



Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia*

MARTA XIMENA LEÓN², MÓNICA QUIJANO³, MARTÍN ROMERO⁴, NATALIA SALAMANCA⁵,
OSWALDO SÁNCHEZ⁶, ADRIANA ORTEGÓN⁷, CÉSAR CONSUEGRA⁸, SANDRA FLÓREZ⁹

Cómo citar: León MA, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, Ortégón A, Consuegra C, Flórez S. Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. *Univ Med.* 2016;57(3):294-306. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-3.cdcp>

Resumen

En Latinoamérica se han publicado pocos estudios acerca de la efectividad y costos del cuidado paliativo, y ello puede constituir una barrera para la implementación del cuidado paliativo (CP). **Objetivo:** Determinar la frecuencia de uso y costos directos relacionados con los servicios de CP domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. **Métodos:** Estudio descriptivo de análisis de costos. Revisión de literatura para identificar síntomas, tratamientos y servicios más comunes en pacientes con cáncer gástrico estadio IV. Posteriormente, se construyó un borrador de instrumento. Usando un proceso Delphi modificado, nueve expertos en cuidado paliativo revisaron y sugirieron cambios en el instrumento. Se incluyeron 83 historias

* Este estudio recibió un grant de la Open Society Foundations (Nueva York, Estados Unidos) y la Universidad de La Sabana (Bogotá, Colombia).

- 2 Médica. Jefe del Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.
- 3 Médica. MSc. Investigadora del Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.
- 4 Médico, Organización Salutia. Jefe del Departamento de Economía de la Salud, Bogotá, Colombia.
- 5 Médica. Miembro del Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.
- 6 Médico, Organización Salutia. Investigador, Bogotá, Colombia.
- 7 Médica. Jefe del Programa de Cuidado Paliativo Domiciliario, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.
- 8 Médico. Director Nacional del Programa de Cuidado Domiciliario, Corporación IPS Saludcoop, Bogotá, Colombia.
- 9 Médica. Profesora asistente, Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

clínicas de pacientes afiliados a tres aseguradoras en el estudio. Criterios de inclusión: pacientes con cáncer gástrico estadio IV que estuvieran recibiendo CP en casa entre julio y diciembre de 2013. De acuerdo con los resultados del instrumento y un abordaje *bottom up*, se realizó un análisis de costos para cada caso. **Resultados:** El promedio de estancia en el programa fue de 37,6 días con un costo promedio de 60 dólares paciente/día y de 979 dólares total/paciente (rango: 77-4647 dólares). El porcentaje de distribución del costo total fue: 55% visitas domiciliarias, 36% medicamentos, 8% procedimientos, y 1% exámenes paraclínicos. El costo promedio día fue de 59,88 dólares. **Conclusiones:** Teniendo en cuenta los costos relacionados, el CP en casa podría ser una asignación apropiada de recursos en salud con beneficios potenciales para los pacientes.

Palabras clave: cuidados paliativos, asignación de costos, servicios de atención de salud a domicilio.

Title: Direct Costs of Home Palliative Care for Colombian Patients with Stage IV Gastric Cancer

Abstract

The lack of information on health care costs in low and middle income countries is a barrier for palliative care (PC) implementation. Few Latin American studies on the effectiveness and cost of palliative care have been published. **Objective:** To determine the frequency and direct costs related with home PC services for patients diagnosed with stage IV gastric cancer in Colombia. **Methods:** A descriptive cost-analysis study was performed in 5 steps: 1) Literature review to identify the most common symptoms, treatments and services involved in stage IV gastric cancer. 2) Based on the literature review, a draft survey was prepared. Using a modified Delphi process, nine PC experts provided feedback and suggested changes to the questionnaire. 3) The resulting tool was piloted with 15 patients – modifications

were made following the pilot. 4) Eighty-three patients affiliated with three insurance companies were included in the study. Criteria for inclusion were patients with stage IV gastric cancer receiving PC at home between July and December 2013. 5) Based on the results of the survey and a bottom up approach, a cost analysis for each case was performed. **Results:** Average length of stay was 37.6 days. Average costs were: \$60 day/patient and \$979 total/patient (range: \$77-\$4,647). Percentage distribution of the total cost was as follows: 55% home visits, 36% medications, 8% procedures, and only 1% by labs. Average daily cost, was \$59.88. **Conclusion:** Taking into account related costs, home palliative care could be an appropriate health resource allocation with potential benefit for patients and a possible better resource allocation.

