 7. RESULTADOS

**7.1 Revisión bibliográfica:** Los términos que se utilizaron para la implementación de la estrategia PICO los cuales están relacionados en el anexo 1 fueron utilizados para realizar la búsqueda de los artículos candidatos los cuales fueron estudiados y tenidos como base para la realización de las entrevistas y grupos focales.

La búsqueda inicial arrojó 391 artículos, la restricción por título y resumen dejó un total de 229 artículos, con la restricción posterior a artículos de revisión se obtuvo un total de 24 títulos. Después de esto se realizó una preselección de los títulos y se descartaron los títulos que se encontraban en japonés, quedando para la revisión final un total de 17 revisiones, estos se revisaron nuevamente y se incluyeron los siguientes criterios de exclusión:

- Exclusión por idiomas: Artículos que se encuentren en un idioma diferente a español, inglés, francés o portugués.
- Período de publicación: Publicaciones mayores a 10 años.
- Revisión de resúmenes: Temas que no estén directamente relacionados con la aplicación de quimioterapia en casa o cuidado del paciente con cáncer en casa.

En total quedaron 10 artículos relacionados en la bibliografía.

La revisión permitió clasificar los aspectos que fueron considerados para la revisión, indicadores de los resultados en salud, relación costo beneficio, tipos de programa y servicios que fueron prestados en cada uno de éstos.

Se identificaron los países en los que el modelo de atención domiciliario de aplicación de quimioterapias se encuentra más desarrollado, encontrando que los líderes son los programas desarrollados en Canadá, Estados Unidos, Australia y Reino Unido (25).

Sin embargo, dentro de la revisión se incluyeron artículos que relacionaban las condiciones, beneficios y riesgos del cuidado del paciente con cáncer en casa y las ventajas respecto al cuidado intrahospitalario, encontrando que en términos de

seguridad y su relación costo/beneficio puede ser mayor, como por ejemplo en el cuidado de pacientes después del trasplante de médula ósea (27).

Otro punto clave que se encontró es que no existe una definición puntual de quimioterapia domiciliaria, la revisión hecha por el NHS en el marco teórico muestra las condiciones, servicios y resultados por este programa en el Reino Unido, pero nunca establece una definición puntual, sin embargo, deja la puerta abierta a la definición según los servicios que preste el programa a implementar (10). Sin embargo, la revisión de diferentes programas hechas por J.M Evans y colaboradores se acercó a la definición de quimioterapia domiciliaria de la siguiente manera “Servicio que provee un paquete de cuidado y soporte a pacientes tratados con quimioterapia por vía parenteral”, pero dejó la definición abierta a los criterios de inclusión de cada programa (25).

Los resultados en salud medidos en supervivencia y mortalidad no se describen en cifras en ninguna de las revisiones, sin embargo, en algunos hacen referencia que la evolución debe ser medida de acuerdo a las condiciones del programa creado (30). Por otro lado, uno de los factores que se revisó fue la incidencia de eventos adversos asociados a la aplicación de quimioterapia y del tratamiento, evaluando puntos como infecciones asociadas a la manipulación de catéteres por vía central o reacciones adversas a medicamentos encontrando que no existe alguna diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de este tipo de eventos (25).

En el 80% de los artículos el resultado en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes se estableció y se fijó como la oportunidad que tienen los pacientes de acceder al tratamiento de manera oportuna y continuidad en su vida cotidiana (26). El artículo realizado por el NHS muestra dentro de los aspectos que mejoran la calidad de vida del paciente la disminución del gasto de bolsillo, aunque no es medido, lo cual también está relacionado con la relación costo/ beneficio y costo/efectividad de la implementación de estos programas. La revisión realizada mostró que 5 de los 10 artículos relacionaron términos asociados a costo efectividad, sin embargo, en ninguno de estos citaron o realizaron un estudio puntual que permitiera analizar cifras para determinar la relación existente entre estos dos aspectos. En uno de los artículos relaciona que los programas que son estudiados

no resultaron ser costo efectivo, pero aun así no son concluyentes y referencian que hay programas en Reino Unido donde se habla que este tipo de atención domiciliaria presentan un balance costo efectivo positivo (25) (26) (27).

Dentro de los aspectos más importantes que se estudiaron fueron los servicios prestados y descritos en cada uno de los artículos revisados, lo cual direccionó las entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Todos los artículos describieron los servicios ofrecidos en los programas de quimioterapia domiciliaria, fueron incluidos los que relacionaban únicamente cuidado de los pacientes con cáncer en casa para analizar la relación directa con la implementación de este modelo de atención, el resumen de los componentes se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Resumen de servicios ofrecidos de los programas descritos en la revisión. (Se hace descripción del servicio y el porcentaje de los artículos revisados en los que se encontraba este componente)

<b>Descripción del servicio</b>	<b>%</b>
<i>Educación a paciente</i>	60%
<i>Acompañamiento enfermería</i>	70%
<i>Programa comunicación ( Grupo tratante-paciente)</i>	30%
<i>Educación cuidador</i>	20%
<i>Puntos de atención cercanos</i>	10%

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

Por último, dos artículos únicamente establecieron que la participación de los pacientes a este tipo de programas debería ser establecida por el grupo tratante mediante criterios específicos de inclusión y de exclusión de programas, dentro de los cuales se encuentran: Tipo de neoplasia, tipo de medicamentos del tratamiento, características del paciente y comorbilidades, relación paciente-cuidador y proximidad hospitalaria (10) (25).

## 7.2 Normatividad:

En la revisión de la norma de habilitación, actualmente no da la opción de habilitar el servicio de quimioterapia en modalidad domiciliaria, solamente ambulatoria y hospitalaria. Para esta revisión se tomó como referencia el Hospital Universitario San Ignacio con la consulta en el formulario de Novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Para referencia de la consulta de la normatividad se revisó la **Resolución 2003 de 2014**, la cual define las condiciones y procedimientos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud relacionados con los requisitos mínimos que garanticen seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud. Adicionalmente en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de servicios de Salud que en este se adopta se analizaron los criterios y requisitos básicos de los siete estándares los cuales fueron la guía o base de la propuesta de implementación del MAD.

En esta resolución se encontró la modalidad de atención extramural, lo cual permitió entender y enfocar la prestación de servicios a pacientes con cáncer para la continuidad de sus tratamientos por medio de la administración de quimioterapias en el domicilio en un ambiente controlado, en este proceso se debe contar con la vinculación estrecha del prestador de salud. En cuanto a la estructura del servicio de salud el modelo tiene que ser parte de la división de grupo en atención domiciliaria en el manejo del paciente y los estándares de habilitación los cuales cumplirían las siguientes características:

**Tabla 2.** Estándares de habilitación que se deben tener en cuenta para el servicio de atención de pacientes oncológicos.

<b>Estructura de los servicios de salud</b>	
<b>Grupo</b>	<b>Servicio</b>
Otros servicios	Atención domiciliaria a paciente agudo
	Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador
	Consulta domiciliaria
<b>Estructura de las modalidades de prestación de servicios de salud</b>	

Modalidad	Tipo
Extramural	Brigadas o jornadas de salud
	Atención domiciliaria
	Atención en unidad móvil acuática o terrestre

**En cuanto a estándares de habilitación:**

Estándar	Criterio
Talento humano	Los prestadores de servicios de salud determinar la cantidad de talento humano requerida para la atención de los servicios ofertados
	Los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.
	Formación continua en el talento humano para la prestación del servicio ofertado
Infraestructura	El almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.
	Para inclusión de pacientes en el servicio de atención domiciliaria, el domicilio debe cumplir con las siguientes condiciones y características: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accesibilidad al mismo.</li> <li>2. Servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil.</li> <li>3. Baño.</li> <li>4. Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS.</li> <li>5. En caso que la institución deba realizar el transporte de residuos, debe garantizar el traslado separado de estos y aplicar las normas de bioseguridad. Corresponde</li> </ol>

Dotación	Cumplimiento del protocolo de lavado de manos
	Realización de mantenimiento de equipos biomédicos, así como la disposición y disponibilidad de los mismos
	Dispone de equipos de comunicación externa e interna
	Dispone de equipo básico de reanimación y carro de paro. Tener presente la oferta de servicios
	El domicilio del paciente cuenta con nevera, en caso que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío. Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas.
	<p>Se cuenta con:</p> <p>La dotación de los elementos, insumos y equipos que requiera la atención del paciente y aquellos de protección personal, contenedores y bolsas para la clasificación, segregación y manipulación de los residuos biológicos- infecciosos generados en el domicilio del paciente.</p> <p>Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro.</p> <p>Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente.</p> <p>Maletín con elementos de curaciones.</p> <p>Maletín con medicamentos, de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa.</p> <p>Atriles.</p> <p>Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral.</p> <p>Otros, según el plan de manejo del paciente.</p> <p>Oxígeno</p>
	Se deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben

<p>Medicamentos dispositivos médicos e insumos.</p>	<p>incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p>
	<p>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p>
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique..</p>
	<p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con</p>

	<p>los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.</p> <p>El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p> <p>Si realiza reenviase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA</p> <p>Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.</p>
Procesos prioritarios	Procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique
	Descripción del programa al que estaría incluido el paciente
	Programa de seguridad del paciente Política de seguridad del paciente Equipo interinstitucional para la gestión de la seguridad del paciente Medición análisis y reporte de Eventos de Seguridad Clínica
	Elaboración de guías basadas en evidencia
	Despliegue de procedimientos, guías y protocolos al personal que realizara su aplicación
	Protocolos de venopunción y colocación mantenimiento de sondas vesicales
	Protocolo de lavado de manos

	Se cuenta con guías, procedimientos, protocolos y manuales para el manejo y aplicación de normas de bioseguridad, control de infecciones, aislamientos, uso y reúso de dispositivos médicos, limpieza y desinfección de áreas
	Procesos definidos para la administración y aplicación de medicamentos, adicional con el manejo de derrame de estos en domicilio o casa
	Valoración del domicilio, previo al ingreso al programa, para evaluar las condiciones de accesibilidad al mismo.
	Entrenamiento y capacitación al paciente, familiar y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio, manejo de residuos, uso y almacenamiento adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.
Historia Clínica y registros	Apertura de historia clínica institucional
	Aplicación de consentimiento informado
Interdependencia	Según el servicio ofertado
	Central de mezclas- urgencias- transporte asistencial- hospitalización

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

Profundizando en el tema del talento humano el perfil requerido para la atención de la población oncológica en MAD es:

Talento humano	Perfil
Medico	Especialización en Hematología y Oncología
Enfermería	Especialización en enfermería Oncológica Para auxiliares de enfermería entrenamiento y experiencia en el manejo del paciente con cáncer,

	<p>entrenamiento certificado cada 2 años que realizaría la Institución</p> <p>Si se ofrece oncología pediátrica, el personal asistencial cuenta con certificado de formación del cuidado al paciente pediátrico con quimioterapia o con patología oncohematológica.</p>
Químicos farmacéuticos	<p>Entrenamiento en el manejo de protocolos d quimioterapias.</p> <p>Aplica lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan</p>

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

El equipo de salud que estaría en el MAD cumpliría con todas las guías, procedimientos, instructivos, protocolos de la atención intramural u hospitalaria a la atención en domicilio.

Como el MAD se enfocará en la aplicación de quimioterapia se consultó la Resolución **1403 del 2007** la cual determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y el **Decreto 2200 de 2005** el cual reglamenta el servicio farmacéutico y dicta otras disposiciones. Estos se tuvieron en cuenta para describir lo siguiente:

- Dispensar los medicamentos y dispositivos médicos a sus pacientes ambulatorios, en las condiciones establecidas en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.
- Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.

- Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes y realizar con el equipo de salud, todas las intervenciones relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos necesarias para el cumplimiento de su finalidad.
- La dirección de un Químico Farmacéutico o de un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, teniendo en cuenta el grado de complejidad del servicio. El MAD estaría mancomunado con IPS de IV nivel de complejidad.
- Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia
- Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico

En cuanto a la población del estudio del trabajo se destacó la **Ley 1384 de 2010** habla acerca de las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y la **ley 1388 de 2010** está relacionada con la atención en niños con cáncer específicamente, estas buscan garantizar de manera oportuna toda la atención de los pacientes desde la detección de la enfermedad pasando por el tratamiento y la rehabilitación. Adicional, se interesa porque la detección se dé, de una forma temprana por medio de la promoción y prevención de la salud enfermedad y tratar de llegar a los lugares más lejanos del país con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas.

### **7.3 Grupos focales**

Los libretos de los grupos focales y de las entrevistas semiestructuradas fueron validadas por el Dr. Raúl Murillo director del Centro Javeriano De Oncología.

Antes de cada sesión se informó a los participantes que la información iba a se utilizada para la elaboración del trabajo y que sería usada con fines académicos como quedo consignado en los audios grabados.

Para el análisis de la información se utilizó Excel como herramienta para tabular las descripciones que se encontraron en cada sesión.

### **Grupos focales**

En el anexo 8 se relacionan los resultados encontrados en cada uno de los grupos focales con base en el instrumento utilizado para guiar cada uno de estos.

Los resultados se expresaron en términos de barreras y facilitadores encontrados después de la recolección de datos de cada uno de los grupos focales.

### **Pacientes adultos y cuidadores**

La tabla relaciona la cantidad total de barreras y facilitadores identificados en el grupo, encontrando que la mayoría de intervenciones dieron a entender los facilitadores para la implementación de un modelo de este tipo. Los facilitadores giraron en torno a la expectativa del mejoramiento en la calidad de vida y en la oportunidad en la aplicación de los ciclos de quimioterapia.

**Tabla 3.** Barreras y facilitadores encontrados en el grupo focal de pacientes adultos y cuidadores

<b>GRUPO FOCAL CUIDADORES Y PACIENTES ADULTOS</b>	
<b>BARRERAS</b>	<b>1</b>
<b>FACILITADORES</b>	<b>16</b>

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

Las barreras identificadas fueron analizadas bajo el modelo Tanahashi encontrando que el 100% de las mencionadas por los pacientes durante el grupo focal están relacionadas en la variable de contacto, en donde se manifiesta un desconocimiento de la enfermedad por parte de ellos y no se registran más barreras que impacten el resto de variables analizadas.

**Tabla 4.** Barreras discriminadas por variables analizadas

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

<b>GRUPO FOCAL CUIDADORES Y PACIENTES</b>	
<b>ACCESO</b>	0
<b>CONTACTO</b>	1
<b>DISPONIBILIDAD</b>	0
<b>ACEPTABILIDAD</b>	0

**Tabla 5.** Barreras descritas en el grupo focal de cuidadores de pacientes adultos y cuidadores.

<b>CONTACTO</b>
Desconocimiento de la enfermedad.

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

### **Cuidadores pacientes pediátricos**

**Tabla 6.** Barreras y facilitadores encontrados en el grupo focal de cuidadores de pacientes pediátricos.

<b>GRUPO FOCAL PACIENTES</b>	
<b>BARRERAS</b>	<b>7</b>
<b>FACILITADORES</b>	<b>18</b>

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

La cantidad de facilitadores totales fue de 18 y un total de barreras de 7. Los facilitadores al igual que en el grupo focal anterior giraron en torno al mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes, aceptación de la alimentación por parte de los niños en la casa, recuperación de la vida cotidiana, oportunidad en la atención y en este grupo se recalcó la importancia de educación al cuidador sobre la enfermedad y cuidados del paciente durante y después de la administración del ciclo de quimioterapia.

Respecto a las barreras encontradas se identificaron 6 relacionadas con acceso y 2 relacionadas con disponibilidad como lo muestra la tabla 7.

**Tabla 7.** Barreras discriminadas por variables analizadas

<b>GRUPO FOCAL PACIENTES BARRERAS</b>	
Acceso	5
Contacto	0
Disponibilidad	0
Aceptabilidad	2

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

**Tabla 8.** Barreras descritas en el grupo focal de cuidadores de pacientes pediátricos.

<b>GRUPO FOCAL PACIENTES BARRERAS</b>
<b>ACCESO</b>
* No autorizaciones de las EPS, esto retrasa los inicios de tratamientos.
* La demora en la atención en urgencias.
* Inoportunidades de las citas.
*Desacuerdo con el diagnostico.
* Error en el diagnóstico inicial.
<b>ACEPTABILIDAD</b>
*Desconocimiento de la enfermedad
* Se presentaría inseguridad dado el caso que se presentara alguna situación con el paciente.

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

## Grupo focal Enfermeras y Químicos Farmacéuticos

**Tabla 9.** Barreras y facilitadores encontrados en el grupo focal enfermeras y químicos farmacéuticos

GRUPO FOCAL ENFERMERAS Y QUIMICOS FARMACEUTICOS	
BARRERAS	23
FACILITADORES	19

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

En este caso el comportamiento fue diferente encontrando que del total de intervenciones entre barreras o facilitadores fue del 54% que correspondió a barreras propias para la implementación de este modelo en Colombia. Respecto a los facilitadores encontrados se relacionó con lo mencionado por los pacientes en donde el MAD mejoraría los tiempos y riesgos asociados al desplazamiento de sus casas a los diferentes centros de atención, también se habló de un mejoramiento en la calidad de vida en especial de los pacientes pediátricos y posibilidad en recuperar sus actividades cotidianas en casa al no verse afectada por tiempos de asistencia a las IPS.

El grupo manifestó el MAD como una oportunidad importante para la sobre ocupación de sillas en las salas ambulatorias y de camas de hospitalización, lo que genera por ende un cumplimiento en la oportunidad de ciclos de quimioterapia y aumento también en la cobertura.

**Tabla 10.** Barreras discriminadas por variables analizadas

GRUPO FOCAL ENFERMERAS Y QFS	
Acceso	10
Contacto	3
Disponibilidad	7
Aceptabilidad	3

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Las barreras que manifestó el grupo se asocian en un 43% a acceso, 30,4 % a disponibilidad, 13% a contacto y 13% aceptabilidad. Las barreras encontradas se discriminan en la tabla 9.

**Tabla 11.** Barreras descritas en el grupo focal de Enfermeras y químicos farmacéuticos

ACCESO	DISPONIBILIDAD
Intermediarios administrativos.	Falta del recurso humano.
Logística de la institución.	Viabilidad o sostenibilidad en el tiempo.
Dificultades económicas que no permiten que puedan cumplir con sus inicios de tratamientos.	Falta de especialización del personal
Desinformación de trámites administrativos.	Falta de personal especializado e insuficiencia del recurso humano.
No integralidad en la atención	Falta de cuidadores de los pacientes
No autorización de medicamentos	
Creencias	La disponibilidad del cuidador
Estrato	
Falta de capacidad adquisitiva	Costo- beneficio
Acceso al hospital	

<b>CONTACTO</b>	<b>ACEPTABILIDAD</b>
Red de apoyo insuficiente	Presencia de reacciones adversas y como se manejaría
No disponibilidad de cuidador	Las condiciones de los pacientes
Estabilidad y transporte de medicamentos	Percepción de seguridad del paciente

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

### **Grupo focal médicos**

**Tabla 12.** Barreras y facilitadores encontrados en el grupo focal de médicos

<b>GRUPO FOCAL MÉDICOS</b>	
<b>BARRERAS</b>	<b>31</b>
<b>FACILITADORES</b>	<b>23</b>

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

El grupo focal permitió identificar un total de 54 intervenciones entre barreras y facilitadores, lo que corresponde a un 57,4% en intervenciones que se presentan como barreras y un 42,6% de facilitadores. La tabla 13 permite observar la discriminación del total de intervenciones encontradas en las barreras por variable de estudio.

**Tabla 13.** Barreras discriminadas por variables analizadas

<b>GRUPO FOCAL MEDICOS</b>	
<b>Acceso</b>	16
<b>Contacto</b>	5
<b>Disponibilidad</b>	3
<b>Aceptabilidad</b>	7

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

El mayor porcentaje de barreras corresponde a barreras de acceso y de aceptabilidad del modelo por parte del paciente, seguido por barreras de contacto y por último de disponibilidad. Dentro de las barreras se resaltó la importancia que tienen los trámites administrativos y los mismos impedimentos que tienen los pacientes en alcanzar un tratamiento o diagnósticos por estas razones, la tabla 11 muestra las barreras identificadas discriminadas por grupo.

**Tabla 11** Barreras descritas en el grupo focal de médicos.

<b>GRUPO FOCAL MÉDICOS</b>	
<b>ACCESO</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
Centralización de la atención de la urgencia y su inmediatez	Disponibilidad del recurso humano
Alcance de las IPS en cuanto a traslados	Tiempos de recurso humano
Las condiciones demográficas de los pacientes	Falta de formación de talento humano
Autorización de medicamentos.	<b>ACEPTABILIDAD</b>
Acceso a las agendas de los especialistas	No todos los pacientes son candidatos para aplicar al modelo.

Falta de integralidad en la atención.	La respuesta de la familia ante amenaza de muerte o complicaciones del paciente.
Traslados de pacientes a EPS.	Receptividad de los cuidadores ante los tratamientos y los cuidados
Barreras geográficas	Conflictos de interés relacionados a medicamentos.
Situaciones económicas desfavorables	Estadios de la enfermedad.
Cultura o creencias	Refirieron mala experiencia especialmente con los pacientes pediátricos por el temor de la familia con la enfermedad.
Falla en el proceso de autorizaciones de las EPS.	Clase de tratamiento
Desinformación del paciente más trámites administrativos.	<b>CONTACTO</b>
Demoras en citas	Inadecuada estructura familiar.
No convenios con las EPS.	Desinformación de su enfermedad
El contexto socioeconómico del paciente.	Nivel educativo
Integración del sistema de salud.	Disponibilidad del cuidador, apropiación de la situación y condiciones del paciente.
	* Se debe fortalecer la educación a los pacientes y a los cuidadores principalmente.

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

## Resumen grupos focales

Realizando la sumatoria completa de las intervenciones encontradas asignadas a barreras y facilitadores, tenemos un total de 138 en donde el 44,9% corresponde a barreras y el 55,1% corresponde a facilitadores, como es muestra en la tabla 12.

**Tabla 12.** Resumen barreras y facilitadores

*Fuente:*

<b>GRUPO FOCAL PACIENTES</b>	
<b>BARRERAS</b>	<b>62</b>
<b>FACILITADORES</b>	<b>76</b>

*Elaboración propia de los autores.*

Como se mostró en los puntos anteriores la mayoría de facilitadores identificados en los grupos focales corresponde que el modelo impactaría positivamente en el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes, mientras que los hallazgos hechos para las barreras muestran que de los 62 puntos el 50% corresponden a barreras de acceso como se muestra en la tabla 13.

