

**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS POR TELESALUD EN CÁNCER AVANZADO: PERCEPCIÓN DE
LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN EN COLOMBIA**

Manuela Salazar Quintero

Universidad El Bosque

Facultad de Enfermería

Maestría en enfermería en cuidados paliativos

Bogotá, Colombia

2023

**BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS POR TELESALUD EN CÁNCER AVANZADO: PERCEPCIÓN DE
LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN EN COLOMBIA**

Presentado por:

Manuela Salazar Quintero

Presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Enfermería en Cuidados Paliativos

Dirigido por

Miguel Antonio Sánchez Cárdenas PhD

Grupo de investigación

Cuidado de la salud y calidad de vida.

Línea de Investigación

Cuidados paliativos y del final de la vida

Universidad El Bosque - Facultad de Enfermería

Maestría en enfermería en cuidados paliativos

Bogotá, Colombia

ÍNDICE GENERAL

1.	Planteamiento del problema	5
2.	Pregunta de investigación.....	7
3.	Estado de la cuestión.	8
4.	Justificación	11
5.	Objetivos.....	13
5.1.	Objetivo general	13
5.2.	Objetivos específicos.....	13
6.	Marco conceptual	14
6.1.	Cuidados paliativos	14
6.2.	Telesalud	2
6.2.1.	Dimensiones estructurales de la telesalud.....	2
6.2.2.	Educación.....	3
6.2.3.	Tecnología.....	3
6.2.4.	Procesos de atención	4
6.2.5.	Método de comunicación asincrónico	5
6.2.6.	Método de comunicación sincrónico	5
6.2.7.	Medicamentos	5
6.2.8.	Relación con otros colegas.....	6
6.3.	Telemedicina	6
6.4.	Cáncer.....	7
6.4.1.	Cáncer avanzado	7
6.4.2.	Clasificación del cáncer	7
6.5.	Barreras	10
6.6.	Facilitadores	10
6.7.	Stakeholders	11
6.7.1.	Prestador remitir de telemedicina	11
6.7.2.	Prestador de referencia de telemedicina	11
7.	Metodología.....	12
7.1.	Tipo de estudio	12
7.2.	Participantes	12
7.3.	Métodos y técnicas para la recolección de la información.....	14
7.4.	Análisis de datos.....	15
8.	Consideraciones éticas.....	16

9.	Resultados.....	17
9.1.	Percepciones Generales sobre la Telesalud.....	17
9.2.	Identificación de barreras y facilitadores en cuidados paliativos por telesalud para paciente con cáncer avanzado.	19
9.2.1.	Sobre las condiciones contextuales que favorecen el fortalecimiento de la telesalud como modelo de atención.....	19
9.3.	Dimensiones.....	21
9.3.1.	Tecnología.....	21
9.3.2.	Educación.....	23
9.3.3.	Procesos de atención.....	25
9.3.4.	Medicamentos.....	28
9.3.5.	Financiación y relación con aseguradores.....	29
9.3.6.	Normativa.....	30
9.3.7.	Relación con otros colegas.....	32
9.4.	Propuestas de los prestadores.....	33
10.	Discusión.....	41
11.	Limitaciones del estudio.....	52
12.	Áreas futuras de investigación.....	53
13.	Conclusiones.....	54
14.	ANEXO 01.....	57
15.	ANEXO 02.....	59
16.	Referencias bibliográficas.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.	Nodo/Departamento.....	12
Tabla II.	Prestadores remitores y Prestadores de referencia.....	13
Tabla III.	Barreras y facilitadores en cuidados paliativos por telesalud a paciente con cáncer avanzado.	35

1. Planteamiento del problema

El Cáncer es una de las enfermedades no transmisibles que representan un gran reto para la salud pública. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la segunda causa de muerte en el mundo, ocasionando en el año 2020 un aproximado de 10 millones de fallecimientos (1) además de sumar 19,3 millones de nuevos casos lo que trae consigo una alta carga para el sistema de salud y las comunidades, requiriendo una intervención por medio de acciones que impacten los resultados de salud en la población (2).

Según proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud, la carga del cáncer aumentará en un 60% durante las próximas dos décadas, lo que se puede reducir mediante la implementación de estrategias que se enfoquen en la prevención, detección temprana, tratamiento y acceso a los cuidados paliativos (3). Los modelos de atención integral al cáncer se encuentran mayormente implementados en países desarrollados (4), lo que hace que mejoren las tasas de supervivencia, gracias a la accesibilidad de los servicios, la detección temprana y la atención de calidad. Los países en desarrollo y en el caso de Colombia aún presentan fallas respecto a los tiempos de oportunidad para la atención de los pacientes con cáncer, según el fondo colombiano de enfermedades de alto costo (5) el tiempo que transcurre entre la consulta, los indicios médicos y el momento del diagnóstico está en un promedio de 60 días, y posteriormente entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento puede pasar en promedio 64 días.

La política de atención integral en salud (6) identifica como una de las principales barreras en la atención integral al paciente oncológico, la falta de acceso a la consulta especializada y a los cuidados paliativos y prioriza los mecanismos de acceso a estos servicios como parte del plan para mejorar la atención de cáncer en Colombia. En Colombia según la cuenta de alto costo (5) hay 275.348 personas diagnosticadas con cáncer para el último periodo analizado, 2017, de los cuales el 67% de los casos de cáncer reportados se encuentran afiliados al régimen contributivo, y el 28,2% son afiliados al régimen subsidiado. El 4,3% de los casos restantes, se distribuye entre los regímenes de excepción y especial. El 0,5% de los casos no se encuentran afiliados al sistema (5). A pesar de tener un porcentaje de afiliación al sistema de salud superior al 90% muchos de los pacientes continúan sin acceso a un tratamiento de calidad por las diferentes barreras que se presentan en el acceso a los servicios de salud (7).

En Colombia, según el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (8) 30.201 adultos y 876 niños padecen de sufrimiento grave relacionado con la salud, es decir, un sufrimiento

asociado a la necesidad de cuidados paliativos. La mortalidad por enfermedades crónicas plausibles de cuidado paliativo es del 18%, lo que significa que 3 de cada 10 colombianos falleció necesitando cuidados paliativos (9). Al evaluar la disponibilidad de servicios especializados en cuidados paliativos se evidencia una inequidad regional importante, dado que en la región andina, específicamente en Santander, Valle del Cauca, y Antioquia se encuentran la mayor parte de servicios especializados oscilando entre 0.9 y 1.3 servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes, pero en la región sur del país (la amazonia y Orinoquia) se tienen 0.0 a 0.2 servicios de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes (8) lo que indica que la población de la zona sur del país y de departamentos como el Chocó no cuentan con la oportunidad de recibir atención integral en cuidados paliativos en su ciudad o incluso departamento de residencia y esto hace que tengan que desplazarse a otras zonas del país.

Al abordar el cáncer como una de las enfermedades con un alto impacto en la calidad de vida, la atención integral al paciente oncológico debe incluir el ingreso a los programas de cuidado paliativo. Ante las disparidades frente al acceso a los servicios y atención integral en cuidados paliativos, la implementación de telesalud podría mejorar la cobertura y accesibilidad de la población afectada (10).

En Colombia a partir del 2019 se cuenta con disposiciones normativas relacionadas con la telemedicina (11), este mecanismo de atención se vio mayormente implementado con la pandemia del COVID-19 en los diferentes campos y especialidades de la medicina, y en Colombia en el caso de los pacientes con cáncer avanzado que requieren de una atención multidisciplinar podría presentar un gran beneficio en cuanto a la oportunidad y calidad de la atención, sobre todo en aquellos pacientes que por condiciones geográficas, físicas o logísticas no pueden acceder a los servicios especializados de manera oportuna.

Teniendo en cuenta que la telesalud es un mecanismo de reciente aplicación, y la legislación en Colombia fue implementada en el 2019 (11), no se conocen las barreras y facilitadores que perciben los prestadores de atención frente a su implementación como posible herramienta para mejorar el acceso a los cuidados paliativos de los pacientes con cáncer avanzado.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las barreras y facilitadores que perciben los prestadores de atención en Colombia frente a la implementación de telesalud en cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado?

3. Estado de la cuestión

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial por su carga creciente en la salud de la población y su afectación en la calidad de vida tanto de quien lo padece como de su círculo social y familiar; es una enfermedad que trae consigo repercusiones físicas, mentales, sociales y emocionales, motivo por el cual se cataloga como una enfermedad plausible de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo controlar los síntomas y disminuir el sufrimiento grave relacionado con la salud, en este caso en pacientes con cáncer avanzado, sin embargo por diferentes motivos, no todos los pacientes con cáncer avanzado reciben atención integral en cuidados paliativos (8), por lo que se ha pensado en la telesalud como una herramienta tecnológica que podría brindar una alternativa en cuanto a la accesibilidad y la prestación de servicios especializados en cuidados paliativos; razón por la cual se realiza una revisión documental sobre investigaciones y estudios enfocados en las barreras y facilitadores percibidos en la implementación de cuidados paliativos por telemedicina a pacientes con cáncer avanzado.

A enero de 2021 se han publicado más de 20.000 artículos relacionados con telemedicina, según bases de datos como PubMed, con un aumento significativo en el año 2020 y lo corrido del 2021, esto se puede ver traducido en el aumento de la investigación e implementación de telesalud durante la pandemia de covid-19, sin embargo, se disminuye a un aproximado de 300 artículos cuando se relaciona la búsqueda con telemedicina en cáncer y un número mucho menor se encuentra al realizar la búsqueda de telemedicina en cuidados paliativos para paciente con cáncer avanzado.

Para realizar la revisión sistemática se establecieron palabras claves para la búsqueda, entre las cuales se encuentran: “Telemedicina”, “Telesalud”, “Cuidados paliativos”, “Cáncer avanzado”, “Barreras y facilitadores” entre otras. En dicha búsqueda se empleó la base de datos PubMed utilizando la ecuación de búsqueda: ((palliative care [MeSH Terms]) AND (telemedicine [MeSH Terms])) AND (advanced cáncer [MeSH Terms]). La búsqueda bibliográfica resultó en un total de 35 hallazgos, los cuales se sometieron a un proceso de revisión y filtrado basado en los siguientes criterios de inclusión. Se consideraron únicamente artículos publicados a partir del año 2015, aquellos escritos en los idiomas inglés y español, así como los estudios que se categorizan como metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones

sistemáticas de la literatura. Asimismo, se incluirán artículos que abordarán las siguientes preguntas de inclusión, relacionadas con la temática de investigación planteada: ¿El artículo hace referencia a la implementación de la telemedicina en el ámbito de los cuidados paliativos? ¿El artículo aborda la implementación de la telemedicina en el manejo de enfermedades en etapas avanzadas? ¿El artículo se enfoca específicamente en la telemedicina en el contexto del cáncer avanzado? ¿El artículo menciona tanto las barreras como los facilitadores asociados con la implementación de la telemedicina? En relación a los criterios de exclusión, se consideraron los siguientes parámetros: la fecha de publicación de los artículos anteriores a 2015, la presencia de artículos redactados en idiomas distintos al inglés y al español, la exclusión de aquellos que se clasificaban como reportes de casos, la omisión de artículos relacionados con el manejo de cuidados paliativos en pacientes pediátricos con patologías no oncológicas, y la exclusión de aquellos que se centraban en la consulta presencial de cuidados paliativos y el seguimiento de pacientes con cáncer avanzado.

En la revisión de la literatura, se identificaron trabajos provenientes de diversas localidades y países como Barcelona, Dinamarca, México, Berlín, Cataluña y Brasil, los cuales resaltan el valioso aporte que la telemedicina ha brindado tanto a la atención como al seguimiento de enfermedades en etapas avanzadas y, en general, al ámbito de la salud. Estos estudios evidencian las barreras que han surgido durante la implementación del modelo de telesalud en sus respectivas regiones o países. Se identifican los desafíos que surgen al incorporar los medios digitales en la atención en salud al reemplazar el formato presencial por modelos de atención virtual o mixtos. Entre las barreras mencionadas en los distintos artículos, se destacan limitaciones relacionadas con la disponibilidad de tiempo y recursos, el desconocimiento y la falta de destreza en el uso de herramientas informáticas, la falta de acceso a dispositivos tecnológicos, así como problemas de conectividad de redes. Este último, junto con el manejo de la tecnología, se han identificado como los obstáculos más relevantes y comunes en diversas regiones del mundo para la implementación efectiva de la telesalud. Por otro lado, los principales factores que facilitan la prestación de atención mediante telemedicina en el contexto de enfermedades avanzadas según la revisión de la literatura se centran en la mejora de la oportunidad y accesibilidad, así como en la mejora de la comunicación en áreas rurales y sin cobertura de servicios de salud. Además, se destaca que esta modalidad de atención beneficia a personas con algún tipo de limitación, permitiéndoles acceder a la atención médica de calidad. Asimismo, se documenta una mejora en el acceso a consultas con especialistas. En el capítulo

de discusión serán compartidos los resultados específicos de los estudios en mención y se discutirán con los resultados del presente trabajo de grado.

Adicionalmente, los resultados obtenidos en los estudios revisados tienen en común la falta de evidencia sólida sobre el uso de telemedicina en la atención en salud, además de barreras y facilitadores de la implementación de dicha tecnología en paciente con cáncer avanzado, por lo que se logra determinar que los próximos estudios deben tener un enfoque y un resultado que permita integrar y conocer las ventajas y desventajas de los servicios de telesalud para pacientes en cuidados paliativos con cáncer avanzado.

4. Justificación

El presente trabajo de grado se encuentra enmarcado en el macroproyecto de *Barreras y facilitadores de telesalud en Cuidados Paliativos para cáncer avanzado: prototipo de servicio mínimo viable en Colombia*, código PCI2022-11040 de la Universidad el Bosque, el cual tiene como metodología realizar dos etapas de investigación, una fase cualitativa y una fase cuantitativa; los resultados de este estudio esperan ofrecer una descripción de las barreras de acceso y los mecanismos que favorecen la prestación de cuidados paliativos mediante tecnologías de la información y la comunicación a pacientes con cáncer avanzado; en este caso estaremos enfocados en la investigación cualitativa con el fin de obtener y analizar datos que permitirán el diseño de los instrumentos y el análisis de la segunda fase, donde se recogerán y evaluarán datos cuantitativos (12).

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, que ha logrado reunir el interés de las entidades gubernamentales y estatales para generar intervenciones enfocadas en disminuir la incidencia y mortalidad ocasionadas por la enfermedad. En América latina el cáncer y la creciente carga que trae consigo representa uno de los más grandes problemas en salud; en el año 2020 se presentaron más de 1.4 millones de nuevos casos, y más de 600.000 muertes (13). *The Comisión Lancet* indica que un gran número de pacientes que padecen sufrimiento grave relacionado con la salud, (entre estos se incluyen pacientes con cáncer avanzado), no reciben cuidados paliativos de manera oportuna (14).

Con el pasar de los años, el cuidado de la salud ha sido percibido como una ciencia y conjunto de profesiones en las que es necesaria la presencialidad y la cercanía para emitir conceptos, y se concibe como una creencia y costumbre cultural el hecho de ver y examinar el paciente de forma física, sin embargo, con la llegada y el uso de las tecnologías se han implementado formas y herramientas alternativas para brindar atención en salud.

La telesalud es un concepto que se ha ido fortaleciendo y a partir del cual se han realizado múltiples investigaciones y estudios con el fin de conocer las barreras y los beneficios de esta herramienta y modalidad en diferentes ámbitos del proceso salud - enfermedad. Con la pandemia del COVID - 19 la telemedicina dejó ver su potencial en relación con la mejora de la provisión de los servicios de salud, con impactos positivos en la continuidad de la atención, y la gestión adecuada y oportuna de las enfermedades (15).

Los pacientes con enfermedades avanzadas, requieren de una atención continua basada en seguimiento, disminución de riesgos, control de síntomas e inclusión en programas con atención de calidad, sin embargo, la atención sigue siendo inadecuada (15) y uno de los motivos es la falta de acceso a los servicios de salud, es por esto que los profesionales de la salud, pacientes, prestadores y aquellos que formulan políticas públicas vieron en la telesalud una herramienta para facilitar la atención médica sin ser necesaria la presencialidad (3).

Dado que la telesalud en Colombia es un mecanismo de reciente aplicación, no se conoce con claridad cuáles son las barreras y facilitadores que perciben los prestadores frente a la atención de cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado, por tal motivo el presente trabajo es de gran relevancia y los resultados pueden contribuir a la generación de estrategias de intervención que disminuyan las barreras de acceso para la atención de los pacientes con cáncer avanzado en las diferentes regiones del país.

Teniendo en cuenta el conocimiento existente en el área de la telesalud desde la profesión médica, es importante recalcar que en el presente estudio se dan a conocer por los participantes intervenciones realizadas no solo desde la especialidad médica, sino también desde profesiones como la enfermería, quienes por medio de las TICS pueden acompañar y cuidar a pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos promoviendo las actividades educativas en salud, el conocimiento de la enfermedad, la intervención y la planeación del cuidado compartido enfocado en el paciente y la familia, lo que demuestra y ratifica la importancia del rol de enfermería en los equipos de atención.

De igual manera los resultados de este estudio podrán dar pie a futuras investigaciones de otras disciplinas que participan en el proceso de atención y que pueden implementar este modelo para brindar una atención integral en cuidados paliativos a pacientes con condiciones que limitan el acceso a servicios especializados de calidad; la psicología, trabajo social y nutrición son unas de las especialidades que se pueden implementar en la atención por medio de telesalud a pacientes con cáncer avanzado.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- Identificar las barreras y facilitadores percibidos por los prestadores de atención, para la implementación de cuidados paliativos por telesalud en cáncer avanzado.