Key words: palliative care, cost allocation, home care services.

Introducción

Las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad en el mundo. Con el rápido incremento de población que envejece y de enfermedades no comunicables, la necesidad de cuidado paliativo va a aumentar de modo drástico en los años siguientes [1,2]. No obstante, pese a esta necesidad, hay pocos datos publicados acerca de su efectividad y el costo de varios de sus modelos [3,4].

El cuidado paliativo supone algunos retos en la evaluación de su costo-efectividad, debido a su abordaje interdisciplinario y al tratamiento de diferentes condiciones médicas. [5]. Un modelo integral de costos e información clínica podría ayudar a las partes interesadas a

prepararse y responder a los retos que los sistemas de salud enfrentan [6,7]. El cuidado paliativo se ha descrito como una intervención costo-efectiva tanto en el hospital como en la casa. En un estudio realizado en 2009 en un hospital comunitario en Estados Unidos, McGrath y colaboradores [8] reportaron que pacientes que recibieron cuidado paliativo tenían un menor costo promedio por día de hospitalización en comparación con aquellos que no lo recibieron (754 vs. 1022 dólares). Otros estudios han evidenciado que el cuidado paliativo ahorra costos directos por paciente [9,10]; además que disminuyen costos al sistema de salud con aquellos pacientes con enfermedades crónicas, representados en una reducción en el número de días de estancia en unidades de cuidado intensivo, días de estancia hospitalaria y tratamiento médico [11,12].

También se ha publicado evidencia en relación con el sitio preferido de muerte del paciente. Una revisión sistemática que incluyó más de 1000 personas de 33 países (incluidos pacientes, cuidadores y público en general) encontró que la mayoría de las personas prefieren morir en casa y, aproximadamente, 4/5 partes de los pacientes no cambiaron sus preferencias a medida que su enfermedad progresaba [13]. Los pacientes que reciben cuidado en casa al final de la vida tienen más probabilidades de morir en casa que aquellos que no lo reciben (RR 1,3; $p < 0,01$) [14].

En Colombia, el cáncer gástrico es el cuarto en incidencia (luego de próstata, mama y cuello uterino) y el segundo en mortalidad (luego de cáncer de próstata) [15]. Si bien hay múltiples estrategias de prevención y nuevos métodos para diagnóstico temprano, la gran mayoría son diagnosticados en estadios avanzados, con una tasa de mortalidad constante en los últimos años [16].

Sistema de salud en Colombia

Como en otros sistemas de salud en el mundo, Colombia enfrenta el reto de proporcionar el mejor cuidado de salud con un presupuesto limitado y un sistema no integrado [17]. En 1993, Colombia adoptó una cobertura universal para una población aproximada de 48 millones de personas. Los individuos pertenecen a uno de dos regímenes, dependiendo de su ingreso: el régimen contributivo, que cubre a trabajadores y sus familias con ingresos por encima de un salario mínimo (aproximadamente 170 dólares mensuales), y el régimen subsidiado, para los más pobres. El régimen contributivo se financia por contribuciones obligatorias de los empleados y sus empleadores. Los miembros de ambos esquemas tienen acceso a un paquete de beneficios. En ambos casos, la persona escoge un asegurador, conocido como entidad promotora de salud (EPS). La gran mayoría de los colombianos están afiliados a EPS privadas, y el resto está afiliado a EPS públicas o a sistemas es-

peciales de aseguramiento. El gasto en salud para Colombia corresponde a un 6,8% del producto interno bruto [18].

En los últimos años, se han hecho importantes avances en la promoción del cuidado paliativo en el país, en términos de disponibilidad de medicamentos, educación, legislación y provisión de servicios [19]. No obstante, si bien el cuidado paliativo está incluido en el plan de beneficios [17], el acceso es limitado y pocas EPS proporcionan cobertura a servicios de cuidado paliativo; por ello la mayor parte de este cuidado corresponde a gasto de bolsillo del paciente. Hay más de veinte servicios de cuidado paliativo en el país, lo cual corresponde a menos de 0,05 por habitante, y el 54% de estos servicios están localizados en centros de alto nivel de complejidad y en grandes núcleos [20]. No hay publicados estudios de costos de cuidado paliativo para Colombia.