**Tabla 13.** Resumen barreras por variables.

<b>GRUPO FOCAL PACIENTES BARRERAS</b>	
<b>Acceso</b>	<b>31</b>
<b>Contacto</b>	<b>9</b>
<b>Disponibilidad</b>	<b>10</b>
<b>Aceptabilidad</b>	<b>12</b>

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

## 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las problemáticas enfrentadas por el sistema de salud colombiano son transversales a todos los sectores, actores y patologías que son atendidas en la población colombiana, sin embargo, algunas de estas generan un impacto mayor dada la complejidad de los pacientes, recursos invertidos en su tratamiento y costos asociados a la atención. Tomando en cuenta lo anterior contemplar nuevos modelos de atención en el tratamiento del cáncer es prioridad comprendiendo que es una enfermedad de alto costo en donde los recursos que invierte el sistema de salud son elevados.

La implementación de un modelo de atención de aplicación de quimioterapia domiciliar surge como una alternativa para suplir las necesidades del sistema de salud colombiano, pese a que el modelo no ha sido implementado en nuestro país la búsqueda bibliográfica permitió mostrar que este tipo de atención se ha venido desarrollando desde hace más de tres décadas en otros países surgiendo como respuesta a necesidades puntuales de cada sistema, siendo éstas las que determinaran las directrices y objetivos de cada uno de los programas. De éste modo la implementación y características del modelo dependerán directamente del tipo de sistema de salud, de la concepción y definición de salud, de las condiciones sociales y económicas de la población con cáncer, pero especialmente de las necesidades que genere la suma de los factores anteriores sobre este tipo de pacientes.

Los programas que fueron revisados permitieron establecer que en países desarrollados donde este tipo de modelos están funcionando, por lo cual se debe entender que las condiciones sociales y económicas son diferentes a las de Colombia, así, la experiencia y organización que tengan dichos programas no podrán ser replicables en su totalidad. El foco de la implementación de este modelo en países como Inglaterra y Canadá es el paciente, por ende, la búsqueda de mejores alternativas de tratamiento y cuidado se enfocan a tener lo mejor para la población con cáncer dejando en un segundo plano los factores económicos, es por esta razón que en la revisión los resultados son expresados en parámetros de calidad de vida y no en términos de costo efectividad.

Otro de los aspectos a resaltar es la importancia de los diferentes actores en la atención del paciente con cáncer y la integralidad de los servicios prestados por las diferentes instituciones. Lo cual demuestra que una de las vías para promover mejores resultados en salud es brindar una atención integral, en donde el paciente sea atendido por un grupo interdisciplinario para el tratamiento completo de la enfermedad. Sumado a esto, una de las directrices establecidas como parte de la seguridad del paciente en los programas es la comunicación asertiva entre los diferentes actores, en el que sobresale la importancia de la participación activa del cuidador y del paciente en el tratamiento de su enfermedad. En términos generales esta función es suplida mediante el empoderamiento a través de procesos continuos de educación que les permita tener un grado de seguridad y confianza al momento de la administración de la quimioterapia en casa.

Dentro de los mismos parámetros de seguridad los programas muestran que la comunicación debe ser directa y continua entre las personas que están administrando los medicamentos y el centro de atención del paciente. Además de la comunicación los programas establecen unos criterios de inclusión para la selección y participación de pacientes tales como: estado general del paciente, condiciones sociales, demográficas y geográficas, tipo de enfermedad, comorbilidades, tipo de tratamiento y tipo de medicamento con la finalidad de mitigar los riesgos asociados a este tipo de aplicación.

Dadas estas condiciones el análisis e información que arrojó la búsqueda debió adaptarse a las condiciones de la sociedad colombiana y enfrentado a las problemáticas actuales de nuestro sistema. Los datos que se obtuvieron después de realizar el análisis y estudio de los diferentes programas fueron descritos de tal modo que nos permitieran explicar cómo es el funcionamiento de ellos mismos, encontrando que las variables determinantes para el éxito de estos se centran en: los servicios ofertados, resultados en salud, seguridad de paciente, participación del cuidador, educación al paciente y cuidador, calidad de vida y criterios de inclusión y exclusión; por lo cual éstas fueron base para la construcción de los instrumentos utilizados en los grupos focales realizados.

Para empezar a entender el contexto colombiano y poder mirar la relación directa con las variables mencionadas anteriormente fue necesario hacer la revisión de la normatividad. Conocer y comprender el marco normativo es fundamental para la implementación de ese tipo de modelo ya que puede actuar como facilitador o barrera, por lo cual fueron revisadas las resoluciones, leyes y decretos dadas por el estado entorno a los requisitos para la atención de la población con neoplasias malignas. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) únicamente establece los requisitos para la aplicación de quimioterapias intrahospitalariamente y ambulatoriamente, según lo contemplado en la Resolución 2003 de 2014.

Dichos criterios permiten establecer que dentro del contexto normativo un modelo de aplicación de quimioterapias domiciliarias no es concebido, tomando en cuenta esto, ésta es la primera barrera a corto plazo que enfrentaría este modelo ya que al no ser contemplado en la normatividad se debe hacer una solicitud frente a al MSPS para que se establezca la viabilidad y condiciones específicas de habilitación de este servicio. Sin embargo, al existir dicho vacío normativo esa barrera puede ser a la vez un facilitador ya que la IPS o EAPB que estén interesadas pueden contemplar el modelo bajo los requisitos actuales de atención domiciliaria exigidos por la norma de habilitación para poder realizar la solicitud frente a la secretaria de salud.

Dentro del análisis realizado a la normatividad uno de los puntos fundamentales es la seguridad del paciente, al tratarse de la aplicación de medicamentos de alto riesgo la necesidad de contar con la vigilancia de un grupo de profesionales especializados y de procesos estandarizados es primordial para poder pensar en la habilitación de este tipo de MAD. Otro de los aspectos que rodea también seguridad de paciente es la preparación y transporte de quimioterapias, dado los lineamientos establecidos por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 los medicamentos deben cumplir las condiciones óptimas para su adecuación en una central de mezclas con certificación vigente otorgada por el INVIMA y se debe asegurar las condiciones óptimas de almacenamiento desde la finalización de la adecuación hasta la administración del paciente. Por lo cual desde un punto de vista farmacéutico los requisitos necesarios giran en torno a la validación del transporte

de este tipo de medicamento especialmente los que requieren una cadena de frío para la conservación de sus propiedades fisicoquímicas.

La experiencia de diferentes IPS en la prestación de servicios de atención domiciliaria puede dar soporte a la implementación de este MAD. Uno de ellos es el programa de extensión hospitalaria del Hospital Universitario San Ignacio, mediante el cual se da la aplicación de antibióticos y otros medicamentos complejos cumpliendo todos los lineamientos establecidos en la normatividad, por lo cual las condiciones pueden ser extrapoladas a la aplicación de medicamentos oncológicos, definiendo que no todos los medicamentos son candidatos a administrarse en casa. Sumado a este contexto, se realizó el análisis de la normatividad que promoviera la atención y cuidados de los pacientes oncológicos tal como la Ley Sandra Ceballos. Esta apoya la inclusión de nuevas tecnologías, procesos, procedimientos y modelos de atención que aporten esfuerzos para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna para este tipo de pacientes. Alineado con esto se encuentra el modelo de cuidado del paciente con cáncer propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología el cual analiza las condiciones actuales para el tratamiento de los pacientes con cáncer y define estrategias tal como la des-hospitalización y tratamiento domiciliario de los pacientes para suplir el crecimiento exponencial comparado con la demanda de esta enfermedad. Por lo cual estos dos puntos son tomados como facilitadores para pensar en MAD para aplicación de quimioterapias, partiendo de la hipótesis que los resultados en salud, calidad de vida y perfil de seguridad mostrados en otros países son aplicables también en el contexto colombiano.

Como se mencionó, son diferentes las situaciones que afectan la atención del cáncer en Colombia, por lo cual el MAD de aplicación de quimioterapias en casa debe ser estudiado bajo este contexto con la finalidad de poder tener el concepto global de lo que facilitaría y dificultaría su implementación.

Por esta razón surge la necesidad de conocer la percepción de los actores involucrados en la atención del paciente con cáncer que mediante la realización de los grupos focales permitió hacer una correlación sobre lo encontrado en el marco teórico, las problemáticas actuales, barreras y facilitadores para su implementación.

La participación de los diferentes actores y su punto de vista es importante para poder entender si la implementación y adaptación de este modelo es realmente una alternativa para solucionar los diferentes problemas presentados en la actualidad y saber cuáles son las principales dificultades para su funcionamiento. Tomando en cuenta que los actores que desempeñan un papel administrativo importante son las IPS y las EAPB la percepción sobre una nueva alternativa de prestación de servicio es fundamental, especialmente en términos de necesidades específicas de la población atendida, financieros y de interés sobre el MAD. Pese a ser crucial este punto, por condiciones de disponibilidad las entrevistas semi-estructuradas no pudieron ser realizadas a los diferentes gerentes, por lo cual los resultados encontrados en términos de barreras y facilitadores reflejan la percepción de representantes del grupo tratante, cuidadores y pacientes.

Los instrumentos construidos con base en la revisión realizada permitieron que los participantes de los grupos focales expusieran sus puntos de vista sobre la situación actual del cáncer y sus problemáticas, les permitiera discutir si la implementación de éste MAD pudiera hacerse, cuáles serían dichas barreras y facilitadores, y si se presenta como alternativa para solucionar la situación actual del tratamiento del cáncer en nuestro país.

Las problemáticas que enfrentan los pacientes con cáncer para poder acceder a los servicios de salud desde su diagnóstico hasta la curación o paliación de la enfermedad fue un punto crucial que se discutió transversalmente en los grupos focales. Uno de los objetivos con esta pregunta era comparar la situación descrita en el marco teórico del trabajo con la realidad que viven y experimentan cuidadores, pacientes y el grupo tratante, dentro lo que se encontró es que el sistema de salud sigue siendo una estructura rígida que dificulta el acceso de los pacientes a las consultas o tratamientos. Los trámites administrativos y demoras asociados a estos trámites son barreras que se enfrentan constantemente lo cual repercute directamente sobre la salud del paciente tomando en cuenta que la enfermedad entre más temprano sea diagnosticada y tratada incrementa la posibilidad de obtener mejores resultados en salud. Dentro de estas barreras de acceso también se encuentra la oportunidad en las citas de control y de aplicación de quimioterapias,

pese a que los pacientes y cuidadores participantes de los grupos focales mostraron su agradecimiento con la IPS donde estaban siendo tratados manifestaron una preocupación por los retrasos en la atención y administración de quimioterapias. Este punto fue también expresado por el grupo tratante, en donde los médicos manifestaron que las agendas de ellos para consulta estaban en el momento a más de tres meses y que la rotación cama y silla de sus instituciones no era la óptima e implicaba el atraso del inicio de tratamientos de varios pacientes, por otro lado las enfermeras oncólogas y el grupo de químicos farmacéuticos discutieron que el número de sillas y camas disponibles, más el número bajo de profesionales especializados en el tratamiento del cáncer no era coherente con el incremento de nuevos casos de pacientes diagnosticados con la enfermedad.

La opinión mostrada en los diferentes grupos frente al tema corrobora el impacto que tiene la situación que enfrenta el sistema de salud colombiano sobre el modelo de atención del cáncer, los problemas de acceso mostrados en el párrafo anterior fueron considerados como barreras para el MAD de quimioterapia en casa, dado que los problemas administrativos y la poca disponibilidad de personal que atiende los pacientes se solucionarían con su implementación. Sin embargo, lo relacionado con la disponibilidad de camas y su baja rotación en las instituciones fue tomado como un facilitador ya que uno de los impactos directos que tiene la atención domiciliaria es mejorar esa oportunidad en la atención mediante un proceso de “des-hospitalización” aumentando las camas y sillas disponibles para los pacientes en donde la única alternativa de tratamiento se debe dar intrahospitalariamente.