5.2. Objetivos específicos

- Reconocer las percepciones generales de los prestadores de salud frente al cuidado paliativo por telesalud a personas con cáncer avanzado en Colombia
- Describir un conjunto de barreras y facilitadores percibidos por prestadores de servicios de cuidados paliativos en función a las dimensiones estructurales de telesalud para el desarrollo de estos modelos de atención.
- Establecer un conjunto de recomendaciones desde la perspectiva de los prestadores de salud para fortalecer la atención en cuidados paliativos por telesalud a personas con cáncer avanzado.

6. Marco conceptual

A continuación, se presenta una aproximación conceptual de los elementos que se encuentran presentes en la pregunta de investigación. Se toman diferentes referencias sobre cuidados paliativos, telesalud y sus dimensiones, cáncer avanzado, barreras y facilitadores y también el concepto de stakeholders en la atención en salud y en el campo de estudio de este proyecto de investigación.

6.1. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos tienen origen indirectamente desde la edad media con la creación de hospicios que brindaban acogida y atención a peregrinos, ofreciendo comida, hospedaje y cuidado en muchas ocasiones a enfermos y desahuciados; en 1842 en Francia los hospicios aparecen enfocados a la atención y cuidado de los enfermos y moribundos, en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres (16).

El arte del cuidado paliativo inicia con la fundación del St Christopher's Hospice por la enfermera Cicely Saunders en 1967 (16), en donde además de dar acogida y atención a los pacientes desahuciados se realizaban actividades de docencia, investigación y acompañamiento a las familias en el proceso de la enfermedad, el fin de la vida y posteriormente el duelo, allí se mostró la importancia de controlar el dolor, manejar los síntomas y además brindar atención en el campo espiritual, social y familiar del enfermo, descubriendo una mejoría en la calidad de vida y en el transcurrir de sus últimos días como proceso natural de la enfermedad; es por tal motivo que Cicely es considerada como fundadora y pionera del cuidado paliativo.

En 1980 la OMS reconoce el concepto de Cuidados Paliativos (17) y posteriormente también lo incorpora la Organización Panamericana de la Salud a sus programas asistenciales. En 1987, la Medicina Paliativa se reconoce como una subespecialidad médica, teniendo como concepto de cuidado paliativo “la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición, el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral” (16).

En el año 2002 la OMS menciona la importancia de la integralidad en los cuidados paliativos para el tratamiento del dolor y demás síntomas asociados a la enfermedad, y en el año 2007 se reconoce que los cuidados paliativos tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando se tienen enfermedades incurables e irreversibles, y se incluye

el manejo de los síntomas físicos, psicosociales y espirituales, además se indica que los programas de cuidados paliativos deben ser accesibles para todos los pacientes que padezcan una enfermedad en la cual se encuentre en riesgo la vida.

En el año 2018 la OMS generó el último concepto de los cuidados paliativos donde son definidos como la prevención y el alivio del sufrimiento de pacientes adultos y pediátricos y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Estos problemas incluyen sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes y de los miembros de la familia (17).

6.2. Telesalud

Según la normatividad colombiana y el ministerio de salud y protección social en la Ley 1419 del 2010 (18), se define la telesalud como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

Es decir que la telesalud proporciona una amplia gama de servicios, lo que incluye una mayor cantidad de prestadores ya que está enfocada en brindar servicios de salud como la orientación nutricional, asesoría en salud mental, consejería y acompañamiento a cuidadores y familiares, educación en prevención y manejo de diferentes situaciones en salud por medio del uso de tecnologías electrónicas.

6.2.1. Dimensiones estructurales de la telesalud

Según el ministerio de salud y protección social, al hablar de telesalud, hablamos de una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud, disminuir las brechas de equidad en la atención, mejorar la costoefectividad en la prestación de servicios, fortalecer el desarrollo local y contribuir a garantizar el derecho a la salud para toda la población (19); sin embargo también hablamos de la dificultad de acceso de las poblaciones vulnerables, de las dificultades en conectividad, y las disparidades en los servicios de salud de las diferentes regiones. Para hablar de los alcances de la telesalud, o de las dificultades que puedan presentarse al momento

de implementar este modelo de atención, es indispensable conocer las principales dimensiones estructurales y componentes de un modelo de telesalud como son la educación, la tecnología, los procesos de atención, los medicamentos, el financiamiento entre otros.

6.2.2. Educación

Al hablar de educación como una de las dimensiones de telesalud, abordamos 3 grandes pilares, el primero es la teleeducación como una de las ramas de la telesalud, que según la Ley 1419 de 2010 (18) se define como la utilización de las tecnologías de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia; es decir, la educación que puede ser brindada por medio de las TIC al personal de salud, y también a los pacientes y familiares acerca de sus cuidados, patologías y temas relacionados con el cuidado y mantenimiento de su salud. El segundo pilar, es la educación al mismo personal de salud sobre los temas relacionados con la modalidad de telesalud, tal y como lo menciona la misma Ley, se hace la recomendación de incluir en el p^éns^um acad^émico los conocimientos b^ásicos de la modalidad de telesalud a todas las carreras relacionadas con *á*reas de la salud, esto con el fin de que sea tenida en cuenta como una modalidad de atenci^ón que facilita y mejora el acceso de la poblaci^ón a los servicios de salud (18); y tercero la educaci^ón que debe brindarse al paciente y la familia no solo en el manejo de s^íntomas y de la enfermedad, sino tambi^én en el modelo de atenci^ón, retirando el temor y la convicci^ón de que este modelo no presenta la misma eficacia o no tiene la utilidad que la atenci^ón de manera presencial.

6.2.3. Tecnología

La dimensi^ón de tecnolog^ía en el modelo de atenci^ón de telesalud, se encuentra contemplada en la normativa en lo que se refiere a las plataformas tecnol^ógicas que son utilizada para brindar la atenci^ón; Se consideran plataformas tecnol^ógicas para la Telesalud, entre otras, los aplicativos web, aplicaciones web, aplicaciones inform^áticas, sistemas web, aplicaciones m^óviles, videollamadas, redes sociales, servicios de mensajer^ía electr^ónica como correo electr^ónico, Servicio de Mensajes Cortos (SMS), Servicio de Mensajer^ía Multimedia (MMS), las cuales pueden ser provistas por un operador tecnol^ógico propio de los prestadores o por un tercero y estar^án bajo la responsabilidad de quien brinda el servicio de salud (11). Cabe destacar

que en la norma solo se contempla la dimensión de tecnología enfocada en los prestadores de atención tanto remitores, como de referencia y presenta los lineamientos básicos que se deben garantizar para la implementación de este modelo, se encuentran las recomendaciones relacionadas con la comunicación y el intercambio de datos, con la seguridad de la información, con los certificados de seguridad y hace énfasis en que se debe garantizar la autenticidad, integridad, disponibilidad y fiabilidad de los datos, adicional a esto marca la responsabilidades de los prestadores en la verificación de todas las características mencionadas. Sin embargo, no se menciona en la norma los requerimientos tecnológicos que debe tener el usuario para recibir la atención, y tampoco se hacen visibles las diferentes barreras que presenta la atención en salud relacionada con esta dimensión, sobre todo, barreras relacionadas con la conectividad, con el uso de las tecnologías en los diferentes grupos poblacionales y etarios.

Cabe mencionar que en la normativa de habilitación la tecnología juega un papel importante al momento de habilitar un servicio de telesalud, pues se cuenta con exigencias específicas como la creación de software y plataformas que permitan la integración de los datos y la calidad en la atención.

6.2.4. Procesos de atención

En la telesalud al igual que en la atención presencial de pacientes es indispensable garantizar la prestación de servicios de salud preservando las características de calidad que se encuentran reguladas según el Sistema Obligatorio de la garantía de la Calidad (20), es decir que los programas de telesalud deben ser accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y deben garantizar la continuidad en los procesos de atención, adicionalmente deben estar enmarcados según la política de seguridad del paciente con el fin de implementar las barreras de seguridad que permitan disminuir la ocurrencia de eventos adversos. La integración de dichas características al modelo de atención por telesalud genera en los pacientes y prestadores una confianza en este modelo, y una percepción de una atención de calidad, eliminando brechas de los distintos imaginarios que se tienen frente a la atención por modalidad virtual o presencial.

Dentro de los procesos de atención por telesalud se pueden utilizar diferentes métodos de comunicación como pueden ser el sincrónico y el asincrónico, que según la normativa se definen como:

6.2.5. Método de comunicación asincrónico

Los textos, imágenes y datos son transmitidos sin necesidad de que la persona que emite y quien recibe, estén presentes en tiempo real (11).

6.2.6. Método de comunicación sincrónico

Tanto el que emite la comunicación como el que la recibe, se encuentran presentes en sus equipos de cómputo o de procesamiento de datos, en el mismo momento de la emisión de la información. Es una transmisión en vivo y en directo, en línea y en tiempo real (11).

Es importante educar tanto a los familiares como a los prestadores sobre este tipo de atención, con el fin de que la telesalud no sea solo implementada e idealizada como una llamada telefónica de seguimiento y sea una intervención insuficiente de acuerdo con el contexto y necesidades de los pacientes.

6.2.7. Medicamentos

Dentro de la normativa relacionada con la telesalud en Colombia, se reglamenta la prescripción de medicamentos y se hace énfasis en que este proceso solo debe realizarse por el profesional médico en las categorías de telemedicina interactiva y sincrónica, es decir cuando el usuario y el profesional médico se encuentren realizando el proceso de atención de manera virtual pero con una conexión simultánea, y se entrega a dicho profesional la responsabilidad sobre la prescripción de medicamentos, adicionalmente se brinda el derecho de abstenerse en caso de que su criterio médico o ético le impida realizar dicha prescripción. Se menciona también dentro de la normativa la prescripción de medicamentos de control, que si bien es de conocimiento que estos tienen unas indicaciones específicas para su formulación se permite dentro del modelo de telesalud dar cumplimiento a las mismas, es posible realizar el proceso de firma y sello de manera digital, además del diligenciamiento de la fórmula de medicamentos controlados de manera virtual, sin embargo hace énfasis en el cumplimiento de las reglamentación requerida para la validez de dicho formato: “Teniendo en cuenta que la prescripción de medicamentos de control especial requiere formulación en el recetario oficial, esta deberá realizarse según lo establecido en la Resolución 1478 de 2006” (21) es de conocimiento que el proceso de dispensación de estos medicamentos presenta múltiples barreras de tipo administrativo que

retarda la oportunidad en el inicio de los tratamientos médicos y el control de síntomas en los pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos.

6.2.8. *Relación con otros colegas*

Según la Resolución 2654 de 2019 (11) la relación entre personal de salud puede ser denominada tele-experticia, y esta permite no solo la valoración de pacientes de manera remota, sino que también es un espacio virtual que se genera para realizar el intercambio de conceptos médicos y discutir una situación específica ya sea de un paciente o tema de salud específico. De acuerdo con la normativa existen 3 maneras de llevar a cabo la tele-experticia:

- Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro atiende a distancia. El profesional que atiende presencialmente al usuario es responsable del tratamiento y de las decisiones y recomendaciones entregadas al paciente y el que atiende a distancia es responsable de la calidad de la opinión que entrega y debe especificar las condiciones en las que se da dicha opinión, lo cual debe consignarse en la historia clínica.
- Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia. El profesional que atiende a distancia será el responsable del tratamiento y de las recomendaciones que reciba el paciente, y el personal de salud no profesional que atiende presencialmente al usuario será el responsable de las acciones realizadas en el ámbito de su competencia.
- Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

6.3. Telemedicina

Así mismo la Ley 1419 de 2010 (18) de la normatividad Colombiana define la telemedicina como la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (18). Se podría entender que la telemedicina se centra en la atención médica y facilita el acceso a la consulta y seguimiento de patologías específicas en personas con limitaciones para recibir y

acceder a su consulta y valoración con el profesional tratante.

6.4. Cáncer

El *Instituto Nacional del Cáncer* define que el cáncer es la reproducción anormal y descontrolada de células que no siguen el curso del ciclo celular, cuando las células cumplen su ciclo vital mueren en un proceso conocido como apoptosis, sin embargo en el cáncer, estas células no mueren y por el contrario comienzan un nuevo proceso de reproducción y diseminación en el cuerpo, multiplicándose en cualquier tipo de tejido u órgano creando tumores que a su vez pueden ser malignos (cancerosos) o benignos (no cancerosos). Estos tumores o conjuntos de células pueden diseminarse e invadir tejidos cercanos, o viajar a diferentes partes del cuerpo, lo que se conoce como proceso metastásico, estos procesos tumorales pueden ser sólidos o líquidos, como lo es la leucemia (22).

6.4.1. Cáncer avanzado

La *American Cancer Society* (23) define que el término de cáncer avanzado es frecuentemente utilizado para aquellos procesos cancerígenos en los cuales no es posible lograr la cura. Esto implica los cánceres que no desaparecerán por completo o cuyo regreso no podrá evitarse. Sin embargo, algunos casos de este tipo de cánceres pueden mantenerse bajo control durante un periodo muy prolongado que incluso son vistos como sucede con las enfermedades continuas o crónicas.

Para el presente trabajo se tendrán en cuenta los siguientes criterios de definición de cáncer avanzado:

- Cáncer en estadio IIIA y IV
- Cáncer que haya sido definido como avanzado por criterio del especialista en oncología o hematoncología.
- Cáncer que por criterio médico sea diagnosticado con una progresión no tratable.

Cáncer cuya opción de tratamiento es netamente paliativa (22).

6.4.2. Clasificación del cáncer

La estadificación de un cáncer se puede realizar en diferentes momentos de la atención médica de una persona y se conocen diversos sistemas para su clasificación, sin embargo, el sistema

TNM es el recomendado por la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) y El *International Union for Cancer Control* (UICC) (23).

El sistema TNM utiliza letras y números para describir el tumor (T), los ganglios linfáticos (nodos, N), y si el cáncer se ha diseminado o tiene metástasis (M). Cada letra y número brindan información sobre la enfermedad (23).

Tumor (T): La letra T y el número que le sigue describen el tumor respondiendo a estas preguntas

- ¿Qué tan grande es el tumor primario?
- ¿Entra en otros tejidos u órganos de la misma zona?
- ¿Dónde está ubicado?

La letra T va seguida de una letra, un número o una combinación de letras. Esto proporciona información adicional sobre el tumor (23). Las diferentes letras y números que pueden verse incluyen las siguientes:

- **TX** significa que no hay información sobre el tumor o que no se puede medir.
- **T0** significa que no hay evidencia de un tumor.
- **Tis** se refiere a un tumor “in situ”. Esto significa que el tumor solo se encuentra en las células donde comenzó. No se diseminó a ningún tejido circundante.
- **T1-T4** describe el tamaño y la ubicación del tumor, en una escala de 1 a 4. Un tumor más grande o un tumor que haya crecido más profundamente en el tejido adyacente obtendrá un número más alto.

Ganglio (Node, N): La letra N y el número que le sigue describen si el cáncer afectó a los ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos son órganos pequeños que ayudan a combatir las infecciones. Son un punto frecuente en el que el cáncer se disemina por primera vez (23). Esta parte del sistema de estadificación responde a estas preguntas:

- ¿Se ha diseminado el tumor a los ganglios linfáticos?
- En caso afirmativo, ¿a qué ganglios linfáticos y a cuántos?

Después de la letra N, habrá un número de 0 (cero) a 3. N0 significa que no hay ganglios linfáticos con cáncer. La mayoría de las veces, cuantos más ganglios linfáticos tengan cáncer, más alto será el número.

Metástasis (M): La letra M y el número que le sigue describen si el cáncer se diseminó. Esto responde a las siguientes preguntas:

- ¿Se ha diseminado el cáncer a otras partes del cuerpo?
- De ser así, ¿a dónde y en qué medida?

Si el cáncer no se diseminó, el estadio es M0. Si el cáncer se disemina a otras partes del cuerpo, el estadio es M1.

La información recopilada para determinar el estadio TNM se utiliza para definir un estadio del cáncer específico para usted. La mayoría de los tipos de cáncer tienen cuatro estadios: del estadio I al IV (23).

- **Estadio 0.** Este estadio describe el cáncer in situ. “In situ” significa “en el lugar”. Los cánceres de estadio 0 aún se ubican en el lugar en el que se iniciaron. No se diseminaron a los tejidos adyacentes.
- **Estadio I.** Por lo general, este estadio es un cáncer que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. Además, no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo.
- **Estadio II y Estadio III.** En general, estos 2 estadios son cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo.
- **Estadio IV.** Este estadio significa que el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo. También se le puede denominar cáncer avanzado o metastásico.

La estadificación TNM se usa principalmente para describir tipos de cáncer que forman tumores sólidos, es decir que los tumores del sistema nervioso central, cáncer infantil y cáncer en la sangre tienen sus sistemas de estadificación y clasificación específicos.

6.5. Barreras

Se considera barrera a toda causa, facto o situación que obstaculice, altere o dificulte el desarrollo óptimo de un determinado proceso, ya sea que su intervención sea total o parcial. En el campo de la salud, se consideran barreras de acceso a todos los factores que se involucren en la no prestación o demora de los servicios de salud, estas pueden estar relacionadas con la oportunidad, la accesibilidad y a la falta de oferta de servicios especializados; además existen barreras sociales y culturales que no solo corresponden a las entidades promotoras de salud, sino también a los entes gubernamentales y a los propios pacientes (24).