El propósito de este estudio es determinar la frecuencia de uso y los costos directos relacionados con cuidado paliativo domiciliario en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. Los resultados proporcionarán información adicional a las autoridades de salud y pagadores acerca de la prestación de cuidado paliativo para Colombia.

Métodos

En esta investigación se llevó a cabo un análisis de costos descriptivo para de-

terminar la frecuencia de uso de servicios y costos directos relacionados con cuidado paliativo domiciliario en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico estadio IV, referidos a servicios de cuidado paliativo domiciliario. El estudio fue conducido entre mayo de 2013 y julio de 2014, en cinco etapas:

1. Una revisión de literatura para identificar síntomas, tratamientos y servicios más frecuentes en cáncer gástrico avanzado. La revisión se llevó a cabo de mayo a julio de 2013, usando PubMed, Embase, Ovid y Virtual Health Library, usando los siguientes términos: *cáncer gástrico, signos y síntomas, guías de práctica*.
2. De acuerdo con los resultados de la revisión, se preparó un instrumento para recolectar información acerca de las intervenciones paliativas para cáncer gástrico estadio IV. Este instrumento incluyó preguntas acerca de visitas domiciliarias, medicamentos, intervenciones y exámenes paraclínicos. Usando un método Delphi modificado, nueve expertos proporcionaron retroalimentación y sugirieron cambios al instrumento. Los expertos se escogieron de acuerdo con los siguientes criterios: todos tenían subespecialidad en cuidado paliativo, eran miembros de la Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo, tenían historial académico y estaban practicando cuidado paliativo en centros urba-

nos mayores de la ciudad (Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga).

3. El instrumento resultante fue pilotado con 15 historias clínicas del servicio de cuidado paliativo domiciliario de la Universidad de La Sabana (Bogotá). De acuerdo con los resultados de este piloto, el instrumento se modificó. Este instrumento no incluyó información personal o cualquier información que pudiera identificar a los sujetos (anexo).
4. Se identificaron tres compañías aseguradoras que proporcionan cuidado paliativo domiciliario incluido en el plan de beneficios, que prestaran el servicio en Bogotá. Se incluyeron 83 pacientes que recibieran atención a través de estas compañías. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados con cáncer gástrico estadio IV referidos al servicio de cuidado paliativo domiciliario entre julio y diciembre de 2013. Tres coautores diligenciaron el instrumento (MXL, NS, OS). Los datos resultantes se compartieron con los expertos en cuidado paliativo quienes por consenso validaron la frecuencia de uso de cada intervención para pacientes con cáncer gástrico avanzado.
5. De acuerdo con los resultados del instrumento y un abordaje *bottom up* (usando el registro de cada paciente), se realizó un análisis de

costo para cada caso. Las fuentes de los precios fueron:

- a. *Medicamentos*: el Gobierno de Colombia tiene una base de datos que incluye los precios más altos y más bajos para cada medicamento vendido en las instituciones y las farmacias. Para este estudio, se identificaron los medicamentos usados en cuidado paliativo en la base de datos y se calculó el precio promedio (alto-bajo/2) para el mercado institucional.
- b. *Intervenciones*: la unidad de costo de intervenciones para cuidado domiciliario fue estimada de acuerdo con el precio promedio en el mercado. Los costos totales se obtuvieron sumando los costos unitarios para cada intervención específica y multiplicada por su frecuencia. Para el propósito de este estudio, el término intervención incluyó todo aquello que no fueran medicamentos: visitas domiciliarias por los miembros del grupo de cuidado paliativo, procedimientos como curaciones de heridas o inserción de catéteres y exámenes paraclínicos.

Se llevó a cabo un análisis de datos usando Microsoft Excel 2010 y Stata 12.0. El costo por paciente se calculó sumando todos los costos (medicamentos

e intervenciones) usados en cada caso. Adicionalmente, se calculó el costo promedio por paciente, el costo promedio por cada intervención, cada medicina y totales por paciente. Se registró también el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias. Todos los precios se convirtieron a dólares usando la tasa promedio de conversión para 2013 (1870 pesos colombianos por dólar).