Este primer acercamiento permitió identificar más situaciones, una de ellas es las barreras geográficas y demográficas. Una de las principales preocupaciones vistas en todos los grupos focales fue el transporte de los pacientes, en donde las condiciones y el medio no es el más apropiado tomando en cuenta los riesgos asociados a la enfermedad y los riesgos asociados a la aplicación de la quimioterapia. Tomando en cuenta esto, el modelo estudiado impacta directamente sobre esta barrera que se presenta en la actualidad por lo cual el poder solucionar este problema crítico resulta siendo un facilitador manifestado por los miembros del grupo tratante, pero en especial por los pacientes, quienes discutieron que sería

una muy buena oportunidad para ellos, sobre todo para pacientes que dado el estadio de la enfermedad presentan dificultades motoras y su desplazamiento se dificulta.

Sin embargo, el tema de transporte no es transversal a toda la población con algún tipo de neoplasia maligna, dado que los pacientes que tengan un poder adquisitivo mayor pueden transportarse en medios diferentes al transporte masivo. Por lo cual la condición económica de los pacientes puede afectar de manera positiva o negativa al momento de acceder a los tratamientos dado el costo que tienen, en uno de los grupos focales manifestaron que en diferentes ocasiones los pacientes con poder adquisitivo preferían en pagar el tratamiento de manera particular en vez de hacer todo el trámite administrativo dadas las demoras y dificultades ya mencionadas.

Partiendo del hecho que tenemos un sistema de salud donde la cobertura supera el 95% de la población el gasto de bolsillo no debería representar un porcentaje alto dentro de los gastos individuales o familiares. Es precisamente esto un facilitador más pensando en un MAD en quimioterapia, en donde el gasto en transporte, alimentación en los hospitales, estadía en muchos casos cuando los pacientes vienen de otras ciudades a recibir su tratamiento podría verse suprimido cuando los actores del sistema de salud son quienes llegan a su casa.

Una de las barreras importantes y que la revisión bibliográfica mostró fue la importancia de contar con cuidadores educados en la enfermedad y riesgos asociados a la administración de quimioterapia que acompañen permanentemente al paciente. Tanto pacientes como participantes del grupo tratante mostraron la inquietud sobre este aspecto ya que muchos de los pacientes no cuentan con un cuidador permanente y tampoco han recibido algún tipo de educación.

Dentro de los aspectos importantes que condicionan la aplicación de quimioterapia en casa esta que se dé por un profesional especializado en el tema, es decir que el acompañamiento durante la administración se brinde por una enfermera oncóloga y en algunos casos el químico farmacéutico. Sumado a esto debe existir una comunicación directa con el centro de atención del paciente y por ende con el cuerpo médico tratante, por lo cual la baja disponibilidad de especialistas

manifestadas en los grupos focales se convierte en una de las barreras más importantes a la implementación del modelo. Esta barrera está relacionada con otra directamente y es que algunos de los cuidadores manifestaron que no se sentirían completamente seguros durante la administración de los medicamentos en la casa y que la única manera de mitigar esta inseguridad es la presencia de las enfermeras que administran los medicamentos en hospitalización o en la sala de quimioterapias. Dentro de los principales facilitadores encontrados estuvo el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes, en donde diferentes factores como no perder la cotidianidad, el no separarse de los seres queridos, no enfrentar el estrés de un ambiente hospitalario, entre otros ayuda a pensar en que la implementación del modelo permita que el paciente mejore en este ámbito.

Un punto de suma importancia fueron las condiciones en las que éste modelo pudiera funcionar, para los grupos focales enfermeras, químicos farmacéuticos y médicos se establecieron las diferentes condiciones en las que los pacientes pudieran acceder a este tipo de tratamientos:

- Pacientes adultos.
- Pacientes pediátricos con diagnósticos diferentes a leucemia.
- Estado de salud en general del pacientes y estadio de la enfermedad.
- Tipo de tratamiento y medicamentos a ser administrados.
- Educación al paciente y al cuidador.
- Administración realizada por una enfermera especializada.
- Proximidad al centro de tratamiento.
- Médico general disponible para ir a valorar al paciente frente a cualquier eventualidad.
- Creación de un plan frente algún tipo de urgencia.

## 9. CONCLUSIONES

La revisión permitió establecer las barreras y facilitadores según la percepción del grupo tratante, pacientes y cuidadores frente a la implementación de un modelo de atención domiciliario para la aplicación de quimioterapias en casa en la ciudad de Bogotá.

Las barreras y facilitadores encontrados en el trabajo surgen de la percepción de representantes del grupo tratante, pacientes y cuidadores.

Los programas de aplicación de quimioterapia en casa responden a necesidades y condiciones propias de la población de cada país y por ende no son replicables en su totalidad.

Dentro de los facilitadores manifestados por los participantes de los grupos focales, los de mayor impacto son: mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y cuidadores, disminución de gasto de bolsillo, reducción de desplazamientos, cercanía a su núcleo familiar y la opción de no perder actividades de la vida cotidiana.

Dentro de las barreras encontradas y analizadas por el método Tanahashi, la que tuvo mayor relevancia estaba relacionada con el acceso a los sistemas de salud para el diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad.

Dentro de las barreras de acceso encontradas, son los problemas relacionados con los tiempos de aprobación de autorizaciones y oportunidad en la atención los que más repercuten dentro de la atención del paciente.

La implementación de un MAD es presentada como una posible solución a los problemas que presenta el modelo de atención en cáncer en Colombia. Éste impactaría directamente en el mejoramiento en las barreras de acceso y mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes.

Se presentan más facilitadores que barreras para la implementación de un modelo de atención domiciliar de aplicación de quimioterapia y que estos facilitadores surgen de las experiencias y vivencias de los pacientes, cuidadores y personal de salud.

La barrera que más impacto presentó es la relacionada con el acceso a las Instituciones Prestadoras de Salud en cuanto al tema transporte, distancia de su hogar al Hospital.

La revisión de la normatividad no permitió esclarecer la viabilidad definitiva de un MAD de aplicación de quimioterapia en casa.

La normatividad colombiana direccionada por el sistema general de seguridad social no contempla la aplicación de quimioterapias en casa, por lo cual para su implementación es requerida una consulta directa al MSPS.

Dado el vacío normativo encontrado en la revisión y tomando en cuenta la experiencia de habilitación del modelo de extensión hospitalaria del Hospital Universitario San Ignacio, la normatividad puede actuar como facilitador en la implementación de un MAD para la aplicación de quimioterapias.

Los requisitos exigidos por la resolución 2003 de 2014 que mayor impacto tendrían en la implementación del modelo estudiado son los asociados a infraestructura, preparación y transporte de medicamentos.

Las normas vigentes se presentan como un facilitador para la implementación del MAD en atención de cáncer.

El adecuado manejo de los medicamentos y las recomendaciones emitidas por el INVIMA son facilitadores para la administración de quimioterapias en domicilio.

La estrategia PICO permitió estructurar y construir las preguntas para la realización de la búsqueda de la literatura, mejores prácticas y evidencia de la implementación de modelos de atención domiciliaria.

En diferentes países de Norte América, Europa y Oceanía se han implementado programas de aplicación de quimioterapia en casa que funcionan con éxito en la actualidad.

Cada uno de los programas estudiados establece criterios y requerimientos específicos para que los pacientes puedan tener la aplicación de quimioterapia en casa, los cuales fueron base para la creación de los instrumentos de las entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Los factores de éxito asociados a la implementación de un modelo de atención de quimioterapias en casa giran entorno a un proceso de comunicación asertiva y educación entre los miembros del grupo tratante, pacientes y cuidadores.

Todos los programas encontrados en la revisión establecen como requisito que la administración de la quimioterapia sea dada por una enfermera especializada.

Los artículos y programas estudiados no son concluyentes sobre los parámetros de costo efectividad del modelo.

No se encontraron resultados de costo- efectividad para la implementación de MAD, los resultados se enfocan en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Los resultados de la revisión permitieron establecer que el mayor impacto de la aplicación de quimioterapias se refleja en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

La revisión mostró que la participación de los pacientes en este tipo de programas dependerá directamente de su estado funcional, patología y tipo de tratamiento que sea administrado.

Los miembros de los grupos focales manifestaron que los criterios para la aplicación de quimioterapia en casa deben ser: preparación de medicamentos por parte de químicos farmacéuticos, administración de medicamentos por parte de una enfermera especializada y comunicación directa entre la enfermera y el grupo tratante de la IPS.

La percepción de los participantes de los grupos focales ante la propuesta de un MAD de aplicación de quimioterapia se resume en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y cuidadores relacionado con disminución de gasto de bolsillo, desplazamientos, continuar con sus actividades de la vida cotidiana.

Los médicos, enfermeras y químicos enfatizaron en la adecuada selección y criterios de inclusión de los pacientes que aplicarían al MAD.

El éxito de la implementación de un MAD es la participación del personal de enfermería por el contacto tan estrecho y directo con los pacientes en cuanto a educación y cuidados.

Tanto los cuidadores como los pacientes resaltaron la calidez, humanización, amabilidad, paciencia del equipo de salud que presta atención de su enfermedad.

Los participantes de los grupos focales reiteraron que en la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapia lo ideal sería que fuera la misma institución que realizara la prestación del servicio y no un tercero por la trazabilidad en los procesos y el conocimiento de los casos de cada paciente.

Los participantes de los grupos focales manifestaron la importancia de la realización de actividades en donde ellos puedan expresar y ser parte de la creación o implementación de nuevos servicios para la atención de su enfermedad de una forma integral, humana y segura.

La desinformación y el desconocimiento por parte del paciente y el cuidador es una limitante para la aceptación de la enfermedad, lo cual conlleva a inoportunidad con los inicios y seguimientos de los tratamientos.

Las autorizaciones de procedimientos, medicamentos, medios diagnósticos son barreras que se percibieron en la oportunidad para la atención; sin embargo, no es una limitante para la implementación de un MAD.

Para que el modelo estudiado sea exitoso, los resultados de los procesos de educación y capacitación al cuidador y paciente deben hacer énfasis en el autocuidado, empoderamiento, conocimiento de la enfermedad y posibles complicaciones asociadas al tratamiento.

La educación y la capacitación son estrategias fundamentales en la implementación de un modelo de atención domiciliario debido al enfoque de autocuidado, empoderamiento, conocimiento de la enfermedad para el impacto de su vida.

El trabajo arrojó unas recomendaciones específicas para las entidades que quieran implementar o planificar un modelo de aplicación de quimioterapias en casa.

## **10. RECOMENDACIONES**

Una entidad que quiera o planifique aplicar este modelo debe como mínimo:

Permitir la realización de grupos focales o estrategias que permiten escuchar a los pacientes y cuidadores ante las necesidades que se presentan con la prestación de servicios, esto puede contribuir al mejoramiento en la calidad de la atención.

Dentro de los principales puntos que se deben tener en cuenta es que las IPS y EAPB desarrollan un papel crucial en el modelo de atención en cáncer, por lo cual es necesario conocer su percepción frente a la propuesta de la implementación de este nuevo modelo, por tanto, se recomienda realizar las entrevistas semiestructuradas bajo los instrumentos validados en éste trabajo

Respecto al marco normativo es necesario que la IPS interesada en realizar la implementación realice una consulta frente al MSPS para poder saber los lineamientos para presentar la habilitación de este servicio.

El resultado de los grupos focales mostró una aceptación transversal a las personas participantes, cómo lo mostraron los facilitadores encontrados. Sin embargo, las barreras hacen que sea necesario establecer un proceso en el cual el grupo tratante y representantes administrativos de las IPS identifiquen el modo de mitigar estas barreras en pro de disminuir el riesgo al que se ve expuesto el paciente. El grupo asistencial y administrativo debe establecer la manera en la cual el modelo sea eficiente y efectivo en la atención de los pacientes con cáncer.

Sumado a lo anterior la creación de un grupo interdisciplinario que pueda definir desde un enfoque asistencial cuales son los criterios específicos de inclusión y de exclusión (basados en condiciones del paciente y tratamientos) es determinante para consolidar la base de un modelo de atención domiciliaria. Vale la pena aclarar que éste enfoque debe considerar variables familiares, sociales, demográficas y geográficas del paciente.

También es importante realizar una evaluación económica en donde sean estimados los costos asociados a la atención domiciliaria para la aplicación de quimioterapias, de tal modo que puedan ser proyectados los costos y se

contrarresten con los pacientes candidatos según los pacientes que actualmente trate la IPS. Además, la evaluación en donde se analice la mejor manera de realizar un proceso de presentación y negociación con las EAPB.

## 11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. (2017). Cáncer. [online] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> [Accessed 5 Feb. 2015].
2. Cancer fact and figures. (2012). [ebook] United States Of America: American cancer society, pp.1-50. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2012.html> [Accessed 15 Jan. 2017].
3. Who.int. (2017). OMS | Conferencia internacional sobre determinantes ambientales y laborales del cáncer: intervenciones para la prevención primaria. [online] disponible en: [http://www.who.int/phe/news/events/international\\_conference/es/](http://www.who.int/phe/news/events/international_conference/es/) [Accessed 15 Feb. 2016].
4. Malvezzi, M., Bertuccio, P., Levi, F., La Vecchia, C. and Negri, E. (2014). European cancer mortality predictions for the year 2014. *Annals of Oncology*, 25(8), pp.1650-1656.
5. Transición demográfica mundial. (2017). El envejecimiento de la población mundial. [online] disponible en: [http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf) [Accessed 9 Mar. 2016].
6. Población y principales indicadores demográficos en Colombia. (2017). [ebook] Colombia: Ministerio de salud y protección social, pp.1-3. Disponible en: <http://file:///Users/cesarleon/Downloads/3POBLACIONYPRINCIPALESINDICADORESDEMOGRAFICOSDECOLOMBIA.pdf> [Accessed 15 Jul. 2015].
7. Modelo de atención en cáncer. (2015). 1st ed. Bogotá: Instituto Nacional De Cancerología, pp.10-60.
8. Quevedo, E. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

9. World Health Organization ROE. (2017). Health service delivery a concept note. [online] Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/291611/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015.pdf). [Accessed 15 Apr. 2015].
10. Fernández-Miera, M. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, pp.39-50.
11. J .Cheng, M Montalto, B Leff, (2009). Hospital at home. *Clin. Geriatr.med* 25 (2009) pp 79-91.
12. D. Ramirez (2005). *Objetivos de la atención domiciliaria*. Clin. Hospital de Guadalajara 2005.
13. M, Corbett, M, Heirs, et all. "Health Services and Delivery Research" The delivery of chemotherapy at home: and evidence synthesis. National Institute for Health Research (NHS). Volume 3 issue 14 April 2015 ISSN 2050-4349.
14. Benzarti, E., Sahin, E. and Dallery, Y. (2013). Operations management applied to home care services: Analysis of the districting problem. *Decision Support Systems*, 55(2), pp.587-598.
15. Uhs.nhs.uk. (2017). Chemotherapy. [online] Disponible en: <http://www.uhs.nhs.uk/ourservices/cancer/chemotherapy/chemotherapy.aspx> [Accessed 15 Nov. 2016].
16. J. Sobreviela (2012). "Diferencias entre Atención Domiciliaria y hospitalización a domicilio". Centro de Salud Vicente i Clave. Valencia.
17. March Cerdà, J., Prieto Rodríguez, M., Hernán García, M. and Solas Gaspar, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), pp.312-319.
18. Onwuegbuzie, W. Dickinson, N. Leech, A. Zoran, "Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales" 2011. *Paradigmas*3, 127-157.

19. Hamui-Sutton, A. and Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), pp.55-60.
20. Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Health care access barriers and facilitators: A qualitative systematic review]. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 33(3), 223-229.
21. Berman, A. J. (1999). Supporting the home care client receiving chemotherapy. *Home Care Provider*, 4(2), 81-5; quiz 86-7.
22. Bloomfield, J. G., & Tanay, M. A. L. (2012). Chemotherapy in the community: The importance of patient assessment. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), 278-283.
23. Catania, P. N. (1999). Home chemotherapy: Basic concepts. *Home Care Provider*, 4(2), 60-61. doi:10.1016/S1084-628X(99)90104-1
24. Corbett, M., Heirs, M., Rose, M., Smith, A., Stirk, L., Richardson, G., & ... Eastwood, A. (2015). The delivery of chemotherapy at home: an evidence synthesis. doi:10.3310/hsdr03140
25. Dike, Stella N, MSN,R.N., O.C.N®, Johnston, Patricia A, DNP, RN,O.C.N®, N.E.A.-B.C., Ogunmakin, Tora D, BSN,R.N., O.C.N®, Pokluda, Michael D,M.P.H., C.H.M.M., Shank, L. A., Yates, Joy L, MSN,R.N., O.C.N®, & Payne, Lorene, EdD, MSN,R.N.-B.C., C.N.E. (2014). Implementing a standardized home chemotherapy spill kit: A nurse-led interprofessional approach to best practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 650-3.
26. Evans, J. M., Qiu, M., MacKinnon, M., Green, E., Peterson, K., & Kaizer, L. (2016). A multi-method review of home-based chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 25(5), 883-902.

27. Hanchett, M. Understanding the obstacles to consistent intravenous catheter-related infection reporting by home health providers. *Journal of Intravenous Nursing: The Official Publication of the Intravenous Nurses Society*, 22(6), 320-324.
28. Kelley, C. H., & Randolph, S. The role of the homecare nurse throughout the continuum of blood cell transplantation. *Journal of Intravenous Nursing: The Official Publication of the Intravenous Nurses Society*, 21(6), 361-366.
29. Van Tiel, F. H., Harbers, M. M., Kessels, A. G., & Schouten, H. C. (2005). Home care versus hospital care of patients with hematological malignancies and chemotherapy-induced cytopenia. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 16(2), 195-205.
30. Watters, C. (1997). The benefits of providing chemotherapy at home. *Professional Nurse (London, England)*, 12(5), 367-370.

## 12. ANEXOS

### Anexo 12.1. Metodología PICO

P	I	C	O
Pacientes adultos y pediátricos diagnosticados con cáncer.	Aplicación de quimioterapias en casa.	Atención domiciliaria. Mejores prácticas para la administración de medicamentos en casa	Calidad de vida Seguridad mortalidad. Barreras y facilitadores que se presenten para la administración de quimioterapias en casa

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*

### Anexo 12.2. Entrevista semiestructurada EAPB.

**Guion - Entrevista propuesta para los gerentes de las EAPB.** El desarrollo de la actividad de planteó así:

1. Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.
2. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.
3. ¿Qué relevancia tiene para la EPS el cuidado de pacientes oncológicos en términos financieros y de resultado en salud de la población afiliada?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta la EPS en el cuidado de pacientes oncológicos?

5. ¿Qué dificultades o limitaciones tienen específicamente con la administración de quimioterapia?
6. ¿La EPS cuenta con programas de cuidado domiciliario?
7. **Si cuenta con**
  - a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de cuidado domiciliario?
  - b. ¿Cuáles las barreras o limitantes de los programas de cuidado domiciliario?
  - c. ¿Sabe qué tipo de pacientes por nivel de complejidad maneja el programa de cuidado domiciliario?
8. **Si no cuenta con**
  - a. ¿Han considerado implementar un programa de cuidado domiciliario?
  - b. Si no han considerado
    - i. ¿Cuáles son las razones para considerar o para no considerar un programa de cuidado domiciliario?
9. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?
10. **Si conoce**
  - a. ¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?
    - i. **Si ha tenido experiencia**
      1. ¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?
    - ii. **Si no ha tenido experiencia**
      1. ¿Consideraría la implementación de un programa de quimioterapia en casa?
      2. Por qué razones si (beneficios) o por qué razones no (limitaciones) lo consideraría
11. **Si no conoce:** hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte:
  - a. Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?

- b. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos financieros?
- c. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos de la salud de los pacientes?
- d. ¿Qué resultados esperaría en términos de la satisfacción de los pacientes?
- e. ¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?
- f. ¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?
- g. ¿Cómo considera que deben integrarse estos programas en la dinámica de redes de servicios?
- h. ¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación de este tipo de programas?

**12. Si conoce, pero no se refirió a alguno de los puntos incluidos en la pregunta 11 y literales, indague por él.**

**Anexo 12.3. Entrevista semiestructurada IPS**

El desarrollo de la actividad de planteó así:

1. Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.
2. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.
3. ¿Qué relevancia tiene para la IPS el tratamiento de pacientes oncológicos en términos de ocupación, financieros y de resultado en salud de la población afiliada?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta la IPS en el tratamiento pacientes oncológicos?

5. ¿Qué dificultades o limitaciones tienen específicamente con la administración de quimioterapia en salas de quimioterapia y en hospitalización?
6. ¿La IPS cuenta con programas de atención domiciliaria?
7. **Si cuenta con**
  - a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de atención domiciliaria?
  - b. ¿Cuáles las barreras o limitantes del programa?
  - c. ¿Cuáles son los factores que se evalúan para que un paciente pueda participar de éste programa?
8. **Si no cuenta con**
  - a. ¿Han considerado implementar un programa de atención domiciliaria?
  - b. Si no han considerado
    - i. ¿Cuáles son las razones para no considerar un programa de éste tipo?
9. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?
10. **Si conoce**
  - a. ¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?
    - i. **Si ha tenido experiencia**
      1. ¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?
    - ii. **Si no ha tenido experiencia**
      1. ¿Consideraría la implementación de un programa de quimioterapia en casa?
      2. Por qué razones si (beneficios) o por qué razones no (limitaciones) lo consideraría
11. **Si no conoce:** hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte:
  - a. Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?

- b. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos financieros?
- c. Puntualmente, ¿Qué resultados esperaría del programa en términos de costos?
- d. ¿Qué requisitos de personal serían necesarios?
- e. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos de la salud de los pacientes?
- f. ¿Qué resultados esperaría en términos de la satisfacción de los pacientes?
- g. ¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?
- h. ¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?
- i. ¿Cómo considera que deben integrarse estos programas en la dinámica de redes de servicios?
- j. ¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación de este tipo de programas?
- k. Tomando en cuenta lo anterior, ¿su IPS estaría interesada en formar un programa de atención domiciliaria en oncología?

**Si conoce, pero no se refirió a alguno de los puntos incluidos en la pregunta 11 y literales, indague por él.**

#### **Anexo 12.4. Grupo focal pacientes**

##### **12.4.1. Pacientes adultos y cuidadores adultos**

1. Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.
2. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada

uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.

3. Según su experiencia durante el diagnóstico y tratamiento ¿Cuáles fueron los principales problemas que se presentaron durante todo el proceso de atención?

4. ¿Cuál de estos problemas ha sido el más crítico? ¿Por qué?

5. ¿Cuál ha sido el rol del cuidador dentro de su tratamiento? Para los cuidadores preguntar: ¿Cuál es su rol dentro del tratamiento del paciente?

6. Respecto al grupo tratante, ¿Cuáles considera usted que son los factores que determinan un buen resultado en su terapia?

7. ¿La educación que el grupo tratante es importante? ¿Por qué?

8. ¿Ha recibido atención domiciliaria alguna vez?

**Si han recibido**

a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de atención domiciliaria?

b. ¿Cuáles son las desventajas que usted percibe?

9. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?

**10. Si conocen**

a. ¿Qué ha escuchado?,

11. ¿Cree que puede ser una opción para el tratamiento de pacientes con quimioterapia?

**Si no conocen:**

Hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte y haga que los participantes debatan sobre los siguientes temas:

a. Tomando en cuenta lo anterior y según la experiencia que usted haya podido ¿Participaría usted en un programa de estos?, ¿Por qué si o por qué no?

b. ¿En caso de participar, cuáles serían los profesionales que fueran atenderlo en su casa?

c. ¿Respecto a su calidad de vida, mejoraría en algún aspecto? ¿Cuáles?

d. ¿Sentiría usted la misma seguridad durante la administración, que podría sentir en un hospital? ¿Por qué?

1. **12.4.2. Cuidadores pacientes pediátricos.** Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.

2. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.

3. Según su experiencia durante el diagnóstico y tratamiento ¿Cuáles fueron los principales problemas que se presentaron durante todo el proceso de atención?

4. ¿Cuál de estos problemas ha sido el más crítico? ¿Por qué?

5. ¿Cuál ha sido el rol del cuidador dentro de su tratamiento? Para los cuidadores preguntar: ¿Cuál es su rol dentro del tratamiento del paciente?

6. Respecto al grupo tratante, ¿Cuáles considera usted que son los factores que determinan un buen resultado en su terapia?

7. ¿La educación que el grupo tratante es importante? ¿Por qué?

8. ¿Ha recibido atención domiciliaria alguna vez?

**Si han recibido**

a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de atención domiciliaria?

b. ¿Cuáles son las desventajas que usted percibe?

**Si no han recibido**

c. ¿Cree que puede ser una opción para el tratamiento de pacientes con quimioterapia?

9. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?

**10. Si conocen**

a. ¿Qué ha escuchado?,

**Si no conocen:**

Hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte y haga que los participantes debatan sobre los siguientes temas:

- b. ¿Participaría usted en un programa de estos?, ¿Por qué si o por qué no?
- c. ¿En caso de participar, cuáles serían los profesionales que fueran atenderlo en su casa?
- d. ¿Respecto a su calidad de vida, mejoraría en algún aspecto? ¿Cuáles?
- e. ¿Sentiría usted la misma seguridad durante la administración, que podría sentir en un hospital? ¿Por qué?

### **Anexo 12.4.3 Grupo focal médicos.**

Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.

1. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.
2. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde usted trabaja en el cuidado de pacientes oncológicos?
3. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde ustedes trabajan en el cuidado de pacientes oncológicos?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los pacientes para recibir la administración de los medicamentos?
5. ¿Cuáles son las principales razones por las que los pacientes no cumplen o abandonan los ciclos de tratamiento?
6. ¿La IPS donde ustedes trabajan cuenta con programas de cuidado domiciliario?
7. **Si cuenta con**
  - a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de cuidado domiciliario?
  - b. ¿Cuáles las barreras o limitantes de los programas de cuidado domiciliario?
  - c. ¿Sabe qué tipo de pacientes por nivel de complejidad maneja el programa de cuidado domiciliario?
8. **Si no cuenta con**
  - a. ¿Han considerado implementar un programa de cuidado domiciliario?
  - b. Si no han considerado
    - i. ¿Cuáles son las razones para no considerar un programa de cuidado domiciliario?
9. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?
10. **Si conoce**

- a. ¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?
  - i. **Si ha tenido experiencia**
    - 1. ¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?
  - ii. **Si no ha tenido experiencia**
    - 1. ¿Consideraría cómo alternativa la participación de sus pacientes en un programa de quimioterapia en casa?
    - 2. Por qué razones si (beneficios) o por qué razones no (limitaciones) lo consideraría

11. **Si no conoce:** hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte:

- a. Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?
- b. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos de la salud de los pacientes?
- c. ¿Todos los tratamientos serían candidatos a aplicarse en casa? ¿De qué depende?
- d. ¿Qué papel podría desempeñar el cuidador bajo este programa? ¿Es crucial?
- e. ¿Se tendrían que fortalecer los programas de educación a paciente? ¿Qué profesionales deberían participar?
- f. ¿Qué resultados esperaría en términos de la satisfacción de los pacientes?
- g. ¿Cuáles son las condiciones de salud en las que un paciente podría participar
- h. ¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?
- i. ¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?

- j. ¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación de este tipo de programas?

#### **Anexo 12.4.4 Grupo focal enfermeras y químicos farmacéuticos.**

1. Presentación de los entrevistadores frente al gerente entrevistado.
2. Nuestro trabajo de grado tiene como objetivo comprender las barreras y los facilitadores para la implementación de un MAD de aplicación de quimioterapias en la ciudad de Bogotá. Para poder cumplir el objetivo del trabajo es importante conocer la percepción de este nuevo modelo por cada uno de los integrantes que conforman la red de atención (Paciente-asegurador – IPS), razón que fundamenta esta entrevista.
3. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde usted trabaja en el cuidado de pacientes oncológicos?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde ustedes trabajan en el cuidado de pacientes oncológicos?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los pacientes para recibir la administración de los medicamentos?
6. ¿Cuáles son las principales razones por las que los pacientes no cumplen o abandonan los ciclos de tratamiento?
7. ¿La IPS donde ustedes trabajan cuenta con programas de cuidado domiciliario?
8. **Si cuenta con**
  - a. ¿Cuáles son los beneficios del programa de cuidado domiciliario?
  - b. ¿Cuáles las barreras o limitantes de los programas de cuidado domiciliario?
  - c. ¿Sabe qué tipo de pacientes por nivel de complejidad maneja el programa de cuidado domiciliario?
9. **Si no cuenta con**
  - a. ¿Han considerado implementar un programa de cuidado domiciliario?
  - b. Si no han considerado
    - i. ¿Cuáles son las razones para no considerar un programa de cuidado domiciliario?

10. ¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?

**11. Si conoce**

a. ¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?

**i. Si ha tenido experiencia**

1. ¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?

**ii. Si no ha tenido experiencia**

1. ¿Consideraría cómo alternativa la participación de sus pacientes en un programa de quimioterapia en casa?

2. Por qué razones si (beneficios) o por qué razones no (limitaciones) lo consideraría

12. **Si no conoce:** hable de la existencia a de estos programas en otros países y pregunte:

a. Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?

b. ¿Qué resultados esperaría del programa en términos de la salud de los pacientes?

c. ¿Todos los tratamientos serían candidatos a aplicarse en casa? ¿De qué depende?

d. ¿Qué papel podría desempeñar el cuidador bajo este programa? ¿Es crucial?

e. ¿Se tendrían que fortalecer los programas de educación a paciente? ¿Qué profesionales deberían participar?

f. ¿Respecto a la adecuación de medicamentos, existiría alguna limitante?

g. ¿Qué resultados esperaría en términos de la satisfacción de los pacientes?

h. ¿Cuáles son las condiciones de salud en las que un paciente podría participar

- i. ¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?
- j. ¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?
- k. ¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación de este tipo de programas?

## **Anexo 12.5 Criterios inclusión para los participantes en los grupos focales y entrevistas semiestructuradas.**

### **11.5.1 Criterios de inclusión por entrevista semi- estructurada:**

11.5.1.1 Gerentes EPS: Depende directamente de la disponibilidad, el objetivo es tener una representación del régimen subsidiado, régimen contributivo y planes complementarios.

11.5.2.2 Gerentes IPS: Depende directamente de disponibilidad, el objetivo es tener una representación de una IPS privada, pública y otra que preste servicios de cuidado domiciliario.

### **12.5.2 Criterios de inclusión para grupos focales:**

12.5.2.1. Grupo de pacientes adultos y cuidadores de pacientes pediátricos:

Pacientes:

- Paciente con diagnóstico mayor a 6 meses.
- Paciente que se encuentre actualmente en tratamiento de quimioterapia endovenosa o que haya finalizado tratamiento con quimioterapia hace menos de 6 meses.
- Paciente con escala ECOG de 0 a 1.
- Pacientes entre 20 años y 60 años.

#### Cuidador adulto:

- Cuidadores mayores de 25 años.
- Cuidadores que cohabiten con el paciente
- Cuidadores identificados por los servicios de quimioterapia como acompañante constante
- Cuidadores de pacientes pediátricos conocidos y tratados con quimioterapia endovenosa en el servicio de pediatría del Hospital Universitario San Ignacio
- Cuidadores de pacientes con mal estado funcional
- Exclusión
  - Cuidadores de pacientes que no estén en curso de quimioterapia o pacientes que hayan finalizado tratamiento hace más de 1 año.
  - Cuidadores de pacientes con tiempo de diagnóstico menor a seis meses

#### 12.5.2.2. Enfermeras:

- Enfermeras con especialización en oncología con experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos mayor a 1 año.
- Enfermeras que actualmente se encuentren vinculadas a un centro oncológico.

#### 12.5.2.3 Químicos farmacéuticos:

- Químicos farmacéuticos con diplomado en oncología con experiencia en pacientes oncológicos mayor a 1 año.
- Químicos farmacéuticos que actualmente se encuentren vinculados a un centro oncológico.

#### 12.5.2.4. Médicos

- Médicos oncólogos, hematólogos y hemato-oncólogos pediatras que tengan experiencia mayor a 3 años en el tratamiento de pacientes con neoplasias malignas.
- Médicos que actualmente se encuentren vinculados a un centro oncológico público o privado.
- Médicos que actualmente se encuentren o hayan estado vinculados alguna institución pública.