En el campo de la investigación en salud el concepto de barreras nos permite identificar factores que influyen de manera negativa en los diferentes procesos de promoción de la salud, las causas que conllevan a la falta de adherencia a los diferentes planes, programas o tratamientos proporcionados en aras de solucionar una necesidad ya sea clínica, administrativa o de acceso a los servicios de salud (25). El concepto de barreras permite contextualizar una situación específica indagando en las limitaciones, los obstáculos y en las percepciones de las partes involucradas (26), es decir, en el caso del presente trabajo de grado al hablar de barreras en telesalud para brindar cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado, como una percepción de los prestadores de atención, se espera obtener información profunda y detallada sobre los factores que limitan que los pacientes con cáncer avanzado puedan recibir su atención en salud por medio del uso de dispositivos electrónicos y tecnologías de la información.

6.6. Facilitadores

Los facilitadores son herramientas y factores que permiten el correcto desarrollo y direccionamiento de determinado proceso, haciendo que este alcance sus objetivos de una manera más fluida y eficaz (24).

En el campo de la investigación en salud, los diferentes estudios realizados con un enfoque en facilitadores tienen como objetivo conocer e identificar los mecanismos que favorecen el acceso y la prestación de los servicios de salud, estos facilitadores pueden ser percibidos por los diferentes actores y permiten ser contextualizados de acuerdo con el entorno que se pretende evaluar, es decir, que se pueden evaluar facilitadores desde la percepción del paciente, de los prestadores, de los actores públicos y tener de cada uno una valoración diferente de la situación (25).

6.7. Stakeholders

El concepto de stakeholders fue creado en la época de 1980 por el filósofo Robert Edward Freeman, quien lo definió como “cualquier grupo o individuo que de alguna manera es impactado por las acciones de una organización o sus actividades, también como cualquier individuo o grupo que puede ayudar a definir propuestas de valor en la organización” (27).

En el caso del presente proyecto, el término de Stakeholder será aplicado a aquellos actores que participaran de manera activa en el proceso de recolección de datos, como lo son los prestadores remisores y de referencia, además también se consideran como stakeholders los pacientes con el diagnóstico incluido en el estudio.

6.7.1. Prestador remitir de telemedicina

Es aquel prestador de servicios de salud, con limitaciones de acceso o de capacidad resolutive, que cuenta con tecnologías de información y comunicaciones que le permiten enviar y recibir información para prestar servicios o ser apoyado por otro prestador, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad) (11).

6.7.2. Prestador de referencia de telemedicina

Es el prestador de servicios de salud que cuenta con el talento humano en salud capacitado y con las tecnologías de información y de comunicaciones suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad), requerido por un usuario o uno o más prestadores remisoras en condiciones de oportunidad y seguridad (11).

7. Metodología

7.1. Tipo de estudio

La metodología utilizada para el logro de los objetivos fue la investigación cualitativa explicativa; Se utilizaron entrevistas semiestructuradas aplicadas a dos grupos de prestadores de servicios de salud (prestadores remitores y de referencia) estas entrevistas fueron analizadas bajo la propuesta de análisis temático de Braun y Clarke (28), con lo cual se definieron categorías principales con sus respectivas barreras y facilitadores de acuerdo con las percepciones de los prestadores frente a la atención por telesalud en cuidado paliativo para pacientes con cáncer avanzado.

7.2. Participantes

En este estudio participaron proveedores de telesalud clasificados en el registro especial de prestadores de salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección colombiano como prestadores remitores y prestadores de referencia para la atención de personas con cáncer. Se utilizó una clasificación territorial de las 33 regiones administrativas del país, utilizada en evaluaciones previas sobre el desarrollo de cuidados paliativos en Colombia, la cual organiza los Departamentos en siete nodos geográficos (29):

Tabla I. Nodo/Departamento

Nodo	Departamento/Región
Amazonia	Putumayo, Amazonas, Caquetá, Guaviare, Vaupés y Guainía.
Orinoquia	Meta, Vichada, Casanare Arauca y Cundinamarca.
Nororiente	Boyacá, Santander, Norte de Santander y Cesar.
Pacífico	Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó.
Centro	Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila.
Caribe	La Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, San

	Andrés.
Bogotá	Bogotá D.C.

Fuente: elaboración propia

De acuerdo a los resultados del REPS se clasificaron los prestadores en los 7 nodos geográficos, obteniendo los siguientes resultados: En el nodo Bogotá se encuentran registrados 6 prestadores remitores y 28 prestadores de referencia, en el nodo Caribe se registran 12 prestadores remitores y 25 de referencia, en el nodo Centro se registran 10 remitores y 28 de referencia, en el nodo Orinoquía se cuenta con 2 prestadores remitores y 2 prestadores de referencia, en el nodo Nororiente se cuenta con 13 remitores y 6 de referencia y en el nodo pacifico se cuenta con 6 remitores y 11 de referencia, y por último el nodo Amazonía que no cuenta con prestadores registrados en ninguno de los dos grupos, datos de vital importancia para este estudio, se tuvo un total de 49 prestadores remitores y 100 prestadores de referencia en el territorio nacional.

fueron invitados a participar los 149 proveedores, la invitación fue enviada por medio de los correos electrónicos registrados en la base de datos del REPS; 5 de los correos rebotaron al ser enviados, otros informaron no contar con el servicio de telesalud habilitado posterior a la emergencia sanitaria del COVID-19, se obtuvo respuesta de aceptación de 20 prestadores, se programaron en total 17 entrevistas de las cuales fueron efectivas 10; en los 7 casos restantes los prestadores expresaron no poder cumplir con la invitación por motivos de tiempo y ocupaciones y desertaban de la participación del proyecto o no se obtenía respuesta al solicitar una reprogramación. Los criterios de inclusión en esta fase fueron:

Tabla II. Criterios de inclusión para Prestadores remitores y Prestadores de referencia

Prestadores remitores	Prestadores de referencia
Profesionales de salud con experiencia en la atención de personas con cáncer avanzado: > 1 año de práctica clínica o formación posgradual	Profesionales de salud con experiencia en la atención de personas con cáncer avanzado: > 1 año de práctica clínica o formación posgradual

en oncología y/o cuidados paliativos.	en oncología y/o cuidados paliativos.
Vinculación laboral con una institución prestadora de salud habilitada como prestador emisor de telesalud por el Ministerio de Salud de Colombia.	Vinculación laboral con una institución prestadora de salud habilitada como prestador de referencia de telesalud por el Ministerio de Salud de Colombia.
Experiencia en programas de telesalud: telemedicina interactiva, no interactiva, teleexpertise y tele monitoreo.	Experiencia en programas de telesalud: telemedicina interactiva, no interactiva, teleexpertise y tele monitoreo.

Fuente: elaboración propia

7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información

Se realizó una entrevista semiestructurada a los 10 participantes, utilizando un medio de comunicación on-line sincrónico (Google meet), los participantes respondieron preguntas que se encontraban relacionadas con sus experiencias en el proceso de atención a personas con cáncer avanzado mediante programas de telesalud. La duración promedio de la entrevista fue de 60 minutos y se llevó a cabo con previo consentimiento informado.

Se utilizó un guion con preguntas abiertas (ver anexo 1) con el que se buscaba explorar la existencia de barreras y facilitadores para la integración de telesalud en la atención paliativa de personas con cáncer avanzado. Los principales factores por explorar derivaron del marco normativo de la telesalud en Colombia, dentro de los cuales se incluyeron: a) caracterización del proceso de atención; b) modalidades de telesalud; c) intervenciones paliativas; d) infraestructura tecnológica; y e) calidad y seguridad de la atención.

7.4. Análisis de datos

En cuanto al procedimiento para el análisis de la información, se realizó una lectura detallada del contenido de cada entrevista y se sistematizaron siguiendo la propuesta de análisis temático de Braun y Clarke (28) el cual es un método que permite identificar, sistematizar y analizar en detalle temas a partir de una lectura crítica de la información para la comprensión/interpretación del fenómeno en estudio. Posteriormente se inició el proceso de codificación y relacionamiento con los dominios del estudio. Posteriormente se estableció el proceso de síntesis y categorización en el cual, para cada categoría principal, se identificaron barreras, facilitadores y propuestas.

Para garantizar el rigor de la investigación se utilizaron los criterios propuestos por Calderón 2002 (30): a) Adecuación epistemológica (definición de la pregunta, exposición de las facetas del fenómeno de estudio y su correspondencia con los postulados teóricos) b) Relevancia (justificación y repercusiones del trabajo, descripción de la finalidad de la investigación, descripción de nuevas vías de estudio); c) Validez (muestreo, análisis de resultados flexible y bidireccional, explicaciones a profundidad, resultados transferibles en función de las circunstancias) d) Reflexividad (reconocimiento de la influencia que los investigadores han podido tener).

8. Consideraciones éticas

Este trabajo de grado hace parte del macroproyecto Barreras y facilitadores de telesalud en cuidados paliativos para cáncer avanzado: prototipo de servicio mínimo viable en Colombia, con código PCI2022-11040, el cual recibió aval ético del comité institucional de ética en investigación de la universidad el bosque como estudio sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993, al no tratarse de un estudio con intervenciones biológicas, psicológicas o sociales, siendo esta una referencia legal para la actividad investigativa en salud, al no tratarse aquí con pacientes o participantes de intervenciones clínicas y siguiendo procesos de investigación que no están definidos en la legislación o referentes de ética de investigación en Colombia.

Se utilizó consentimiento informado (ver anexo 2) previo a la recolección de datos cualitativos y se solicitó permiso para la grabación de la sesión.

Los resultados del presente estudio serán compartidos a los participantes una vez se haya aprobado el trabajo de grado por parte de la institución académica Universidad El Bosque.

9. Resultados

En el presente apartado se dan a conocer los resultados del estudio, cuyo objetivo se concentró en conocer las percepciones de profesionales de la salud en torno a las barreras y facilitadores que tiene el modelo de telesalud desde su quehacer profesional. Para esto se realizaron 10 entrevistas a profesionales de la salud de los nodos: Bogotá (2), Centro (2), Nororiente (2), Pacífico (2), Orinoquía (1) y Caribe (1), para el nodo amazonia no se encontraron informantes de ninguno de los grupos, dado que de acuerdo con el registro en REPS no se cuenta con representantes ni servicios de cuidados paliativos habilitados para brindar telesalud.

A continuación, se dará a conocer los resultados a partir de los objetivos específicos de la presente investigación:

9.1. Percepciones Generales sobre la telesalud

Los profesionales refieren que el modelo de telesalud ha denotado ser una modalidad de gran impacto que puede fortalecer el acceso a salud de pacientes que cuentan con criterios y condiciones especiales como: i) vivir en zonas dispersas o alejadas; ii) personas con condiciones económicas limitadas y/o necesidades básicas insatisfechas; iii) condiciones médicas que impiden su desplazamiento a otros espacios; iv) condiciones sociales y emocionales complejas que pueden demandar un mayor acompañamiento por parte del equipo médico

“hay unos criterios clínicos en el país, donde hay un estadio avanzado donde la movilidad del paciente está prácticamente o reducida o nula, es la movilización que lo que no nos permite; dos: la concientización también de la enfermedad como tal, es decir, que el paciente junto con su familia, pues le deja, a veces les produce cierto estrés, la institución, esto lo manejamos también desde el punto de vista de psicología y uno que es fundamental y que lo coloqué de último, pero podría ser incluso hasta de primero, el tema de la geolocalización y referenciación de nuestros territorios” (E1. Caribe)

“... el equipo psicosocial, psicología y trabajo social. Nosotros diseñamos un modelo de semaforización, dependiendo del riesgo y la complejidad... El índice de complejidad paliativo, que es una caracterización de unas variables dependientes del paciente,

dependientes de la familia y dependientes de la institución que está prestando la atención de ese paciente., y son variables de complejidad... identificar si hay situaciones de complejidad, que están definidas, pues para el paciente, hay unas situaciones de complejidad, para la familia y para la institución” (E2. Centro)

“La otra barrera es el dinero. Los pacientes aquí son de muy bajos recursos, y no cuentan con el dinero para estar viniendo y la tercera que ni el familiar.... a veces el paciente, ni el asegurador ven la importancia del programa” (E6. Pacífico)

“Entonces, en mi opinión y en mi percepción de lo que hemos visto, la teleconsulta, la telesalud ha sido una medida que los ha beneficiado gran parte. Y además que no solamente manejamos pacientes, digamos que, por ejemplo, cobertura, solamente a Bogotá, sino que tenemos pacientes con atención en otras ciudades de Bogotá y que pues la experiencia también ha sido grata con ellos” (E7. Bogotá)

A pesar de esto también se observan enormes limitaciones y barreras en torno a su implementación relacionadas con: i) la telemedicina termina teniendo un enfoque consultivo; pero no logra hacer un ejercicio y diagnóstico con estándares de alta calidad; ii) la sobrecarga de cuidado recae en los cuidadores y la red socio-familiar; iii) genera una ilusión alrededor de los procesos de cobertura; lo que deriva en que se aumente la tensión en detrimento de la calidad; iv) bajo conocimiento que tienen los profesionales de la salud, respecto a la telemedicina.

O sea, muy bonita la videoconferencia, pero no dejó de ser una simple y llana consulta: “¿Tiene dolor o no tiene dolor?”, pero entonces en donde dejamos lo otro, pues, dónde dejamos la intervención en crisis, en dónde ambos el abordaje psicosocial (E2. Centro)

“las habilidades y la capacidad que tiene tanto el paciente como el cuidador, porque dentro de las evaluaciones que hemos logrado con el PROM hemos detectado que, si bien es cierto que el paciente se está viendo beneficiado el cuidador, por su parte... hay cuidadores que tienen sobrecargas... digamos, un paciente que tiene 70 años y el cuidador tiene 72, entonces son factores en verdad que se identifican, donde el cuidador también necesita recibir una atención, para que en verdad la calidad de vida se pueda ver afectada de una manera positiva integral” (E7. Bogotá)

“... la tercera barrera, nos falta saber de telemedicina, o sea, yo creo que otro de los principios más importantes es que el médico que está de este lado ósea en mi caso del

especialista que lo que pasa me gustaría saber más de lo que puede hacer. I es de la teleconsulta, yo sé que hay otros tipos de métodos y hay muchas cosas que se han hecho desde la exploración que permiten tener cámaras más adecuadas que permitan inclusive tener informe de signos vitales y cosas por el mismo sistema (E8. Centro).

9.2. Identificación de barreras y facilitadores en cuidados paliativos por telesalud para paciente con cáncer avanzado.

A continuación, se ahondará en las barreras y facilitadores identificados por los participantes en la prestación e implementación de programas de cuidados paliativos bajo el modelo de telesalud en Colombia, teniendo en cuenta dimensiones estructurales como lo son: tecnología, educación, procesos atencionales, dispensación de medicamentos, financiación y el rol de los aseguradores. Es importante mencionar que algunos de los participantes identifican de manera relacional desafíos que deben enfrentar tanto el modelo de telesalud; como los programas de cuidados paliativos, en la medida en que no se percibe que estos programas se encuentren consolidados en el país.

9.2.1. Sobre las condiciones contextuales que favorecen el fortalecimiento de la telesalud como modelo de atención

Existe un fuerte consenso alrededor de la importancia que tuvo el factor de la pandemia para impulsar la telesalud como modelo de atención. El contexto de zozobra e incertidumbre; junto con las reglamentaciones que dicta el Gobierno Nacional, demandó que el sistema de salud se adaptará a las nuevas condiciones para seguir garantizando el servicio de salud a todas las personas. En ese momento la telesalud se posiciona en el contexto como una solución a una problemática mediática.

“... de alguna forma la pandemia nos obligó a cambiar el curso de la atención en telemedicina. Nosotros como organización, al igual que todas, cuando llegó el tema de la pandemia por COVID-19, tuvimos que hacer unos ajustes e incluso sobre la marcha. Esto fue una lección de aprendizaje, con barreras, esté, propias también” (E1 Caribe)

“... la pandemia nos enseñó que sí sirve, que es cómodo, que uno puede tocar el corazón del otro a través de una cámara igual; de pronto no igual, pues porque el contacto físico no lo supe nada, pero ante una situación como ésta, pues es completamente válido”
(E3 Bogotá)

“... como le digo la telesalud, fue disparada por la pandemia. Antes poco de telesalud. Hacíamos una telesalud más rudimentaria, pero desde pandemia, empezamos a mejorarla” (E4 Nororiente)

Una de las participantes señala que, incluso algunos profesionales de la salud, antes del escenario de pandemia, se resistían a emplear la telesalud como modelo de atención, pues argumentaban que este espacio no garantiza las condiciones para el desarrollo de un ejercicio profesional ético; en su intervención la participante denota como la pandemia modificó estas concepciones.