Resultados

El tiempo promedio de estancia en el programa de atención domiciliaria fue de 37,6 días (rango 5-250) y una mediana de 122,5 días. La tabla 1 incluyó el costo total de acuerdo con el tiempo de estancia, incluyendo costo de medicamentos, procedimientos, visitas domiciliarias y exámenes paraclínicos. El costo promedio por paciente fue 978,81 dólares (rango 77-4647 dólares). El costo promedio diario fue de 59,88 dólares. Cerca del 55% del costo total fue atribui-

ble a visitas domiciliarias por personal de salud, y el 36%, por medicamentos.

La figura 1 muestra la distribución del costo para cada uno. Los medicamentos correspondieron a casi el 60% del costo total para pacientes cuyo tiempo de estancia fue menor a 10 días y entre 30 y 40 días. Las visitas domiciliarias correspondieron al 56% del costo total y correspondieron al mayor porcentaje en todas las otras categorías de tiempo de estancia (tabla 2). El 54% del costo total de visitas domiciliarias correspondió a cuidado de enfermería. Se registraron tres tipos de visitas de enfermería:

- a) Visitas por profesional de enfermería, cuyo foco primario es educar a los cuidadores, monitorear el medicamento y supervisar el cuidado (3,2%).

Tabla 2. Frecuencia y costo por disciplina

Disciplina	Frecuencia	Costo (dólares)
Médico general	4,66	24,35
Especialista en cuidado paliativo	1,00	43,59
Psicología	1,27	19,78
Actividad específica de enfermería	15,36	12,56
Hora de enfermería	40,59	1,64
Visita de enfermera profesional	0,75	22,14
Nutricionista	0,048	19,95
Terapia física	1,34	11,69
Terapia respiratoria	3,43	11,76

Tabla 1. Frecuencia y costo por tipo de procedimiento

Procedimiento	n	%	Costo medio (dólares)
Radioterapia	2	2,40	1601,83
Radiografías	4	4,81	30,08
Transfusión	6	7,22	516,13
Tomografías	5	6,02	115,76
Resonancia magnética	1	1,20	242,42
Gammagrafía	1	1,20	109,93
Paracentesis*		10,40	31,11

*Dato estimado de acuerdo con el comité (dato original 2,4 %).

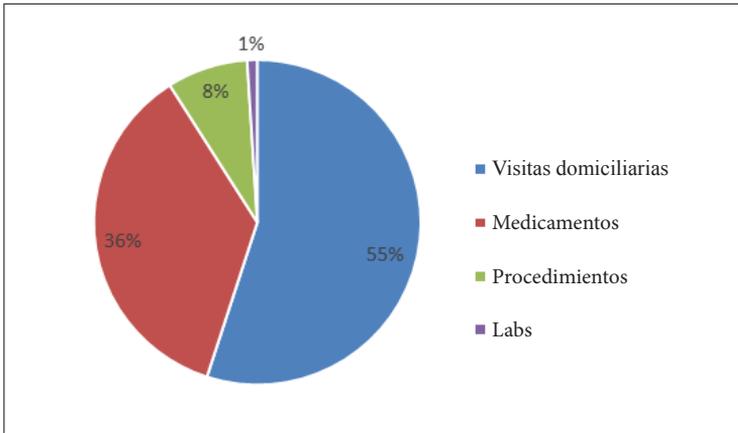


Figura 1. Distribución media del costo en cuidado paliativo domiciliario

- b) Visitas por profesional de enfermería, cuyo foco primario es practicar intervenciones y procedimientos específicos, como la inserción de catéteres y el cuidado del paciente (37,4%).
- c) Visitas por auxiliar de enfermería, cuyo foco es proporcionar cuidado básico de enfermería, incluyendo el aseo del paciente, prevención de úlceras de presión, higiene y soporte a los cuidadores (13%).

Cerca del 22% del costo total fue atribuible a la intervención del médico general, el 7,8% del costo de consultas fue debido a terapia respiratoria. Otros costos de visitas incluyeron terapia física (3%), visita de especialista en cuidado paliativo (8,5%) y psicólogo (5%). Los datos indican que el 8,4% de los pacientes fueron hospitalizados y el

7,2% registraron visita a un servicio de urgencias.