## Anexo 12.6. Resultados grupos focales

### GRUPOS FOCALES MÉDICOS HEMATO-ONCOLOGOS.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	BARRERAS	FACILITADORES
¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde usted trabaja en el cuidado de pacientes oncológicos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocos hematólogos, personal asistencial para la atención de pacientes con cáncer.</li> <li>• No convenios con las EPS.</li> <li>• El contexto socioeconómico del paciente.</li> <li>• Integración del sistema de salud.</li> <li>• Falta de contratación de personal por costos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de disponibilidad de camas hospitalarias.</li> <li>• Nivel de ocupación alto</li> <li>• El contexto socioeconómico del paciente.</li> <li>• Transporte de pacientes</li> </ul>

<p>¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los pacientes para recibir la administración de los medicamentos ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falla en el proceso de autorizaciones de las EPS.</li> <li>• Desinformación del paciente más trámites administrativos.</li> <li>• Inadecuada estructura familiar.</li> <li>• Falta de acceso a citas con especialistas, tiempos muy prolongados de asignación de citas.</li> <li>• Desinformación de su enfermedad</li> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Atención por distintos médicos.</li> <li>• Tratamientos en diferentes lugares.</li> <li>• Demoras en citas</li> </ul>	
<p>¿Cuáles son las principales razones por las que los pacientes no cumplen o abandonan los</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de integralidad en la atención.</li> <li>• Traslados de pacientes a EPS.</li> <li>• Barreras geográficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto de bolsillo (transporte, alimentación)</li> </ul>

<p>ciclos de tratamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones económicas desfavorables</li> <li>• Falta de acompañante permanente o cuidador.</li> <li>• Cultura o creencias</li> </ul>	
<p>¿La IPS donde ustedes trabajan cuenta con programas de cuidado domiciliario?</p>	<p>NO. En el HUSI se cuenta con el programa de extensión hospitalaria.</p>	
<p><b>Si cuenta con</b></p>		
<p>¿Cuáles son los beneficios del programa de cuidado domiciliario?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del paciente de estancia prolongada en su vivienda con los mismos protocolos institucionales.</li> <li>• Permite el giro cama del hospital.</li> <li>• Cuidado directamente con el personal del hospital.</li> </ul>
<p>¿Cuáles las barreras o limitantes de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recurso humano.</li> </ul>	

los programas de cuidado domiciliario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se realiza bien la atención en casa puede genera sobrecostos a la IPS.</li> </ul>	
¿Sabe qué tipo de pacientes por nivel de complejidad maneja el programa de cuidado domiciliario?	<p>Específicamente para la administración de antibióticos de amplio tratamiento</p> <p>Para la administración de factores de coagulación, centro de hemostasia</p>	
<b>Si no cuenta con</b>		
¿Han considerado implementar un programa de cuidado domiciliario?	<p>SI.</p> <p>Mejorar el acceso y la oportunidad para la continuidad o inicios de tratamiento</p> <p>Es posible que se mejorara los trámites administrativos</p> <p>Disminuirían los problemas de desplazamiento de los pacientes</p>	
<b>Si no han considerado</b>		
¿Cuáles son las razones para no considerar un programa de cuidado domiciliario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal</li> <li>• Estadio de la enfermedad</li> <li>• Clase de tratamiento</li> <li>• El cuidado de los pacientes en relación con la disponibilidad de cuidadores</li> </ul>	
¿Conoce o ha escuchado de aplicación de	Si, en otros países, España, Canadá	

quimioterapia en casa?		
<b>Si conoce</b>		
¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, pero no han sido sostenibles en el tiempo por el tema de conflictos de interés.</li> <li>• Refirieron mala experiencia especialmente con los pacientes pediátricos por el temor de la familia con la enfermedad.</li> </ul> <p>Casos exitosos:  Administración de factores de coagulación  Manejo de artrosis  Trabajo multidisciplinario</p>	
<b>Si ha tenido experiencia</b>		
¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflictos de interés relacionados a medicamentos.</li> <li>• Estadios de la enfermedad.</li> <li>• Autorización de medicamentos.</li> <li>• Disponibilidad del recurso humano.</li> <li>• Acceso a las agendas de los especialistas</li> <li>• El descuido de los familiares relacionado con el medicamento</li> </ul>	

<b>Si no ha tenido experiencia</b>		
¿Consideraría cómo alternativa la participación de sus pacientes en un programa de quimioterapia en casa?	Si	
Por qué razones no (limitaciones si (beneficios) o) lo consideraría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad del recurso humano</li> <li>• Disponibilidad del cuidador, apropiación de la situación y condiciones del paciente.</li> <li>• No todos los pacientes son candidatos para aplicar al modelo.</li> <li>• La respuesta de la familia ante amenaza de muerte o complicaciones del paciente.</li> <li>• Receptividad de los cuidadores ante los</li> </ul>	<p>Siempre y cuando se fortalezca el tema de educación en el paciente y el cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trazabilidad de todo el cuidado sea directamente de la IPS que prestaría el cuidado relacionado a temas de protocolos y conocimiento del tema.</li> <li>• Manteniendo una comunicación efectiva con el paciente.</li> <li>• Gasto de bolsillo por lo cual prefieren.</li> </ul>

	<p>tratamientos y los cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las condiciones demográficas de los pacientes</li> <li>• Alcance de las IPS en cuanto a traslados</li> <li>• No hay responsabilidad de las IPS</li> <li>• Falta de formación de talento humano</li> <li>• Falta de educación a los familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• entrenarse para atenderlo en su casa.</li> <li>• Tomar en cuenta que la muerte puede ser en casa.</li> <li>• Disminuir el impacto psicológico del paciente y el cuidador ante la enfermedad.</li> <li>• Se tendría un contacto directo con los familiares 24/7.</li> </ul>
<p>Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorro de tiempo en estancias hospitalarias.</li> <li>• Rotación de cama.</li> <li>• Oportunidad en la atención del paciente que realmente necesita la cama.</li> <li>• Mejor adaptación y calidad de vida de los pacientes</li> <li>• Se podría dimensionar el gasto del cuidado mejor en el domicilio (alimentación)</li> <li>• No internación de Pacientes adultos o paciente adulto joven</li> <li>• Revisión del estadio de la enfermedad</li> <li>• Para pacientes de cuidado paliativo- creación de unidades de transición a domicilio.</li> <li>• Revisión de los efectos secundarios mínimos</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que tengan una adecuada red social</li> <li>• Contar con equipo multidisciplinario</li> <li>• Tener los lineamientos claros y unificados de los procesos de atención de los pacientes con cáncer</li> </ul>
¿Qué resultados esperarías del programa en términos de la salud de los pacientes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culminación de los ciclos de quimioterapia</li> <li>• Mejorar la calidad de vida de los pacientes</li> <li>• Integralidad en la atención por una sola IPS</li> <li>• Fortalecimiento en la educación de los cuidadores</li> </ul>
¿Todos los tratamientos serían candidatos a aplicarse en casa? ¿De qué depende?	<p>No,</p> <p>Debido a las diferentes clases de cáncer, estadios, pronósticos, tratamientos, ciclos, clases de medicamentos, reacciones, complicaciones.</p> <p>Se podría contemplar el manejo del dolor en casa, el cuidado paliativo, pero depende de la paliación y el entorno o red de apoyo del paciente</p> <p>Primero en pacientes adultos y después en pacientes pediátricos</p>
¿Qué papel podría desempeñar el cuidador bajo	<p>El papel de cuidador es la base fundamental del éxito del modelo de la atención domiciliaria.</p> <p>Es crucial porque el recibe toda la información y la base de los cuidados del paciente, así como los signos de alarma,</p>

<p>este programa? ¿Es crucial?</p>	<p>recomendaciones, información relacionada a tratamiento, medicamentos.</p>
<p>¿Se tendrían que fortalecer los programas de educación a paciente? ¿Qué profesionales deberían participar?</p>	<p>Si, se debe fortalecer la educación a los pacientes y a los cuidadores principalmente. Quienes deben realizar este abordaje de educación son los profesionales de enfermería, químicos farmacéuticos quienes están de cara a los pacientes, es transpolar los cuidados y la información que se brinda interinstitucional a la extra institucional.</p>
<p>¿Qué resultados esperarías en términos de la satisfacción de los pacientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida de los pacientes debido a que se encuentran en su entorno, con su familia, en su ambiente, retomando actividades de la vida cotidiana, así como la disminución de gasto de bolsillo que es el impacto que más se genera con la internación en los hospitales.</li> <li>• Manejo adecuado de su enfermedad</li> <li>• Disminución del miedo y el adecuado enfrentamiento ante la enfermedad</li> <li>• Impactos psicológicos derivados de la ausencia de su vida cotidiana.</li> <li>• Tranquilidad de los pacientes y cuidadores</li> </ul>
<p>¿Cuáles son las condiciones de salud en las que un paciente</p>	<p>Pronósticos favorables Conocimiento y aceptación de la enfermedad Cuidado paliativo</p>

podría participar		
¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?	<p>En cuanto al paciente:</p> <p>Cuidador permanente</p> <p>Adecuados accesos venosos</p> <p>Autocuidado</p> <p>En cuanto al entorno</p> <p>Cercanía con el hospital</p> <p>Vivienda con las condiciones las cuales se puedan adaptar para el cuidado en casa</p> <p>Necesidades básicas satisfechas (alimentación, luz, agua, acceso a telefonía ante una emergencia)</p>	
¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada selección de pacientes</li> <li>• Adecuado entrenamiento del recurso humano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo efectividad</li> <li>• Giro cama</li> <li>• Oportunidad en la atención del paciente que realmente necesita la cama</li> </ul>
¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación	<p>Si,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad del recurso humano</li> <li>• Abordaje para la educación de los familiares</li> <li>• Tiempos de recurso humano</li> <li>• Centralización de la atención de la urgencia y su inmediatez</li> </ul>	

n de este tipo de programas?	
------------------------------	--

+Fuente: Elaboración propia de los autores.

## GRUPOS FOCALES ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO, QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	BARRERAS	FACILITADORES
¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el hospital donde usted trabaja en el cuidado de pacientes oncológicos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta del recurso humano.</li> <li>• Intermediarios administrativos.</li> <li>• Logística de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de disponibilidad de sillas para pacientes.</li> <li>• Falta de disponibilidad de camas para hospitalización.</li> </ul>
¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los pacientes para recibir la administración de los medicamentos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades económicas que no permiten que puedan cumplir con sus inicios de tratamientos.</li> <li>• Desinformación de trámites administrativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponibilidad de camas o sillas.</li> <li>• Destinos fuera de Bogotá.</li> <li>• Transporte para llegar al hospital.</li> </ul>
¿Cuáles son las principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Red de apoyo insuficiente</li> </ul>	

razones por las que los pacientes no cumplen o abandonan los ciclos de tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponibilidad de cuidador</li> <li>• No integralidad en la atención</li> <li>• No autorización de medicamentos</li> <li>• Creencias</li> <li>• Estrato</li> <li>• Falta de capacidad adquisitiva</li> </ul>	
¿La IPS donde ustedes trabajan cuenta con programas de cuidado domiciliario?	Si, El HUSI cuenta con un programa de extensión hospitalaria	
<b>Si cuenta con</b>		
¿Cuáles son los beneficios del programa de cuidado domiciliario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención directa por el hospital</li> <li>• Programa de historia clínica del hospital</li> <li>• Equipo de atención multidisciplinaria</li> <li>• Continuidad de administración de medicamentos de larga duración</li> <li>• No riesgo de infecciones nosocomiales</li> <li>• Aplicación de mismos protocolos institucionales</li> <li>• Criterios de inclusión bien definidos</li> <li>• Agenda organizada para el cuidado del paciente</li> </ul>	

<p>¿Cuáles son las barreras o limitantes de los programas de cuidado domiciliario?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> </ul>	
<p>¿Sabe qué tipo de pacientes por nivel de complejidad maneja el programa de cuidado domiciliario?</p>	<p>Pacientes con manejo de antibiótico con tratamientos de larga duración</p>	
<p><b>Si no cuenta con</b></p>		
<p>¿Han considerado implementar un programa de cuidado domiciliario?</p>	<p>Solamente se ha considerado como propuesta</p>	
<p>Si no han considerado</p>		
<p>¿Cuáles son las razones para no considerar un programa de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación del recurso humano</li> <li>• Las condiciones de los pacientes</li> </ul>	

cuidado domiciliario?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilidad o sostenibilidad en el tiempo</li> <li>• Falta de especialización del personal</li> </ul>	
¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?	Sí, pero en otros países, no en Colombia	
<b>Si conoce</b>		
¿Ha tenido experiencia con este tipo de programas?	No	
<b>Si ha tenido experiencia</b>		
¿Cuáles considera pueden ser barreras para la implementación de este tipo de programa en el sistema de salud colombiano?		

<b>Si no ha tenido experiencia</b>		
¿Consideraría cómo alternativa la participación de sus pacientes en un programa de quimioterapia en casa?	Si.	
Por qué razones no (limitaciones) si beneficios) lo consideraría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de personal especializado</li> <li>• Falta de cuidadores de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente no se desplazaría</li> <li>• Se podría realizar atención integral</li> <li>• Administración de quimioterapia oportuna</li> <li>• Mejora la calidad de vida de los pacientes</li> <li>• Mas convivencia con el núcleo familiar</li> <li>• Mejor manejo de la enfermedad</li> <li>• Adecuados criterios de inclusión</li> <li>• Da respuesta a las necesidades de los pacientes por aumento en la demanda</li> </ul>
<b>Si no conoce:</b>		

<p>Sabiendo de la existencia de estos programas en otros países ¿Qué circunstancias o situación le podría invitar a pensar en implementar dichos programas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El aumento de la enfermedad permite abrir a otras formas de administración de las quimioterapias</li> <li>• Oportunidad en los inicios de tratamiento</li> <li>• Clasificación de los pacientes para continuar con los tratamientos y permitir continuar con su rutina</li> </ul> <p>Cambiar la visión del cuidado en los cuidadores de los pacientes pediátricos</p>
<p>¿Qué resultados esperaría del programa en términos de la salud de los pacientes?</p>	<p>Terminación o continuación de los ciclos de quimioterapia</p> <p>Adecuado manejo de la patología</p> <p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Disminución de hospitalizaciones</p>
<p>¿Todos los tratamientos serían candidatos a aplicarse en casa? ¿De qué depende?</p>	<p>No.</p> <p>Se debe realizar una selección de los pacientes por el estadio de la enfermedad, tratamiento, educación, contacto directo con el hospital por distancia al centro de tratamiento, edad, vías de administración del medicamento. Condiciones socioeconómicas, entorno social, revisar si es quimioterapia curativa o paliativa</p> <p>Aplicaría en tumores solidos</p> <p>Desarrollo clínico del paciente</p> <p>Entendimiento de</p>

<p>¿Qué papel podría desempeñar el cuidador bajo este programa? ¿Es crucial?</p>	<p>Es la persona más importante del éxito de los tratamientos porque es la compañía del paciente después de las quimioterapias. Contribuye a la adherencia del tratamiento</p>	
<p>¿Se tendrían que fortalecer los programas de educación a paciente? ¿Qué profesionales deberían participar?</p>	<p>Además de fortalecer es instaurar un programa de educación. La educación inicial la realizaría el médico y después el personal de enfermería</p>	
<p>¿Respecto a la adecuación de medicamentos, existiría alguna limitante?</p>	<p>Si. No todos los medicamentos se podrían administrar de forma ambulatoria por horas de administración, vías, reacciones</p>	<p>Más de tres ciclos ya sería confiable En pacientes con tumores solidos</p>
<p>¿Qué resultados esperaría en términos de la satisfacción de los pacientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilidad</li> <li>• Mejorar calidad de vida</li> <li>• Retomar actividades</li> </ul>	

<p>¿Cuáles son las condiciones de salud en las que un paciente podría participar</p>	<p>Pacientes de tumores solidos Pacientes de cuidado paliativos</p>	
<p>¿Qué condiciones visualiza como necesarias para la implementación de este tipo de programas?</p>	<p>Vivienda que cumpla las condiciones de adaptación para la administración de quimioterapias Nevera Canecas Bioseguridad Lavamanos</p>	
<p>¿Cuáles pueden ser facilitadores para la implementación de este tipo de programas en el sistema de salud colombiano?</p>	<p>La clasificación de los pacientes para la administración de quimioterapia</p>	<p>Oportunidad de la administración de las quimioterapias</p>
<p>¿Tendría alguna preocupación particular frente a la implementación</p>	<p>Si,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La suficiencia del recurso humano</li> <li>• Las limitantes administrativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la cobertura respecto al número de caso de cáncer</li> <li>• Vacío jurídico</li> </ul>

de este tipo de programas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La forma de organización de pacientes para ser eficientes</li> <li>• La disponibilidad del cuidador</li> <li>• Estabilidad y transporte de medicamentos</li> <li>• Costo- beneficio</li> <li>• Presencia de reacciones adversas y como se manejaría</li> <li>• Acceso al hospital</li> <li>• Percepción de seguridad del paciente</li> </ul>	
----------------------------	---	--

### GRUPOS FOCALES DE CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	BARRERAS	FACILITADORES
Según su experiencia durante el diagnóstico y tratamiento ¿Cuáles fueron los principales problemas que se presentaron durante	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No autorización de la EPS.</li> <li>* La demora en la atención en urgencias.</li> <li>* Inoportunidades de las citas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Gasto de bolsillo</li> <li>*Desempleo</li> <li>*Dificultades para el transporte.</li> </ul>

<p>todo el proceso de atención?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Desacuerdo con el diagnostico.</li> <li>* Error en el diagnóstico inicial.</li> <li>* No disponibilidad de albergues.</li> <li>*Desconocimiento de la enfermedad</li> </ul>	
<p>¿Cuál de estos problemas ha sido el más crítico? ¿Por qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No autorizaciones de las EPS porque esto retrasan los inicios de tratamientos.</li> </ul>	
<p>¿Cuál ha sido el rol del cuidador dentro de su tratamiento? Para los cuidadores preguntar: ¿Cuál es su rol dentro del tratamiento del paciente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuidado las 24 horas del paciente.</li> <li>* Estar pendiente de las autorizaciones de los medicamentos, exámenes, procedimientos.</li> <li>* Conseguir la alimentación debido a que a los niños no les gusta la comida</li> <li>* Aprender de la enfermedad</li> <li>* Aprender de las complicaciones, síntomas que presentan los pacientes</li> </ul>	
<p>Respecto al grupo tratante, ¿Cuáles considera usted que son los factores que determinan un buen resultado en su terapia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*La adecuada explicación del tratamiento, desde el diagnostico, los signos y síntomas, las secuelas y pronostico del paciente.</li> <li>* La atención por un solo médico.</li> <li>* La integralidad del tratamiento en un solo hospital.</li> <li>* La paciencia para explicar.</li> <li>* El acercamiento con los médicos y la disposición a resolver las preguntas y las inquietudes.</li> </ul>	

¿La educación que el grupo tratante es importante? ¿Por qué?	Si, por que es la base del entendimiento de la enfermedad Es garantizar que la atención que se brinda es oportuna	
¿Ha recibido atención domiciliaria alguna vez?	No	
Si han recibido		
¿Cuáles son los beneficios del programa de atención domiciliaria?		
¿Cuáles son las desventajas que usted percibe?		
Si no han recibido		
¿Cree que puede ser una opción para el tratamiento de pacientes con quimioterapia?	si	
¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?	No	
Si conocen		
¿Qué ha escuchado?,		
Si no conocen:		
¿Participaría usted en un programa de estos?, ¿Por qué si o por qué no?	* No, porque presentaría inseguridad dado el caso que se presentara alguna situación con el paciente.	* Si porque es una opción para continuar con el tratamiento en el hogar por el tema de compañía con los familiares,

		<p>especialmente los hermanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mejora la calidad de vida por que los pacientes se alimentarían mejor.</li> <li>* No se presentarían problemas de transporte.</li> <li>* Si, pero después de dos ciclos de quimioterapia y sabiendo que el paciente no presenta reacción a los medicamentos.</li> <li>* Si, desde que sea el mismo hospital que lo realice.</li> </ul>
¿En caso de participar, cuáles serían los profesionales que fueran atenderlo en su casa?		<p>Médico especialista Enfermeras entrenadas en el manejo del paciente con cáncer</p>
¿Respecto a su calidad de vida, mejoraría en algún aspecto? ¿Cuáles?		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Si, por que no se desplazarían.</li> <li>* Oportunidad en la atención</li> <li>* El paciente se alimentaría mejor.</li> <li>* Núcleo familiar unido</li> <li>* Continuar con sus actividades cotidianas.</li> </ul>

<p>¿Sentiría usted la misma seguridad durante la administración, que podría sentir en un hospital? ¿Por qué?</p>		<p>* Si, por que después de la aplicación de la quimioterapia el paciente no presenta reacción quiere decir que se podría aplicar en la casa.</p>
--	--	---

### GRUPO FOCAL PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER Y CUIDADORES

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Según su experiencia durante el diagnóstico y tratamiento ¿Cuáles fueron los principales problemas que se presentaron durante todo el proceso de atención?</p>	<p>* El desconocimiento de la enfermedad.</p>	<p>* Desplazamiento de la casa al hospital. * Gastos de bolsillo. * Núcleo familiar desubicado. * Desempleo.</p>
<p>¿Cuál de estos problemas ha sido el más crítico? ¿Por qué?</p>		<p>* El desplazamiento, especialmente en las horas picos, múltiples trancones.</p>
<p>¿Cuál ha sido el rol del cuidador dentro de su tratamiento? Para los cuidadores preguntar: ¿Cuál es su rol dentro del tratamiento del paciente?</p>	<p>* El cuidador es la compañía permanente para la gestión de trámites administrativos. * Acompañamiento después de las quimioterapias por los síntomas que se presentan. * Gestión para las autorizaciones y solicitud de medicamentos. * Educación para cumplir con los tratamientos.</p>	

Respecto al grupo tratante, ¿Cuáles considera usted que son los factores que determinan un buen resultado en su terapia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La explicación del diagnóstico</li> <li>* La adecuada explicación de la enfermedad</li> <li>* La calidez en el trato</li> <li>* Atención excelente</li> <li>* Adecuada educación al paciente y al familiar</li> </ul>	
¿La educación que el grupo tratante es importante? ¿Por qué?	Sí por que permite tener un mejor cuidado de las complicaciones de la enfermedad y el entendimiento de los tratamientos	
¿Ha recibido atención domiciliaria alguna vez?	No	
Si han recibido		
¿Cuáles son los beneficios del programa de atención domiciliaria?		
¿Cuáles son las desventajas que usted percibe?		
¿Conoce o ha escuchado de aplicación de quimioterapia en casa?	No	
Si conocen		
¿Qué ha escuchado?,		
¿Cree que puede ser una opción para el tratamiento de		

pacientes con quimioterapia?		
Si no conocen:		
Tomando en cuenta lo anterior y según la experiencia que usted haya podido ¿Participaría usted en un programa de estos?, ¿Por qué si o por qué no?		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Si porque no se desplazarían de su casa.</li> <li>* Mejoraría la calidad de vida.</li> <li>* Existiría oportunidad en la administración de la quimioterapia.</li> <li>* El cuidador también podría realizar actividades.</li> </ul>
¿En caso de participar, cuáles serían los profesionales que fueran atenderlo en su casa?	Enfermeras Médicos	
¿Respecto a su calidad de vida, mejoraría en algún aspecto? ¿Cuáles?		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Si porque no se desplazarían.</li> <li>* Para las personas en condición de discapacidad sería más beneficioso.</li> <li>* Podrían estar en su entorno.</li> <li>* No problemas de transporte ni gastos en taxis.</li> <li>* Se recuperarían mejor en la casa.</li> </ul>
¿Sentiría usted la misma seguridad durante la		* Si siempre y cuando sea la IPS directamente que ofrezca el servicio.

administración, que podría sentir en un hospital? ¿Por qué?		* Con la información previa de un cronograma de trabajo. * Conocimiento de la programación de las sesiones de quimioterapia con la tranquilidad que la patología de ellos cumple con los criterios para esta atención en casa
---	--	--

*Fuente: Elaboración propia de los autores.*