“... antes de la pandemia había mucha resistencia por parte de los psicólogos a hacer teleconsulta por videoconferencia porque ellos decían, un psicólogo no puede hacer consulta por un video. En la Asociación de Psicólogos de Colombia dice que eso no es legal, que eso no es ético, eso no es moral, eso no es correcto, eso no, y había muchísima resistencia, muchísima polémica. La Asociación de Psicólogos se pronunció varias veces, cuestionando la ética de este tipo de conductas. Y la pandemia nos enseñó que sí se puede” (E3 Bogotá)

Sin embargo, con el regreso a la “normalidad” muchos de estos avances se han visto limitados; debido a que las reglamentaciones y normativas han demandado una serie de condiciones para la implementación de los modelos de telesalud; que desbordan la capacidad de los programas de cuidados paliativos. Como consecuencia de esta situación muchos de estos programas han empezado a brindar sus servicios bajo la modalidad presencial; lo que ha impactado la cobertura de atención y ha impactado la promesa de valor ligada al acompañamiento permanente.

“Y ahora como como no lo vemos y la necesidad ya quedó ahí, pues estamos teniendo que faltar a la promesa de valor que hicimos de te voy a acompañar siempre cuando no puedo hacértelo, no puedo guiarte por teleconsulta y no hay equipos de paliativos en cada vereda Bogotá, entonces eso genera, mayor necesidad de continuar con la teleconsulta” (E3 Bogotá)

9.3. Dimensiones

9.3.1. Tecnología

Un elemento clave para la implementación del modelo de telesalud, es el componente tecnológico. En esta dimensión se perciben grandes avances y facilitadores; resaltando el hecho de que los dispositivos electrónicos y digitales permiten un contacto más frecuente con el paciente; ya sea exclusivamente a través de llamadas telefónicas, a través de equipos que, aunque no sean altamente especializados favorecen los procesos de seguimiento.

“Y entonces garantizar la atención de todos los pacientes, para nosotros, históricamente en la tecnología, ha sido súper importante. Mínimo - mínimo a través del teléfono, pues, qué es lo básico; y la implementación, el ensayo y el error de diferentes plataformas” (E2. Centro)

“... ellos deben contar con un pulsímetro, un tensiómetro, que nos permita monitorear signos vitales, y la forma de acceder... mira los equipos que tienen en algunos casos que son muy remotos y que son puntuales, pues buscamos la forma de contar con equipos no tan costosos como una tableta” (E9. Orinoquía)

Adicionalmente, los prestadores que lograron desarrollar programas o softwares especializados para llevar a cabo las teleconsultas, mencionan la importancia de éstas al momento de garantizar el acceso de los pacientes pues argumentan que en su mayoría son desarrolladas de manera simple para favorecer el ingreso de los pacientes y cuidadores a consulta.

“La compañía consiguió una plataforma de historia clínica que nos permitía tener de forma interactiva, la llamada, que pudiera ser grabada, controlada, con privacidad y tener también la plataforma de historia clínica, donde quedaba consignada toda la... pues toda la historia” (E3. Bogotá)

“... la herramienta que se desarrolló en la clínica, que es muy buena, la experiencia que ha tenido falla cardíaca hasta ahora es que ha funcionado muy bien y funciona muy bien, fácilmente por el teléfono y es un link como el que tú me enviaste y son unas instrucciones muy fáciles para poderse explicar y da ciertos niveles de seguridad y de tranquilidad tanto para el paciente como para el médico” (E4. Nororient)

Sin embargo, no todos los prestadores refieren tener la misma experiencia exitosa con el desarrollo del software que se exige en la norma para habilitación de los servicios de telesalud, dado que el desarrollo de esta plataforma basada en la confidencialidad de la información y la prestación de servicios de alta calidad representa un alto costo que en muchas ocasiones no es posible asumir.

De manera diferencial se destaca que el avance tecnológico; han permitido que, en algunos casos, pacientes y cuidadores cuenten con dispositivos especializados; que facilitan el monitoreo de sintomatología como por ejemplo los smartwatches; que si bien no suplen una valoración física realizada por un profesional; permite realizar una estimación de los síntomas del paciente.

“Y bueno, seguimos con el tema de los bots, seguimos con el tema de algunos proyectos, que estamos haciendo pruebas piloto para monitorización de pacientes, también a través de dispositivos pues de... como estos relojes inteligentes, pues que nos pueden ayudar a mostrar en el tiempo la variabilidad de signos básicos, pues vitales y que, a través de un aplicativo, el paciente pueda reportar alguna necesidad que tenga” (E2. Centro)

A pesar de estos facilitadores, los profesionales destacan que los problemas de conectividad en las regiones, las condiciones técnicas de los dispositivos y las brechas digitales que se encuentran desde una perspectiva generacional interfieren en que el modelo de telesalud pueda implementarse de manera adecuada en los territorios.

“... pero también es cierto decir que fue un reto también para los pacientes por el tema de la conectividad y de la disponibilidad de equipos para hacer idóneo una teleconsulta, dentro de la mejor forma posible... Doc infortunadamente, de pronto las condiciones técnicas frente a territorios de nuestra área del Caribe son tan limitadas. Es cierto, podemos, esté utilizar pues teléfonos básicos, pero la señal sufre muchas intermitencias que termina, como se dice popularmente cayéndose la... la llamada” (E1. Caribe)

“Pues en esta parte de teleconsultas y teleseguimiento, siempre ha habido como que esa dificultad del internet de que muchos de los pacientes que nosotros tenemos son adultos mayores y no siempre tienen un acompañante al lado que pues los pueda guiar en la

parte de responder la llamada, pues, por ejemplo, en la parte virtual poner el vídeo, entonces en esa parte sí se nos dificulta mucho” (E5. Nororiente)

“... por lo menos no con la tecnología que tenemos en Colombia. Yo me imagino que en otros países del tercer mundo de primer mundo con una tecnología 5G, como ya tienen casi todos lados, con un sistema computacional diferente, con una cámara mejor dotada... el resultado puede ser diferente (E8. Centro).

9.3.2. Educación

De acuerdo con las fuentes consultadas en el estudio, existen barreras asociadas a la adopción del modelo de telesalud en cuidados paliativos, debido a los imaginarios y discursos que tienen actores claves como: pacientes, red de apoyo sociofamiliar, personal médico y profesionales vinculados a las ciencias de la salud en general, y personas con cargos administrativos tanto en el ámbito médico, como legal o público; respecto a los cuidados paliativos; pero también sobre la atención por medios virtuales.

En la siguiente intervención se observan los cambios de percepciones de pacientes y cuidadores frente al tema de la telesalud: antes de la pandemia, durante la pandemia; y posterior a la pandemia.

“Antes no, antes había mucho rechazo por pacientes y familias, por ejemplo, a recibir al psicólogo por teléfono y una de las primeras frustraciones que tuvimos con el psicólogo es, me decía: "me senté toda la tarde y de los 5 que tenía agendados se conectaron dos" porque no había percepción de necesidad, pero cuando la vida nos lo pone como la única posibilidad, los pacientes lo aprecian y lo que nos dimos cuenta es que a pesar de que el 80% de nuestra operatividad era por teleconsulta, los niveles de satisfacción y de experiencia con la atención no cambiaban...”(E3. Bogotá) “Y en la medida en que la gente se fue relajando, en que les daba COVID y ya no se morían y todo pues ya había pacientes que preferían volver” (E3. Bogotá)

Adicionalmente, se percibe que existen algunos factores desde la dimensión educativa que afectan e impactan las percepciones de las personas frente a la telesalud, como por ejemplo las relaciones de codependencia que establecen cuidadores y pacientes con los profesionales

de la salud; la ausencia de concientización de la enfermedad y las bajas estrategias educativas que tiene la red sociofamiliar y los pacientes para controlar sintomatología en casa.

“No sencillamente se, esté, y eso que uno les habla, les dice: "Mira vamos a manejarlo así, llámanos" porque hay una línea también "llámanos", pero el paciente entra; bueno en este caso su cuidador entra como que en un estado de shock y enseguida como cual dependencia, entonces llega a la institución para que sea atendido” (E1. Caribe)

“... el cuidador está desarrollando niveles altos de estrés de ansiedad y depresión, porque de cierto modo el cuidador siente o se siente protegido cuando físicamente tiene contacto con los especialistas o con los profesionales y tiene como una sensación de seguridad si el especialista examina físicamente a su paciente y dice: si está bien o manéjelo aquí o manéjelo allá” (E7. Bogotá)

“El punto es que no en todas las regiones están esos prestadores; y ahí viene la parte social, entonces llegan los pacientes, por ejemplo, con un abordaje medio en la concientización de su enfermedad, el tema educativo, el tema, por ejemplo, de poder brindar a la familia las herramientas que a ellos les permitan identificar una atención del paciente crónico” (E1. Caribe)

Sin embargo, en este punto, dos de los participantes enfatizan el impacto positivo que ha tenido la telesalud para apoyar estrategias pedagógicas y educativas orientadas a fortalecer el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad por parte de pacientes y cuidadores.

“Teleeducación. Teleeducación, asesoría, eso tiene una cantidad de cosas que cada vez, le hemos metido cada vez más a eso”. (E2. Centro)

“...también es muy bonito entender cómo desde el acompañamiento de enfermería, sí educar a los pacientes en la prescripción médica en cuidados del paciente en casa, es completamente lógico que se puede hacer. De hecho, tuve la oportunidad de participar en la virtualidad de unos talleres liderados por enfermería a pacientes con cáncer en radioterapia” (E3. Bogotá)

9.3.3. *Procesos de atención*

De acuerdo con los participantes, existen barreras asociadas a los procesos de diagnóstico y valoración. Se observa un gran consenso frente al hecho de que la telesalud impacta la dinámica relacional y comunicacional; la capacidad diagnóstica debido a las limitaciones para realizar una valoración física; por lo que en la mayoría de los casos se demanda que la primera vez la consulta se haga de manera presencial; y los seguimientos se estimen de acuerdo con las condiciones y necesidades del paciente; hecho que posiciona a la modalidad mixta como el modelo preferente por los profesionales de la salud.

“El tema era que el paciente, o sea la cámara, no me dejaba ver, aunque estuviese en gran angular los detalles que yo como médico del dolor, necesitaba ver en el otro para darme cuenta de su comportamiento... así que no había valorado bien al paciente y las respuestas que di al problema fueron demasiado generales, o sea, realmente no era un tratamiento específico, no eran dosis que realmente estuviese pensando o calculando, ni tampoco basado en un patrón que me permitiera decir... terminaba formulando de una manera que detesto que es estándar” (E8. Centro)

“Ninguna consulta a pacientes de primera vez se hacía por teleconsulta, sino solamente las consultas de seguimiento. Entonces pacientes que ya conocíamos, que ya habían tenido una valoración interdisciplinaria de primera vez, empezamos a hacer teleconsulta” (E3. Bogotá)

“Nosotros hemos logrado poder intervenir a todos los pacientes, desde telesalud. El único criterio es del doctor Teherán, que él dice que, si son de primera vez, no los ve por telesalud, por lo menos la primera vez, él tiene que ver el paciente, las condiciones del paciente” (E6. Pacífico)

“Yo trato de promover que los que estén en Bucaramanga, en el área vengán personalmente, pero no necesariamente por telesalud y los que están crónicos que requieren reformulación de medicamentos, esos sí trato de dejarlos por telesalud, pero no es digamos que estoy hablando mix: mitad y mitad” (E4. Nororient)

Por otra parte, se observa una tensión relacionada con la idea de que la telesalud no es un modelo idóneo para cuidados paliativos. Algunos participantes mencionan que en los casos en los que el modelo de telesalud se traduce en un seguimiento telefónico (a causa de las condiciones del contexto de los pacientes); esta asistencia es insuficiente; debido a que no

pueden ver al paciente, no pueden evaluar sus patrones de comportamiento, ni interactuar asertivamente con él, ni su red de cuidadores.

“... el equipo médico, sí, también pasó al principio por una crisis de: "Venga, estoy tomando decisiones con una persona al teléfono que yo realmente no sé", porque además no siempre garantizábamos tener cámara; uno porque algunos de nuestros equipos no tenían cámaras” (E3. Bogotá)

De manera adicional, se enmarca la tensión entre los participantes en torno al control de la sintomatología. Mientras que algunos consideran que el modelo es una solución relativa para este propósito; otros discrepan y mencionan las limitaciones que tiene la telesalud, aún con las condiciones tecnológicas adecuadas; para el manejo de situaciones límite y la manera en que este tipo de escenarios pueden terminar generando una sobrecarga a la red sociofamiliar; y llevar al profesional a tener una praxis poco ética.

“... es una solución relativa, porque si nos permite llegar, pero nos permite llegar para un cuidado paliativo básico, sí, porque el cuidado paliativo de mayor complejidad, pues es imposible hacerlo por teleconsulta; es decir, tú no puedes ponerle un catéter subcutáneo a un paciente por teleconsulta, tú no puedes más allá que dar recomendaciones de cómo manejarlo” (E3. Bogotá)

“... estaba viendo la teleconsulta y me sale este caso por la pantalla, era un paciente con cáncer avanzado de estómago en un estado de caquexia brutal y con una familia exageradamente angustiada y temerosa de perder el paciente... con un dolor abdominal terrible que... yo no lo miraba a la cara, si no escuchaba los gritos porque el sonido se escuchaba, pero nunca lo pude ver bien” (E8. Centro)

Ahora respecto a los facilitadores, se menciona que a pesar de los problemas en la relación y comunicación en el marco del proceso diagnóstico; la telesalud ha fomentado el relacionamiento con la red sociofamiliar de los pacientes.

“... fueron dos escenarios más; uno fue hacer reuniones familiares, las reuniones familiares virtuales nos han permitido traer gente de todo el mundo, entonces nosotros tenemos el paciente que está en Cali, podemos reunirnos con el hijo que está en Suiza con el otro que está en Estados Unidos, con la que está en Bogotá y con el cuidador que lo tiene al lado y han sucedido cosas muy bonitas en el escenario de reuniones familiares” (E3. Bogotá)

“En lo que llevamos de experiencia nos ha ido muy bien en el manejo con el paciente y pues es más fácil contactar a los familiares, así no encontremos al paciente, entonces empezamos a llamar a su círculo social hasta que logramos captar al paciente y podemos realizar la consulta” (E7. Bogotá)

Adicionalmente mencionan, como ha aumentado la cobertura a pacientes que antes no podían acceder con facilidad a servicios en salud; y se menciona particularmente el impacto positivo que ha tenido en los procesos de seguimiento ya que el modelo fomenta que el profesional esté en contacto más cercano con su paciente y la red de cuidadores.

“... digamos que pacientes que no se encontraban precisamente en el área metropolitana de Bucaramanga, sino que pues estuvieron un poco más alejados por el tema de la pandemia; los seguimientos pues se hicieron modalidad telesalud” (E4. Nororient)

“Eso le hemos visto de ventaja y definitivamente pues las llamadas más seguida, entonces sabemos más del paciente y él ya se siente en la confianza y devuelve la llamada, entonces avisa cuando tiene algún síntoma” (E6. Pacífico)

También se destaca que ciertas especialidades se adaptan muchísimo más a un modelo de telesalud; como es el caso de las áreas relacionadas con los aspectos sociales y emocionales de los pacientes. También se menciona, de manera particular, las valoraciones por Nutrición y con paliativistas las cuales, como plus adicional, están certificadas dentro de la normativa, como consultas aptas para llevarse a cabo bajo un modelo de telesalud.

“... control de aspectos psicosociales e inclusive tenemos un soporte psicológico que también lo podemos hacer por telemedicina. Tenemos un gran grupo psicosocial, tenemos siete psicólogos que nos apoyan en este proceso, que es un grupo muy grande, que hace que esto sea como, muy chévere e interesante” (E4. Nororient)

“En cuanto a estos estamos lo que es psicología, trabajo social, enfermería, la especialista en cuidado paliativo, nutrición, terapia física. Tenemos consulta espiritual que también la maneja la trabajadora social. No sé si ya te había dicho nutrición. Estos servicios, nosotros les ofrecemos por teleasistencia y telemedicina, ahorita nos estamos enfocando, más lo que es consulta con especialista en cuidado paliativo y nutrición,

puesto que ya por la norma ellos son los que tienen que formular y se tiene que hacer por telemedicina” (E7. Bogotá)

9.3.4. Medicamentos

En los relatos de los participantes se percibe una serie de barreras asociadas a la dispensación y entrega de medicamentos. Si bien la pandemia, favoreció la implementación de medidas como la formulación virtual con sello digital, y la entrega de medicamentos a los domicilios; estas soluciones fueron concebidas exclusivamente para atender el escenario de pandemia; razón por la cual se restringieron cuando se levantaron las medidas especiales de la emergencia sanitaria. Los profesionales de la salud critican esta decisión, pues consideran que uno de los grandes problemas del sistema de salud se concentra en la entrega oportuna de medicamentos a los pacientes con cáncer.

En la actualidad los procesos y trámites que deben realizar los pacientes para acceder a sus medicinas se configuran como una barrera crítica para este tipo de población, teniendo en cuenta que los pacientes que se encuentran en estados avanzados de la enfermedad pueden tener limitaciones para los desplazamientos y para realizar los trámites administrativos que se encuentran dentro del proceso de dispensación de medicamentos esenciales para el control de síntomas de su enfermedad. Cabe resaltar que en los pacientes con cáncer avanzado es común el manejo de medicamentos de control los cuales presentan diferentes tramites en su dispensación y normalmente no son entregados en todas las farmacias del país, requieren formulas especiales con sello y firma original y todos estos trámites pueden generar demoras en el inicio o continuidad del tratamiento.

“Entonces sí y hay muchas barreras administrativas con autorizaciones, con que el paquete tiene que incluir tal cosa y si no está dentro del paquete, entonces mandan el paciente a volar a otro lado, a reclamar medicamentos” (E6. Pacífico)

Ahorita tenemos como una novedad que digamos, logramos el alcance con el paciente, logramos la consulta, la contención paliativa, todos los mecanismos necesarios para la consulta, pero al momento de enviar las fórmulas, los pacientes han tenido esa barrera de que la farmacia, no les está entregando los medicamentos que requieren sellos y firmas, todo original (E7. Bogotá)

De manera diferencial, una de las participantes refiere que bajo el modelo de telesalud la formulación de opioides enfrenta grandes desafíos; argumentando que el bajo control, seguimiento y supervisión genera escenarios de riesgo en el que no se puede garantizar el uso seguro de opioides; tanto en escenarios socio-familiares en donde puede darse una mala administración de los medicamentos; en el marco de un escenario socioeconómico, en el que la venta y tráfico de opioides pueda configurarse como una opción para familias con bajos recursos; y para el mismo paciente dado que él mismo puede generar una sobredosis accidental o autoinducida.

“Perdóname que te interrumpo, pero el único riesgo que yo sigo viendo en la teleconsulta que ha sido una manifestación de todos los médicos que trabajan conmigo, es cómo garantizar el uso seguro de los opioides. Por ejemplo, o sea prescribimos opioides para dos meses, pero cómo aseguramos que esos opioides estaban bien dados que no se desviaban, que no abusaban de ellos, que no le sobra, que no le falte y que además de este lado hay un médico prescriptor que con una llamada telefónica estaba prescribiendo opioides” (E3. Bogotá).

9.3.5. Financiación y relación con aseguradores

Dentro de los discursos y narrativas de los profesionales de la salud se destaca la dificultad asociada a la implementación del modelo de telesalud; puesto que los aseguradores, al inicio de la pandemia, percibían que las teleconsulta eran un servicio de menor calidad y en consecuencia el pago debía ser diferencial.

"¿Qué nos pasó al principio con el aseguramiento? El aseguramiento percibía como que la atención por teleconsulta era menos valioso, era menos importante, valía menos que si fuera presencial y entonces tuvimos hasta roces, porque nos decían: "no, pero si todo el equipo lo vio por teleconsulta, yo no les voy a pagar lo que yo les pago por ese paciente mes, porque es que no lo vieron todos" y entonces el argumento era: "sí lo vimos todos, lo vimos de una modalidad diferente, pero sí lo vimos todos." (E3. Bogotá)

Sin embargo, en la mayoría de los relatos, los participantes enfatizan que el principal reto financiero sigue siendo el respaldo de los aseguradores a los programas de cuidados paliativos. Se destaca que los profesionales de la salud deben seguir insistiendo y posicionando el tema

de cuidados paliativo como un modelo preventivo, que disminuye costos hospitalarios y de urgencias; siendo así un modelo propicio para ahorrar recursos en el paciente con cáncer avanzado.

“... No es un gran negocio, pero es un gran negocio desde el punto de vista social. No da pérdida, no es un programa que, de pérdida no es el gran negocio, no es una maravilla en cuánto al negocio, pero se sostiene. Los ingresos básicamente a través de la EPS, los programas de PGP, de la disminución de costos en otros servicios, como oncología, cuando se remite más tempranamente a cuidado paliativo y se optimizan los recursos que existen, creo que esa parte es fundamental, pero eso no se ve como rentabilidad, sino como ahorro” (E4. Nororienté)

Una de las intervenciones menciona lo clave que puede ser la telesalud en la sostenibilidad de este tipo de programas; pues mencionan que el contacto cercano con el paciente, a través del seguimiento mejora la adherencia al tratamiento; factor clave en la manutención de este tipo de propuestas.

“Sin embargo, se logró un punto de equilibrio cuando se desarrolla la adherencia al tratamiento o al programa y yo creo que jefecito me puedes corregir si de pronto digo algo equivocado, pero cuando se logra ese punto donde el paciente permanece dentro del programa, se empieza como a recoger lo que no se recogió en un primer momento, si refiriéndonos a los ingresos” (E7. Bogotá).

9.3.6. Normativa

De manera consensual, la principal barrera que identifican los participantes se encuentra asociada a la normativa. Las principales objeciones se relacionan con las altas exigencias que se encuentran en la norma para la habilitación de los servicios por telesalud como el desarrollo de un software especializado (mencionado en tecnología) o la habilitación de consultorios con una completa dotación. Si bien los participantes consideran que es oportuno y necesario contar con este tipo de elementos; mencionan que su desarrollo implica para los programas de cuidados paliativos un costo alto; que no necesariamente pueden asumir. En esa medida, muchos de los programas han decidido retornar nuevamente a la presencialidad.

“... antecitos de terminar la emergencia sanitaria, teníamos el 30% de nuestra operatividad seguía siendo por teleconsulta, por comodidad de la gente; pero más que todo el 70% volvió a la presencialidad y pues terminó este proceso al 100% cuando quitan la emergencia sanitaria y en este momento estamos todos presencial porque digamos, podríamos incurrir en riesgos legales si continuáramos con teleconsulta y estamos en este momento en la tarea de ver, qué transformaciones tiene la norma hoy frente a todo lo que la pandemia representó a fin de implementar la teleconsulta como una modalidad más de la atención nuestra” (E3. Bogotá)

“algo que comentaba... la administrativa, era que, pues no se siguió en el proceso de hacer la teleconsulta, por los temas administrativos, que eran un poco complejo, porque era bastante difícil habilitarse y en este momento, pues ella me comentaba que pues teníamos que aclarar que nosotros ya no estábamos haciendo teleconsulta operativo por el tema de la plataforma” (E5. Nororiente)

Esto ha generado algunas tensiones entre las necesidades de los pacientes y cuidadores que demandan que el servicio se siga brindando por teleconsulta y la incapacidad de los programas de mantener esta modalidad debido a las exigencias de la normativa.

Otras barreras que se identifican es que la normativa no estipula medidas diferenciales para el desarrollo del modelo de telesalud en el caso de los cuidados paliativos; es decir; la normativa adiciona diferencialmente los requisitos para ejercer la telesalud; pero no tiene en cuenta las condiciones especiales bajo las cuales se podría ejercer cuidados paliativos desde un modelo de telesalud.

“... fijate que la norma cuando nosotros quisimos implementar esto nos exigía, nos exigía un consultorio habilitado de dolor y cuidados paliativos para que el médico paliativista se sentará en ese consultorio a hacer teleconsulta, o sea teníamos que recibir una visita en un consultorio x, que decíamos todos: "Pero momento. Si esto es teleconsulta para que quiero una camilla aquí atrás y para qué quiero un tensiómetro aquí atrás y si yo lo que quiero habilitar este ejercicio de estar frente a la cámara" (E3. Bogotá).

9.3.7. Relación con otros colegas

En esta dimensión, se identifica un mayor número de facilitadores a partir de los modelos de telesalud; debido a que éste fomentó dinámicas de trabajo grupal desde la perspectiva inter y transdisciplinar; lo que impactó en el servicio y la calidad de la consulta. Se destacan escenarios como reuniones de equipo y la posibilidad de hacer consultas interdisciplinares.

“... existen semanalmente reuniones que llamamos reuniones de grupo primario y donde nosotros comentamos la mayoría de los pacientes o esos pacientes que nosotros consideramos que necesitan, como que una segunda opinión o una opinión con respecto a todo el personal” (E5. Nororient)

“... pues teleconsulta como tal, o sea, telesalud tiene una cantidad de exigencias, pues que nosotros, por lo menos en este momento el software y todo lo que implica es bastante complejo, pero definitivamente para cuidado paliativo es supremamente necesario porque no hay otra forma de garantizar que el paciente pase por todas las especialidades... Él también me ayuda, entonces digamos que los dos hemos logrado un buen trabajo y una buena estrategia haciendo la consulta juntos. Y eso le quita un tiempo de consulta al paciente. Entonces, porque la principal barrera es tiempo con los pacientes.” (E6. Pacífico)

“Entonces, digamos que, para la teleasistencia o consulta telefónica, lo hacemos todos los profesionales. En cuanto a estos estamos lo que es psicología, trabajo social, enfermería, la especialista en cuidado paliativo, nutrición, terapia física. Tenemos consulta espiritual que también la maneja la trabajadora social. No sé si ya te había dicho nutrición. Estos servicios, nosotros les ofrecemos por teleasistencia y telemedicina” (E7. Bogotá)

Adicionalmente se menciona que este tipo de dinámicas ha permitido desarrollar espacios entre colegas, los cuales denominan tele-experticia. Estos escenarios son espacios de asesoramiento en los cuáles se comparte el conocimiento sobre cuidados paliativos a equipos médicos en ciudades donde no tienen entrenamiento con el objetivo de que puedan atender casos clínicos que requieran este tipo de abordaje.

“...pues es una oportunidad enorme de centralizar grupos de cuidado paliativo experto que pueda o asesorar a familias que estén muy lejos, o asesorar a equipos médicos en ciudades donde no tienen entrenamiento en cuidados paliativos y poder hacer, eso sí se llama tele-experticia y es decir, el médico está ya en la vereda tal...”

con el paciente tal... y el médico no tiene ni idea de cuidados paliativos, pero el médico tiene la potestad de formular, definir y de asesorarse conmigo; entonces yo le doy la orientación al médico que está con el paciente y el médico ejecuta su acto médico bajo una alineación” (E3. Bogotá)

Sin embargo, un elemento que interfiere en la sostenibilidad de estas prácticas de trabajo grupal que se desarrollaron durante el periodo de pandemia; están ligadas a la normativa, pues en ella estipula que estos tipos de espacios no se pueden llevar a cabo a través de la telesalud.

Por ejemplo, me acuerdo mucho, no podíamos hacer juntas... en la en la virtualidad logramos reunir más especialistas que los que logramos reunir en una junta, en una clínica, porque los especialistas no todos llegaban Entonces en la virtualidad, sí, y por ejemplo, cuando empezamos a hacer juntas antes me decían: "va a venir la Secretaría y te lo a bloquear porque tú no puedes, no puedes hacer juntas por teleconsulta, no puedes, no es permitido, no se habilita, no se puede" y yo decía.: "no entiendo la lógica de esta norma" y creo que es que la norma siempre y particularmente en paliativos, va un poquito atrás del desarrollo que nosotros vamos llevando (E3. Bogotá).

9.4. Propuestas de los prestadores

Si bien, durante las entrevistas se logran identificar las barreras y los facilitadores que perciben los prestadores a la hora de implementar el modelo de telesalud en cuidados paliativos a paciente con cáncer avanzado, también se identifican y se remarcan las propuestas de valor de los participantes que de acuerdo con su experiencia consideran que al implementarlas podríamos acercarnos cada vez más a un modelo de atención de calidad en el cual se vea involucrada la telesalud.

Una de las grandes conclusiones a la que llegan los participantes es la importancia de implementar modalidades que permitan tener modelos híbridos; en los que se puedan adaptar los procesos médicos a las necesidades de los pacientes; teniendo en cuenta que la presencialidad y la virtualidad pueden impactar de manera positiva la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

“Entonces pacientes que ya conocíamos que ya habían tenido una valoración interdisciplinaria de primera vez, empezamos a hacer teleconsulta, y como les cuento que nuestra red de paliativos *está articulada en diferentes escenarios de atención, de acuerdo con lo que encontramos en esa consulta, pues definíamos si el paciente tocaba movilizarlo al hospice o a la casa o seguía en consulta con nosotros y definíamos con ellos por la periodicidad de las consultas. Entonces teníamos... nunca tuvimos exclusividad para la teleconsulta, siempre tuvimos un modelo mix, es decir, donde el paciente tenía la opción de venir o tenía la opción, en controles, de recibir su teleconsulta*” (E3. Bogotá).

A nivel de propuestas, se sugieren varios temas alrededor del fortalecimiento de los programas de cuidados paliativos en: consolidar los programas de cuidados paliativos en el sector salud (reconocimiento); fortalecer las herramientas y estrategias psicoeducativas; fortalecer los procesos de enseñanza alrededor de los cuidados paliativos en las universidades; y la relevancia de la lectura de las condiciones sociales, culturales y contextuales de los pacientes; con el objetivo de viabilizar los servicios que podrían beneficiarse de los modelos de telesalud y cuáles en cambio deben realizarse exclusivamente a través de la modalidad presencial.

“Con la telemedicina pasa lo mismo, o sea, yo puedo decir, haga lo mismo que con el carné: "Ahí sí tenemos todo el país cubierto con celulares para hacer videollamadas" Pero venga, de ahí al acceso y a que realmente se resuelva pensando en las necesidades de lo que requiere un paciente paliativo, ¿qué brecha hay?” (E2. Centro)

“... la interiorización del programa de cuidados paliativos y ver al programa de cuidados paliativos, como un obstáculo, sino como una sinergia que puede permitir al paciente y a su familia tener la mejor calidad de vida posible, ” (E1. Caribe)

Sí, yo creo que hay otras.... como resumiendo, hay otras cosas que se deben hacer en paralelo al desarrollo de estrategias que involucren la telemedicina, que terminan siendo más importantes que el Ipad, el celular o cualquier tecnología, pues que quieras implementar (E2. Centro).

Tabla III. Barreras y facilitadores en cuidados paliativos por telesalud a paciente con cáncer avanzado según dimensiones.

DIMENSIÓN	FACILITADORES	BARRERAS
Tecnología	<p>Los dispositivos electrónicos y digitales permiten un contacto más frecuente con el paciente; ya sea exclusivamente a través de llamadas telefónicas, a través de equipos que, aunque no sean altamente especializados favorecen los procesos de seguimiento.</p>	<p>Problemas de conectividad en las regiones, en las zonas rurales y más alejadas no se cuenta muchas veces con señal o internet que permita establecer una conexión con el paciente y la familia.</p>
	<p>Lograr el desarrollo de programas o softwares especializados para llevar a cabo la teleconsulta, es de gran importancia al momento de garantizar el acceso de los pacientes. Los participantes argumentan que en su mayoría son desarrollados de manera simple para favorecer el ingreso de los pacientes y cuidadores a consulta.</p>	<p>Las condiciones técnicas de los dispositivos y las brechas digitales que se encuentran desde una perspectiva generacional interfieren en que el modelo de telesalud pueda implementarse de manera adecuada en los territorios.</p>
Educación	<p>La telesalud ha tenido impacto positivo para apoyar estrategias pedagógicas y educativas, orientadas a fortalecer el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad por parte de pacientes y cuidadores.</p>	<p>Existen barreras asociadas a la adopción del modelo de telesalud en cuidados paliativos, debido a los imaginarios y discursos que tienen actores claves sobre la atención por medios virtuales.</p>
		<p>La codependencia que establecen cuidadores y pacientes con los profesionales de la salud generan percepciones de invalidez frente a la consulta y valoración del paciente de manera virtual.</p>

		La ausencia de concientización de la enfermedad y las bajas estrategias educativas que tiene la red sociofamiliar y los pacientes para controlar sintomatología en casa.
Procesos de atención	Se observa un gran consenso frente al hecho de que la telesalud impacta de manera positiva la dinámica relacional y comunicacional.	Se presenta una barrera frente a la capacidad diagnóstica debido a las limitaciones para realizar una valoración física; por lo que en la mayoría de los casos se demanda que la primera vez la consulta se haga de manera presencial.
	Mejora de la comunicación en el marco del proceso diagnóstico; la telesalud ha fomentado el relacionamiento con la red sociofamiliar de los pacientes.	Se menciona que en los casos en los que el modelo de telesalud se traduce en un seguimiento telefónico (a causa de las condiciones del contexto de los pacientes); esta asistencia es insuficiente; debido a que no pueden ver al paciente, no pueden evaluar sus patrones de comportamiento, ni interactuar asertivamente con él, ni su red de cuidadores.
	Se ha tenido un aumento en la cobertura a pacientes que antes no podían acceder con facilidad a servicios en salud; y se menciona particularmente el impacto positivo que ha tenido en los procesos de seguimiento ya que el modelo fomenta que el profesional esté en	La telesalud tiene una limitación, aún con las condiciones tecnológicas adecuadas, para el manejo de situaciones límite y la manera en que este tipo de escenarios pueden terminar generando una sobrecarga a la red sociofamiliar; y llevar al

	<p>contacto más cercano con su paciente y la red de cuidadores.</p>	<p>profesional a tener una praxis poco ética.</p>
	<p>Se destaca que ciertas especialidades se adaptan muchísimo más a un modelo de telesalud; como es el caso de las áreas relacionadas con los aspectos sociales y emocionales de los pacientes. También se menciona, de manera particular, las valoraciones por nutrición y paliativistas.</p>	
Medicamentos	<p>Los participantes no identifican facilitadores en la dimensión de medicamentos derivadas de la atención por telesalud.</p>	<p>En la actualidad los procesos y trámites que deben realizar los pacientes para acceder a sus medicinas se configuran como una barrera crítica para este tipo de población. (firma o sello original)</p>
		<p>Bajo el modelo de telesalud la formulación de opioides enfrenta grandes desafíos; se argumenta que el bajo control, seguimiento y supervisión genera escenarios de riesgo en el que no se puede garantizar el uso seguro de opioides</p>
		<p>Este bajo control y seguimiento genera un riesgo en el marco de un escenario socioeconómico, en el que la venta y tráfico de opioides pueda configurarse como una opción para familias con bajos recursos.</p>

Financiación y relación con aseguradores	<p>Se destaca que los profesionales de la salud deben seguir insistiendo y posicionando el tema de cuidados paliativo como un modelo preventivo, que disminuye costos hospitalarios y de urgencias; siendo así un modelo propicio para ahorrar recursos en el paciente con cáncer avanzado.</p>	<p>Los participantes coinciden en que el modelo de telesalud trae consigo facilitadores para la atención en cuidados paliativos a pacientes con cáncer avanzado. No se identifican barreras en esta dimensión durante las entrevistas.</p>
	<p>La telesalud puede ser clave en la sostenibilidad de este tipo de programas; dado que el contacto cercano con el paciente, a través del seguimiento mejora la adherencia al tratamiento.</p>	
Normativa	<p>Los participantes coinciden en que la normativa no facilita la implementación del modelo de telesalud, por lo tanto solo se identifican barreras durante las entrevistas.</p>	<p>La norma tiene altas exigencias en habilitación para la atención por telesalud, como por ejemplo el desarrollo de un software especializado que garantice la confidencialidad de la información y un servicio con altos estándares de calidad. Si bien los participantes consideran que es oportuno y necesario contar con este tipo de tecnología; mencionan que su desarrollo implica para los programas de cuidados paliativos un costo alto; que no necesariamente pueden asumir.</p>

		<p>La norma no estipula medidas diferenciales para el desarrollo del modelo de telesalud en el caso de los cuidados paliativos; es decir; la normativa adiciona diferencialmente los requisitos para ejercer la telesalud; pero no tiene en cuenta las condiciones especiales bajo las cuales se podría ejercer cuidados paliativos desde un modelo de telesalud.</p>
		<p>Posterior a la pandemia continúa la necesidad de algunos pacientes y cuidadores que demandan que el servicio se siga brindando por teleconsulta y debido a la norma se presenta una incapacidad de los programas de mantener esta modalidad por las altas exigencias frente a la habilitación.</p>
		<p>Un elemento que interfiere en la sostenibilidad de la tele- experticia o trabajo grupal que se desarrolló durante el periodo de pandemia y que está ligado a la normativa, es que en ella se estipula que estos tipos de espacios no se pueden llevar a cabo a través de la telesalud.</p>
<p>Relación con otros colegas</p>	<p>La telesalud fomenta dinámicas de trabajo grupal desde la perspectiva inter y transdisciplinar; impactando en el servicio y la calidad de la</p>	<p>Durante las entrevistas no se identifican barreras frente a la dimensión de relaciones entre profesionales de la salud.</p>

	consulta. Se destacan escenarios como reuniones de equipo y la posibilidad de hacer consultas interdisciplinarias.	
	Este tipo de dinámica ha permitido desarrollar espacios entre colegas, los cuales se han denominado tele-experticia.	

Fuente: elaboración propia

10. Discusión

El presente estudio identificó un conjunto de barreras y facilitadores para la implementación de la telesalud en cáncer avanzado en Colombia. En el caso de los facilitadores, se identifican factores que permiten el desarrollo de este modelo de atención en las dimensiones de educación del talento humano y a la población plausible de recibir cuidados paliativos, trabajo en equipo, interdisciplinariedad, acceso para la promoción de los cuidados paliativos en condiciones especiales y uso eficiente de los recursos disponibles. Las barreras para el desarrollo de modelos de teleasistencia paliativa se encuentran directamente relacionadas con las dimensiones de tecnología, aspectos regulatorios, organización de los procesos de atención en salud y acceso y disponibilidad de medicamentos esenciales.

El primer hallazgo es la disparidad geográfica de acceso a cuidados paliativos por telesalud, lo cual en sí mismo es una barrera para el desarrollo de estos modelos de atención en cáncer. En este trabajo se indagó la disponibilidad de recursos de teleasistencia paliativa en todo el país. En el nodo Amazonia, no se encontraron informantes de ninguno de los grupos, y al realizar verificación del registro en REPS, en ninguno de los 06 departamentos (18% de los departamentos del país) se identificaron servicios de cuidados paliativos habilitados para brindar telesalud en esta zona geográfica. En estas regiones existen pacientes con enfermedades avanzadas como el cáncer que son plausibles de cuidados paliativos (31) sin embargo, no se cuenta con capacidad de respuesta frente al manejo de síntomas y enfermedades con alta afectación de la calidad de vida, por lo que la telesalud podría ser vista como una posible solución para mejorar el acceso y disminuir las barreras que presentan los pacientes con cáncer avanzado en la atención e inclusión a programas y consultas especializadas de cuidados paliativos.

De acuerdo con Sánchez-Cárdenas et al (32) en las regiones del Amazonas, Guainía, Vaupés, Putumayo y Vichada, se tiene un porcentaje menor al 20% de pacientes que fallecen por enfermedades plausibles de cuidados paliativos, sin embargo esta población no cuenta con cobertura de servicios especializados de cuidados paliativos; además agregan que 19 de las regiones del país se encuentran en niveles de desarrollo con servicios de cuidados paliativos inexistentes o escasos, lo que sugiere un notable desequilibrio geográfico en cuanto al acceso a los Cuidados paliativos, aun siendo Colombia un país con una política nacional transversal de cuidados paliativos. De igual forma, en otro trabajo de Sánchez-Cárdenas et al. (32), se informa

que los pacientes que residen en el nodo Amazonas deben viajar a otros territorios para recibir cuidados paliativos ya que en su zona geográfica no cuentan con estos servicios (31).

El Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (33) reconoce la disparidad en el acceso de cuidados paliativos y ha señalado la utilidad de la telesalud como herramienta para disminuir las brechas de acceso. Este aspecto constituye una estrategia nacional para la prestación de servicios de cuidados paliativos. En el contexto internacional, según las estimaciones recogidas en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud de España, entre un 20% y un 25% de las personas que fallecen cada año en ese país precisan atención paliativa, pero más de 80.000 mueren sin acceder a ella (34). En España, además, hay una gran desigualdad territorial; en algunas regiones, está "muy garantizado" el acceso, con una cobertura para el 95% de la población, sin embargo, hay otras zonas del país donde no se cuenta con equipos de atención y el uso de sistemas de teleasistencia podría mejorar el indicador de acceso a la atención paliativa.

En los Estados Unidos, Según el reporte de *America's Care of Serious Illness: 2019 State-by-State Report Card on Access to Palliative Care in Our Nation's Hospitals* (35), el acceso a los cuidados paliativos sigue siendo variable e inequitativo de acuerdo con la ubicación geográfica; en el centro-sur de EE. UU menos de un tercio de los hospitales en Arkansas, Mississippi y Alabama reportaron un equipo de cuidados paliativos. Por el contrario, la población del noreste y las regiones montañosas en estados como Nuevo Hampshire, Vermont, Rhode Island, Massachusetts, Montana, Nevada y Utah tienen acceso casi universal a los cuidados paliativos hospitalarios, se reportan porcentajes de acceso entre el 89 y 100%. El acceso a los cuidados paliativos para las personas que viven en zonas rurales en los Estados Unidos sigue siendo limitado, El 90% de los hospitales con cuidados paliativos se encuentran en áreas urbanas. Sólo el 17% de los hospitales rurales con cincuenta o más camas reportan programas de cuidados paliativos, siendo útil la implementación de programas de telemedicina para personas con cáncer que se encuentran en poblaciones alejadas de centros de referencia para la atención especializada de cuidados paliativos (35).

El segundo hallazgo de este trabajo se relaciona con los criterios y condiciones especiales de los pacientes beneficiados al acceder a telesalud en cuidados paliativos. Los informantes de este estudio reportan que esta modalidad ha denotado ser de gran impacto en el mejoramiento del acceso a cuidados paliativos en los siguientes contextos: 1) condiciones médicas que impiden su desplazamiento a otros espacios; 2) condiciones sociales y emocionales complejas que

pueden demandar un mayor acompañamiento por parte del equipo médico; 3) vivir en zonas dispersas o alejadas; 4) personas con condiciones económicas limitadas y/o necesidades básicas insatisfechas. En la literatura científica existe poca información sobre los criterios que definen el ingreso de una persona con cáncer avanzado a modelos de atención paliativa mediante telesalud, siendo preciso referenciar los más relevantes.

De acuerdo con Sánchez- Cárdenas et al. (32) el modelo de telemedicina busca superar las barreras de acceso de poblaciones con cáncer, cuyas condiciones clínicas o limitaciones les impiden acceder a la atención convencional, dichos criterios podrían resumirse en: 1) limitaciones funcionales asociadas al cáncer, 2) poblaciones rurales, 3) dificultades de transporte y largos tiempos de viaje a los centros de oncología, 4) dificultades socioeconómicas de los pacientes y cuidadores.

Tang et al. (36) menciona condiciones propias de los pacientes con cáncer avanzado y destaca los beneficios de recibir una evaluación y manejo de síntomas de calidad desde la comodidad de su hogar mediante telemedicina en lugar de hacer un viaje al centro asistencial y enfrentar grandes desafíos para recibir una atención similar. A continuación, se presentan dichas condiciones: estado de dependencia funcional alto, presencia de dispositivos de soporte, movilidad alterada o reducida, necesidades socioemocionales desatendidas, necesidad de un cuidador para su actividades y desplazamientos a servicios de salud lo que dificulta recibir atención de manera convencional.

López et al. (37) enfatiza en la telemedicina como herramienta para mejorar el acceso y la equidad en salud para los pacientes de comunidades rurales, aisladas o marginadas, y menciona que uno de los objetivos de la telemedicina siempre ha sido llevar la atención médica de calidad a las áreas de difícil acceso y difícil movilización, permitiendo que los pacientes con estas condiciones puedan recibir atención por especialidades y subespecialidades que de otra forma no habrían recibido.

Con base en lo anterior, una síntesis de los hallazgos de este trabajo y de lo reportado por la literatura científica permiten precisar como criterios de inclusión a programas de cuidados paliativos por telesalud en cáncer avanzado, los siguientes: 1. Condiciones médicas que impiden su desplazamiento a otros espacios debido a limitaciones funcionales asociadas al cáncer o presencia de dispositivos de soporte; 2. Condiciones sociales y emocionales complejas que pueden demandar un mayor acompañamiento por parte del equipo de salud, con el propósito de atender necesidades socioemocionales desatendidas; 3. Vivir en zonas dispersas o

alejadas, especialmente poblaciones rurales o personas que residen en entornos con dificultades para desplazarse a servicios de salud para la atención convencional. 4. Dificultades socioeconómicas de los pacientes y cuidadores.

El tercer hallazgo de este estudio está relacionado con el desarrollo tecnológico como un facilitador para el encuentro de pacientes y servicios de salud en el contexto de cuidados paliativos en cáncer avanzado. Los avances tecnológicos han permitido que pacientes y cuidadores cuenten con dispositivos especializados que facilitan y permiten un contacto más frecuente con el personal de salud; sin embargo, a pesar de estos avances aún se siguen presentando barreras de conectividad y brechas digitales que pueden ser económicas o generacionales (38). Las condiciones técnicas de los equipos y el manejo especializado de estos pueden generar una carga en el paciente o cuidador, lo cual sumado a la carga emocional y fisiológica de los síntomas propios del progreso de la enfermedad pueden generar estrés crónico a los pacientes y sus familias. En la literatura científica se ha reportado como las dificultades en la conectividad o la complejidad de algunos dispositivos, impiden la implementación adecuada de los modelos de teleasistencia paliativa o mejorar los resultados de salud de la persona con cáncer y su familia, en especial en las dimensiones psicosociales y de calidad de vida (39).

En la dimensión de tecnología, Tang et al. (36) menciona que el acceso a internet y la conectividad son una de las principales barreras tecnológicas para la implementación de cuidados paliativos por telesalud en el mundo, siendo una condición más marcada en los países en desarrollo y con una infraestructura limitada. Para este autor, a partir de 2020, casi 3.6 millones de personas carecían de acceso a Internet por suscripción, mientras que el 93% de la población mundial vive dentro del radio de una señal celular. Se estima que 2.9 millones de personas viven fuera de línea en el mundo en desarrollo. Aproximadamente el 43% de los hogares no tienen acceso a Internet en el hogar en todo el mundo. Incluso dentro de los países desarrollados, existen algunas disparidades con respecto al acceso y la disponibilidad de Internet.

En el contexto nacional, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (40) afirmó en la encuesta Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en los hogares (Entic Hogares) que el 61,6 por ciento de los hogares en Colombia tienen conexión a internet, siendo la capital del país (Bogotá D.C.) la que tiene mayor porcentaje de conexión a nivel nacional: un 81 por ciento, le siguen los departamentos del Santander, con 74% y Valle

del Cauca se queda con el tercer lugar con un 72,3%. Las brechas urbano-rurales de acceso a internet también se traducen en términos de calidad. Existe una relación de 37 puntos porcentuales de distancia entre la penetración de internet urbana (70,2 por ciento) y la penetración de internet en la zona rural (32,5 por ciento). Estos indicadores de conectividad son considerados una importante limitación para la implementación de tecnologías de comunicación que dependan de conectividad a internet, siendo esto uno de los principales factores reportados por los informantes de este estudio para el acceso a servicios de cuidados paliativos mediados por telesalud.

De acuerdo con Sánchez-Cárdenas et al. (41) la telemedicina de cuidados paliativos depende de la accesibilidad a servicios telefónicos y conectividad a internet de banda de alta velocidad, que pueden en muchas ocasiones no estar disponibles, siendo esta una de las principales barreras. Adicionalmente indica que los desarrollos tecnológicos han permitido incluso generar nuevas formas de atención como la tele monitorización por medio de dispositivos como *smartwatch* que permiten el monitoreo de signos vitales, sin embargo, resalta que en los cuidados paliativos este enfoque puede ser inadecuado y oneroso para pacientes con cáncer avanzado o al final de la vida, pues por la alta carga de síntomas, el dedicar tiempo a la tecnología termina siendo una carga para el paciente y el cuidador. Diferentes informantes en este trabajo identifican las ventajas del seguimiento por llamadas a través de telefonía celular, aplicaciones de informática para dispositivos móviles y tabletas (APP) y recursos comunitarios para la comunicación con la familia para el seguimiento del paciente, lo cual está descrito en la literatura (42, 43) y da cuenta de generar desarrollos para este campo de la atención, que permitan minimizar los problemas de conectividad y la carga para los usuarios.

De acuerdo con Lally et al. (44) las brechas generacionales y las dificultades en el conocimiento y manejo de las tecnologías ocasionan que en casos puntuales la atención por telemedicina solo sea llevada a cabo por medio de una llamada telefónica; sin embargo, menciona que con el COVID – 19 aumentó el relacionamiento con las tecnologías de la información y pudieron acceder a telemedicina por medio de videollamadas. Enfatizan en que, a pesar de las limitaciones, y en muchas ocasiones solo por medio telefónicos, fue posible realizar una atención multidisciplinar en la que participaron psicólogos, trabajadores sociales, e incluso personal farmacéutico para brindar educación y seguimiento sobre administración de medicamentos teniendo un resultado positivo. Por lo que se concluye que no todas las especialidades tienen los mismos requerimientos tecnológicos y hay profesiones para las que

se facilita más la atención por tecnologías de la información de características básicas. En este trabajo, los informantes reportaron una mayor facilidad para el uso de estos mecanismos por parte de los profesionales del equipo psicosocial de cuidados paliativos, siendo un aspecto por considerar la búsqueda de estrategias de atención interdisciplinaria en aquellos pacientes que por sus condiciones de conectividad solo tienen acceso a la atención por seguimiento telefónico.

El cuarto hallazgo describe la normativa de habilitación para servicios de telesalud en Colombia como una limitante para el desarrollo de los cuidados paliativos en este modelo. El hecho de no contar con mecanismos regulatorios que permitan diferenciar los tipos de telemedicina y no tener exigencias y requerimientos específicos por cada uno de estos, representa para los prestadores altos costos en el proceso de habilitación de los servicios de salud, que no siempre corresponden a las necesidades y a los criterios de complejidad de la población con necesidades paliativas que se atenderá. La creación de un software para el manejo especializado de telemedicina, al igual que la habilitación de consultorios con una completa dotación son algunos de los requerimientos que no están en condiciones de asumir en el caso de telepaliativos. En un estudio internacional, Mahmoud (45) afirma que se encuentran múltiples barreras relacionadas con la normativa de telemedicina en el mundo, en ocasiones por las altas exigencias de esta o porque no se cuenta con normativa para regular los servicios de telesalud. Este autor, hace énfasis además en que la responsabilidad y las normas medicolegales en ocasiones son poco claras y específicas en cuanto a los servicios e intervenciones que se pueden llevar a cabo por telemedicina, lo que limita su uso en contextos de cuidados paliativos, donde las actividades podrían no requerir un alto nivel de transmisión de datos para el seguimiento de un paciente.

El quinto hallazgo de este estudio es la telesalud como facilitador de estrategias pedagógicas y educativas orientadas a fortalecer el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad por parte de pacientes y cuidadores. El modelo de telesalud en cuidados paliativos presenta barreras asociadas a imaginarios y discursos que tienen los actores claves en el proceso de atención, estas barreras se relacionan con la negativa que se tiene frente a la atención por medios virtuales y la codependencia que se genera por parte del paciente y la familia hacia el profesional de la salud para el manejo de síntomas en la enfermedad. Pese a esto, los informantes de este trabajo resaltan la utilidad de los modelos de teleasistencia para fortalecer la educación del paciente y su familia en torno a los problemas comunes del avance de la enfermedad y de los cambios físicos, psicosociales y espirituales que se pueden presentar a lo largo del proceso de atención. Algunos autores Sánchez Cárdenas (38) informan que el segundo objetivo más recurrente en la

telemedicina de cuidados paliativos rurales es el apoyo a los cuidadores a través de intervenciones destinadas a brindar apoyo y educación sobre el cuidado del paciente, el conocimiento de la enfermedad, el afrontamiento del duelo y la toma de decisiones anticipadas. Este tipo de intervenciones ha mejorado en los pacientes la percepción de la atención por medios digitales, pues pueden sentirse mejor cuando hablan abiertamente a través de un dispositivo debido a la sensación de privacidad que experimentan, además la capacidad de tener conversaciones importantes desde un lugar seguro, como su hogar, también puede ser importante, mejora su percepción de seguridad frente al cuidado y tienen además la oportunidad de acceder a la información cuando sea necesario.

De igual manera, Sirintrapun et al. (46), menciona como el uso de la tecnología para brindar educación se encuentra bien determinado y enfatiza en que similar a la experiencia clínica, la educación puede realizarse de manera sincrónica, asincrónica o mixta, además sugiere que no solo se utiliza la educación para el paciente y la familia sino también para apoyar al personal de salud en territorios remotos o alejados. Adicionalmente sugiere un modelo de programa educativo, donde se puede combinar inicialmente una sesión grabada, seguida de una sesión interactiva de preguntas y respuestas lo que puede mejorar la atención del paciente y el trabajo del profesional en este caso de oncología en entornos rurales o urbanos.

En el contexto nacional de Colombia, se ha constatado a través del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (47) que en las regiones de Amazonas, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Putumayo, Vaupés y Vichada no se encuentran programas de formación específicos en cuidados paliativos en el ámbito de la medicina y la enfermería. Asimismo, carece de docentes capacitados en cuidados paliativos para ninguna de las disciplinas mencionadas, y no existen programas de educación continuada dirigidos a profesionales o estudiantes del ámbito de la salud en dichas regiones. En este sentido, la implementación de un modelo educativo basado en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) se presenta como una oportunidad para brindar conocimientos fundamentales sobre cuidados paliativos a los profesionales de la salud en dichas regiones.

El sexto hallazgo es la barrera percibida por el personal de salud durante el proceso de diagnóstico y valoración física por telesalud, motivo por el cual se posiciona en los informantes de este estudio, el modelo de atención híbrido (presencial alternado con teleasistencia) como la estrategia más idónea para brindar cuidados paliativos, teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos y experiencias relatadas, se requiere que la primera valoración se realice de manera

presencial y allí se determina la posibilidad de continuar con la atención de manera virtual. En los cuidados paliativos es primordial evaluar patrones de comportamiento e interactuar de manera asertiva con el paciente y la familia, y la virtualidad muchas veces traducida en una llamada, no permite llevar a cabo este tipo de conductas.

Mahmoud et al. (45) describe como barrera de la telemedicina, el no poder realizar intervenciones claves en el proceso de atención y diagnóstico tales como: realizar un examen físico y palpar o tocar físicamente al paciente, realizar pruebas de laboratorio, administrar medicamentos o recolectar muestras; lo que en ocasiones puede verse reflejado en un diagnóstico erróneo o en una menor satisfacción con la telemedicina, pues menciona que existen casos mal diagnosticados que podrían haber estado relacionados con la distancia física de la telemedicina. Adicionalmente, este autor enfatiza en que la falta de comunicación “cara a cara” entre un profesional de la salud y un paciente podría resultar en la pérdida de una buena relación, además de poder pasar por alto la comunicación no verbal y los comportamientos del paciente lo que podría tener un impacto adverso en la calidad de la atención prestada. Este tipo de barreras podrían ser mitigadas con la identificación de protocolos que permitan estandarizar los procesos de atención y la necesidad de encuentros presenciales entre el equipo de salud y el paciente, con el fin de definir las actividades que requieren asistencia directa y aquellas que pueden estar mediadas por tecnología para control de síntomas, prescripción de medicamentos, seguimiento psicosocial e intervención espiritual.

Cómo séptimo hallazgo, la prescripción de medicamentos en los pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos por telesalud, presenta diferentes barreras durante el proceso de dispensación y seguimiento. Al hablar de la formulación de medicamentos de control y específicamente de opioides, los informantes del estudio identifican grandes desafíos en relación con el seguimiento, control y supervisión de los medicamentos, teniendo en cuenta que son fármacos de alto riesgo por sus posibles reacciones secundarias y posibilidad de desvío hacia la venta y consumo con fines no médicos. Tang et al. (36) menciona que una de las principales barreras que se presenta en la implementación de telesalud para pacientes que reciben cuidados paliativos es la reglamentación relacionada con la prescripción de opioides. La prescripción de opioides ha sido objeto de escrutinio debido a la epidemia de opiáceos que se vive hace décadas en algunos países; antes de la pandemia de COVID-19 en los EE. UU., existían muchas leyes para limitar la prescripción de opioides a través de la telemedicina, sin embargo, las regulaciones flexibles durante la pandemia sobre la prescripción de opioides a través de la telemedicina ayudaron a muchos equipos de cuidados paliativos a adoptar la

telemedicina en su práctica. Ahora, al finalizar la emergencia sanitaria queda por ver si estas políticas se mantendrán después de la pandemia. Una revocación de cualquiera de estas políticas sería un revés para todos los pacientes, especialmente los pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos y manejo del dolor, en regiones donde no tienen posibilidad de acceder a la atención convencional.

Dávila et al. (48) hace referencia a la barrera relacionada con la prescripción de opioides por telesalud, dicha limitación se encuentra relacionada con el uso no médico de opioides, un riesgo al cual están expuestos los pacientes con cáncer avanzado al presentar dolor oncológico en los que su única opción de tratamiento son los opiáceos. Este autor menciona la importancia de realizar un seguimiento multidisciplinar y así identificar las conductas de alto riesgo; indica que se debe realizar un acompañamiento, seguimiento y definir los pacientes que son candidatos a continuar su atención por medio del modelo de telesalud, sin embargo enfatizan que para realizar estas valoraciones e iniciar tratamientos con opioides es importante que la primera cita se realice de manera presencial, con el fin de identificar las condiciones clínicas del paciente, el control de síntomas y de manera adicional las condiciones socioeconómicas de la familia.

Cabe mencionar en este hallazgo, que la disparidad regional relacionada con la disponibilidad de farmacias para dispensación de opioides, es una barrera de acceso a los cuidados paliativos de calidad para la población de las regiones afectadas; según el informe técnico del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos 2021 (47) en regiones como el Amazonas, Guainía, Cauca, Córdoba, Guaviare, La Guajira y Vichada, no se cuenta con farmacias disponibles para la dispensación de opioides, mientras que en el Valle del Cauca, Cesar, Bogotá y Antioquia cuentan cada uno con mas de 20 farmacias disponibles para la dispensación de medicamentos de control; así mismo los reportes de uso y consumo de opioides reportados a la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes) traducidos en equivalentes de morfina, son de mayor seguimiento y control en los departamentos donde se cuenta con disponibilidad de estas farmacias, y los reportes de las regiones sin farmacias disponibles son mucho menores.

El octavo hallazgo es el reconocimiento de la telesalud como un facilitador para el posicionamiento de los cuidados paliativos como un modelo preventivo, que disminuye costos hospitalarios y el reingreso a servicios de urgencias; siendo así un modelo propicio para ahorrar recursos en el paciente con cáncer avanzado. Basch et al. (49) mostró el potencial de la telemedicina en cuidados paliativos como como modelo preventivo en el manejo de

síntomas en pacientes con cáncer avanzado, comparando un grupo de pacientes atendido en esta modalidad versus paciente atendidos de manera convencional. Los pacientes que recibieron atención por telemedicina tuvieron menos ingresos y consultas a los servicios de urgencias, mejoraron los resultados de calidad relacionados con la salud, disminuyeron las hospitalizaciones y mejoró la supervivencia frente al grupo que recibió atención presencial.

De otro modo M. Watanabe (50) menciona que es posible mejorar el acceso a consultas especializadas multidisciplinarias de cuidados paliativos para pacientes rurales con cáncer mediante telemedicina, teniendo como resultado ahorro de distancia por visita para los pacientes y ahorro promedio de tiempo y costo por visita, con un valor hasta 3 veces menor sin afectar los resultados relacionados con la mejora en el manejo de síntomas, y satisfacción en el personal y los usuarios. Mayo et al. (51), afirma que incluir los cuidados paliativos en la atención oncológica temprana, presenta beneficiosos resultados en el paciente, la familia y el sistema de salud. Los efectos incluyen mejoras en el control de síntomas, mejor afrontamiento en procesos familiares, reducción de costos hospitalarios, disminución en los ingresos y reingresos a servicios de cuidados intensivos y urgencias, además de mejora en la supervivencia de los pacientes con cáncer.

El noveno hallazgo del presente estudio está relacionado con la facilitación de las dinámicas de trabajo y relacionamiento entre colegas y diferentes disciplinas por medio de teleasistencia paliativa. Se considera la telesalud como un facilitador del trabajo grupal e interdisciplinario para el manejo de cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado. Este modelo impacta de manera positiva la calidad de la atención y la consulta por medio de escenarios en los que se lleven a cabo comités y juntas multidisciplinarias en los cuales se toman decisiones de relevancia en torno a la atención del paciente y la familia. Este hallazgo está respaldado por los estudios de Mahmoud (45) en donde se enfatiza en la importancia que tiene el uso de la telemedicina en el proceso de intercambio de información con otros colegas y con otros proveedores de atención médica con el fin de promover la atención interdisciplinar de los pacientes, adicionalmente documenta el uso de la telemedicina para realizar consultas médicas de diagnóstico o seguimiento y consultas con especialistas en las que puedan participar otras disciplinas. De igual modo Sirintrapun, (46) menciona como la implementación de telemedicina en oncología es útil para realizar juntas multidisciplinarias e interprofesionales de tumores, donde se reúnen los profesionales de la salud para revisar, discutir y preparar un plan de tratamiento para los pacientes. Asimismo, se menciona que la telemedicina permite la participación de otras

profesiones como radiología y patología dentro de las juntas, e incluso se contempla la posibilidad de incluir dentro de este proceso al paciente y la familia en la etapa de discusión.

En el caso de Colombia, la teleasistencia o tele-experticia podría ser una herramienta que facilite las dinámicas de trabajo y mejore el relacionamiento entre colegas y diferentes disciplinas por medio de teleasistencia, sobre todo para llegar a zonas del país donde no se cuenta con profesionales que tengan conocimientos en cuidados paliativos, y en muchos casos es el profesional en medicina general quien debe brindar la atención, de acuerdo al informe técnico del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos 2021 (47) en las regiones del Amazonas, Chocó, Guaviare, La Guajira, Putumayo, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada no se cuenta con programas de formación en cuidados paliativos y tampoco se cuenta con profesionales afiliados a asociaciones de cuidados paliativos o grupos de investigación en este campo, por lo que contar con el apoyo y asesoría de profesionales especializados de otras regiones por medio de teleasistencia, sería un primer paso para mejorar la calidad de la atención de los pacientes que en estas regiones parecen de enfermedades plausibles de cuidados paliativos como el cáncer y que por diferentes motivos no tienen la posibilidad de desplazarse a otras regiones del país.

11. Limitaciones del estudio

Este trabajo buscó identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la telesalud en contextos de atención paliativa para cáncer avanzado, identificando durante su diseño e implementación algunas limitaciones. La primera limitación está relacionada con el acceso a los prestadores de telemedicina en el territorio nacional, dado que no existen reportes estatales actualizados y con la información completa para el acceso de estos. La información contenida en el reporte de prestadores de salud del Ministerio de Salud y Protección Social no está actualizada y no se cuenta con mecanismos específicos para identificar la oferta vigente de estos servicios.

Otra de las limitaciones se relaciona con la taxonomía nacional de clasificación de servicios de telesalud (prestadores remitores y de referencia), dado que en el contexto de la atención paliativa no se sigue esta clasificación, encontrando muchos prestadores de servicios que utilizan la telesalud como un mecanismo de seguimiento y continuidad de la atención ofrecida. Esto sugiere repensar la clasificación nacional de telesalud para personas que reciben atención paliativa mediante mecanismos de asistencia mediada por telesalud.

12. Áreas futuras de investigación

En futuros estudios de investigación será de gran interés identificar los mecanismos de acción que permitan fortalecer los facilitadores en la implementación de cuidados paliativos por telesalud y disminuir las barreras que se presentan en el territorio, con el fin de mejorar el acceso y la cobertura de la población a los cuidados paliativos. De igual manera, estudios posteriores deben analizar la efectividad de las intervenciones clínicas realizadas por telesalud en el contexto de cuidados paliativos en cáncer avanzado.

Se recomienda llevar a cabo estudios especializados y específicos dirigidos a las diversas profesiones y especialidades involucradas en el proceso de atención de pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos. Tras la identificación de las barreras y los facilitadores que enfrenta la implementación de la telesalud en Colombia para pacientes con cáncer avanzado, resulta fundamental continuar investigando las intervenciones que pueden llevarse a cabo a través de este enfoque tecnológico, desde múltiples disciplinas, a fin de evaluar su eficacia y contribución en la ampliación de la cobertura y la mejora del acceso a servicios de calidad los cuales deben comprender una valoración y atención multidisciplinaria.

13. Conclusiones

1. En este trabajo se identificaron 11 facilitadores para la implementación de servicios de telesalud para cuidados paliativos en cáncer avanzado en el contexto colombiano. Estos facilitadores se relacionan con las dimensiones de tecnología, donde se utilizan las TICs como una herramienta para mejorar el acceso a los cuidados paliativos y permitir una comunicación y seguimiento mas frecuente con el paciente; en la dimensión de educación la telesalud se posiciona como una estrategia clave para fomentar el conocimiento en el manejo de la enfermedad por parte del paciente y la familia. En lo relacionado a los procesos de atención, la telesalud permite que los cuidados paliativos sean accesibles para poblaciones que, de otro modo, no podrían contar con la atención de equipos especializados y multidisciplinarios, teniendo en cuenta que esta modalidad ha mostrado gran utilidad en profesiones como la psicología y trabajo social.

De igual manera en relación con la financiación y los aseguradores, la telesalud se reconoce como un facilitador para posicionar los cuidados paliativos como modelo preventivo que disminuye costos hospitalarios y de urgencias, adicionalmente facilita la prestación de atención disminuyendo costos relacionados con el desplazamiento de los pacientes o del equipo de atención, sin afectar la calidad del cuidado y mejorando la adherencia.

2. En este trabajo se identificaron 17 barreras para la implementación de servicios de telesalud para cuidados paliativos en cáncer avanzado las cuales se relacionan con la conectividad y el acceso de los pacientes en las zonas rurales y más alejadas, dado que no se cuenta muchas veces con señal o internet que permita establecer una conexión con el paciente y la familia, adicionalmente las brechas económicas y generacionales que se presentan a la hora de adquirir y usar los dispositivos tecnológicos dificulta la implementación de este modelo. La falta de conocimiento relacionado con la telesalud tanto en los pacientes y familiares, como en los profesionales de atención son una barrera que se relaciona con imaginarios y conceptos limitantes frente a los alcances e intervenciones que se pueden realizar por tele atención; Algunos de esos limitantes son afines con la percepción de que la telesalud no es un modelo apto en la etapa diagnostica de la enfermedad, dado que no permite realizar un examen físico y no se pueden evaluar

patrones de comportamiento, por tal motivo en este estudio los participantes recomiendan utilizar un modelo híbrido en el cual se realice una consulta presencial como primera vez.

La normatividad relacionada con habilitación de servicios de telesalud no es específica con las diferentes especialidades que pueden acogerse a este modelo para brindar atención, en el caso de los cuidados paliativos las exigencias de la norma representan costos que en muchas ocasiones no se está en condiciones de asumir por lo que es una barrera para la inclusión de telesalud en los programas de cuidados paliativos del territorio nacional. La prescripción de opioides y el seguimiento de su correcto uso son una de las principales barreras en el manejo de pacientes con cáncer avanzado, dado que actualmente el uso de opioides con fines no médicos, y la venta de estos fármacos, representa un alto riesgo y responsabilidad para el profesional médico que los prescriba, adicionalmente los procesos y trámites que deben realizar los pacientes para acceder a sus medicinas se configuran como una barrera crítica para este tipo de población.

3. Nueve de los hallazgos de este estudio son considerados relevantes para la comprensión de las barreras y facilitadores identificados, a partir de los cuales es posible precisar acciones concretar para mejorar la implementación de telesalud en Colombia como una herramienta tecnológica que podría brindar una alternativa en relación a la accesibilidad y la prestación de servicios especializados en cuidados paliativos, sobre todo en las zonas en las que es marcada la disparidad geográfica y no se cuenta con atención en esta especialidad.

Es de gran importancia que los actores encargados de la formulación de políticas y normatividad tengan en cuenta estas barreras con el fin de crear planes de acción que se encuentren orientados a disminuirlas y garantizar que la población con cáncer avanzado tenga atención de calidad desde una etapa temprana de la enfermedad sin necesidad de verse enfrentados a los múltiples desafíos que presentan los cuidados paliativos y que podrían ser intervenidos con el modelo de telesalud.

Adicionalmente, se pueden incorporar recomendaciones orientadas a la docencia, considerando que en el período de formación del personal sanitario no es habitual la inclusión de estrategias de atención apoyadas en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Promover el uso de estas tecnologías puede ampliar las

oportunidades educativas y potenciar la capacitación de los profesionales de la salud en este ámbito. A través de la implementación de la telesalud, se estimula el intercambio de conocimientos, se fomenta la colaboración interdisciplinaria y se impulsa la mejora continua en la atención proporcionada a los pacientes con cáncer avanzado que requieren cuidados paliativos.

Para el ámbito de la disciplina de enfermería, resulta imperativo desarrollar estrategias de atención que puedan ser implementadas a distancia mediante el empleo de la telesalud, basada en la comunicación remota. En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental al proporcionar cuidados individualizados, realizar seguimiento de signos vitales, evaluar síntomas y brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia. Esta actuación se traduciría en una mejora significativa en la calidad de vida de la población afectada por el cáncer avanzado que recibe cuidados paliativos. Dicha población se enfrenta a menudo a barreras y disparidades que limitan su acceso a una atención integral de calidad. Sin embargo, el empleo de la telesalud puede reducir significativamente estas limitaciones, ofreciendo una atención más completa y de calidad.

14. ANEXO 01

Guion de entrevista

Estudio: Barreras y facilitadores de telesalud en Cuidados Paliativos para cáncer avanzado: prototipo de servicio mínimo viable en Colombia.

Saludo e indicaciones preliminares

Los textos marcados cambian en función del tipo de entrevistado (prestador remitir o de referencia).

1. Introducción

- Confirmación del consentimiento informado y permiso para grabación de la entrevista.
- Detallar el contexto de la entrevista
 - o Cáncer avanzado [el estadio de la enfermedad con poca probabilidad de que se cure o controle con tratamiento].
 - o Análisis por nodos geográficos.

2. Preguntas de caracterización del proceso de atención

- ¿Cuál es su experiencia en el manejo de pacientes con cáncer avanzado que requieren cuidados paliativos? ¿Cómo logran los usuarios acceder a este servicio?
- ¿En su experiencia en qué medida la telesalud apoya el acceso a cuidados paliativos?
- ¿Qué criterios utilizan los prestadores de salud para derivar/aceptar a un paciente con cáncer avanzado a cuidados paliativos por telesalud?
- ¿Los criterios de referencia/admisión limitan o facilitan el acceso a estos servicios?

3. Preguntas de modalidades de telesalud

- ¿Qué tipo de intervenciones por telesalud necesitan/reciben los pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos por telesalud?

4. Intervenciones paliativas

- ¿Qué limitaciones ofrece la telesalud para llevar a cabo un control de síntomas adecuado en el paciente con cáncer avanzado?
- ¿Qué es lo mejor de utilizar la telesalud para llevar a cabo un control de síntomas adecuado en el paciente con cáncer avanzado?

- ¿Cómo evalúan el éxito terapéutico en cuidados paliativos por telesalud?

5. Infraestructura tecnológica

- ¿Qué requerimientos tecnológicos son necesarios para desarrollar este tipo de servicios?
- En su región ¿Los requerimientos tecnológicos limitan o facilitan el acceso a estos servicios?

6. Calidad y seguridad de la atención

- ¿Existen estándares de calidad para llevar a cabo la atención paliativa por telesalud?
- ¿Cómo se miden los resultados del programa de cuidados paliativos por telesalud?
- ¿Cómo se financia el programa? ¿Es rentable?
- ¿Cómo se gestionan las relaciones con los otros prestadores referencia/remisor?
¿Qué barreras o facilitadores identifica usted en esta relación?
- ¿Cuál es el rol del asegurador en estos procesos? ¿Este rol facilita o limita los procesos de atención?

¿Considera que existen otros aspectos que limitan los cuidados paliativos por telesalud?

¿Considera que existen otros aspectos que facilitan los cuidados paliativos por telesalud?

Muchas gracias por su participación.

15. ANEXO 02

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Barreras y facilitadores de telesalud en Cuidados Paliativos para cáncer avanzado: prototipo de servicio mínimo viable en Colombia.

Investigadores: Miguel Antonio Sánchez Cárdenas, Manuela Salazar Quintero.

Justificación del estudio

El cáncer es un problema de salud pública en Colombia y pese al progreso de los tratamientos, muchos pacientes llegan a la fase avanzada de la enfermedad requiriendo cuidados paliativos. Dado que los servicios de cuidados paliativos se encuentran concentrados en determinadas regiones del país, muchos de los pacientes con enfermedades avanzadas fallecen sin recibir ningún tipo de seguimiento por grupos de cuidados paliativos.

Con la implementación de la nueva normatividad colombiana sobre telesalud y las experiencias que los equipos de oncología y cuidados paliativos vivieron durante la epidemia de COVID-19, es posible ofrecer cuidados paliativos por telesalud, requiriendo conocer las barreras y facilitadores de estos servicios en el territorio nacional.

Procedimiento:

Usted está siendo invitado/a participar en la fase cualitativa del estudio de telesalud en cuidados paliativos para personas con cáncer avanzado en Colombia. Este estudio cuenta con el aval del comité de ética. Es muy importante que usted lea y entienda los siguientes aspectos:

1. Su participación durante el estudio consiste en contestar una serie de preguntas en una llamada mediante Google Meet relacionadas con sus experiencias en el proceso de atención a personas con cáncer avanzado mediante programas de telesalud. No se solicitará la identificación de casos particulares ni datos clínicos de pacientes.
2. Su aporte permitirá la elaboración de un diagnóstico participativo, el cual será utilizado para el diseño de una estrategia de apropiación social del conocimiento. Le consultaremos si desea que su nombre y filiación institucional sean reconocidos en los productos derivados o si prefiere que se mantenga el anonimato como parte de los informantes de este proceso. Esto es normal en estudios de diagnóstico de salud

pública y se considera que conocer quiénes fueron las fuentes de información aporta calidad y transparencia en este tipo de estudios.

3. Recuerde que su participación es libre y voluntaria, usted podrá aceptar o no participar en el estudio. Es importante que usted tenga en cuenta que, al aceptar, no está renunciando a sus derechos, aun iniciado la entrevista, usted puede dejar de responder si así lo desea; su participación será aproximadamente de 60 minutos.
4. Si presenta dificultades con el manejo de la plataforma virtual podrá solicitar apoyo de algún miembro del equipo de investigación.
5. Este estudio no tiene interés económico por parte de los investigadores o de las instituciones adscritas.
6. Los datos recolectados en este estudio, se archivarán en digital durante 3 años en un disco duro externo, y serán custodiados bajo la responsabilidad del investigador principal y sólo serán compartidos para fines netamente investigativos, y bajo la firma de confidencialidad de estos.
7. Los resultados del estudio, serán mencionados en publicaciones científicas y académicas, tales como presentaciones en congresos o reportes científicos, en cuyo caso, harán alusión a las características de los participantes del estudio y no a datos individuales de los participantes.

Riesgos e incomodidades: Este estudio se considera sin riesgo. Por lo tanto, usted no correrá ningún riesgo potencial para su salud o integridad física o psicológica.

Beneficios adicionales: Su participación en la investigación resulta de gran utilidad social, los beneficios son indirectos, y relacionados con la creación de un diagnóstico regional de cuidados paliativos por telesalud, que facilitara el proceso de atención a personas con enfermedades avanzadas, particularmente cáncer.

Otra información pertinente: Si usted desea información adicional, desea conocer los resultados o tiene alguna pregunta puede comunicarse al teléfono 648900 ext. 1176 con el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, o con los investigadores Dr. Miguel Antonio Sánchez Cárdenas teléfono 3215634127, con el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque. Tel. 6489000 Ext. 1520, dirección: Calle 132 No. 7A- 63. Piso 2 y 3 Bogotá D.C., correo: comiteetica@unbosque.edu.co

Acepto participar

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Cáncer [Internet]. Centro de prensa/Cáncer. 2021 [citado 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Naciones Unidas. El cáncer mató a diez millones de personas en 2020, la mayoría en países de renta baja y media | Noticias ONU [Internet]. Noticias ONU. 2021 [citado 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>
3. OPS/OMS. Día Mundial contra el Cáncer 2021: Yo Soy y voy a [Internet]. 2021 [citado 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy>
4. Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. CEPAL N U Santiago Chile. 2005;(114):67.
5. Cuenta de Alto Costo. Día mundial contra el cáncer 2020 [Internet]. Cuenta de Alto Costo. 2020 [citado 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-2020/>
6. NeuroEconomix. ¿Qué es la política PAIS? ¿Qué es el MIAS? Innovation in healthcare contracting models. Where are we heading? [Internet]. ¿Qué es la política PAIS? 2018 [citado 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://neuroeconomix.com/es/que-es-la-politica-pais-que-es-el-mias-utm_sourceblogsutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/
7. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Banco de la República. 2014;45.
8. OCCP. Contexto de Cuidados Paliativos [Internet]. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. 2021 [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://occp.com.co/dominios/contexto-de-cuidados-paliativos/>
9. Campos Ramírez F, Guibovich G, Bernal Moreno G. Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Conv Coop Téc No 48510 Carta Acuerdo COLLOA1100040001 Pontif Univ Javer. 2014;223.
10. Erazo Muñoz M, Sarmiento Brecher G, Colmenares Mejía C. Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia. Med Paliativa. 2019; 26:7.
11. MINSALUD. Resolución No. 2654 del 2019.pdf [Internet]. 2019 p. 10. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf
12. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación.pdf [Internet]. 6ª ed. México D.F: Mc Graw Hill; 2014 [citado 16 de septiembre de 2021]. 634 p. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

13. OMS. Cáncer. Datos y Cifras [Internet]. 2022 [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet Lond Engl*. 2018;391(10128):1391-454.
15. Márquez Velásquez JR. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(Supl. 1):5-16.
16. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile*. 2007; 32:16-22.
17. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 25 de septiembre de 2021]. 116 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>
18. Congreso de Colombia. Ley 1419 de 2010 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. Ley 1419 de 2010. 2010 [citado 13 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40937>
19. MINSALUD. Telesalud para asistencia técnica [Internet]. Telesalud. 2013 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/TELESALUD%20PARA%20ASISTENCIA%20TECNICA%20NOVIEMBRE%202013.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad-SOGC [Internet]. 2019 [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaObligatoriodeGarant%C3%ADadeCalidad-SOGC.aspx>
21. Ministerio de Protección Social. Derecho del Bienestar Familiar [RESOLUCION_MINPROTECCION_1478_2006] [Internet]. 2006 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_1478_2006.htm#Inicio
22. NIH. ¿What is cancer? - NCI [Internet]. 2007 [citado 13 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
23. American Cancer Society. Estadificación del cáncer [Internet]. 2021 [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
24. Campaz Payan N, Montaña Olaya SM. Barreras de acceso al servicio de salud en el contexto colombiano a partir de la promulgación del derecho a la salud en la legislación colombiana. *Univ Santiago Cali Dr Diss Fac Salud*. 2019;24.

25. Bach-Mortensen AM, Verboom B. Barriers, and facilitators systematic reviews in health: A methodological review and recommendations for reviewers. *Res Synth Methods*. 2011;11(6):743-59.
26. Gray WN, Schaefer MR, Resmini-Rawlinson A, Wagoner ST. Barriers to Transition from Pediatric to Adult Care: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(5):488-502.
27. Friedman AL, Miles S. Stakeholders: Theory and Practice [Internet]. Oxford: OUP Oxford; 2006 [citado 18 de septiembre de 2021]. 370 p. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ITD8VWJGOYYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=stakeholders&ots=gP2HVfUbwX&sig=0_g_OiMc22h3IZPMpG917sfk21M#v=onepage&q=stakeholders&f=false
28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3:77-101.
29. León MX, Sánchez-Cárdenas MA, Rodríguez-Campos L, Lima LD, Velasco AL, Gamboa-Garay OA, et al. Consumo de opioides: Análisis de su disponibilidad y acceso en Colombia [Internet]. 1ª ed. Bogotá D.C: Universidad de La Sabana; 2019 [citado 16 de septiembre de 2021]. 164 p. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Z-_ADwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP26&dq=Consumo+de+opioides.+An%C3%A1lisis+de+su+disponibilidad+y+acceso+en+Colombia.+Consumo+de+opioides.+An%C3%A1lisis+de+su+disponibilidad+y+acceso+en+Colombia&ots=9amKj4FyDQ&sig=T3rvKpBzOCcC7X8XOCoubX_0GeA#v=onepage&q=Consumo%20de%20opioides.%20An%C3%A1lisis%20de%20su%20disponibilidad%20y%20acceso%20en%20Colombia.%20Consumo%20de%20opioides.%20An%C3%A1lisis%20de%20su%20disponibilidad%20y%20acceso%20en%20Colombia&f=false
30. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):473-82.
31. Vargas-Escobar LM, Sánchez-Cárdenas MA, Guerrero-Benítez AC, Suarez-Prieto VK, Moreno-García JR, Cañón Piñeros ÁM, et al. Barriers to Access to Palliative Care in Colombia: A Social Mapping Approach Involving Stakeholder Participation. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 1 de noviembre de 2022; 59:00469580221133217.
32. Sánchez-Cárdenas MA, León MX, Rodríguez-Campos LF, Correa Morales JE, Buitrago Reyes LA, Vargas Villanueva MA, et al. The Development of Palliative Care in Colombia: An Analysis of Geographical Inequalities Through the Application of International Indicators. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(2):293-302.
33. Universidad de La Sabana. Construyendo un entorno positivo para los cuidados paliativos en Colombia [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/plan-de-accion-de-cuidados-paliativos-2022-2026-construyendo-un-entorno-positivo-para-los-cuidados-paliativos-en-colombia/>
34. Infopaliativos. Una de las razones de la precariedad que existe en el acceso a los cuidados paliativos en España es la falta de reconocimiento de la especialidad [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2023]. Disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/una-de-las-razones-de-la-precariedad-que-existe-en-el-acceso-a-los-cuidados-paliativos-en-espana-es-la-falta>

de-reconocimiento-de-la-especialidad/, <http://infocuidadospaliativos.com/una-de-las-razones-de-la-precariedad-que-existe-en-el-acceso-a-los-cuidados-paliativos-en-espana-es-la-falta-de-reconocimiento-de-la-especialidad/>

35. Dumanovsky T, Augustin R, Rogers M, Lettang K, Meier DE, Morrison RS. The Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals: A Status Report. *J Palliat Med.* 2016;19(1):8-15.
36. Tang M, Reddy A. Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients. *Cancers.* 2022;14(8):1884.
37. López AM, Lam K, Thota R. Barriers, and Facilitators to Telemedicine: Can You Hear Me Now? *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2021;(41):25-36.
38. Sánchez-Cárdenas MA, Iriarte-Aristizábal MF, León-Delgado MX, Rodríguez-Campos LF, Correa-Morales JE, Cañón-Piñeros A, et al. Rural Palliative Care Telemedicine for Advanced Cancer Patients: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2022;10499091221130328.
39. Atreya S, Kumar G, Samal J, Bhattacharya M, Banerjee S, Mallick P, et al. Patients'/Caregivers' Perspectives on Telemedicine Service for Advanced Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Survey. *Indian J Palliat Care.* junio de 2020;26(Suppl 1): S40-4.
40. MINTIC. Colombia avanza en su meta de estar conectada en un 70 % en 2022: DANE - Colombia avanza en su meta de estar conectada en un 70 % en 2022: DANE [Internet]. MINTIC Colombia. 2021 [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.mintic.gov.co/portal/715/w3-article-182108.html>
41. Sánchez Cárdenas MA, León Delgado MX, Rodríguez LF, Iriarte Aristizábal MF, Correa Morales JE, Parra Cubides SL. Telemedicina de cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado con acceso limitado a la atención estándar. *Med Paliativa.* 2023;30(1):34-34.
42. Salvador Vergès À, Cusí Sánchez MV, Bossio Grigera P, Fàbrega Agulló C, Gomes da Costa F, Serra Trullas A, et al. Determinants in Stakeholder Opinions About Telemedicine in Palliative Care: A Scoping Review. *Telemed E-Health.* 2022;28(7):932-41.
43. Su Z, Li C, Fu H, Wang L, Wu M, Feng X. Review of the development and prospect of telemedicine. *Intell Med* [Internet]. 2022 [citado 16 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667102622000791>
44. Lally K, Kematick BS, Gorman D, Tulsy J. Rapid Conversion of a Palliative Care Outpatient Clinic to Telehealth. *JCO Oncol Pract.* 2021;17(1): e62-7.
45. Mahmoud K, Jaramillo C, Barteit S. Telemedicine in Low- and Middle-Income Countries During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Front Public Health.* 2022; 10:914423.
46. Sirintrapun SJ, Lopez AM. Telemedicine in Cancer Care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2018;(38):540-5.

47. Sánchez Cárdenas MA, León Delgado MX, Rodríguez LF. Estado Actual de Los Cuidados Paliativos en Colombia. Reporte tecnico 2021. Bogota, Colombia: Editorial; 2022;(5). 2805-6671
48. Amaram-Davila JS, Arthur J, Reddy A, Bruera E. Managing Nonmedical Opioid Use Among Patients with Cancer Pain During the COVID-19 Pandemic Using the CHAT Model and Telehealth. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(1):192-6.
49. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom Monitoring with Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2016;34(6):557-65.
50. Watanabe SM, Fairchild A, Pituskin E, Borgersen P, Hanson J, Fassbender K. Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report of a pilot project. *Support Care Cancer*. 2013;21(4):1201-7.
51. Mayo P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, et al. Palliative Care Teams' Cost-Saving Effect Is Larger for Cancer Patients with Higher Numbers of Comorbidities. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(1):44-53.