Discusión

El tiempo de estancia promedio (37,6 días) y la mediana (122,5 días) observados son menores que los reportados en otros estudios [21,22]. Esto puede indicar referencias tardías para algunos pacientes y, tal vez, pobre coordinación entre el servicio de cuidado paliativo y otros servicios. El gran rango de tiempos de estancia indica diferentes criterios de referencia a partir de los servicios que remiten estos pacientes y puede reflejar el pobre entendimiento del cuidado paliativo entre los profesionales que refieren estos pacientes al final de la vida.

Los costos de cuidado paliativo domiciliario varían en el tiempo, con un mayor consumo de medicamentos en

los estadios tempranos de admisión comparado con una mayor frecuencia de visitas domiciliarias en estadios más avanzados. Esto puede reflejar que los pacientes necesitan más control de síntomas al comienzo, y al final el énfasis está en el cuidado integral [23].

Para pacientes cuya estancia fue menor a 10 días, los medicamentos correspondieron a la mayor proporción del costo, probablemente debido a una mayor incidencia de síntomas no controlados. Estos pacientes también tuvieron los mayores costos por día, lo cual sugiere que un proceso tardío de referencia resulta en mayores costos de cuidado.

En nuestros datos, los síntomas más comúnmente registrados fueron

dolor, náusea/vómito y anorexia, que están descritos como frecuentes en las guías de cuidado paliativo en cáncer gástrico [24].

Cerca del 8% de los pacientes fueron hospitalizados y el 7,2% visitaron servicios de urgencias. En Colombia, el costo promedio de hospitalización por día en una cama general es de 3383,44 dólares (rango 1698-11.300 dólares) y el costo de una consulta de urgencias es 42,11 dólares (rango 14-110 dólares), con un promedio de estancia de 8,35 días [25,26]. Sería de utilidad realizar investigaciones adicionales para determinar el impacto que el cuidado paliativo domiciliario tiene en las visitas a los servicios de urgencias y las tasas de hospitalización, como han sido ya descritos en otros países [27]. De acuerdo

Tabla 3. Costos de acuerdo con el tiempo de estancia en el programa domiciliario (en dólares)

Días en el programa	n	Costo promedio diario	Costo total	Costo del medicamento (como porcentaje del costo total)	Costo del procedimiento (como porcentaje del costo total)	Costo de la consulta (como porcentaje del costo total)	Costo de paraclínicos (como porcentaje del costo total)
< 10	24	130,23	627,85	58,03	3,43	37,87	0,67
10-20	17	37,44	530,48	40,87	0,00	57,20	1,93
21-30	10	46,19	1025,69	29,70	2,26	67,48	0,57
31-40	8	24,10	788,90	58,60	0,00	41,40	0,00
41-50	7	35,98	1513,93	15,61	5,15	79,04	0,19
51-100	9	23,56	1761,00	28,55	15,41	56,69	1,34
< 100	8	11,15	1767,55	25,89	20,10	52,46	1,56

con el número de camas por 1000 habitantes, descrito por el Banco Mundial, Colombia tiene una de las disponibilidades más bajas, comparada con otros países de la región [28]. La posibilidad de un alta temprana a un servicio de cuidado paliativo domiciliario y la prevención de la hospitalización son críticas en este contexto.

El número limitado de visitas por especialistas en cuidado paliativo puede reflejar el número limitado de estos profesionales en escenarios de cuidado domiciliario. Esto evidencia la importancia de médicos generales bien entrenados para cuidado paliativo domiciliario y la necesidad de mejor integración entre servicios en diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.

La mayor parte de los costos del servicio de cuidado paliativo domiciliario se debe a personal (enfermería, especialista en cuidado paliativo, médico general), en línea con los hallazgos de otros investigadores como Mosoiu y colaboradores [3] y Hongoro y Dinat [4]. Esto resalta la necesidad de una intervención desde la salud pública, en la cual los costos aún pueden ser mayores si se incorporan los costos indirectos por cuidadores. Adicionalmente, el costo promedio por paciente en Colombia, de acuerdo con nuestros hallazgos, es consistente con estudios similares (978,81 vs. 943 dólares) [4].

Limitaciones

El estudio tiene varias limitaciones. Primero: los cálculos se basaron en datos de un área específica de Colombia y solo en pacientes de cáncer avanzado. Por ello, no es posible generalizar los hallazgos a una población más grande de pacientes o a los pacientes que reciben cuidado paliativo domiciliario a lo largo del país.

Segundo, los datos disponibles acerca del número de pacientes referidos a cuidado paliativo son limitados. Solo pocas compañías aseguradoras ofrecen servicios de cuidado paliativo en casa, y únicamente pudimos identificar tres que registraran pacientes bajo ese concepto.

Tercero, los datos disponibles en este estudio corresponden a servicios de cuidado paliativo domiciliario con base en Bogotá y Cundinamarca, que podrían no ser representativos de la situación de otras ciudades y departamentos. Se requieren estudios adicionales para un análisis más amplio e integral del cuidado paliativo en otras ciudades y áreas rurales.

Conclusiones

La discusión en torno a los cuidados en salud al final de la vida está tomando cada vez mayor relevancia en la agenda de muchos sistemas de salud, situación

que no es ajena al sistema de salud colombiano. Sin embargo, esta realidad se ve confrontada con la asignación eficiente de los recursos, por lo que se requieren estudios desde la perspectiva económica para contribuir a una asignación más integral de los recursos propendiendo por una mejor calidad de cuidado.

En este contexto, al analizar el cuidado paliativo domiciliario en el presente estudio, en especial el tiempo de estancia, se puede inferir una tendencia a hacer referencias tardías a los servicios de cuidado paliativo. Esto, probablemente, por una pobre coordinación entre el servicio de cuidado paliativo y otros servicios, así como un pobre entendimiento del cuidado paliativo entre los profesionales que remiten a estos pacientes al final de la vida. Llama la atención que aquellos pacientes con estancias más cortas (menos de 10 días) tienen un alto consumo de recursos por medicamentos, debido tal vez a una mayor incidencia de síntomas no controlados, de la mano con los mayores costos por día, lo cual sugiere que un proceso tardío de referencia resulta en mayores costos de cuidado.

Por otra parte, el mayor rubro de costos está dado por el capital humano, lo cual es consistente con otros textos; sin embargo, menos del 10% de los recursos se deben a visitas por especialistas en cuidados paliativos contra el 50% de visitas de enfermería. Dicho contraste

puede reflejar el número limitado de estos profesionales especializados en escenarios de cuidado domiciliario y la necesidad inminente de invertir, desde el sistema de salud, en el talento humano para el cuidado al final de la vida.

Finalmente, el costo promedio por paciente en Colombia es consistente con estudios similares (978,81 vs. 943 dólares).

Para garantizar atención de cuidado paliativo para la población colombiana, es necesario perseguir un modelo integrado que incluya médicos de atención primaria y equipos interdisciplinarios con un entrenamiento y nivel de conocimiento apropiados y un proceso de referencia que permita acceso a servicios de cuidado paliativo. Dicho enfoque tendría implicaciones directas en el uso de los recursos y la calidad de vida de los pacientes.

Análisis futuros que incluyan costos de escenarios de cuidado paliativo hospitalario y ambulatorio, bases de datos más robustas y mayor detalle en la relación de cuidado paliativo-visitas a urgencias y hospitalizaciones permitirán proporcionar recomendaciones más robustas.

Agradecimientos

Estamos muy agradecidos con las contribuciones invaluable de los especialis-

tas de cuidado paliativo que participaron en el proceso Delphi (etapas 1 a 5) del estudio y en el consenso fueron: Claudia Agámez, Hernando Álvarez, Ómar Gomezese, María Victoria Mera, Jairo Moyano, Carlos Rodríguez y Nora Saldarriaga. Liliana de Lima proporcionó guía en la preparación para el manuscrito.

Referencias

1. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33(5):486-93.
2. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [internet]; 2014 [Citado 2014 dic 14]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
3. Mosoiu D, Dumitrescu M, Connor SR. Developing a costing framework for palliative care services. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(4):719-29.
4. Hongoro C, Dinat N. A cost analysis of a hospital-based palliative care outreach program: implications for expanding public sector palliative care in South Africa. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(6):1015-24.
5. Normand C. Setting priorities in and for end-of life-care: challenges in the application of economic evaluation. *Health Econ Policy Law.* 2012;7(4):431-9.
6. Porter M, Lee T. The Strategy that will fix health care. *Harvard Bus Rev.* 2013;91(10):50-70.
7. Gordon R, Eagar K, Currow D, Green J. Current funding and financing issues in the Australian hospice and palliative care sector. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):68-74.
8. McGrath LS, Foote DG, Frith KH, Hall WM. Cost effectiveness of a palliative care program in a rural community hospital. *Nurs Econ.* 2013;31(4):176-83.
9. Parris SD. Early palliative care referral for the patient who has terminal cancer. *JAAPA.* 2013;26(4):34-8.
10. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood).* 2011;30(3):454-63.
11. McKinney M. Beyond hospice: New models of care focus on advanced illnesses. *Mod Healthc.* 2013;43(17):14-5.
12. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(7):993-1000.
13. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care.* 2013;12(7). doi: 10.1186/1472-684X-12-7.
14. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6). CD007760. doi: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.
15. International Agency for Research on Cancer. The global cancer atlas 2012 [internet]. [Citado 2014 dec 14]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html>.
16. Guggenheim DE, Shah MA. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J Surg Oncol.* 2013;107(3):230-6.

17. Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico 1 de la resolución 1043 del 3 de Abril del 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones [internet]. [Citado 2014 dec 14] Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%201043%20de%202006.zip.
18. The World Bank. Health expenditure, total of GDP [internet]. [Citado 2015 Feb 5]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>.
19. Leon M, Florez S, De Lima L, Ryan K. Integrating palliative care in public health: the Colombian experience following an international pain policy. *Palliat Med.* 2011;25(4):365-9.
20. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica. Houston: IAHPC Press; 2013.
21. Morrison R, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. Palliative care consultation teams cut hospital costs for medicaid beneficiaries. *Health Affairs March* [internet]. 2011 [Citado 2015 Feb 5]; 30(39): 454-63. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/30/3/454.full.pdf&sa=U&ei=9P1OU9esKJW1y-ASH54D4Ag&ved=0CCAQFjAB&usg=AFQjCNEp4uEWxHIAgkZdaiZh-J99BLtD3m>.
22. Smith T, Temin S, Alesi E, Abernethy A, Balboni T, Basch E, et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *JCO.* 2012 Mar 10;30(8):880-7.
23. Howie L, Peppercorn J. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implication. *Ther Adv Med Oncol.* 2013;5(6):318-23.
24. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology, gastric cancer, version 2.2015 [internet]. [Citado 2015 Feb 5]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf.
25. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). Sistema de información de precios de medicamentos [internet]. Bogotá: Minsalud; 2013 [Citado 2013 Nov 13]. Disponible en: <http://web.sispro.gov.co/WebPublico/SISMED/LibroVirtual/index2.html>.
26. Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). Sistema integral de información de la protección social [internet]. Bogotá: Minsalud; 2013 [Citado 2013 Nov 14]. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>.
27. Salam-White L, Hirdes JP, Poss JW, Blums J. Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care.* 2014;13:35.
28. The World Bank. World development indicators: Health systems [internet]. [Citado 2014 Jan 3]. Disponible en <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>

Correspondencia

Marta Ximena León
 Universidad de La Sabana
 Autopista Norte, kilómetro 7
 Chía, Colombia
martha.leon@unisabana.edu.co

Anexo

Instrumento de búsqueda de información

1. ¿Actualmente dentro de su consulta médica atiende usted pacientes con cáncer gástrico estadio IV? Sí NO

2. ¿Cuántos pacientes con cáncer gástrico estadio IV atendió usted en los últimos 6 seis meses? N°:

3. ¿Maneja el servicio de cuidado paliativo? Sí NO

4. ¿Tiene usted un equipo de cuidado paliativo? Sí NO

5. Si respondió que Sí, por favor especifique qué personas conforman el equipo.

		Formación en cuidado paliativo									
		Diplomado		2da. Esp.		1ra. Esp.		No formal			
	Tipo	Cantidad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	Médico paliativista										
2	Médico general										
3	Enfermera										
4	Auxiliar de enfermería										
5	Psicólogo										
6	Nutricionista										
7	Trabajador social										
8	Terapia lenguaje										
9	Terapia física										

6. Actualmente dentro de su consulta médica ¿QUÉ NÚMERO de pacientes con cáncer gástrico estadio IV están siendo manejados en cuidado paliativo según la definición propuesta? N°: