



**FACULTAD DE POSTGRADO
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN**

**PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO
ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS**

SUSTENTADO POR:

TANIA GISSELA TORO VILLEDA

FRANCES AUDREY CHIANG BOQUÍN

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

SAN PEDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, C.A.

ENERO, 2018

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

**UNITEC
FACULTAD DE POSTGRADO**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**RECTOR
MARLON BREVÉ REYES**

**SECRETARIO GENERAL
ROGER MARTÍNEZ MIRALDA**

**VICERRECTORA ACADEMICA
DESIREE TEJADA CALVO**

**VICEPRESIDENTE UNITEC, CAMPUS S.P.S
CARLA MARIA PANTOJA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO
JOSÉ ARNOLDO SERMEÑO LIMA**

**PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO
ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**MÁSTER EN
DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

ASESOR METODOLÓGICO

TULIO ARNALDO BUESO

ASESOR TEMÁTICO

LISETTE MARLENY CÁRCAMO

MIEMBROS DE LA TERNA:

ALDO ZAVALA

MARIO LIZARDO

JORGE LANZA

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2018

TANIA GISSELA TORO VILLEDA

FRANCES AUDREY CHIANG BOQUÍN

Todos los derechos son reservados

**AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO DE TESIS DE POSTGRADO**

Señores

CENTRO DE RECURSOS PARA

EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACION (CRAI)

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA (UNITEC)

San Pedro Sula

Estimados Señores:

Nosotros, TANIA GISSELA TORO VILLEDA y FRANCES AUDREY CHIANG BOQUÍN, de San Pedro Sula, autores del trabajo de postgrado titulado: PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS, como requisito previo para optar al título de máster en DIRECCIÓN EMPRESARIAL y reconociendo que la presentación del presente documento forma parte de los requerimientos establecidos del programa de maestrías de la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), por este medio autorizo/autorizamos a las Bibliotecas de los Centros de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UNITEC, para que con fines académicos, puedan libremente registrar, copiar o utilizar la información contenida en él, con fines educativos, investigativos o sociales de la siguiente manera:

1) Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en la salas de estudio de la biblioteca y/o la página Web de la Universidad.

2) Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general en cualquier otro formato conocido o por conocer.

De conformidad con lo establecido en el artículos 9.2, 18, 19, 35 y 62 de la Ley de Derechos de Autor y de los Derechos Conexos; los derechos morales pertenecen al autor y son personalísimos, irrenunciables, imprescriptibles e inalienables, asimismo, por tratarse de una obra colectiva, los autores ceden de forma ilimitada y exclusiva a la UNITEC la titularidad de los derechos patrimoniales. Es entendido que cualquier copia o reproducción del presente documento con fines de lucro no está permitida sin previa autorización por escrito de parte de UNITEC.

En fe de lo cual, se suscribe el presente documento en la ciudad de San Pedro Sula a los 5 días del mes de febrero de 2018.

TANIA GISSELA TORO VILLEDA

21413297

FRANCES AUDREY CHIANG BOQUÍN

21023007



FACULTAD DE POSTGRADO

**PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO
ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS**

AUTORES:

Tania Gissela Toro Villeda y Frances Audrey Chiang Boquín

RESUMEN

A nivel mundial la incidencia de nuevos casos de enfermedad de cáncer es un tema que genera alarma, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en la región de las Américas.

En Honduras se cuenta con los tratamientos más no con el apoyo de los cuidados continuos, es por esta razón que consideramos la creación de un centro asistencial enfocado en los pacientes con cáncer y sus familiares en la ciudad de San Pedro Sula, ofreciendo los cuidados continuos.

Este estudio pretende determinar si representa una oportunidad viable, la creación del centro asistencial para pacientes con cáncer. Se realizará un análisis del macro y micro entorno seguido de los estudios técnicos y financieros respectivos, para examinar esta oportunidad de negocio.

Palabras Clave: Cáncer, Cuidados Continuos, Cuidados Paliativos, Calidad de Vida, Estudio de Mercado, Estudio Técnico y Estudio Financiero.



FACULTAD DE POSTGRADO

PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS

AUTORES:

Tania Gissela Toro Villeda y Frances Audrey Chiang Boquín

ABSTRACT

Worldwide the incidence of new cases of cancer illness is an issue that generates alarm, the World Health Organization (WHO), points out that cancer is one of the leading causes of mortality in the regions of the Americas.

Honduras has treatments more not supported by continuous care; it is for this reason that we consider the creation of a health care center focused on cancer patients and their families providing the continuous care in the city of San Pedro Sula.

This study aims to determine if it represents a viable opportunity, the creation of the health care center for patients with cancer. There will be an analysis of the macro and micro environment followed by the respective technical and financial studies, to examine the business opportunity.

Keywords: Cancer, Continuous Care, Palliative Care, Quality of life, Market research, Technical study and Financial study.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios por darme la bendición, fortaleza y guía de terminar esta etapa.

A mis padres, Manuel y Francis, por su ejemplo de amor y dedicación, por su apoyo incondicional que ha sido parte fundamental en mi formación personal y profesional.

A mis hermanos y sobrinos por ser parte importante en mi vida.

Frances Audrey Chiang Boquín

Dedico esta tesis a Dios porque su mano me guía en todo lo que hago y que su nombre sea exaltado por bendecirme sobreabundantemente y sin medida, la gloria solo a Él.

A todos los pacientes de cáncer especialmente a mi madre, Edith Rosmery Villeda, guerrera incondicional quien está luchando con este terrible mal y a quien llamamos sana en el nombre de Jesús.

A mi familia por ser mis ángeles y mayor inspiración en la vida y apoyarme incondicionalmente.

Tania Gissela Toro Villeda

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la fortaleza y la sabiduría para lograr alcanzar esta meta con éxito.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

A cada uno de nuestros catedráticos de UNITEC que durante este tiempo de aprendizaje compartieron su conocimiento y experiencia, con altos valores para nuestro crecimiento profesional.

A la Universidad Tecnológica de Centroamérica por sus programas de postgrado y las herramientas que brinda para poder desarrollarnos como profesionales.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	6
1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.5 JUSTIFICACIÓN	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	10
2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO ENTORNO	10
2.1.2 ANÁLISIS DEL MICRO ENTORNO.....	14
2.1.2.1 GEOGRAFÍA Y DEMOGRAFÍA	14
2.1.2.2 SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS	16
2.1.3 ANÁLISIS INTERNO (CAPCA).....	22
2.1.3.1 ANALISIS FODA	23
2.1.3.2 ANALISIS PEST	26
2.2 TEORIAS DE SUSTENTO.....	29
2.2.1 CICELY SAUNDERS Y EL HOSPICIO ST. CHRISTOPHER´S.....	30
2.2.2 CUIDADOS CONTINUOS Y PALIATIVOS DURANTE EL CÁNCER.....	31
2.2.3 PROYECTOS EN CUIDADOS CONTINUOS.....	35
2.2.4 MARKETING MIX	36
2.3 CONCEPTUALIZACIÓN.....	38
2.3.1 VARIABLES DE ESTUDIO DE MERCADO.....	40
2.3.1.1 SERVICIO	40

2.3.1.2 PRECIO	40
2.3.1.3 PLAZA.....	40
2.3.1.4 PROMOCIÓN.....	41
2.3.1.5 DEMANDA	41
2.3.2 VARIABLES DE ESTUDIO TÉCNICO.....	42
2.3.2.1 RECURSO HUMANO Y ORGANIZACIÓN.....	42
2.3.2.2 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN	44
2.3.3 VARIABLES DE ESTUDIO FINANCIERO	45
2.3.3.1 GASTOS OPERATIVOS	45
2.3.3.2 GASTOS ADMINISTRATIVOS	45
2.3.3.3 INTERESES	45
2.3.3.4 IMPUESTOS	46
2.3.3.5 INFLACIÓN	47
2.3.3.6 DEVALUACIÓN DE LA MONEDA	47
2.4 MARCO LEGAL.....	48
2.4.1 REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA EMPRESA	48
2.4.2 REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA ONG	52
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	53
3.1 CONGRUENCIA METODOLOGICA.....	53
3.1.1 LA MATRIZ METODOLOGICA	53
3.1.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	54
3.1.3 HIPÓTESIS	55
3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS.....	56
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	58
3.3.1 POBLACIÓN	58
3.3.2 MUESTRA	58
3.3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	59
3.3.4 UNIDAD DE RESPUESTA.....	60
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.....	60
3.4.1 INSTRUMENTOS	60
3.4.2 TÉCNICAS.....	60
3.4.2.1 ENCUESTA.....	60

3.4.2.2 ENTREVISTA JUICIO DE EXPERTOS	62
3.4.2.3 PROCEDIMIENTOS	63
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	63
3.5.1 FUENTES PRIMARIAS	64
3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS	64
3.6 LIMITANTES DEL ESTUDIO	65
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	66
4.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	66
4.1.1 EDUCACIÓN	67
4.1.2 NUTRICIÓN	67
4.1.3 APOYO PSICOLÓGICO	68
4.1.4 APOYO ESPIRITUAL	69
4.1.5 PROGRAMA ESPECIAL AL CUIDADOR	69
4.1.6 ACTIVIDADES VARIAS	70
4.1.7 UNIDAD DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	70
4.2 DEFINICIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO	71
4.3 PROPIEDAD INTELECTUAL	71
4.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS	72
4.4.1 DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EL JUICIO DE EXPERTOS	74
4.5 ESTUDIO DE MERCADO	82
4.5.1 ANÁLISIS DEL MERCADO CON RESPECTO A LA INDUSTRIA	82
4.5.2 PRODUCTO O SERVICIO	86
4.5.3 PRECIO	88
4.5.4 PLAZA	91
4.5.5 PROMOCIÓN	93
4.5.6 DEMANDA	94
4.6 ESTUDIO TÉCNICO	95
4.6.1 EQUIPOS	95
4.6.1.1 PLANIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES	97
4.6.1.2 SISTEMA HUMANO	100

4.6.2 SOLUCION WEB PARA COMUNICACIÓN INTEGRAL.....	102
4.6.3 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN	103
4.7 ESTUDIO FINANCIERO	109
4.7.1 INVERSIÓN INICIAL Y ESTRUCTURA DE CAPITAL	109
4.7.2 PRESUPUESTO DE INGRESOS.....	110
4.7.3 PRESUPUESTO DE COSTOS Y GASTOS	111
4.7.4 DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES.....	112
4.7.5 AMORTIZACIÓN DE FINANCIAMIENTO	113
4.7.6 ESTADO DE RESULTADOS	116
4.7.7 FLUJO DE CAJA.....	117
4.7.8 PUNTO DE EQUILIBRIO.....	118
4.7.9 ANÁLISIS FINANCIERO.....	118
4.7.10 ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD	119
4.7.10.1 REDUCCIÓN DE 10% EN LOS INGRESOS	120
4.7.10.2 AUMENTO DEL 10% EN GASTOS OPERATIVOS.....	120
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
5.1 CONCLUSIONES	121
5.2 RECOMENDACIONES	122
BIBLIOGRAFÍA.....	123
ANEXOS.....	128
ANEXO 1. CARTA DE COMPROMISO PARA ASESORÍA TEMÁTICA.....	128
ANEXO 2. ENCUESTA	129
ANEXO 3. TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS	132
ANEXO 4. INFORMACIÓN GENERAL: LAS ETAPAS DEL CÁNCER.....	172
ANEXO 5. PERFILES ONCOLÓGICOS DE LOS PAISES, 2014.....	174
ANEXO 6. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO	176
ANEXO 7. CONSULTA CAMARA DE COMERCIO E INDUSTRIAS DE CORTÉS ...	183
ANEXO 8. SOLUCIÓN WEB: CONTROL DE PACIENTES	184
ANEXO 9. TARIFAS VIGENTES DE LA ENEE	185
ANEXO 10. TARIFAS DE CONSUMO SERVICIO DE AGUA POTABLE	186
ANEXO 11. IMPUESTOS	187

ANEXO 12. REQUISITOS OBTENCIÓN DE PERSONALIDAD JURÍDICA	189
ANEXO 13. REGLAMENTO PARA LAS ONG´s	191
ANEXO 14. SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA	203
ANEXO 15. SECRETARIA DE SALUD	204
ANEXO 16. TABLA DE SALARIO MINIMO 2018	206
ANEXO 17. LEY ORGANICA COPSIH	207
ANEXO 18. REFORMAS ARANCEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS HONDURAS	215
ANEXO 19. PSICOONCOLOGÍA	218
ANEXO 20. BROCHURE PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS	223
ANEXO 21. PENSUM CARRERAS DE MEDICINA EN HONDURAS	224
ANEXO 22. COTIZACIONES BIENES RAICES	227
ANEXO 23. COTIZACIONES MOBILIARIO Y EQUIPO	233
ANEXO 24. COTIZACIONES PARA PRÉSTAMO	246
ANEXO 25. COTIZACIONES SEGUROS ONCOLÓGICOS	247

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estimado en Incidencias de Cáncer en Honduras, Mortalidad y Prevalencia 2012	3
Tabla 2. Tratamientos y cuidados paliativos del cáncer en Honduras 2014	5
Tabla 3. Demografía de Honduras general y por departamento.....	15
Tabla 4. Listado de hospitales y sus capacidades.....	19
Tabla 5. Listado de Oncólogos en San Pedro Sula	20
Tabla 6. Listado de Oncólogos en Tegucigalpa	21
Tabla 7. Aumento en Salarios Mínimos de Honduras 2017.....	43
Tabla 8. Salarios Mínimos de Honduras 2017	43
Tabla 9. Salarios Mínimos de Honduras 2018	44
Tabla 10. Tasa de Interés de Préstamos Interbancarios en Moneda Nacional	46
Tabla 11. Perspectivas Macroeconómicas de Honduras	47
Tabla 12. Gastos de Organización CAPCA	52
Tabla 13. Matriz Metodológica.....	54
Tabla 14. Profesionales entrevistados con detalle de especialidad y lugar de trabajo	74
Tabla 15. Variable Mercado con dimensión en la demanda	76
Tabla 16. Variable Mercado con dimensión en el producto o servicio.....	77
Tabla 17. Variable Mercado con dimensión en el producto o servicio.....	78
Tabla 18. Variable Técnica con dimensión en tamaño del centro.....	79
Tabla 19. Variable de Mercado dimensión en la demanda con aceptación del gremio	80
Tabla 20. Personas con diagnóstico de cáncer	82
Tabla 21. Tipos de cáncer diagnosticados.....	83
Tabla 22. Apoyo al centro asistencial	84
Tabla 23. Conocimiento del mercado de programas especiales de cáncer	86
Tabla 24. Existencia de algún centro asistencial oncológico en cuidados continuos.....	87
Tabla 25. Menciones de centro asistencial en cuidados continuos	88
Tabla 26. Costos por consulta nutricional.....	89
Tabla 27. Costos por consulta psicológica	90
Tabla 28. Relevancia de la ubicación del centro asistencial	91
Tabla 29. Demanda estimada de pacientes con cáncer por año en San Pedro Sula	94

Tabla 30. Importancia de un centro asistencial oncológico	99
Tabla 31. Gastos mensuales y anuales en planilla de servicio CAPCA	102
Tabla 32. Gastos mensuales y anuales en planilla operativa CAPCA	102
Tabla 33. Mobiliario y equipo área consultorio psicológico.....	104
Tabla 34. Mobiliario y equipo área nutrición.....	105
Tabla 35. Mobiliario y equipo área consultorio medicina general.....	105
Tabla 36. Mobiliario y equipo enfermería.....	106
Tabla 37. Mobiliario y equipo administración	106
Tabla 38. Mobiliario y equipo área espiritual	107
Tabla 39. Mobiliario y equipo área recepción.....	107
Tabla 40. Inversión inicial.....	109
Tabla 41. Costo de Capital	110
Tabla 42. Estructura de capital.....	110
Tabla 43. Presupuesto de ingresos proyectados primer año.....	110
Tabla 44. Presupuesto de ingresos proyectados por año con incremento del 10% anual	111
Tabla 45. Gastos operativos anuales proyectados	112
Tabla 46. Gastos áreas de servicio anuales proyectados	112
Tabla 47. Depreciación de activos fijos	113
Tabla 48. Depreciación de gastos de organización e instalación	113
Tabla 49. Amortización de Préstamo Cooperativa.....	114
Tabla 50. Amortización de deuda por año	114
Tabla 51. Amortizaciones de financiamiento primer año	114
Tabla 52. Amortizaciones de financiamiento año 2, 3 y 4.....	115
Tabla 53. Amortizaciones de financiamiento año 5.....	116
Tabla 54. Estado de resultados proyectado	117
Tabla 55. Presupuesto de efectivo proyectado	117
Tabla 56. Escudo fiscal de los intereses	118
Tabla 57. Punto de equilibrio (año 1 – 3).....	118
Tabla 58. Punto de equilibrio (año 4 y 5).....	118
Tabla 59. Flujo de efectivo proyectado.....	119
Tabla 60. Indicadores financieros	119

Tabla 61. Periodo de recuperación de la inversión	119
Tabla 62. Reducción del 10% en los ingresos.....	120
Tabla 63. Aumento del 10% en los gastos operativos.....	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Incidencia de Cáncer en el Mundo.....	2
Figura 2. Evolución de la mortalidad por cáncer en Honduras	4
Figura 3. Incidencia de cáncer por tipo en hombres y mujeres en Honduras.....	4
Figura 4. Distribución de la mortalidad por cáncer en Honduras	6
Figura 5. Estimación mundial de los 10 tipos de cáncer más frecuente en ambos sexos.....	11
Figura 6. Mortalidad de cáncer a nivel mundial por sexo	12
Figura 7. Distribución del cáncer por región.....	13
Figura 8. Mapa de Honduras por departamento	14
Figura 9. Proyección actual de la población del Valle de Sula	16
Figura 10. Cantidad de Oncólogos en Honduras.....	20
Figura 11. Matriz FODA – CAPCA –.....	26
Figura 12. Diagrama del Análisis PEST	27
Figura 13. Análisis PEST – CAPCA –.....	29
Figura 14. Dame Cicely Saunders.....	30
Figura 15. Factores que modifican la percepción del dolor por el paciente.....	31
Figura 16. Atención Integral en una Unidad de Cuidados Continuos.....	33
Figura 17. Las 4 Ps del Marketing Mix.....	37
Figura 18. Devaluación del Lempira.....	48
Figura 19. Diagrama de Variables.....	55
Figura 20. Diseño del Esquema Metodológico	57
Figura 21. Etimología de la pérdida de peso y alteraciones metabólicas en pacientes	68
Figura 22. Logo de CAPCA	72
Figura 23. Aspectos esenciales del proceso de validación CAPCA	72
Figura 24. Profesionales entrevistados.....	75
Figura 25. Servicios adicionados por el juicio de expertos.....	81
Figura 26. Tamaño sugerido por juicio de expertos.....	81
Figura 27. Personas con diagnóstico de cáncer.....	83
Figura 28. Tipos de Cáncer diagnosticados.....	84
Figura 29. Apoyo al centro asistencial	85

Figura 30. Recomendación del proyecto	85
Figura 31. Conocimiento del mercado de programas especiales de cáncer	86
Figura 32. Existencia de algún centro asistencial oncológico en cuidados continuos	87
Figura 33. Menciones de centro asistencial en cuidados continuos	88
Figura 34. Costos por consulta nutricional.....	89
Figura 35. Costos por consulta psicológica.....	90
Figura 36. Relevancia de la ubicación del centro asistencial	92
Figura 37. Ubicación de los hospitales de tratamiento oncológico	93
Figura 38. Medios de comunicación para informar del centro.....	94
Figura 39. Mercado a cubrir por CAPCA	95
Figura 40. Flujograma de la operación.....	98
Figura 41. Importancia de un centro asistencial oncológico en la ciudad de San Pedro Sula	99
Figura 42. Otros servicios sugeridos para el centro	100
Figura 43. Organigrama CAPCA	101
Figura 44. Layout CAPCA	108

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta la formulación de los principales criterios que representan el planteamiento de la investigación para lograr el análisis completo del problema a investigar en los cuales se describen la introducción al problema, los antecedentes, el enunciado del problema, así como también se definen las preguntas de investigación y los objetivos general y específicos dando una completa explicación acerca del problema en estudio. Se abordará la problemática de la cual se tratará de determinar la validación de este estudio y que beneficios podría aportar a la comunidad.

1.1 INTRODUCCIÓN

El cáncer según la definición de la Real Academia Española es la enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada. (Real Academia Española, 2014)

Y como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término cáncer es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo.(Cáncer, 2017)

Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos. Este proceso se denomina metástasis. Las metástasis son la causa principal de muerte por cáncer.

El objeto de la investigación es analizar la viabilidad de la creación del Centro Asistencial para Pacientes con Cáncer CAPCA, como centro de apoyo durante el proceso que se vive con la enfermedad del cáncer, colaborando a la mejora en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias. Analizar los servicios que se ofrecerían de cuidados continuos que incluirán programas educativos de prevención, programas de nutrición e inocuidad de los alimentos, asesoría en limpieza, cuidado de hogar para prevenir contagios de enfermedades comunes, apoyo psicológico, grupos de apoyo, y programas sociales de apoyo (recursos y lucha por la causa). Determinar si CAPCA, sería una empresa sustentable y con las fortalezas para poder ofrecer su enfoque personalizado en los pacientes de la ciudad de San Pedro Sula.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, según el proyecto GLOBOCAN realizado en el 2012 le atribuyeron 8.2 millones de muertes.

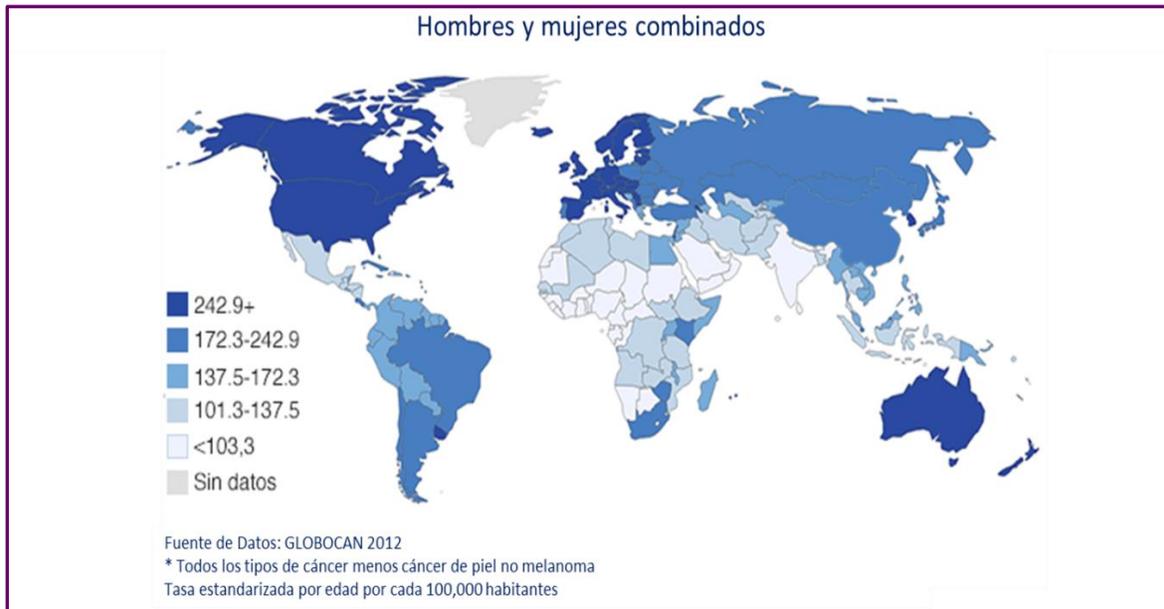


Figura 1. Incidencia de Cáncer en el Mundo

Fuente: (Globocan, 2012)

A nivel mundial la incidencia de nuevos casos de enfermedad de cáncer es un tema alarmante, tal es así que las organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han agregado a sus renglones de indicadores como causas de muerte en ascenso en América Latina. En Honduras se ha vuelto una epidemia, al grado que algunos médicos aseguran que ya se convirtió en la principal causa de muerte por enfermedades, desplazando a las demás patologías, pues cada año se reportan un alto porcentaje de nuevos casos, los tratamientos de esta enfermedad son muy onerosos pueden representar una gran carga para la economía de un hogar promedio.

Aunado a esto el diagnóstico de cáncer es una asociación directa con la muerte, una noticia traumática para cualquier persona. La poca información disponible del tema para atender las necesidades específicas del paciente, tales como la limpieza y cuidados en casa, que colaboran

al deterioro físico del paciente una vez iniciado su tratamiento, ya que no se le explica a detalle las nuevas medidas de limpieza, alimentación, y apoyo psicológico para aprender a vivir con la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos.

Gran parte de la población de América Latina no tiene acceso a servicios de un centro asistencial para cuidados continuos y paliativos, solamente se tiene para los tratamientos médicos como la quimioterapia y radioterapia, a pesar de la existente demanda potencial, la que consideramos medir en este estudio.

El centro CAPCA colaboraría en la calidad de vida del paciente y le dará información para poder entender mejor la enfermedad y sus efectos, es importante primero tener una perspectiva del sistema de salud y las estadísticas que se recauden ya que no se cuenta con un censo actualizado de pacientes por tipo de enfermedad crónica, con el objetivo de mostrar la oportunidad a continuación la estadística ilustrada en el proyecto Globocan 2012, el cual se actualiza cada 5 años, y su objetivo es proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia de la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional para 184 países del mundo.

Tabla 1. Estimado en Incidencias de Cáncer en Honduras, Mortalidad y Prevalencia 2012

Resumen Estadístico HONDURAS			
HONDURAS	Masculino	Femenino	Ambos Sexos
Población (miles)	3956	3955	791
Número de nuevos casos de cáncer (miles)	3.1	4.3	7.
Tasa estandarizada por edad (W)	116.0	146.7	131.3
Riesgo de contraer cancer antes de los 75 años (%)	12.1	14.6	13.3
Mortalidad por cáncer (miles)	2.4	2.7	5.
Tasa estandarizada por edad (W)	89.3	92.2	90.
Riesgo de contraer cancer antes de los 75 años (%)	8.9	9.6	9.
5 los más frecuentes tipos de cáncer (definido por total de casos)	Próstata	Cervicouterino	Cervicouterino
	Estómago	Mama	Estómago
	Hígado	Estómago	Hígado
	Pulmón	Cuerpo Uterino	Mama
	Leucemia	Hígado	Próstata

Fuente: (Globocan, 2012)

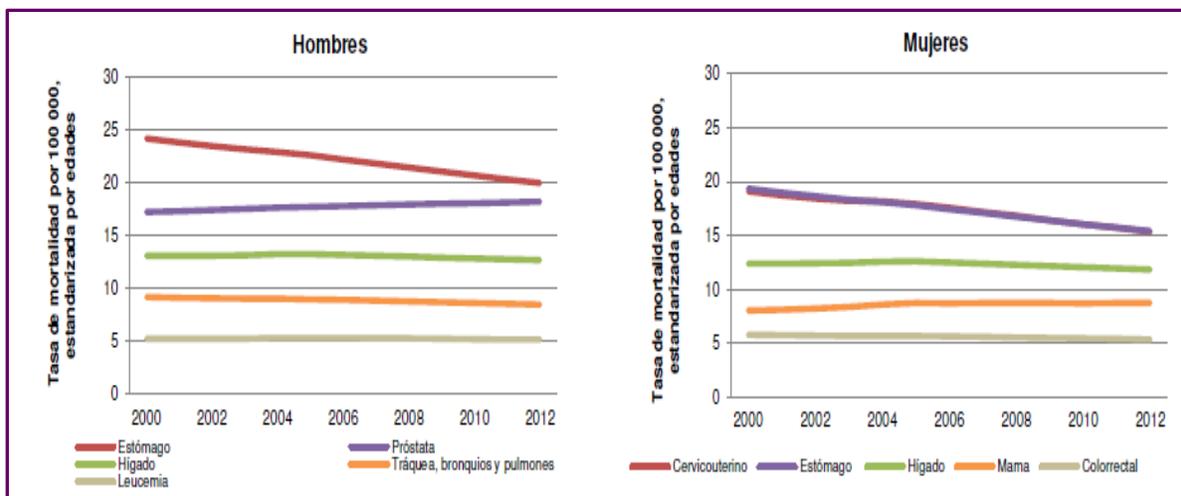


Figura 2. Evolución de la mortalidad por cáncer en Honduras

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La evolución de la mortalidad por cáncer en hombres y mujeres por tipo de cáncer y edades, esta estadística actualizada al 2014 según la OMS detalla la tasa de muertes dividiéndolas por tipo de cáncer, por edades y por género (Ver Anexo 5).

Otro de los indicadores que es importante analizar es incidencia por tipo de cáncer en hombres y mujeres a nivel nacional (Ver Anexo 5).

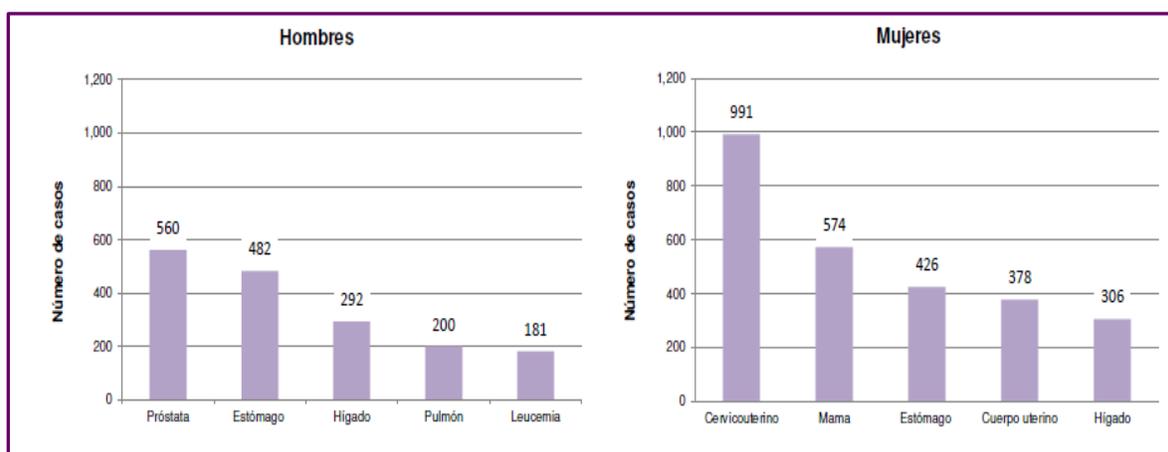


Figura 3. Incidencia de cáncer por tipo en hombres y mujeres en Honduras

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Este indicador muestra una perspectiva desde el punto de vista del sistema de salud con relación a los cuidados continuos y paliativos.

Tabla 2. Tratamientos y cuidados paliativos del cáncer en Honduras 2014

Radioterapia	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Número total de unidades de energía teleterapéutica/millón de habitantes	0.7
Número de centros de radioterapia	5
Número de radiooncólogos	4
Quimioterapia (medicamentos no especificados)	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Morfina oral (formulación no especificada)	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Consumo (en mg) de equivalente de morfina (no metadona) por muerte por cáncer	...
Atención domiciliar/comunitaria para personas con cáncer y otras enfermedades no transmisibles en estadios avanzados	No disponible generalmente

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Se puede observar que con respecto a los cuidados continuos y paliativos existe una brecha importante ya que este estudio revela que no están disponibles en Honduras.

En conclusión, es claro que existe la necesidad y la oportunidad de crear un centro asistencial de cuidados continuos en la ciudad de San Pedro Sula para pacientes con cáncer.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Schmelkes & Schmelkes (2010) Afirman: “El problema detectado surge de una idea, una dificultad, una necesidad, una duda o una pregunta que se materializa en un problema tentativo de investigación” (p. 21).

1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En base al escenario que se ha venido presentando, la ciudad de San Pedro Sula carece de un centro asistencial para pacientes con cáncer para ofrecer cuidados continuos, tales como educación, nutrición, apoyo espiritual y apoyo psicológico. Se han realizado estudios y varios esfuerzos para formalizar los cuidados paliativos en Honduras, pero no se han concretado. De igual forma existe tendencia en instituciones privadas y organizaciones sin fines de lucro que tocan el tema de cuidados continuos pero a nivel general, sin un esquema personalizado por tipo de cáncer para complementar el tratamiento.

En la siguiente grafica ilustramos la oportunidad de mercado potencial para la creación del centro asistencial:

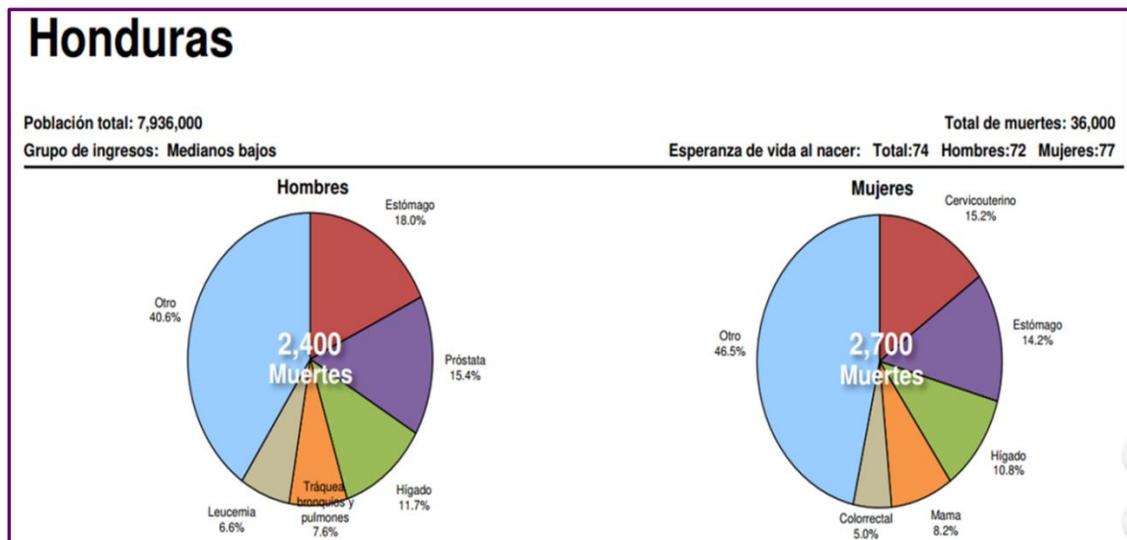


Figura 4. Distribución de la mortalidad por cáncer en Honduras

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Teniendo esta información como punto de partida, la cantidad de mortalidad por género en el 2014 podemos presumir que parte de la población fallece por falta de cuidados y debido a los tratamientos y sus efectos secundarios (Ver Anexo 5).

1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con el propósito de orientar los esfuerzos de investigación e identificar las variables relacionadas al estudio, se plantea el problema en forma de pregunta.

¿Qué tan factible es como oportunidad de negocio desde el punto de vista de mercado, técnico y financiero la creación de un centro asistencial oncológico de cuidados continuos en la ciudad de San Pedro Sula?

1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación son de los principales pasos para el desarrollo del estudio que se está realizando. Saber definir bien el objetivo de una investigación es necesario para saber qué dirección hay que diseñar para la investigación y la clase de metodología a seguir.

¿Cuáles son los factores del mercado a evaluar para establecer el centro asistencial oncológico en la ciudad de San Pedro Sula en 2018?

¿Cuál es el aspecto técnico a evaluar para establecer el centro asistencial oncológico?

¿Es factible financieramente la apertura del centro asistencial oncológico?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la finalidad de dar dirección para lograr realizar la investigación y cumplir con las respuestas del estudio se presentará el objetivo general y se detallaran sus objetivos específicos.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

El Objetivo General proporciona el resultado global que deseamos alcanzar para esta investigación. De esta manera expresamos el objetivo general:

“Determinar la prefactibilidad de negocio para la creación de un centro asistencial oncológico en cuidados continuos desde el punto de vista de mercado, técnico y financiero en la ciudad de San Pedro Sula, 2018”

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Deben detallarse con claridad y precisión, ya que permiten lograr dar respuesta a las preguntas de investigación.

- 1) Evaluar el mercado actual que existe en San Pedro Sula para la demanda de los servicios de cuidados continuos oncológicos.
- 2) Determinar los aspectos técnicos para la creación del centro asistencial oncológico de cuidados continuos.
- 3) Evaluar financieramente la viabilidad para la creación del centro asistencial.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Con este estudio se pretende encontrar información importante y relevante que soporte la toma de decisiones para la creación del centro asistencial CAPCA, el cual ayudaría con los cuidados continuos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias. En la actualidad no se cuenta dentro del sistema de salud pública y privada un área enfocada a este tema, no se cuenta con un censo de la población afectada por esta enfermedad y no hay un centro de cuidados continuos para los pacientes que son diagnosticados con cáncer, debido a la alta tasa de mortalidad consideramos que un factor que afecta es la falta de educación en el cuidado del paciente en casa, el que requiere de un cuidado especial en la parte educativa, nutricional, y

psicológica, para apoyar al paciente y esto también conlleva a la generación de empleos directos e indirectos.

Los cuidados continuos son una parte esencial en la lucha contra el cáncer y pueden dispensarse de forma relativamente sencilla y económica. Los cuidados mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida como es el cáncer, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. El estudio puede servir de aporte a futuras investigaciones acerca de los cuidados continuos y paliativos y brindar más conocimiento acerca de esta enfermedad global que puede traer muchos beneficios a la población en especial a la de menores recursos económicos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En el capítulo anterior se planteó el problema de investigación. En el presente capítulo se pretende sustentar teóricamente la investigación, recopilando información de diversas fuentes como ser libros, artículos, sitios de internet y otros documentos que permitirán exponer y analizar las teorías, conceptos, metodologías y casos de estudios relacionados con el problema en mención.

2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

A continuación se hace un análisis del entorno del problema planteado en 3 niveles o puntos de vista: macro, micro e interno, para tener una idea clara del contexto de la investigación.

2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO ENTORNO

En el capítulo I se mencionan algunas estadísticas mundiales con respecto al tema de la enfermedad del cáncer. En este análisis profundizaremos estos datos y cifras que son mundialmente alarmantes, cada día se presentan nuevos casos, nuevos tipos y sin una explicación clara de la raíz del cáncer, los estudios actuales solo dan resultados de tratamientos después de ser diagnosticada la enfermedad, mas no medicamentos para prevenirla como vacunas o suplementos alimenticios que lleven a la erradicación de la misma, pero ninguna concluyente. Los centros médicos se limitan a prescribir los tratamientos de cirugía, quimioterapia, radioterapia, según sea el caso.

Es por esto que con este análisis vemos la necesidad de aportar a la sociedad un lugar privado para brindar apoyo a los pacientes en los cuidados continuos y paliativos, que comienzan desde que el paciente recibe su diagnóstico.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos.(Cáncer, 2017)

Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años.

En 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad.

Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos, que pueden prevenirse: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

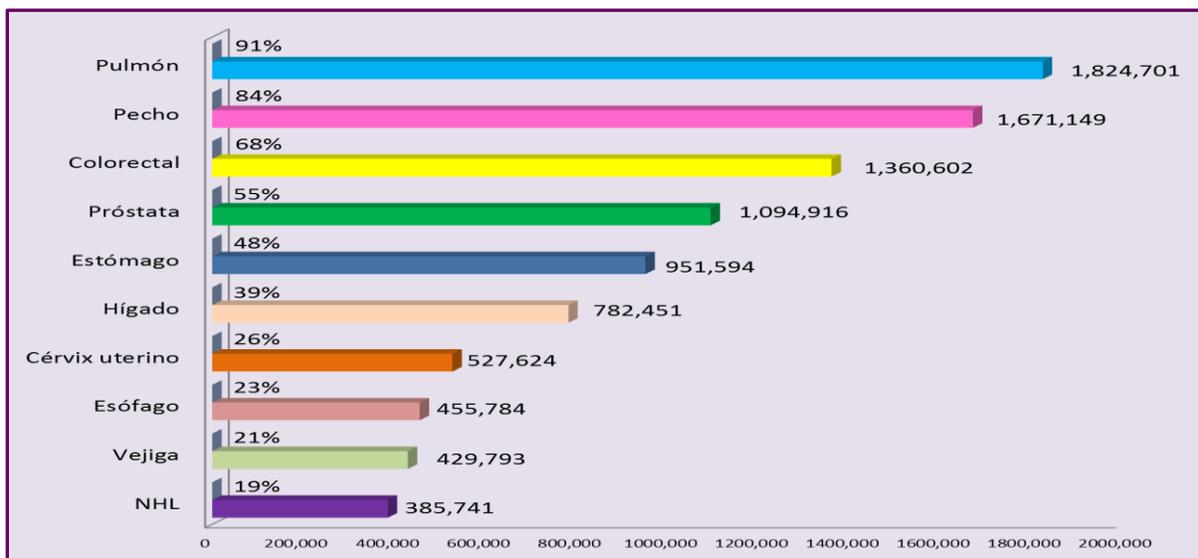


Figura 5. Estimación mundial de los 10 tipos de cáncer más frecuente en ambos sexos

Fuente: (Globocan, 2012)

Los tipos más frecuentes de cáncer son diferentes en el hombre y en la mujer, los que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estomago, colon y mama.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona a nivel mundial aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer.

Las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por virus de las hepatitis o por papilomavirus humanos, ocasionan el 25% de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos.

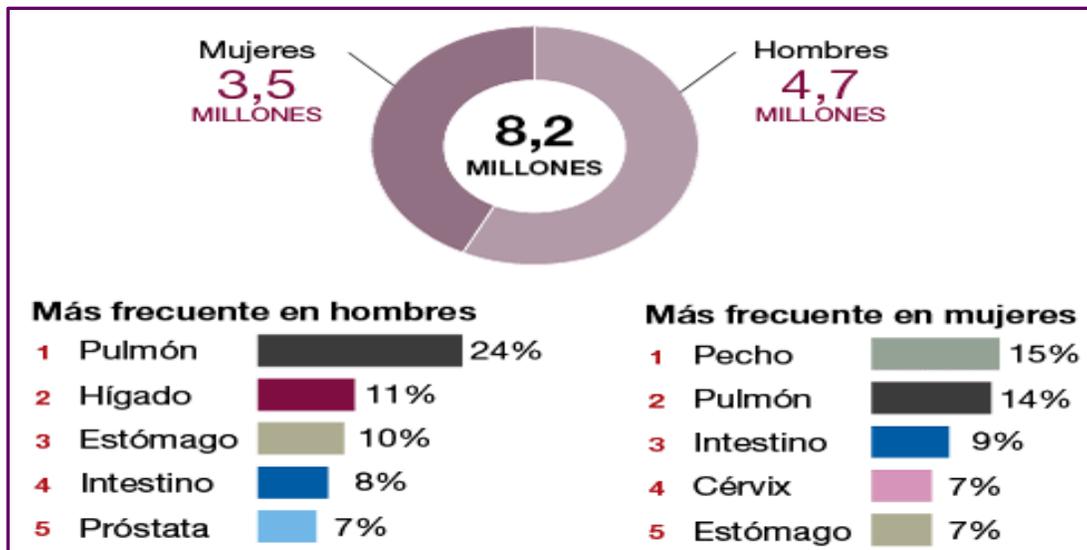


Figura 6. Mortalidad de cáncer a nivel mundial por sexo

Fuente: (Globocan, 2012)

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2015, solo el 35% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a US\$ 1,16 billones.

Solo uno de cada cinco países de ingresos medianos o bajos dispone de los datos necesarios para impulsar políticas de lucha contra la enfermedad.

El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas.

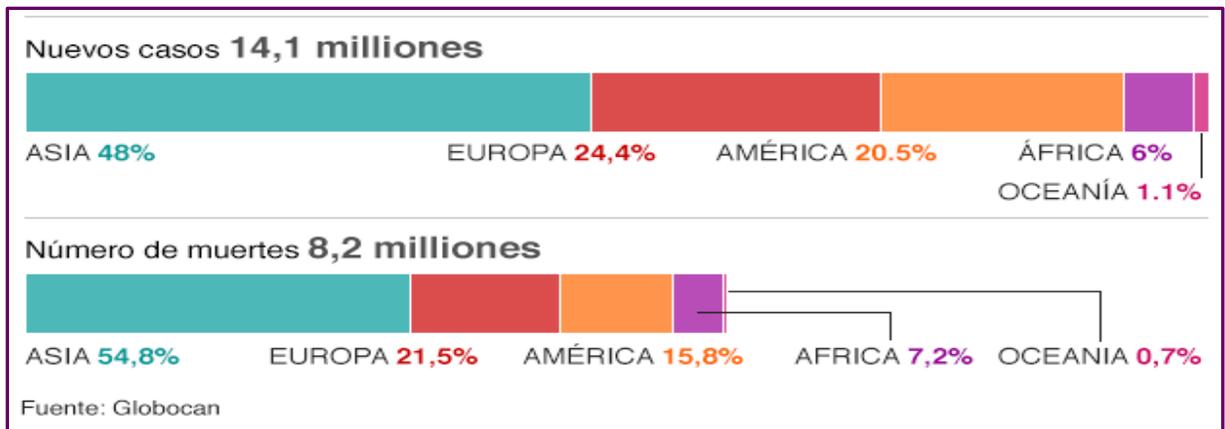


Figura 7. Distribución del cáncer por región

Fuente: (Globocan, 2012)

La finalidad de los cuidados paliativos no es curar el cáncer, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Los cuidados pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales. Estos cuidados se necesitan sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase avanzada y que tienen pocas probabilidades de curarse.

Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado. (de la Garza Salazar & Juárez Sánchez, 2014, p. 151)

Los cuidados paliativos han sido validados por varios estudios y organizaciones mundiales, tales como:

- 1) Organización Mundial de la Salud (OMS)
- 2) Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- 3) Sociedad Americana contra el Cáncer (American Cancer Society)
- 4) Agencia Internacional para la investigación sobre el Cáncer (IARC)
- 5) Asociación Española contra el Cáncer

De igual forma varios países han creado unidades especiales de Cuidado Continuo y paliativo, tales como Estados Unidos, Argentina, Chile, España, entre otros.

2.1.2 ANÁLISIS DEL MICRO ENTORNO

En el micro entorno se recopila información relevante del país del tema de investigación, donde se realiza un enfoque micro, mostrando detalles del entorno nacional, desde la descripción geográfica, demográfica y el sistema de salud en general.

2.1.2.1 GEOGRAFÍA Y DEMOGRAFÍA

La extensión territorial de Honduras, comprendiendo todas sus islas, es aproximadamente de 112,492 km², de los cuales el 99.8% es tierra y el restante 0.2% es agua. Del total de la tierra, cerca de 28.5% tiene vocación agrícola y el 46.4% forestal (BCH, 2014). En la figura 8 se ilustra el mapa político de Honduras:



Figura 8. Mapa de Honduras por departamento

Fuente: (Department of peacekeeping Operations Cartographic Section, 2004)

La figura 8 muestra que Honduras se divide en 18 departamentos y 298 municipios. Tiene fronteras con Guatemala, El Salvador, Nicaragua, y además tiene costas en el océano Pacífico y en el mar Caribe. Honduras cuenta con una población de 8.55 millones de habitantes y con una

tasa de crecimiento natural de 1.9%. La pirámide poblacional indica que la mayoría de los habitantes son jóvenes, pues se tiene una base muy ancha, y los grupos etarios se reducen según aumenta la edad. La edad promedio de los hondureños es de 21 años y se encuentra entre las más bajas de Centroamérica. De acuerdo con las proyecciones, Honduras tendría 9.9 millones en 2025 y 11.6 millones en 2040. («Instituto Nacional de Estadística», s. f.)

La demografía de Honduras se compone de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 3. Demografía de Honduras general y por departamento

DEMOGRAFÍA	2014	2015	2016
Extensión Territorial de Honduras: 112,492 Km² 1/			
Población Total, Incremento Relativo y Densidad de Población			
Población Total (En miles de personas)	8,432.2	8,576.5	8,721.0
Por Área			
Urbano	4,524.5	4,622.1	4,720.2
Rural	3,907.7	3,954.5	4,000.8

DEMOGRAFÍA	2014	2015	2016
Población por Departamento (En miles de personas)			
Atlántida	442.6	449.8	457.0
Colón	314.6	319.8	325.0
Comayagua	502.2	511.9	521.7
Copán	376.6	382.7	388.8
Cortés	1,590.3	1,621.8	1,653.7
Choluteca	442.3	447.9	453.4
El Paraíso	451.1	458.5	465.9
Francisco Morazán	1,529.7	1,553.4	1,577.2
Gracias a Dios	92.5	94.5	96.4
Intibucá	236.9	241.6	246.3
Islas de la Bahía	64.2	65.9	67.7
La Paz	202.3	206.1	209.8
Lempira	326.9	333.1	339.3
Ocatepeque	148.8	151.5	154.3
Olancho	528.6	537.3	545.8
Santa Bárbara	427.8	434.9	441.9
Valle	176.4	178.6	180.8
Yoro	578.5	587.4	596.1

Fuente: INE - Proyecciones de la población 2014-2016.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística INE – Proyecciones de la población 2014-2016)

Honduras tiene una tasa de crecimiento poblacional de aproximadamente del 2.0%. La población está casi igualmente distribuida en la zona urbana y rural. La mayoría de la población se concentra en los departamentos de Francisco Morazán y Cortés, que es donde están ubicadas

las dos ciudades principales, Tegucigalpa y San Pedro Sula respectivamente, el 36.4 menores de 15 años. La tasa de fecundidad ha descendido a 3.3 hijos por mujer en el 2013 a 2.9, la esperanza de vida a al nacer a aumentado 70.7% y 73.8% al 2015.

Según el censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), existe una población cercana a los dos millones de personas en la región del Valle de Sula, según la cifra estima 1, 980,459 habitantes, representando un 23% de la población total del país. Siendo San Pedro Sula una de las ciudades de mayor aglomeración, con 754,061 habitantes seguidas por Choloma, El Progreso, Villanueva y Puerto Cortés. Del 100% de los pobladores de la región un 78.15% habitan en áreas urbanas y el 21.85% restante vive en el área rural (Monzón, 2016).

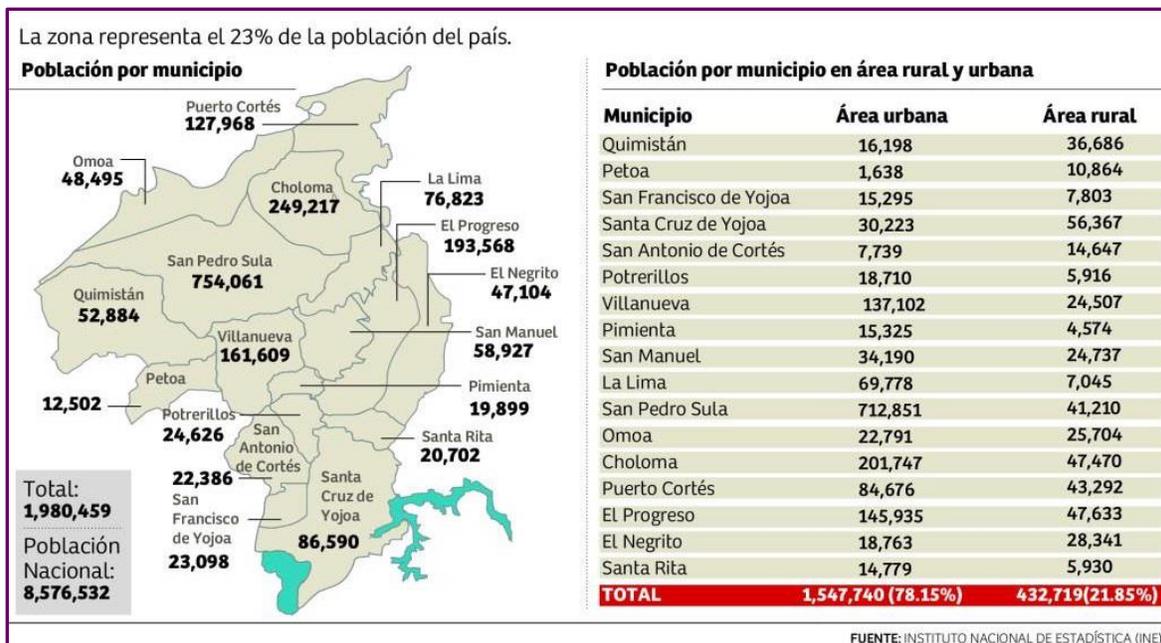


Figura 9. Proyección actual de la población del Valle de Sula

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística INE, 2016)

2.1.2.2 SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS

Como estado de derecho y soberano, Honduras es constituida como república democrática e independiente, que asegura a sus habitantes el goce de justicia, la libertad, la cultura, y el bienestar económico y social. Su constitución establece en el artículo 55, que la persona humana

es el fin supremo de la sociedad y del estado. Reconoce el derecho a la protección de salud, (Artículo 145) y el deber de toda la población de participar en la promoción y preservación en el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

El poder ejecutivo, por medio de la secretaria de salud (artículo 149) es el encargado de velar por la salud y coordinar con los organismos centralizados y descentralizados del sector todas las actividades públicas en salud, mediante el Plan nacional de salud.

El código de salud en sus artículos 1 y 3, establece que la salud es considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un derecho humano inalienable y que corresponde al estado, es así como a toda persona natural o jurídica el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

El sistema salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, el sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la secretaria de salud, el seguro social (IHSS), el sector no público o privado, con o sin fines de lucro. La secretaria de salud ha elaborado un plan nacional de salud 2014-2018 el cual integra propuestas estratégicas para alcanzar la meta del sistema de salud.

Según el código de salud en su artículo 159.- LA SECRETARIA reglamentará lo relacionado con los requisitos mínimo que deben llenar, según su clasificación las instituciones en cuanto a instalaciones físicas, equipo, personal, organización y funcionamiento, de tal manera que garantice al usuario un nivel de atención apropiada.(Código de Salud, 1996, p. 25)

2.1.2.2.1 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

En 1959 se aprobó la Ley de Seguro Social, que creó el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), cuya competencia es garantizar el derecho humano a la salud y a la asistencia médica a los trabajadores dependientes asegurados y a sus beneficiarios. El IHSS cubre los siguientes riesgos: enfermedad común, maternidad, accidente de trabajo, accidente común, enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte. Dichos riesgos están cubiertos por tres tipos de regímenes: 1) Enfermedad-Maternidad (EM); 2) Invalidez, Vejez y Muerte (IVM); y 3) Riesgo profesional, que entró en vigencia en julio de 2005.

El IHSS cubre a los trabajadores del sector formal de la economía afiliados a la seguridad social, al cónyuge, a los hijos menores de 11 años. En 2009 se estableció el Régimen Especial de Afiliación Progresiva para los Trabajadores Autónomos (REAPTA) que incluye a los trabajadores independientes o asegurados voluntarios. En 2016 prestaba servicios en 11 departamentos y 20 municipios a una población total de 1.383,365 entre cotizantes y beneficiarios.

El IHSS se financia con fondos privados provenientes de empleadores públicos y privados, las cotizaciones de los empleados y de sus recursos propios. Es una institución descentralizada del Gobierno fundado el 19 de mayo de 1959, mediante Decreto Legislativo 140. Cotizante: Asegurado que paga una cuota y está vigente para recibir los servicios que presta el Régimen. Beneficiario: Asegurado que recibe los beneficios del Sistema este es inscrito por el cotizante, cubre los niños hasta 11 años y a las mujeres maternidad.

2.1.2.2.2 HOSPITALES Y CLINICAS PRIVADAS

El Sector Privado está constituido por los profesionales de la salud que prestan sus servicios de diagnóstico y tratamiento en Hospitales y clínicas con o sin fines de lucro. Incluye farmacias, droguerías, laboratorios.

De acuerdo con la información disponible en 2011 había 77 hospitales privados en el país. Este sector incluye también a las aseguradoras privadas. El sector privado atiende alrededor de 5% de la población.

Tabla 4. Listado de hospitales y sus capacidades

SALUD	2014	2015	2016
Número de Hospitales a Nivel Nacional	110	110	113
Privados	82	81	84
Oficiales	28	29	29
Regionales	6	6	6
De área	16	16	16
Nacionales ^{1/}	6	7	7
Cardiopulmonar	1	1	1
Materno Infantil -Médico Quirúrgico	3	3	3
Pediátrico	0	1	1
Psiquiátrico	2	2	2

SALUD	2014	2015	2016
Número de Camas Hospitalarias	6,190	6,355	6,555
Hospitales Estatales	5,568	5,745	5,888
IHSS	622	610	667
Número de Médicos Colegiados a Nivel Nacional	9,714	10,996	12,475
Generales	6,409	7,664	8,999
Especialistas	3,305	3,332	3,476
Número de Centros de Salud	1,611	1,614	1,626
Cesar ^{2/}	1,082	1,085	1,086
Cesamo ^{3/}	440	439	446
CMI ^{4/}	72	72	74
Clíper	3	3	2
Policlínico	0	1	3
CEO	14	14	15

Fuente: (Banco Central de Honduras BCH – “Honduras en cifras 2014-2016”: Salud, Hospitales)

Según entrevista con la Dra. Suyapa Bejarano (ver Anexo 3), oncóloga clínica de la Liga Contra el Cáncer, un censo estimado de los Oncólogos especialistas de Honduras, se detallan a continuación, sacando una estadística de cuantos especialistas en cirugía y especialistas clínicos contamos en nuestro país.

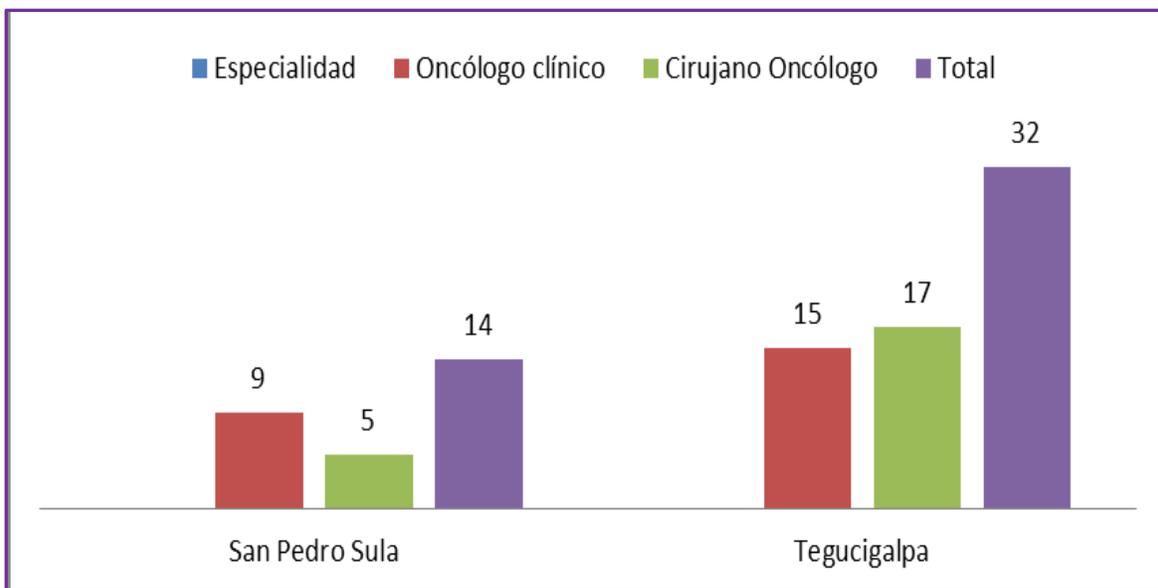


Figura 10. Cantidad de Oncólogos en Honduras

Fuente: (Liga contra el Cáncer, Dra. Suyapa Bejarano)

Tabla 5. Listado de Oncólogos en San Pedro Sula

No.	Nombre	Ciudad	Especialidad
1	Allan Roy Stefan Shedden	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
2	Aníbal Soler (QEPD)	San Pedro Sula	Cirujano Oncólogo
3	Héctor Hernández O.	San Pedro Sula	Cirujano Oncólogo
4	Ismael Segura Galdámez	San Pedro Sula	Cirujano Oncólogo
5	Jorge H. Umanzor	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
6	José Nahún Lemus	San Pedro Sula	Cirujano Oncólogo
7	Julio Alvarenga	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
8	Manuel Maldonado	San Pedro Sula	Cirujano Oncólogo
9	Manuel Salinas	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
10	Raúl Wilfredo Galeano Milla	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
11	Rolando Medina	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
12	Suyapa Bejarano	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
13	Raúl Tábora	San Pedro Sula	Oncólogo clínico
14	Roxana Esther Martínez	San Pedro Sula	Oncólogo clínico

Fuente: (Liga contra el Cáncer, Dra. Suyapa Bejarano)

Tabla 6. Listado de Oncólogos en Tegucigalpa

No.	Nombre	Ciudad	Especialidad
1	Alejandra Zavala	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
2	Américo Arias	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
3	Ángel Argueta	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
4	Ángel Sánchez	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
5	Borlin Galeas	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
6	Carlos Noé Mendoza	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
7	Cinthia Aquino Mendoza	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
8	Claudia María Calderón	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
9	Cristiam Alvarado	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
10	Daniel Antúnez	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
11	Edgardo Pineda	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
12	Elmer Turcios (G.O)	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
13	Enrique Guillermo Flores Conde	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
14	Flora Duarte	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
15	Jorge Rodríguez	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
16	José Elder Noguera	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
17	Luis Flores	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
18	Luis Ortiz	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
19	Marcio Iván Pinto	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
20	Mario Sánchez	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
21	Miriam Odette Chávez	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
22	Olvin Isaac Reyes	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
23	Oscar Flores	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
24	Pedro Zelaya	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
25	Rafael Mojica	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
26	Ramón Andrade	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
27	Raúl Fernando López	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
28	Raúl Sánchez	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo
29	Ricardo Bulnes	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
30	Rigoberto Gallegos	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
31	Ritza Anabel Calero	Tegucigalpa	Oncólogo clínico
32	Roberto Jerez	Tegucigalpa	Cirujano Oncólogo

Fuente: (Liga contra el Cáncer, Dra. Suyapa Bejarano)

En Honduras existen dos hospitales Oncológicos, cuyo enfoque son los tratamientos médicos y cirugías, estos son el hospital Enma Romero de Callejas en Tegucigalpa, este cuenta con una

unidad de cuidados paliativos y La Liga contra el Cáncer en San Pedro Sula, el cual según una entrevista con el Dr. Zerón, están en planes de abrir una pequeña área de cuidados paliativos en 2018.

Existe un centro en la ciudad de Tegucigalpa liderado por una entidad religiosa, los profesionales en cuidados paliativos hay 2 médicos, 1 técnico anestesiólogo. Todos con estudios en el extranjero, ya que el tema no está incluido en los pensum de las carreras de medicina y no se cuenta con una especialidad en Honduras para profesionales que deseen especializarse en esta área (ver Anexo 18, Pensum de la Carrera de Medicina en Honduras).

En San Pedro Sula no se cuenta con un especialista en el tema.

2.1.2.2.3 LIGA CONTRA EL CÁNCER

En la página web de la Liga contra el Cáncer se encuentra un poco de la historia de la institución, la cual comenzó con la iniciativa de un grupo de ciudadanos preocupados por el progreso incontrolado de la enfermedad del cáncer, dirigido por los doctores Sergio Bendaña y Oscar Raudales.

Obtiene su Personería Jurídica en Marzo de 1965 como una institución médica contra el cáncer sin fines de lucro. Ese mismo año se traslada al edificio en donde están ubicados actualmente, iniciándose solo con un médico, el doctor Arturo Segura, aumentándose paulatinamente el No. de los mismos hasta diecinueve en la actualidad.

En 1985 se inaugura el servicio de radioterapia, con una unidad de cobalto. El Dorado 80, con la que se han curado miles de pacientes. Actualmente cuenta con una moderna unidad Theratron 780. En el año 2000, se inician los trámites legales para convertirla en una Fundación contra el Cáncer a iniciativa del Dr. Jorge Umanzor Sabillón.

2.1.3 ANÁLISIS INTERNO (CAPCA)

La empresa Centro Asistencial para pacientes con Cáncer CAPCA será fundada en febrero del 2018 en la ciudad de San Pedro Sula, Honduras con el propósito de brindar un enfoque personalizado en cuidados continuos para los pacientes con cáncer y sus familiares.

La empresa contará con los siguientes servicios de apoyo:

- 1) Educación
- 2) Nutrición
- 3) Apoyo Psicológico
- 4) Apoyo Espiritual
- 5) Programa Especial al Cuidador
- 6) Unidad del dolor y cuidados paliativos (a futuro)
- 7) Charlas informativas y motivacionales a pacientes con cáncer y sus familiares.
- 8) Actividades y eventos complementarios, que brinda soporte al paciente.

2.1.3.1 ANALISIS FODA

Steiner (1997) menciona que la planeación estratégica consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes, proporcionan la base para que una empresa tome mejores decisiones en el presente. Ello implica entre otras cosas, la elaboración de múltiples planes para alcanzar su visión y misión.

Antes de abordar los pasos del procedimiento del análisis FODA, es ventajoso establecer los conceptos de las variables fundamentales que se utilizan, siendo estos: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Se inicia con los conceptos de las variables internas, fortalezas y debilidades y luego con las externas, oportunidades y amenazas. Esto a manera de agrupar los conceptos dentro de su misma categoría.

Fortaleza: Se convierte en aquellos elementos o factores que estando bajo su control, mantiene un alto nivel de desempeño, generando ventajas o beneficios presentes y claro, con posibilidades atractivas en el futuro.

Debilidad: Significa una deficiencia o carencia, algo en lo que la organización tiene bajos niveles de desempeño y por tanto es vulnerable, denota una desventaja ante la competencia, con posibilidades pesimistas o poco atractivas para el futuro. Constituye un obstáculo para la consecución de los objetivos, aun cuando está bajo el control de la organización.

Oportunidades: Son circunstancias del entorno que son potencialmente favorables para la organización y pueden ser cambios o tendencias que se detectan y que pueden ser utilizados ventajosamente para alcanzar o superar los objetivos. El reconocimiento de oportunidades es un reto para los administradores debido a que no se puede crear ni adaptar una estrategia sin primero identificar y evaluar el potencial de crecimiento y utilidades de cada una de las oportunidades prometedoras o potencialmente importantes.

Amenazas: Son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcanzar los objetivos establecidos, pueden ser cambios o tendencias que se presentan repentinamente o de manera paulatina, las cuales crean una condición de incertidumbre e inestabilidad en donde la empresa tiene muy poca o nula influencia, las amenazas también, pueden aparecer en cualquier sector como en la tecnología, competencia agresiva, productos nuevos más baratos, restricciones gubernamentales, impuestos, inflación, etc.

Utilizaremos esta herramienta de planificación estratégica para realizar el análisis interno detallando las fortalezas y debilidades y el análisis externo con las oportunidades y amenazas para la creación del centro asistencial para pacientes con cáncer CAPCA en San Pedro Sula, Honduras.

2.1.3.1.1 FORTALEZAS

Las principales fortalezas identificadas son:

- 1) Interés de la sociedad hondureña, gobierno, ONG's y organizaciones internacionales para el estudio y tratamiento de cáncer, y en promover los cuidados a los pacientes.
- 2) Organización de asociaciones de pacientes y familiares exigiendo se cumpla el derecho de una adecuada atención médica.
- 3) Compromiso de la sociedad civil para ayudar a pacientes con cáncer de escasos recursos y recibir la atención médica necesaria.
- 4) Existe personal paliativista con experiencia administrativa en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), lo que puede impulsar el desarrollo de cuidados continuos y paliativos dentro del IHSS.

2.1.3.1.2 OPORTUNIDADES

Se encontraron las siguientes oportunidades:

- 1) Posibilidad de promover los cuidados continuos y paliativos con el apoyo de las sociedades y/o grupos de apoyo de pacientes y familiares.
- 2) Interés de personas dentro de las facultades de medicina para incluir los principios de cuidados continuos y paliativos desde el pregrado.
- 3) Existe voluntad política en la Secretaría de Salud y en las autoridades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- 4) Nula existencia de un centro asistencial de oncología para cuidados continuos y paliativos en la ciudad de San Pedro Sula.

2.1.3.1.3 DEBILIDADES

Las debilidades identificadas son:

- 1) Falta de conocimiento de la sociedad en general para aceptar los beneficios de los cuidados paliativos con relación a los fármacos opioides y la eutanasia.
- 2) Escasez de personal de salud que se dedique a los cuidados continuos y paliativos.
- 3) Falta de data estadística precisa en las autoridades del Ministerio de Salud y el gremio médico oncológico para brindar el apoyo necesario a los pacientes con cáncer y sus familias.

2.1.3.1.4 AMENAZAS

Se detallan a continuación las amenazas encontradas:

- 1) Rivalidades con los oncólogos que tienden a contradecir las indicaciones brindadas por paliativistas, generando dudas en los pacientes y sus familias.
- 2) Desconocimiento del concepto de cuidados continuos y todos los beneficios que se obtienen en la calidad de vida del paciente con cáncer.
- 3) No existe hasta el momento un presupuesto aprobado en la Secretaría de Salud o en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) para promover este tipo de servicio.

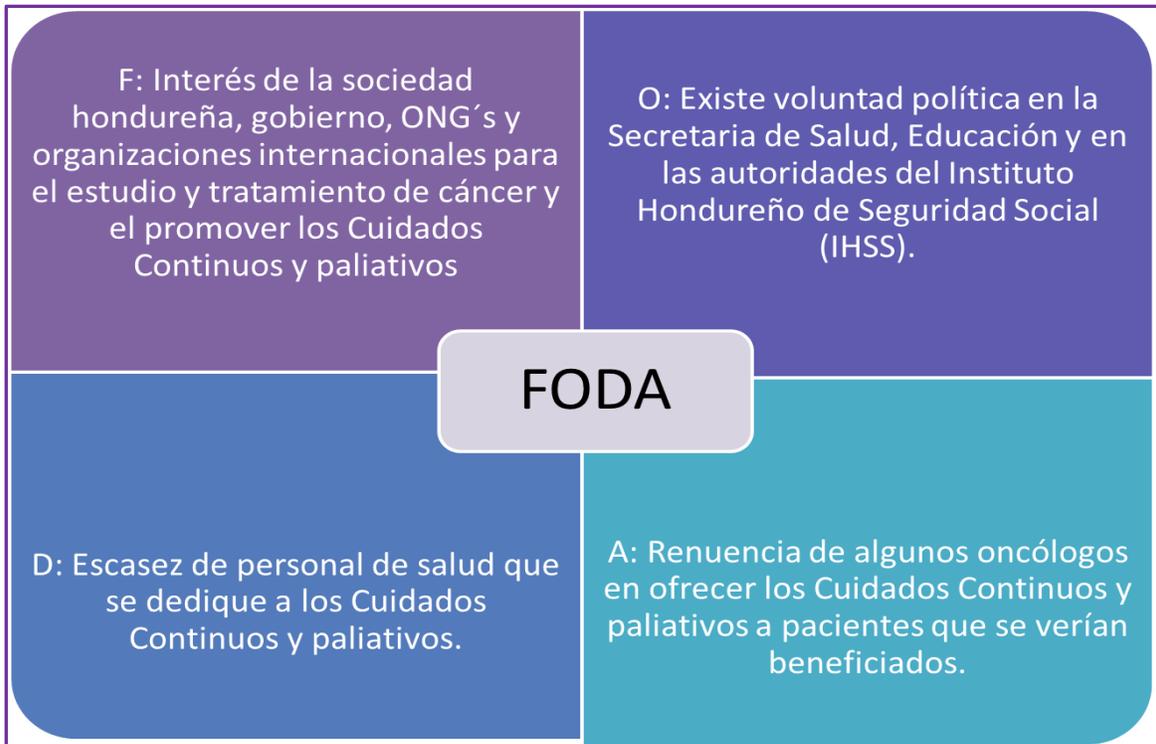


Figura 11. Matriz FODA – CAPCA –

Fuente: Elaboración propia

2.1.3.2 ANALISIS PEST

El análisis PEST es un análisis del macro entorno estratégico externo donde opera una organización. Son numerosos factores que determinan y afectan el entorno de una organización y estos deben ser identificados, entendidos y analizados por la compañía si quiere lograr un desempeño óptimo. PEST es un acrónimo de los factores: Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos del contexto. En la siguiente figura se muestra el diagrama del análisis PEST:

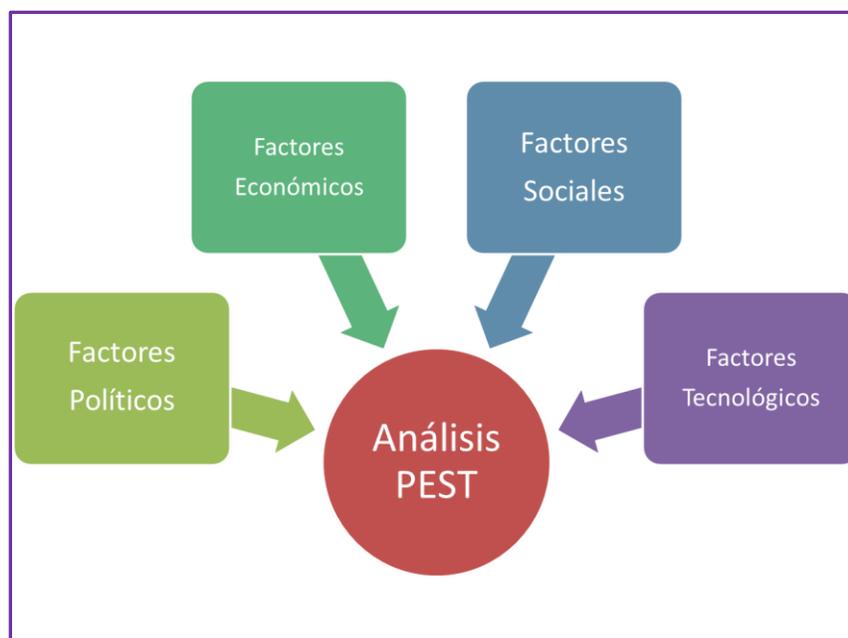


Figura 12. Diagrama del Análisis PEST

Fuente: Elaboración propia

Según Johnson G & Whittington (2005) estos factores detallados en el diagrama consisten en lo siguiente:

- 1) Factores Políticos: estos se refieren al grado de intervención del gobierno en la economía así como la normatividad y leyes que las compañías deben cumplir. Estos pueden ser leyes laborales, políticas fiscales, regulaciones del ambiente y clima político. Las regulaciones impuestas por el gobierno para industrias específicas se deben incluir, como por ejemplo los requisitos de licencia sanitarias para los centros y hospitales.
- 2) Factores Económicos: Estos incluyen las tasas de inflación, de interés, empleo/desempleo, tasa de cambio y otros indicadores de crecimiento económico. Los factores económicos que enfrenta una organización tiene un impacto significativo en como una empresa ejerce sus operaciones en el futuro. Por ejemplo, las tasas de interés que prevalezcan en una economía tienen influencia en el costo de capital disponible para una organización.
- 3) Factores Sociales: Estos incluyen diferentes aspectos culturales y demográficos de la sociedad que forma el macro entorno de la organización. Los factores sociales pueden ser la tasa de

crecimiento poblacional, distribución de edad, actitudes, atributos de carrera, tendencias de consumo y estilos de vida. El estudio de estos factores puede ayudar a las organizaciones a entender la dinámica de mercados existentes y emergentes potenciales y necesidades futuras de los consumidores.

- 4) Factores Tecnológicos: La tecnología está avanzando a un ritmo rápido y los consumidores son más comprensivos de ella. Con la llegada de la tecnología, la tecnología vieja se vuelve anticuada y obsoleta. Los factores tecnológicos que enfrenta una organización incluye cambios tecnológicos, actividades de investigación y desarrollo, razón de obsolescencia, automatización e innovación. Si una organización no mantiene un ojo en los cambios tecnológicos, se puede quedar atrás de sus competidores.

Un análisis PEST es aún más importante cuando una organización va a lanzar un nuevo negocio o producto ya que todos estos factores desempeñan un papel importante en determinar la viabilidad y rentabilidad de la nueva del nuevo emprendimiento. Una organización que tome en consideración un análisis PEST, estará en una mejor posición para analizar los retos, entorno, factores, oportunidades, restricciones e incentivos que deberá enfrentar. En el caso contrario, una organización que no considere ninguno de estos factores, puede fallar en su planeación y operación (Johnson G & Whittington, 2005).

Este análisis es una herramienta eficaz, sencilla y necesaria para evaluar la situación actual que puedan afectar al negocio.



Figura 13. Análisis PEST – CAPCA –

Fuente: Elaboración propia

2.2 TEORIAS DE SUSTENTO

En este capítulo se presentan las principales teorías para sustentar la investigación. La teoría se genera a partir de comparar la investigación previa con los resultados del estudio, de hecho, estos son una extensión de las investigaciones anteriores.(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, s. f.-b)

2.2.1 CICELY SAUNDERS Y EL HOSPICIO ST. CHRISTOPHER´S

La medicina paliativa se ha desarrollado en gran parte por Dame Cicely Saunders, quien sostuvo que el objetivo de la medicina paliativa es el control de síntomas y la coordinación interdisciplinaria con otros profesionales de la salud – enfermeras, psicólogos, agentes pastorales, asistentes sociales, kinesiólogos, administrativos y voluntarios, entre otros– para una atención integral apropiada de los pacientes en una fase avanzada de enfermedad, o terminales y sus familias.

Fundó el hospicio moderno e inició un movimiento mundial para proveer de un cuidado compasivo, especialista en área comenzó con la profesión de enfermera, trabajadora social y doctora, sus nuevos métodos para el control del dolor y un acercamiento multifacético y holístico del cuidado del paciente.

Esto condujo al desarrollo de una nueva especialidad médica, un cuidado paliativo y el hospicio contemporáneo (La gran historia de Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, 2011).



Figura 14. Dame Cicely Saunders

Fuente: (La gran historia de Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, 2011)

2.2.2 CUIDADOS CONTINUOS Y PALIATIVOS DURANTE EL CÁNCER

El cuidado paliativo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002 como un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad amenazante para la vida, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (Cáncer, 2017)”

Los cuidados paliativos han tenido un enfoque en la etapa final de vida de un paciente ya desahuciado, pero en la actualidad se considera también para las enfermedades degenerativas y cáncer, y se busca mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del largo proceso de tratamiento médico, desde el diagnóstico, a estos se les conoce como cuidados continuos. Uno de los estudios constantes en diferentes entidades como la Organización Mundial de la Salud, el estudio “Cancer pain relief an palliative care” 1990.

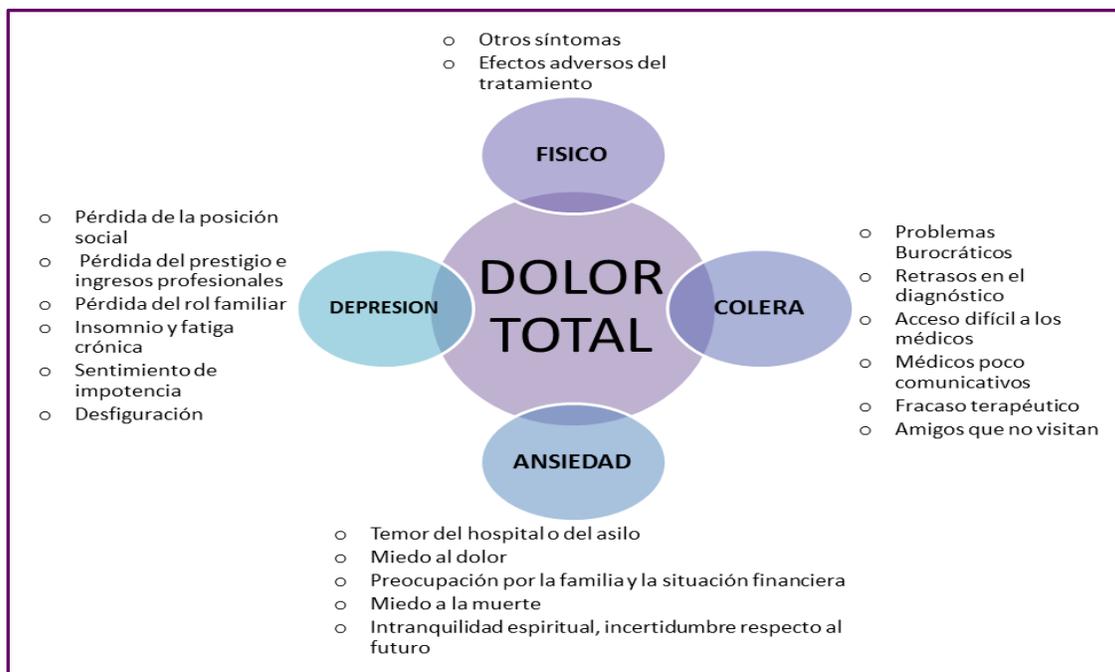


Figura 15. Factores que modifican la percepción del dolor por el paciente

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

El objetivo de los cuidados continuos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad.

Los cuidados se administran a lo largo de la experiencia del paciente con cáncer. Deben empezar en el diagnóstico y continuar durante el tratamiento, durante los cuidados de seguimiento y al final de la vida.

Aunque cualquier profesional médico puede proporcionar cuidados paliativos al tratar los efectos secundarios y problemas emocionales del cáncer, hay algunos profesionales médicos que tienen una concentración particular en este tipo de cuidados. El especialista en cuidados paliativos es un profesional médico que se especializa en el tratamiento de los síntomas, de los efectos secundarios y de los problemas emocionales que sufren los pacientes. La meta es mantener la mejor calidad de vida posible.

Muchas veces, los especialistas en cuidados paliativos trabajan como parte del equipo multidisciplinario para coordinar el cuidado médico. Este equipo de cuidados paliativos puede estar formado por médicos, por enfermeras, dietistas titulados, farmacéuticos y por asistentes sociales. Muchos equipos incluyen psicólogos o capellanes del hospital. Los especialistas en cuidados paliativos pueden recomendar a los médicos de atención primaria cómo controlar el dolor y otros síntomas en sus pacientes. Estos continúan teniendo a sus médicos de atención primaria quienes son los que administran los cuidados paliativos.

Los cuidados continuos se añaden al tratamiento para el cáncer. Sin embargo, cuando el paciente llega al punto en el cual ya no puede justificarse el tratamiento para combatir el cáncer, los cuidados paliativos pasan a ser el enfoque total de atención. Se seguirán administrando para aliviar los síntomas y los problemas emocionales del cáncer. Los proveedores de cuidados paliativos pueden ayudar a facilitar la transición a los cuidados del final de la vida.

Aunque los cuidados al final de la vida tienen los mismos principios de comodidad y apoyo, los cuidados paliativos se ofrecen más temprano en el curso de la enfermedad. Como se mencionó más arriba, el tratamiento para el cáncer continúa administrándose y evaluándose mientras el paciente recibe cuidados paliativos. Los cuidados al final de la vida son una forma de cuidados paliativos que se administran a una persona cuando las terapias para el cáncer ya no

controlan la enfermedad. Se enfocan en el cuidado no en la curación. Cuando una persona recibe un diagnóstico terminal (lo cual casi siempre se define como el período en donde la esperanza de vida es de seis meses o menos) y se acerca al final de la vida, podría reunir las características para recibir cuidados para el final de su vida.

Los cuidados continuos y paliativos pueden tratar una amplia gama de problemas e integran las necesidades específicas de la persona en su atención médica. Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra. Por ejemplo, las diferencias en edad, en antecedentes culturales o en sistemas de apoyo pueden dar como resultado necesidades muy diferentes de estos cuidados.

La paliación, como una estrategia más contra el cáncer, no debe estar inspirada en la incapacidad o impotencia frecuente de los clínicos en alcanzar la curación de esta enfermedad, sino en la aceptación del deseo unánime de todos los pacientes de vivir su enfermedad libre de síntomas controlables con el esfuerzo conjunto de los diferentes especialistas involucrados en su cuidado.

El modelo ideal de cuidados sería aquel en el que todos los componentes del equipo multidisciplinar están presentes durante todo el proceso neoplásico y atendiendo a las necesidades del paciente. Este nuevo modelo cambiaría la clásica denominación de cuidados paliativos por la de cuidados continuos.(Camps Herrero & Martínez Banaclocha, 2002)

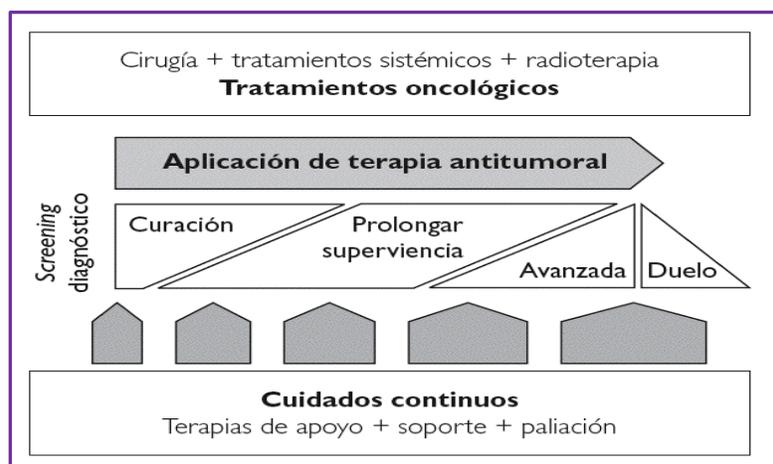


Figura 16. Atención Integral en una Unidad de Cuidados Continuos

Fuente: (Revista Elsevier España, 2005)

Los cuidados paliativos completos tendrán en cuenta los siguientes problemas de cada paciente:

- 1) Problemas físicos: Los síntomas físicos comunes son el dolor, la fatiga, falta de apetito, náuseas, vómitos, falta de respiración e insomnio. Muchos de estos síntomas se pueden aliviar con medicamentos o con otros métodos como la terapia nutricional, la fisioterapia o las técnicas de respiración profunda. Además, la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía pueden usarse para reducir el tamaño de tumores que causan dolor y otros problemas.
- 2) Problemas emocionales y para hacer frente a la enfermedad: Los especialistas en cuidados continuos pueden proporcionar recursos para ayudar a los pacientes y a sus familias a hacer frente a las emociones que acompañan a un diagnóstico de cáncer y al tratamiento del mismo. La depresión, la ansiedad y el temor son algunos de los problemas que se pueden tratar con los cuidados continuos. Los expertos pueden proveer orientación, recomendar grupos de apoyo, realizar reuniones familiares y hacer recomendaciones a profesionales de salud mental.
- 3) Problemas prácticos: Los pacientes de cáncer pueden tener inquietudes financieras o legales, preguntas sobre el seguro médico, preocupaciones sobre el empleo y sobre la preparación de instrucciones médicas por adelantado. Para muchos pacientes y sus familias, es difícil entender el lenguaje técnico y los detalles específicos de las leyes y de los formularios. Para aligerar esta carga, el equipo de cuidados continuos puede ayudar en la coordinación de los servicios apropiados. Por ejemplo, el equipo puede dirigir al paciente y a sus familias a recursos que ofrecen orientación financiera, explicaciones de los formularios médicos, u orientación legal, o a identificar recursos locales y nacionales tales como oficinas para transporte o para la vivienda.
- 4) Problemas espirituales: Cuando reciben el diagnóstico de cáncer, los pacientes y sus familias suelen buscar con más profundidad el significado de su vida. Para algunos pacientes, la enfermedad les da más fe; para otros, la enfermedad hace que pongan su fe en duda mientras luchan para entender por qué han padecido ellos cáncer. Un experto en cuidados continuos puede ayudar a las personas a explorar sus creencias y valores para que encuentren paz o para que lleguen al punto de aceptación que es apropiado en su situación.
- 5) Problemas familiares o del cuidador: Los familiares representan una parte importante del tratamiento del cáncer y, como el paciente, tienen varias necesidades cambiantes. Es común

que los familiares se sientan abrumados por las responsabilidades adicionales que tienen ahora. Muchos encuentran difícil cuidar a un familiar enfermo mientras satisfacen sus otras obligaciones, como su trabajo y cuidar sus otros familiares. Otros problemas se pueden añadir a la tensión, incluso la incertidumbre de cómo ayudar a sus seres queridos en situaciones médicas, el apoyo social insuficiente y las emociones como la preocupación y el temor. Estos retos pueden comprometer su propia salud. Los cuidados paliativos pueden ayudar a las familias y amigos a hacer frente a estos problemas y ofrecerles el apoyo que necesitan.

La transición de tratamiento continuo a cuidados para el final de la vida es una parte clave de los cuidados paliativos. Un equipo de cuidados paliativos puede ayudar a los pacientes y a sus seres queridos a prepararse para los cambios físicos que pueden tener lugar cerca del final de la vida y responder con un manejo adecuado de los síntomas en esta etapa de la atención. El equipo puede también ayudar a los pacientes a hacer frente a los distintos pensamientos y problemas emocionales que se presentan, como lo son la preocupación de abandonar a sus seres queridos, las reflexiones acerca de su legado y relaciones, o llegar a aceptar que su vida ha terminado. Además, los cuidados paliativos pueden apoyar el estado emocional de familiares y de seres queridos, y con cuestiones como cuándo cesar la administración de terapia para el cáncer, la orientación en el duelo y la transición a cuidados para el final de la vida.

Los cuidados continuos se entienden como la atención integral de la persona enferma en su realidad total. Estos cuidados se inician desde el mismo momento del diagnóstico y continúan a lo largo del proceso evolutivo y tiene especial énfasis en las fases avanzadas o finales, siendo un componente esencial en el tratamiento del cáncer. El objetivo final es mantener en lo posible la mejor calidad de vida entendida como una situación de bienestar físico, mental y social.

2.2.3 PROYECTOS EN CUIDADOS CONTINUOS

La investigación indica que los cuidados continuos y paliativos con sus varios componentes son beneficiosos para la salud y el bienestar del paciente y de su familia. Varios estudios realizados han mostrado que los pacientes cuyos síntomas están bajo control y que pueden

comunicar sus necesidades emocionales tienen una mejor experiencia de su atención médica. Su calidad de vida y síntomas físicos mejoran.

Además, el informe del Instituto de Medicina publicado en 2007, *Cancer Care for the Whole Patient*, hace referencia de muchos estudios que muestran que los pacientes se adhieren menos a su tratamiento y a controlar su enfermedad y su salud cuando hay problemas físicos y emocionales.

El Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) apoya varios proyectos, incluso estudios clínicos, en el campo de control de síntomas y de cuidados paliativos. La lista del NCI de estudios clínicos de cáncer incluye todos los estudios clínicos apoyados por el NCI que tienen lugar en todo Estados Unidos y en Canadá, así como en el mundo.

Además, la División de Prevención de Cáncer del NCI apoya la investigación que trata de la prevención y tratamiento de muchos síntomas relacionados con el cáncer, incluyendo náuseas y vómitos, fatiga, neuropatía periférica, dolor y problemas para dormir. La Oficina de Supervivencia al Cáncer patrocina investigación que trata del manejo de síntomas para pacientes y familias que han completado el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mantienen programas actualizados en organización en la cual describen modelos de atención de salud que podrían propiciar un manejo integrado en la atención primaria de la salud y proporcionan una guía práctica para los administradores de programas de salud, los formuladores de políticas públicas y los actores involucrados en como planificar y prestar servicios de alta calidad.(OMS & OPS, 2013) (OMS & OPS, 2013)

2.2.4 MARKETING MIX

El término marketing mix apareció por primera vez en la obra *The Concept of Marketing Mix* (1984) del teórico Neil H. Borden (1895-1980), profesor de marketing y publicidad en la Escuela de Negocios de Harvard. Dijo que se inspiró en una investigación que describía el papel del responsable de marketing como un “mezclador de ingredientes” y propone en esta fase una lista de doce elementos del marketing mix industrial. En 1960, el profesor Jerome McCarthy retoma

la teoría de Borden y retiene cuatro puntos esenciales, las 4P (producto, precio, posición, promoción) en su obra Basic Marketing: a Managerial Approach.

50Minutos.es (2016) define a el marketing mix como un concepto que describe las diferentes etapas y decisiones que las empresas hacen a lo largo del proceso de entrada en el mercado de un producto o servicio; mientras que el modelo de las 4P es una forma – posiblemente la más conocida – de definir el marketing mix.

El marketing mix agrupa todas las decisiones y acciones de marketing tomadas para asegurar el éxito de un producto o servicio. La primera etapa decisiva del método es el análisis del mercado. Una vez realizado, el modelo de las 4P puede resultar una herramienta para la toma de decisiones de calidad para los vendedores. Además de cubrir los campos de todos los elementos en los que los vendedores pueden actuar, este modelo es de uso sencillo.

De forma más general, el modelo del marketing mix puede utilizarse para ayudar a la toma de decisiones en el contexto de una nueva oferta en el mercado y también para probar su propia estrategia de marketing.

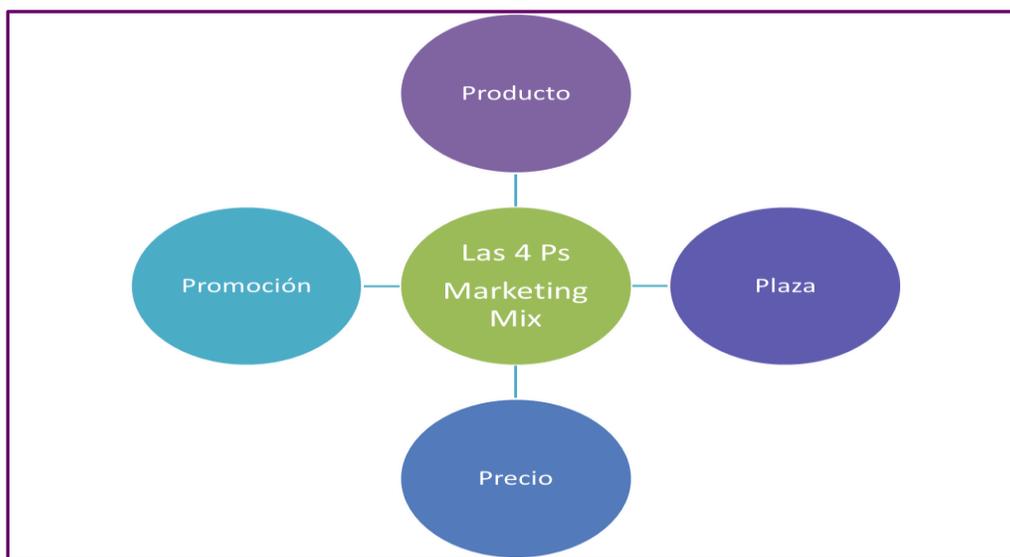


Figura 17. Las 4 Ps del Marketing Mix

Fuente: (El Marketing Mix: Las 4PS para Aumentar sus Ventas, 2016)

La calidad de la estrategia de marketing establecida reside en la pertinencia y coherencia de los cuatro elementos que componen la teoría del marketing mix, que podría resumirse de esta forma: el producto correcto en el lugar, precio y momento adecuado.

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN

A lo largo de la investigación se usaran términos específicos de la misma, por lo que en esta sección se definirán los más importantes para que el lector tenga una mejor comprensión de los mismos.

- 1) **Cáncer:** Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.
- 2) **Cuidados Paliativos:** El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a los pacientes con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando los pacientes se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida.
- 3) **Cuidados Continuos:** El objetivo de los cuidados continuos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad. Los cuidados se administran a lo largo de la experiencia del paciente con cáncer. Deben empezar en el diagnóstico y continuar durante el tratamiento, durante los cuidados de seguimiento y al final de la vida.
- 4) **Oncólogo:** Médico que tiene una formación especial para diagnosticar y tratar el cáncer. Algunos oncólogos se especializan en un tipo particular del tratamiento del cáncer.
- 5) **Oncólogo Médico:** Que tiene una formación especial para diagnosticar y tratar el cáncer en adultos mediante quimioterapia, terapia con hormonas, terapia biológica y terapia dirigida. A menudo, un oncólogo médico es el proveedor principal de atención de la salud de alguien que padece cáncer. También brinda cuidados médicos de apoyo y puede coordinar el tratamiento administrado por otros especialistas. También se llama oncólogo clínico.

- 6) Oncólogo Cirujano: Es aquel que se encarga de todos los procedimientos relacionados a la cirugía de los tumores, desde una muestra o biopsia, hasta una cirugía a veces de grandes proporciones, como de la mama, cuello de la matriz, estómago o pulmón; frecuentemente también realiza procedimientos como aplicación de catéteres para infusiones de medicamentos y otros productos o se encarga de resolver derrames de líquido tumoral en las cavidades del organismo. Su formación profesional es diferente a la de los otros oncólogos, pues antes de ser Cirujano Oncólogo, tuvo formación en el área de Cirugía General.
- 7) Micro entorno: son los factores o elementos dentro del área de operación de una organización, que afecta su desempeño y libertad de toma de decisiones. El micro entorno es un entorno más local donde la organización puede ejercer un cierto grado de influencia (Johnson et al, 2015).
- 8) Macro entorno: es el entorno general de una organización que está fuera de su control. Consiste de elementos políticos, sociales, económicos, tecnológicos, ambientales y legales, los cuales afectan a la industria y organización que este dentro de él (Johnson et al, 2015).
- 9) GLOBOCAN: Base de datos presentada por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS. Presentó los datos más recientes en incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en el mundo, presenta las estimaciones para 28 tipos de cáncer en 184 países en el mundo y ofrece una revisión integral de la carga de cáncer mundial.
- 10) OMS: Organización Mundial de la Salud.
- 11) OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- 12) IARC: Agencia Internacional de Investigación del Cáncer.
- 13) Nutriólogo: Es el profesional de la salud capacitado para evaluar el estado de nutrición de los individuos, las comunidades y/o grupos de población, así como determinar el plan de alimentación requerido de acuerdo a las condiciones biológicas y socioculturales.
- 14) Psicólogo: Profesional cualificado que ha recibido una formación universitaria formal en Psicología. La Psicología es la ciencia que estudia la conducta humana, entendiendo dentro de este concepto cuestiones relacionadas con el aprendizaje, procesos de pensamiento, emociones, comportamientos, tanto en su desarrollo normal como en los diferentes trastornos o problemas del pensamiento, de las emociones y del comportamiento.

2.3.1 VARIABLES DE ESTUDIO DE MERCADO

Las variables del mercado que definiremos basados en el marketing mix son el servicio, precio, plaza (lugar) y promoción. Estas variables nos permitirán dimensionar el posible mercado para el centro asistencial CAPCA.

2.3.1.1 SERVICIO

Balderas & de la Luz (2015) afirman: “La orientación hacia el servicio predomina en la mayoría de los sistemas de salud” (p. 39).

“En las empresas que brindan servicios, el objetivo primordial es producir los bienes intangibles con operaciones, apegadas a los costos programados y la calidad ofrecida al cliente para generar su satisfacción” (Hernández y Rodríguez & Pulido Martínez, 2011, p. 155).

Por lo que el servicio proporcionado por el proyecto se enfoca en las necesidades del paciente con cáncer y sus familias en los cuidados continuos y paliativos. Con los resultados de las encuestas cubriremos los requerimientos con mayor demanda. Para así obtener una influencia objetivo a la variable dependiente.

2.3.1.2 PRECIO

Balderas & de la Luz, (2015) afirman: “El componente de los precios se refiere a los desembolsos que los clientes deben hacer para obtener los servicios” (p. 154).

Los componentes para establecer los precios de los servicios prestados en el proyecto serán determinados por el costo de operación y la expectativa que el mercado potencial está dispuesto a pagar por estos servicios. Es necesario determinar un precio que no sea tan alto en comparación al contexto económico de la población de San Pedro Sula porque genera una influencia negativa a la tasa interna de retorno (TIR).

2.3.1.3 PLAZA

Allen & Meyer (2012) menciona que la ubicación o las consideraciones del sitio, también son importantes para una estrategia. Son especialmente importantes para las empresas de servicio que dependen de que los clientes lleguen hasta ellas. Se puede aumentar la afluencia de los

clientes y estimular las ventas al escoger un lugar cercano a las vías de transportación. También se puede distribuir el sitio para que tenga entradas desde la calle y espacios de estacionamiento, se puede favorecer el horario de servicios, todo esto diseñado para relacionar las necesidades y las oportunidades de clientes potenciales. Esto está enfocado para facilitar que las personas hagan negocios con la empresa.

2.3.1.4 PROMOCIÓN

Balderas & de la Luz, (2015) afirman: “Comunicarse con claridad y precisión asegura el éxito futuro de cualquier organización” (p. 154).

CAPCA es una empresa prestadora de servicios por lo que llegaremos a nuestros clientes de manera responsable, empática y respondiendo a sus necesidades. La estrategia publicitaria se analizará según los resultados de la encuesta, para llegar a nuestro mercado por redes sociales, prensa, televisión, eventos, etc. según la mayor aceptación del mercado.

2.3.1.5 DEMANDA

Según Baca Urbina (2013) la demanda es definida como la cantidad de bienes y servicios que el mercado requiere para buscar la satisfacción de una necesidad específica a un precio determinado (p. 28). La demanda está en función de una serie de factores, tales son la necesidad real que se tiene del servicio, su precio, el nivel de ingreso de la población y otros.

Para efectos de análisis de la demanda, existen diferentes tipos de demanda que se pueden clasificar así:

- 1) En relación con su oportunidad
 - 1.1) Demanda insatisfecha
 - 1.2) Demanda satisfecha
- 2) En relación con su necesidad
 - 2.1) Demanda de bienes social y nacionalmente necesarios
 - 2.2) Demanda de bienes no necesarios o de gusto
- 3) En relación con su temporalidad
 - 3.1) Demanda continua

- 3.2) Demanda cíclica o estacional
- 4) De acuerdo con su destino
 - 4.1) Demanda de bienes finales
 - 4.2) Demanda de bienes intermedios o industriales

Para el análisis de este proyecto el tipo de demanda a considerar es en relación a su necesidad, la demanda de bienes social y nacionalmente necesarios. Son los que requiere la sociedad para su desarrollo y crecimiento, y se relacionan con la alimentación, el vestido, la vivienda y otros rubros, considerando en ellos la salud y calidad de vida.

La demanda será calculada con la información de las entrevistas y la afluencia de pacientes en los hospitales dedicados al tratamiento de cáncer.

2.3.2 VARIABLES DE ESTUDIO TÉCNICO

Las variables para el estudio técnico se han identificado el recurso humano y la organización según sus funciones, instalaciones, equipo necesario para prestar el servicio y el mobiliario necesario.

2.3.2.1 RECURSO HUMANO Y ORGANIZACIÓN

Balderas & de la Luz, (2015) afirman: “El trabajo en equipo hace más productiva una organización, ya que se utiliza con mayor eficiencia el potencial humano y por el mismo costo se logran mejores resultados” (p. 89).

El recurso humano es un factor primordial para el proyecto CAPCA, ya que el servicio que brinda el centro está dirigido a población sensible que sufre con el diagnóstico de cáncer, por lo que la atención personalizada debe ser la mejor. Y los profesionales que se involucren con el centro tendrán valores altos en el trato al paciente y sus familias, y los pilares en el trato serán empatía, calidez y autenticidad.

Para efectos del proyecto, se desglosa el personal adecuado para cada área de atención y los servicios, así como con cuantas personas se contara y la organización de sus tareas.

Tabla 7. Aumento en Salarios Mínimos de Honduras 2017

Rama de actividad económica	Tamaño de las empresas por números de trabajadores	Salario 2016	Aumento	Salario 2017
Servicios comunales	De 1 a 10 empleados	7,726.53	255.74	7,982.27
	De 11 a 50 empleados	7,958.33	263.42	8,221.75
	De 51 a 150 empleados	8,626.31	431.31	9,057.62
	De 151 empleados en adelante	9,168.42	550.1	9,718.52
Actividades de hospitales	De 1 a 10 empleados	7,726.53	255.74	7,982.27
	De 11 a 50 empleados	7,958.33	263.42	8,221.75
	De 51 a 150 empleados	8,522.70	426.13	8,948.83
	De 151 empleados en adelante	8,888.49	533.3	9,421.79

Fuente: (Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, 2017)

Tabla 8. Salarios Mínimos de Honduras 2017

Rama de actividad económica	Tamaño de la empresa	Salario mínimo por hora	Salario mínimo diario	Salario mínimo mensual
Servicios comunales sociales y personales, seguridad y limpieza	1-10 trabajadores	33,26	266,08	7,982.27
	11-50 trabajadores	34,26	274,06	8.221,75
	51-150 trabajadores	37,74	301,92	9.057,62
	151 o más trabajadores	40,49	323,95	9.718,52
Actividades de hospitales	1-10 trabajadores	33,26	266,08	7,982.27
	11-50 trabajadores	34,26	274,06	8.221,75
	51-150 trabajadores	37,29	298,29	8.948,83
	151 o más trabajadores	39,26	314,06	9,421.79

Fuente: (Tusalarario.org, 2017)

Tabla 9. Salarios Mínimos de Honduras 2018

Rama de actividad económica	Tamaño de las empresas por números de trabajadores	Salario Mínimo 2018 Mensual	Salario Mínimo 2018 Jornada Ordinaria de 8 horas laborables	Salario Mínimo 2018 por hora
Servicios comunales	De 1 a 10 empleados	8359.84	278.66	34.83
	De 11 a 50 empleados	8610.64	287.02	35.88
	De 51 a 150 empleados	9555.79	318.53	39.82
	De 151 empelados en adelante	10316.22	343.87	42.98
Actividades de hospitales	De 1 a 10 empleados	8359.84	278.66	34.83
	De 11 a 50 empleados	8610.64	287.02	35.88
	De 51 a 150 empleados	9441.03	314.7	39.34
	De 151 empelados en adelante	10001.25	333.38	41.67

Fuente: (Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, 2018)

Las tablas anteriores muestran los salarios mínimos vigentes en Honduras y se determinan con base al número de trabajadores que fungen en una empresa y las actividades de la misma. Se mantiene la jornada ordinaria de trabajo diurno que no puede exceder las 8 horas diarias y sumando 44 horas a la semana.(Código de Trabajo, s. f.)

Los honorarios profesionales de médico general, licenciado en psicología, licenciado en nutrición y licenciada y auxiliar en enfermería son considerados de acuerdo al arancel de cada uno de los colegios profesionales.

La influencia que ejerce el recurso humano sobre la TIR, es negativa, ya que entre mayor sea el número de trabajadores en el centro CAPCA, mayor será el gasto en el recurso humano.

2.3.2.2 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN

Fincowsky & Benjamin (2009) Mencionan que observar la distribución del espacio, mobiliario, flujo del trabajo y todos aquellos aspectos que apoyen u obstaculicen las labores del personal.

Se analizarán las encuestas para detallar según el mercado la preferencia de localización del centro asistencial y las áreas de necesidad en CAPCA.

2.3.3 VARIABLES DE ESTUDIO FINANCIERO

Las variables del estudio financiero se han identificado con los gastos operativos y administrativos, la inversión inicial.

2.3.3.1 GASTOS OPERATIVOS

Son todos aquellos gastos que no varían con el nivel de producción, muy parecidos a los costos fijos y van directamente relacionados con los factores de producción, en una empresa de servicios en la que el costo de producción se mantiene debido a la naturaleza del proyecto.

2.3.3.2 GASTOS ADMINISTRATIVOS

Gastos reconocidos sobre la actividad administrativa global de una empresa. Para el desarrollo de proyectos es necesario que no solamente se determine los gastos operativos, pero que también los gastos administrativos, es decir los gastos operativos, los gastos asociados que se realizan para en funcionamiento del centro en general.

En los gastos administrativos se tiene que tomar en cuenta:

- 1) Salarios de personal permanente,
- 2) Materiales e implementos de oficina
- 3) Tabla de costos y gastos

2.3.3.3 INTERESES

El coste de tomar dinero prestado es necesario en la mayoría de los proyectos el cual representa un pago por intereses mensuales por el plazo que se destine para el pago del mismo.

La tasa de interés depende de la entidad bancaria o cooperativista que se defina para la solicitud del préstamo.

Tabla 10. Tasa de Interés de Préstamos Interbancarios en Moneda Nacional

(Promedio ponderado mensual en porcentajes)									
MES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enero	8.16	5.76	5.38	6.70	8.72	8.22	7.50	6.90	6.68
Febrero	-	5.74	-	6.50	8.32	8.03	6.51	6.64	6.51
Marzo	6.25	5.73	5.04	6.80	8.30	7.91	5.67	6.56	6.26
Abril	5.64	5.72	5.40	6.37	8.47	7.92	5.84	6.50	6.23
Mayo	5.64	5.08	5.29	6.35	8.38	8.00	6.28	6.46	6.21
Junio	5.55	5.00	5.24	7.79	8.06	8.00	6.38	6.24	6.26
Julio	6.03	5.00	5.24	7.77	8.04	7.50	6.29	6.50	6.09
Agosto	7.21	4.50	5.19	7.81	7.94	7.47	5.96	6.33	6.20
Septiembre	6.05	5.43	5.39	7.93	8.10	7.57	5.87	6.04	6.30
Octubre	5.98	5.31	5.80	8.23	8.24	7.52	6.23	6.27	6.72
Noviembre	5.91	4.83	5.98	8.65	8.26	7.58	6.81	6.37	
Diciembre	5.69	5.06	6.40	8.73	8.31	7.59	6.94	6.55	

Nota: En febrero de 2009 y 2011, no se efectuaron operaciones interbancarias.

Fuente: (Banco Central de Honduras BCH, 2017)

Según la tabla se muestra el resumen de las tasas de interés activa sobre préstamo y la tasa de interés de préstamo interbancarios para el 2017.

2.3.3.4 IMPUESTOS

En todos los formatos de empresas se establece un listado de impuestos que deben de pagarse al gobierno, según sus volúmenes de la unidad de negocio y este es establecido por el gobierno mediante leyes, los que son pagados en periodos específicos en el año.

Impuesto sobre la renta fue creado mediante decreto número 25 del 20 de diciembre de 1963, ha sido sujeto a diversas reformas a través de la vigencia de distintas leyes y sus respectivos reglamentos.

Este impuesto representa el más importante de los tributos el pago de este gravamen, afecta directamente las utilidades que perciben los socios o accionistas. La aplicabilidad es a toda persona natural o jurídica nacional o extranjera que generen rentas de fuente hondureña.

La declaración debe presentarse entre el 1 de enero y el 30 de abril o siguiente día hábil, se tiene que presentar por las rentas obtenidas del año anterior, al Servicio de Administración de Rentas (SAR), se basa en el artículo 72 del nuevo Código Tributario.

2.3.3.5 INFLACIÓN

La inflación es el proceso caracterizado por el alza continua y generalizada de todos o casi todos los precios de los bienes y servicios que se comercializan en una economía, cuanto mayor sea la inflación, mayores serán los costes que sufra la economía, partiendo de la pérdida del poder adquisitivo del dinero.

Tabla 11. Perspectivas Macroeconómicas de Honduras

Descripción	2015 ^d	2016 ^d	2017 ^{prf}	2018 ^{prf}	2019 ^{prf}	2020 ^{prf}	2021 ^{prf}
Producción y Precios							
PIB real	3.6	3.6	3.4-3.7	3.4-3.7	3.6-3.9	3.7-4.0	3.8-4.1
Inflación	2.4	3.3	4.5 ± 1.0	4.5 ± 1.0	4.5 ± 1.0	4.5 ± 1.0	4.5 ± 1.0
Porcentaje del PIB							
Sector Externo							
Balance Cuenta Corriente	-5.5	-3.8	-4.8	-4.9	-4.8	-4.7	-4.4
Exportaciones de bienes y servicios	44.8	42.0	42.6	43.1	43.7	44.5	45.4
Importaciones de bienes y servicios	61.1	57.4	59.8	60.2	60.5	61.0	61.9
Porcentaje del PIB							
Sector Público							
Balance global SPNF	-1.1	-0.5	-1.5	-1.2	-1.0	-0.9	-0.7
Balance global AC	-3.0	-2.8	-3.5	-3.4	-3.3	-3.3	-3.1

Fuente: BCH y SEFIN.

Fuente: (Banco Central de Honduras BCH, 2017)

La inflación se deberá tomar en cuenta en todos los estudios de pre-factibilidad, ya que si sube mayor incidencia negativa tendrá.

2.3.3.6 DEVALUACIÓN DE LA MONEDA

La devaluación de la moneda es la corrección del déficit de la balanza comercial, ya que los productos importados son más caros y se compra menos así como los productos que se exportan son más baratos, lo que eleva las exportaciones.

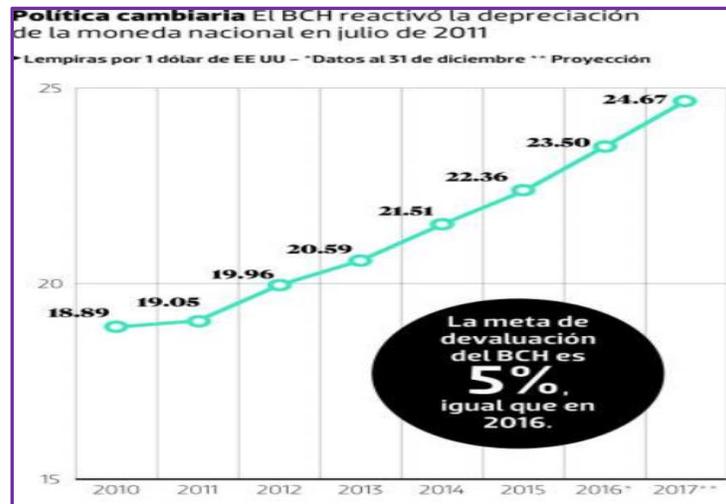


Figura 18. Devaluación del Lempira

Fuente: (Infografía BCH, 2017)

Para el presidente del Banco Central de Honduras (BCH) Manuel Bautista ha estimado que la devaluación alcanzará un 5% al cierre del 2017, es decir al cierre de diciembre la moneda hondureña se deprecia en Lps.1.17 por cada dólar, el dólar se cotizará a Lps.24.67 en el mercado nacional, el presidente afirmó que la devaluación es moderada pero los economistas consideran que es un golpe directo al bolsillo de los hondureños (Carranza, 2017).

2.4 MARCO LEGAL

La creación del centro asistencial para pacientes con cáncer CAPCA debe incorporarse y acatar las disposiciones legales vigentes en nuestro país. La primera actividad para dejar en marcha un proyecto, es constituir legalmente la empresa.

2.4.1 REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA EMPRESA

Para crear una empresa en Honduras hay que realizar trámites en diferentes instituciones, gestionar licencias, permisos, registros y, en fin, cumplir con los requisitos legales que permitirán al empresario comercializar libremente sus productos y servicios. A continuación se detallan los documentos y trámites necesarios para constituir una empresa en Honduras (CCIC, 2017):

1) Escritura pública: Este es un instrumento o documento público y legal que contiene: los nombres de las personas que conforman la organización, el nombre o razón social de la organización y de qué tipo es, el capital inicial, su duración, su naturaleza y objeto. Un notario público elabora el trámite con los siguientes documentos:

1.1) El nombre o la razón social del comerciante o la sociedad.

1.2) Descripción de la actividad a la que se dedicará la empresa.

1.3) Domicilio o dirección de la empresa.

1.4) Capital inicial, que dependerá de la personalidad jurídica a adoptar.

1.5) Fotocopia de los documentos personales de los socios:

Tarjeta de identidad, Registro Tributario Nacional (RTN) y Solvencia Municipal.

Con estos datos y documentos, el notario público elabora la escritura de constitución. Para ello deberá adquirir timbres fiscales según el monto de la inversión y, después, publicar el aviso de declaración de comerciante individual o sociedad en el Diario Oficial La Gaceta, o en uno de los diarios de mayor circulación en la localidad (Ver Anexo 12).

2) Inscripción en el registro mercantil: toda empresa constituida con base en el Código de Comercio deberá registrar su escritura de constitución en el Registro Mercantil. Para registrar comerciantes individuales:

2.1) Original y copia de la escritura de constitución.

2.2) Recibo de pago de derechos registrales, original y copia.

2.3) Copia de la publicación de la constitución en el diario oficial La Gaceta o en cualquier

Diario de circulación nacional.

Registro tributario nacional (RTN): es el mecanismo para identificar, ubicar y clasificar a las personas naturales o jurídicas que tienen obligaciones ante el Servicio de Administración de Rentas (SAR).

Para obtener el RTN de una empresa mercantil:

- 1) Formulario de inscripción (Forma DEI 410), debidamente completado. Este formulario se obtiene gratuitamente en las ventanillas de atención al público de la SAR.
 - 1.1) Fotocopia de escritura de constitución o carta de autorización extendida por notario.
 - 1.2) Fotocopia del RTN del notario que autorizó la escritura de constitución.
 - 1.3) Fotocopia de las tarjetas de identidad de los socios.
 - 1.4) Copia de identidad y RTN del gerente o presidente.
- 2) Afiliarse a la cámara de comercio del municipio en donde operará. Este paso es opcional.
- 3) Solicitud de permiso de operación a la municipalidad. Este permiso sirve para hacer constar que la empresa funciona bajo las leyes municipales vigentes y se renueva en enero de cada año.
- 4) Autorización de los libros contables por la secretaria de la municipalidad correspondiente.
- 5) Permiso para la instalación de rótulos en la alcaldía municipal.
- 6) La licencia sanitaria, esta es una autorización que otorga la Secretaria de Salud Publica en Honduras a todos aquellos negocios o establecimientos que tengan intereses sanitarios, para que puedan operar y producir productos de consumo sin problemas. La Licencias Sanitarias son la autorización para que un establecimiento pueda fabricar, importar, exportar, transportar, distribuir, manipular, almacenar, envasar, expender y dispensar productos de interés sanitario, así como brindar servicios en salud, una vez que cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.

Los negocios en Honduras que necesitan la Licencia Sanitaria son:

- 1) Negocios ambulantes o establecimientos que vendan comida
- 2) Empresas de producción de alimentos en general
- 3) Farmacias
- 4) Droguerías
- 5) Salones de Belleza y Barberías

- 6) Clínicas Medicas
- 7) Centros de Salud
- 8) Clínicas Odontológicas
- 9) Laboratorios clínicos
- 10) Hospitales

La Licencia Sanitaria es emitida en la Secretaria de Salud Pública, en el Departamento de Regulación Sanitaria y Ambiente de todo el país (Ver Anexo 13). Según el portal de transparencia del gobierno de Honduras, para obtener la licencia se requiere:

- 1) Hacer una Solicitud dirigida ante la Secretaría de Salud Pública
- 2) Otorgar Poder debidamente autenticado a un Abogado para tramitar el proceso
- 3) Presentar fotocopia de la Escritura de Comerciante Individual o de Sociedad debidamente registrada en la Cámara de Comercio
- 4) Pagar un recibo en base al tiempo que desee obtener el permiso, que puede ser de 2, 4 y 6 años.

Las Licencias Sanitarias de Funcionamiento se pueden obtener para períodos de 2, 4 ó 6 años, y deben renovarse durante los 3 meses previos a la fecha de expiración de la Licencia.

Parte de los requisitos que debe cumplir un centro asistencial para que le sea otorgada una licencia sanitaria son:

- 1) Condiciones adecuadas de las instalaciones físicas
- 2) Infraestructura en buenas condiciones
- 3) Disponibilidad de recurso humano de acuerdo a normas internacionales, equipo médico, total cumplimiento de las normas de higiene y un adecuado manejo de residuos sólidos, entre otros.

Tabla 12. Gastos de Organización CAPCA

Gastos Organización e Instalación	L. 134,025.00
Constitución	L. 10,375.00
Honorarios formalización legal	L. 5,000.00
Papelería (timbres, papel sellado)	L. 500.00
Registro Mercantil	L. 375.00
Registro Tributario	L. 300.00
Inscripción CCIC	L. 1,200.00
Inscripción IHSS, INFOP, SAR.	L. 3,000.00
Permisos	L. 13,650.00
Permiso de Operaciones	L. 5,000.00
Licencia Sanitaria	L. 6,000.00
Permiso para rótulo	L. 1,450.00
Inscripción marcas y patentes	L. 1,200.00
Remodelación Inmueble	L. 110,000.00

Fuente: Elaboración propia

2.4.2 REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA ONG

Las ONGD (Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo) son todas aquellas organizaciones de carácter privado sin fines de lucro, que tienen como propósito fomentar el desarrollo humano y el bienestar mundial a través del financiamiento del Estado y otras instituciones. Para gestionar la creación de una Organización no gubernamental en Honduras se rigen bajo la Ley Especial de Fomento para las ONGD (Ver Anexo 13).

Los requisitos para formar una ONG en Honduras son:

- 1) Tiene que ser sin fines de lucro
- 2) Tener personería jurídica
- 3) Debe tener presencia local, nacional o internacional
- 4) Debe actuar con respeto a la Constitución y las leyes nacionales
- 5) Gozar de autonomía en el manejo de sus actividades y recursos
- 6) Actuar bajo los principios de la democracia participativa
- 7) Tiene que fomentar el desarrollo social, económico, cultural, ambiental, los derechos humanos, o cualquier actividad que ayude a sacar adelante al país

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Una vez desarrollado el marco teórico se procederá a establecer la metodología a utilizar en el trabajo de investigación, mediante el enfoque, método, diseño e instrumentos y fuentes de información en la investigación, que sustenten el estudio del presente proyecto para que con el mismo se demuestre su legitimidad y alcance. La metodología resume los métodos de donde se obtiene información.

3.1 CONGRUENCIA METODOLOGICA

En esta sección se detalla la relación del problema y la metodología mediante las variables de estudio e instrumentos a utilizar garantizando la congruencia y coherencia entre las variables e hipótesis planteadas.

3.1.1 LA MATRIZ METODOLOGICA

Vera Pérez & Lugo Ortíz (2016) mencionan que en la matriz metodológica se muestra el diseño del proceso de investigación, donde se observa la relación y secuencia lógica entre las variables y la congruencia horizontal y vertical entre cada uno de los elementos de la investigación, permitiendo un aporte científico de valor, con la finalidad de lograr una secuencia lógica.

En la matriz se muestra la relación entre el problema, preguntas de investigación, los objetivos y las variables, tanto dependientes como independientes, del estudio.

Tabla 13. Matriz Metodológica

			Objetivo		Variable	
Título	Problema	Preguntas de Investigación	General	Específico	Independiente	Dependiente
PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS	¿Qué tan factible es como oportunidad de negocio desde el punto de vista de mercado, técnico y financiero la creación de un centro asistencial oncológico de cuidados paliativos en la ciudad de San Pedro Sula?	1) ¿Cuáles son los factores del mercado a evaluar para establecer el centro asistencial oncológico en la ciudad de San Pedro Sula en 2018?	Determinar la prefactibilidad de negocio para la creación de un centro asistencial oncológico en cuidados continuos desde el punto de vista de mercado, técnico y financiero en San Pedro Sula, Honduras	1) Evaluar el mercado actual que existe en San Pedro Sula para la demanda de los servicios de cuidados continuos oncológicos.	Indicadores del Macro y Micro Entorno	Matriz de Análisis FODA
		2) ¿Cuál es el aspecto técnico a evaluar para establecer el centro asistencial oncológico?		2) Determinar los aspectos técnicos para la creación del centro asistencial oncológico de cuidados continuos.		
		3) ¿Es factible financieramente la apertura del centro asistencial oncológico?		3) Evaluar financieramente la viabilidad para la creación del centro asistencial.	Indicadores del Micro Entorno	

Fuente: Elaboración propia

3.1.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

En esta sección se describen las variables dependientes e independientes las cuales serán motivo de análisis para el desarrollo del proyecto. La identificación de las variables, darán paso a su operacionalización, “especificar qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, s. f.-a, p. 111). Es decir que el proyecto sea tangible, medible, operativo y aplicado a la realidad, por lo que se presenta en forma esquemática, lógica y cronológica la relación entre las variables identificadas, tal y como se detalla a continuación.



Figura 19. Diagrama de Variables

Fuente: Elaboración propia

La figura 18, muestra el diagrama de variables que tiene el estudio de investigación, donde se define que las variables independientes son: los estudios de mercado, técnico y financiero, cada una con la descripción de sus dimensiones y de quienes depende la rentabilidad del proyecto.

3.1.3 HIPÓTESIS

“Las hipótesis son guías para una investigación. Las hipótesis indican lo que estamos buscando o tratando de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado, formuladas a manera de preposiciones” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2003, p. 144).

Quivy & Campenhoudt (1998) Afirman que: “Estructurar una hipótesis no consiste simplemente en imaginar una relación entre dos términos o dos variables aisladas. En realidad, se trata de una operación muy difícil: aclarar la lógica de las relaciones que unen los conceptos evocados en la problemática” (p. 131).

A continuación, se propone la hipótesis de investigación y la hipótesis nula para comprobar la factibilidad o no del proyecto de investigación, desde los puntos de vista de mercado, técnico y financiero:

$H_i \geq$ La tasa interna de retorno del proyecto de prefactibilidad del centro asistencial es mayor a la tasa de costo de capital.

$H_0 \leq$ La tasa interna de retorno del proyecto de prefactibilidad del centro asistencial, es menor o igual a la tasa de costo de capital.

3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS

“El modelo mixto representa el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo” (Hernández Sampieri et al., 2003, p. 21). El enfoque mixto es el empleado para el estudio de prefactibilidad de la creación del centro asistencial para pacientes con cáncer, ya que reconoce estar al tanto no solamente de la posible demanda sino también cuales son las necesidades del servicio que requiere la población de los pacientes con cáncer en la ciudad de San Pedro Sula.

De igual forma, la investigación es no experimental, la cual se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Y la investigación se clasifica en transversal ya que se recolectan datos en un solo momento como tomar una fotografía de algo que sucede. Y este diseño transversal se divide en investigación descriptiva, ya que se proyecta recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables para la creación del centro asistencial (Hernández Sampieri et al., s. f.-b).

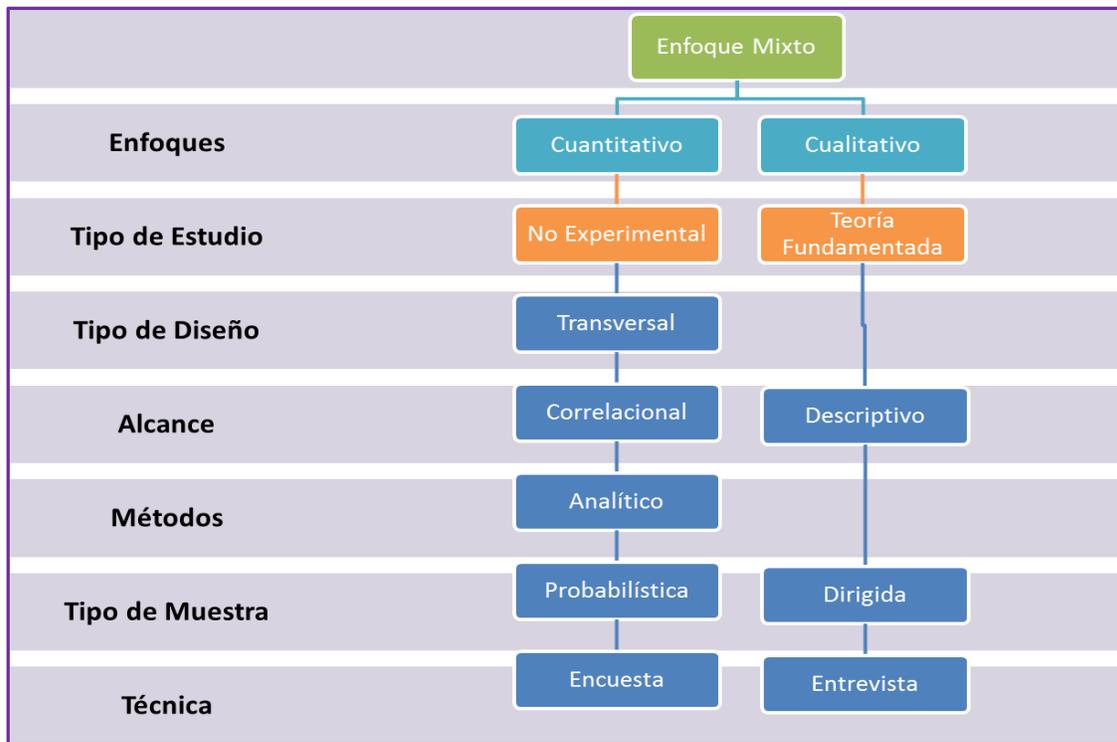


Figura 20. Diseño del Esquema Metodológico

Fuente: Elaboración propia

El estudio de mercado, técnico y el financiero que derivan de esta investigación forman parte de la teoría fundamentada, la cual significa que los hallazgos van emergiendo apoyada en los datos.

El estudio de mercado analiza la cuantificación de la demanda, la oferta y análisis de precios. El estudio técnico es el detalle de todo lo que tiene relación con el funcionamiento y operatividad, la estructura organizativa del centro de asistencia, determina el tamaño, localización, equipo, instalaciones y la organización requerida para prestar el servicio en el centro asistencial.

El estudio económico es una de las fases más importantes antes de comenzar cualquier proyecto, junto con los estudios de mercado y técnico determinamos si el proyecto es económicamente factible y rentable. Todos estos estudios mencionados son descritos con amplitud en el capítulo anterior.

Se realiza una encuesta a la población de San Pedro Sula, para conocer las necesidades y atributos en cuanto al servicio que se brindará en el centro asistencial.

En el diseño metodológico mostrado a continuación se procura seguir los objetivos del proyecto con los enfoques cualitativos y cuantitativos.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se define como el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. (Hernández Sampieri et al., 2003, p. 185)

Se presenta a continuación el esquema de las actividades del plan de investigación.

3.3.1 POBLACIÓN

García García, Jiménez Ponce, Arnaud Viñas, Ramírez Tapia, & Lino Pérez (2011) afirman que la población es el conjunto total de elementos del que se puede seleccionar la muestra y está conformado por elementos denominados unidades de muestreo, con cierta ubicación en espacio y tiempo (p. 68).

La población meta que se considera para la investigación, es la población de la ciudad de San Pedro Sula, que actualmente se estima en 754,601 habitantes, según proyección del 2016 del INE.(Instituto Nacional de Estadística, s. f.)

3.3.2 MUESTRA

La fórmula utilizada para el cálculo de la muestra es infinita, ya que la base de datos de la población de la ciudad de San Pedro Sula es mayor a 100,000 habitantes. Según la definición de la misma se aplica en este estudio.

Las muestras se categorizan como probabilísticas y no probabilísticas. En esta investigación la muestra es probabilística, o sea que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos mediante una selección aleatoria. La muestra probabilística es esencial para investigaciones de diseño transversal, para los cuales se usan instrumentos como las encuestas, la cual es este caso (Hernández Sampieri et al., s. f.-a).

Para poblaciones grandes, o que tienden a ser infinitas será necesario realizar más entrevistas al contrario de las poblaciones finitas o más pequeñas. Después de lo anterior expuesto y conociendo que la población es infinita se utilizó la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q}{S^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

P = Probabilidad de que realice un evento

Q = Probabilidad de que no se realice un evento

S = Error permitido

Z = Siendo el nivel de confianza de 95%, z es una valor relacionado igual a 1.96

$$n = \frac{1.96^2 \times (1 - 0.5) \times 0.5}{0.05^2}$$
$$n = 384$$

En base a la formula anterior, nuestra población de estudio que es la población de la ciudad de San Pedro Sula que tienen o no la enfermedad del cáncer o tienen familiares y amigos con este diagnóstico, se necesitaron 384 encuestas para que dicha muestra sea representativa de la población.

3.3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis son los elementos o casos de estudio (Hernández Sampieri et al., s. f.- b), sean organizaciones, individuos, entre otros. Para la investigación se toma la población de la ciudad de San Pedro Sula sin escala de edades, ya que la enfermedad del cáncer no hace distinción alguna.

3.3.4 UNIDAD DE RESPUESTA

La unidad de respuesta está conformada por conteo o cantidades (Hernández Sampieri et al., s. f.-a). En esta investigación de factibilidad la unidad de respuesta son porcentajes que resultan del análisis de las respuestas de las encuestas, que fueron aplicadas a una muestra de la población de los habitantes de la ciudad de San Pedro Sula.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

Las técnicas e instrumentos utilizados se seleccionaron de acuerdo al enfoque cualitativo y cuantitativo aplicado, así como la validación de los mismos.

3.4.1 INSTRUMENTOS

En la investigación disponemos de diversos tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en varios casos se llegan a mezclar varias de estas técnicas de recolección de los datos. El instrumento según sus características debe ser confiable, válido y objetivo (Hernández Sampieri et al., s. f.-b).

Los resultados permitirán tener una idea clara de la aceptación que puede tener el centro de atención de cuidados continuos con los servicios que se brindan y las entrevistas con expertos darán validez al análisis de la industria y las necesidades de la población.

3.4.2 TÉCNICAS

El propósito de las técnicas de investigación es la obtención de datos necesarios para el estudio del problema. A continuación se describen las diferentes técnicas utilizadas en el desarrollo de este proyecto para obtener información adecuada y acertada (Hernández Sampieri et al., s. f.-a, p. 196).

3.4.2.1 ENCUESTA

La técnica de encuestas es un estudio en el cual el investigador obtiene los datos a partir de un conjunto de preguntas, para recabar la información necesaria para el estudio del problema (Hernández Sampieri et al., s. f.-a, p. 217).

La encuesta consta de 12 preguntas de las cuales en unas se analizan las dimensiones demanda, sensibilidad al precio, nivel de información que se tiene de los servicios continuos o los centros que brindan algunos de los servicios para pacientes con cáncer, para determinar la fuerza de los consumidores para poder sustentar con fuentes primarias el análisis FODA.

Los resultados arrojaron información adicional que enriqueció la investigación y la cual se abordará más adelante. Dicha encuesta consistió mayormente de preguntas cerradas, de elección múltiple y se usó la escala de Likert. Las respuestas a cada pregunta son consideradas variables para la tabulación y pueden ser de carácter escalar, nominal u ordinal. Se aplicó a la encuesta a 384 personas de la ciudad de San Pedro Sula. La medida de consistencia interna, el coeficiente de alfa Cronbach es uno de los procedimientos que más se utilizan para determinar la confiabilidad de un instrumento (Hernández et al., 2010).

Arribas (2004) afirma que validez y fiabilidad son dos criterios de calidad que debe reunir todo instrumento de medición tras ser sometido a la consulta. La validez, definida como “el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido”.

La fiabilidad, el otro requisito de calidad de todo instrumento de medición, se define como el grado con el que un instrumento mide con precisión y descarta el error, y lo hace a través de la consistencia, la estabilidad temporal y el acuerdo entre los expertos. Arribas (2004) define la consistencia como el nivel de cohesión de los diferentes ítems o aspectos del instrumento que se puede comprobar.

A través de diferentes métodos estadísticos como el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizado con mayor frecuencia. En relación con la estabilidad temporal, alude a la escasa variabilidad de las medidas del objeto cuando el proceso de medición se repite en situaciones distintas.

“La variabilidad de las puntuaciones obtenidas en repeticiones de la medición puede obtenerse un indicador de la fiabilidad, consistencia o precisión de las medidas. Si la variabilidad de las medidas del objeto es grande, se considerará que los valores son imprecisos y, en consecuencia, poco fiables” (Prieto & Delgado, 2010, p. 67).

Para este proyecto la confiabilidad del alfa de Cronbach da un valor de 0.769, el cual es considerado aceptable.

3.4.2.2 ENTREVISTA JUCIO DE EXPERTOS

Escobar Pérez & Cuervo Martínez (2008) afirman que el juicio de expertos es un método de validación necesaria para verificar la fiabilidad de una investigación y la que definimos como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones”.

Para Cabero Almenara & Llorente Cejudo (2013) el juicio de expertos como estrategia de evaluación presenta una serie de ventajas entre las que destacan la posibilidad de obtener una amplia y pormenorizada información sobre el objeto de estudio y la calidad de las respuestas por parte de los jueces. Según los autores, si se tiene en cuenta que “el concepto de experto es bastante polisémico”, su correcta aplicación depende de los criterios de selección y del número adecuado de los mismos.

En Cabero Almenara & Llorente Cejudo (2013) la selección del número de expertos depende de aspectos como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación. Por otra parte algunos autores señalan que el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento.

El criterio del biograma se elabora una biografía del experto en función de sus respuestas sobre aspectos de su trayectoria como, por ejemplo, años de experiencia y formación, investigaciones o acciones formativas, conocimiento del objeto de estudio que es la parte donde nos centraremos, a partir de los cuales se infiere su adecuación y pertinencia para su actividad de experto.

3.4.2.3 PROCEDIMIENTOS

En esta sección se exponen los pasos en el cual se aplicaron las técnicas para recopilar información. Para la formulación del cuestionario, primero se definieron las preguntas en base a las variables de nuestra investigación. Luego se usó la aplicación de Google Forms para desarrollar todo el cuestionario de una manera más fácil y se envió a 20 personas para poder calcular (con sus respuestas) la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente de alfa Cronbach. Una vez confirmada la validez del instrumento se procedió a aplicar las encuestas. Las encuestas se dirigieron mediante correo electrónico y redes sociales para personas que residen en San Pedro Sula, por el flujo de personas y de esta manera poder cumplir el factor tiempo.

Una vez obtenidos los resultados, estos se tabularon e imputaron para su respectivo análisis. A continuación se presenta los pasos en que se llevó a cabo la realización de las diferentes técnicas para la recopilación de información. Para la ejecución de las técnicas mencionadas anteriormente, se consideró el siguiente procedimiento de ejecutar en forma organizada en tiempo y forma. A continuación se detalla:

- 1) Se realizó el análisis PEST (Político, Económico, Social y Tecnológico) de las condiciones que ofrece Honduras como país.
- 2) Se realizó el análisis FODA para evaluar el micro entorno de la industria en Honduras.
- 3) Se realizó un cuestionario preliminar dirigido a una muestra particular de 20 personas que corresponden a una distribución normal, el cuestionario fue aplicado vía electrónica. Con los resultados de la prueba piloto se compilaron para determinar la validez del instrumento a través del coeficiente de alfa Cronbach.
- 4) De los análisis del PEST y análisis FODA, se obtuvieron los juicios más relevantes del mercado.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información se clasifican como primarias y secundarias. Se hizo uso de ambos tipo de fuente para esta investigación. Las fuentes de información brindan datos de

primera mano, ya que hay estudios previos relacionados en los temas de objeto de dicha investigación.

3.5.1 FUENTES PRIMARIAS

Hernández Sampieri et al., (2003) afirma: “Las fuentes primarias proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de estudios correspondientes. Ejemplos de estos son libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, (...)” (p.57). En esta investigación se utilizó información de primera mano de libros, artículos e informes de organizaciones nacionales e internacionales como el Banco Central de Honduras, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, Fundaciones y Asociaciones relacionadas con el cáncer, como Pequeños Guerreros, Asociación Hondureña de Pacientes con Cáncer (AHPON), Asociaciones de Cuidados Paliativos y Cuidados Continuos y algunas tesis de estudio oncológico.

Las fuentes primarias en este documento son la encuesta y las entrevistas a expertos.

3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS

Hernández Sampieri et al., (2003) afirma: Las fuentes secundarias se organizan a partir de las primarias. Se utiliza cuando, por diversas razones, los recursos son limitados y la fuente es confiable, al igual se utiliza para confirmar un evento y ampliar la información.

Para esta investigación se usaron como fuentes secundarias:

- 1) Informes del Banco Central de Honduras y el Banco Interamericano de Desarrollo para poder analizar el entorno financiero y la perspectiva general del país.
- 2) Páginas web oficiales de organismos internacionales que trabajan a la lucha contra el Cáncer, tales como Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Americana contra el Cáncer, Organización Panamericana de la Salud, Agencia Internacional de Investigación del Cáncer.
- 3) Recuperación de literatura de metodológica, estadística y de marco teórico referencial en medios electrónicos como ser: E-Libros, Informes digitales, tesis con temas metodológicos relacionados.

- 4) Recuperación literaria de estudios oncológicos, estudios de cuidados paliativos y cuidados continuos.

3.6 LIMITANTES DEL ESTUDIO

Las limitantes son todos aquellos componentes que impiden de forma directa o indirecta la adecuada y correcta obtención de la información para el marco teórico o metodología, validando la información encontrada (Hernández Sampieri et al., s. f.-a, p. 537).

A continuación se plantean esas limitantes:

- 1) Información estadística desactualizada y poco accesible de los entes de salud pública y privada en nuestro país.
- 2) Restricciones de tiempo de los investigadores.
- 3) Acceso a los expertos por su tiempo limitado.
- 4) Falta de presupuesto de gobierno para este tipo de proyectos en salud.
- 5) Elecciones Generales de Honduras 2017, crisis política.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Este capítulo muestra los resultados obtenidos a través de las encuestas y los juicios de expertos que se presentaron en los capítulos I, II Y III. Lo anterior, sirve para presentar resultados que permitan validar la hipótesis y la validez del estudio.

4.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El centro asistencial de cuidados continuos para pacientes con cáncer y sus familias al que llamaremos CAPCA, proyecta dar una solución a las necesidades, guía y apoyo a la población con el diagnóstico de la enfermedad del cáncer. Los servicios del centro asistencial estarán orientados al apoyo integral comenzando con educación, nutrición, apoyo psicológico y espiritual; el objetivo de CAPCA es mantener y mejorar la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia.

CAPCA estará constituida por un equipo integral de profesionales que trabajarán en coordinación con el oncólogo titular del paciente para ofrecer asistencia y soporte en la gestión de los síntomas propios de la enfermedad, así como, ayudarlo a controlar los efectos secundarios de los tratamientos, dando orientación y guía desde el momento del diagnóstico.

Para asegurar un buen nivel de comunicación y coordinación, CAPCA informará a través de una plataforma en línea a los oncólogos y resto del equipo asistencial de todas aquellas incidencias o cambios en la evolución de los pacientes atendidos en el centro.

Esto será acompañado de:

- 1) Charlas informativas y motivacionales a pacientes con cáncer y sus familiares.
- 2) Actividades y eventos complementarios.

4.1.1 EDUCACIÓN

Ofreceremos una gran variedad de grupos de apoyo para el paciente y sus familiares, así mismo, se darán indicaciones y la información que se necesita para tomar decisiones bien informadas acerca del cuidado del paciente con cáncer, abordando cuidados en el hogar, limpieza e inocuidad, terapias alternativas, que esperar durante el tratamiento, etc.

4.1.2 NUTRICIÓN

Según la Sociedad Española en Oncología Médica (SEOM) en su guía actualizada de tratamientos, asegura que los trastornos de la nutrición son muy frecuentes en el enfermo con cáncer. Están presentes entre el 15% y el 40% de los casos en el momento del diagnóstico, y en fases avanzadas, aparecen hasta en un 80% de los pacientes.(Carmona Bayonas & Jiménez Fonseca, 2017)

La nutrición juega un papel muy importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes y existen alimentos ricos en antioxidantes, propiedades y beneficios que ayudan al sistema inmunológico a combatir el cáncer.

Como parte de la atención integral al paciente, contaremos con especialistas en el área de nutrición quienes en conjunto con los médicos proporcionarán al paciente un control alimenticio, adaptado a sus necesidades.

La asesoría nutricional es utilizada para apoyar a los pacientes con cáncer a obtener los nutrientes que necesitan para mantener el peso corporal y la fuerza, mantener los tejidos del cuerpo sanos y luchar contra las infecciones.

La malnutrición se observa frecuentemente en el cáncer, y si no se toman medidas que contribuyan a contrarrestar su efecto, incluso un inadecuado estado nutricional está relacionado paralelamente con la reducción de la Calidad de Vida. La interrelación existente entre el estado nutricional y la Calidad de Vida está comenzando a ser una cuestión prioritaria en Oncología; particularmente si destacamos los significativos avances en el tratamiento oncológico de los últimos años. Permitiendo una prolongación del tiempo de supervivencia para muchos pacientes, quienes podrían disponer así de un tiempo extra para que la investigación científica pueda seguir proporcionándoles ayuda.(Marín Caro, Laviano, Pichard, & Gómez Candela, 2007)

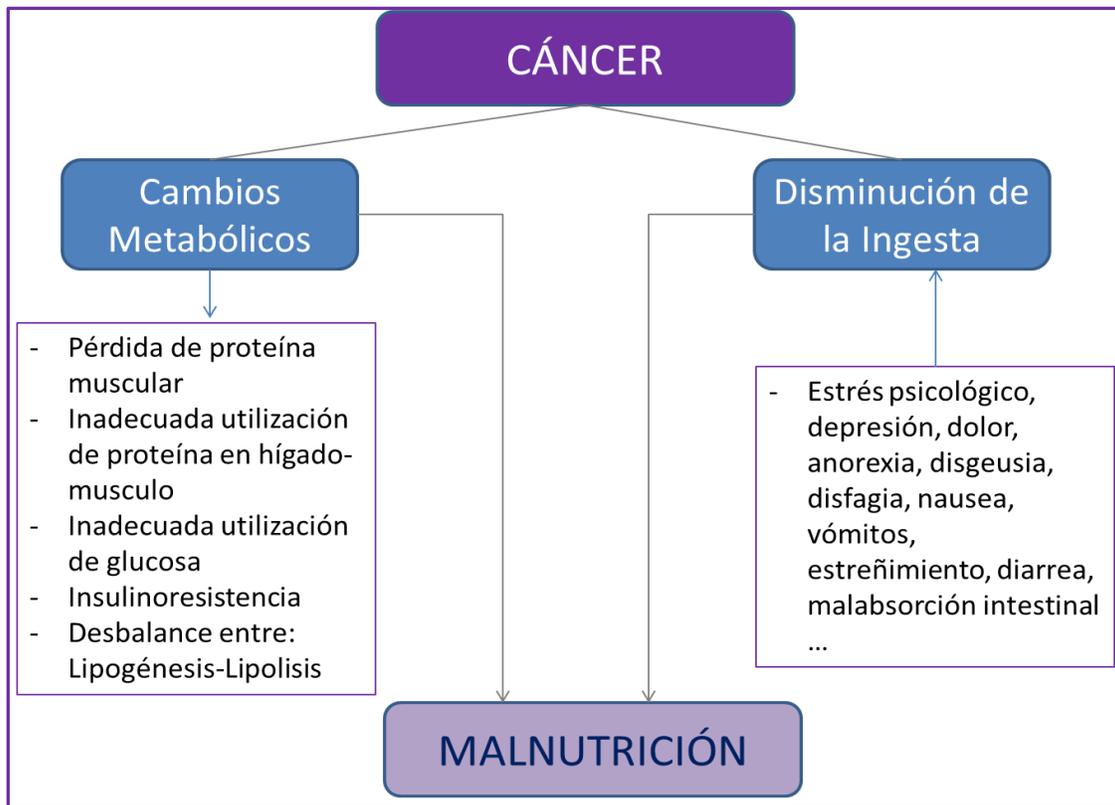


Figura 21. Etimología de la pérdida de peso y alteraciones metabólicas en pacientes

Fuente: (Revista SciELO España, 2007)

4.1.3 APOYO PSICOLÓGICO

Es importante resaltar que se necesitan herramientas sencillas y de fácil aplicación en las consultas médicas, para detectar el malestar emocional y los problemas de salud mental que pueden sufrir cada uno de los pacientes, facilitando la derivación de estos a la consulta del psico-oncólogo permitiéndole brindar un tratamiento específico a los que lo precisen (Ver Anexo 17).

Dentro del abordaje integral a nuestros pacientes, el centro pondrá a disposición especialistas en el área de psicología que apoyaran al paciente y su familia con la carga emocional desde diferentes perspectivas, proporcionándole la asesoría necesaria para superar la enfermedad.

Compartiendo el juicio de la experta en psicología de la Liga contra el Cáncer, la Licenciada Elba Trejo, en el tratamiento es fundamental la comunicación con el paciente, darle información

periódica de su evolución, evitando los engaños en caso de empeoramiento, recaída o necesidad de tratamientos más complejos y hacerle participe en la toma de decisiones tanto a él como a su familia.

4.1.4 APOYO ESPIRITUAL

Sabemos que mientras se tengan más alternativas, mejores tratamientos, más profesionales dedicados y, sobre todo, personas entregadas al ideal de vencer y luchar contra el cáncer, mayor será la esperanza de vida.

El apoyo espiritual que brindaremos a nuestros pacientes en CAPCA, constituye uno de los pilares fundamentales de nuestra atención. A través de alianzas, nuestros pacientes tendrán la oportunidad de recibir:

- 1) Consejería uno a uno, realizadas por personas que han atravesado por la enfermedad y han sobrevivido, quienes comparten su experiencia y brindan el apoyo emocional y espiritual necesario.
- 2) Persona espiritual (sacerdote, pastor o teólogo) que brinde apoyo al paciente y sus familiares.

4.1.5 PROGRAMA ESPECIAL AL CUIDADOR

En la mayoría de los casos, la familia representa el principal apoyo del paciente con cáncer. Tras el diagnóstico, los familiares, los amigos y el entorno de la persona enferma tienen que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vida. Cuidar no es una tarea fácil y, a veces, los familiares encargados del cuidado pueden experimentar cansancio, estrés o agotamiento.(Infocáncer, 2014)

Contaremos con información, recursos y apoyo que pueden ser de ayuda al cuidador.

4.1.6 ACTIVIDADES VARIAS

En conjunto del equipo integral, equipo de voluntariado y los pacientes se realizarán actividades de recreación, que ayudan a concientizar a toda la comunidad sobre el programa y sobre las actividades que se pueden realizar aun padeciendo una enfermedad como es el cáncer.

Concientizar a las pacientes y a la comunidad que las actividades recreativas ayudan a transformar la tristeza, la desahucia que produce e invitar a los pacientes a trasladarse mental y emocionalmente a una mejor calidad de vida.

Se conocen algunos programas, que a nivel mundial realizan las actividades durante las terapias del paciente para brindarle mayor contención al paciente en ese momento crítico, se mencionan algunas:

- 1) Excursiones
- 2) Salidas (cine, museo, teatro)
- 3) Cenas
- 4) Charlas y Jornadas
- 5) Turismo
- 6) Talleres (manualidades, arte, cocina, relajación)
- 7) Juegos recreativos

4.1.7 UNIDAD DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Esta unidad será desarrollada a futuro, cuando el centro haya recibido la respuesta esperada de mercado, y se pueda realizar mayor inversión en el proyecto.

En muchas ocasiones es necesario brindar soporte para el manejo del dolor. Nuestros especialistas en dolor utilizarán métodos que van desde el uso de medicamentos adecuados para controlar el dolor, hasta procedimientos de mínima invasión los cuales permiten a nuestros pacientes disminuir o eliminar el dolor.

4.2 DEFINICIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO

El modelo de negocios que funcionará en el centro asistencial de cuidados continuos CAPCA será mediante el cobro de consultas psicológicas, consultas nutricionales, venta de material de guía didáctico y audiovisual y se gestionará ayuda de organismo internacional. Con estas consultas se pretende cubrir los costos fijos, costos variables y amortizar el valor de la inversión inicial.

El monto de la consulta se estipula así:

- 1) Consulta inicial evaluativa Médico General: Lps.450
- 2) Consulta inicial evaluativa Psicológica: Lps.450
- 3) Consulta inicial evaluativa Nutricional: Lps.450
- 4) Consultas de seguimiento y soporte nutricional y psicológico: Lps.350
- 5) Guías impresas y material didáctico: Lps.70
- 6) Otros Servicios: Inyecciones Lps.40
- 7) Otros Servicios: Sueros Hidratantes Lps.500
- 8) Charlas educativas y grupos de apoyo: Gratis
- 9) Talleres: Costos simbólicos

Las charlas educativas y grupos de apoyo, serán dirigidas por personal calificado que realicen labor social. Y personas voluntarias que den apoyo a las actividades.

El centro realizará actividades de apoyo, como ser recaudación de fondos, donaciones y alianzas en el exterior.

4.3 PROPIEDAD INTELECTUAL

El centro asistencial para pacientes con cáncer y sus familiares, será llamado CAPCA por sus siglas. Se ha verificado con el gremio médico, los sistemas de salud y la Cámara de Comercio e Industrias de Cortés, que no se cuenta en la ciudad de San Pedro Sula, un centro asistencial en cuidados continuos y paliativos para pacientes con cáncer.



Figura 22. Logo de CAPCA

Fuente: Elaboración propia

4.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a expertos con el propósito de obtener información que pueda enriquecer la investigación y tener un mejor entendimiento del entorno de la industria. Las entrevistas implican que una persona calificada (entrevistador) aplica el cuestionario a los participantes; el primero hace las preguntas a cada entrevistado y anota las respuestas.

En la tabla siguiente se indican brevemente los aspectos que se consideran esenciales en el proceso de validación:

<p>Objetivo de la validación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar la hipótesis sobre la necesidad de la creación del centro CAPCA como apoyo a los pacientes oncológicos desde el punto de vista del profesional. • Confirmar si los expertos estarían dispuestos a recomendar CAPCA. • Recopilar la información técnica sobre implementos, equipos a necesitar para cada consultorio según la especialidad del experto.
<p>Expertos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expertos profesionales en los siguientes temas; oncología, psicología, nutrición, cuidados paliativos. • Requisitos de los expertos: profesionales en el área, con experiencia en atención a pacientes oncológicos.
<p>Modo de validación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi estructurada. • Método individual: donde se obtiene la información de cada uno de los expertos sin que los mismos estén en contacto.

Figura 23. Aspectos esenciales del proceso de validación CAPCA

Fuente: Elaboración propia

Se entrevistaron a los siguientes profesionales:

- 1) Médicos Oncólogos:
 - 1.1) Dr. Raúl Tábor – Liga contra el Cáncer
 - 1.2) Dra. Roxana Martínez – IHSS
 - 1.3) Dra. Suyapa Bejarano – Liga contra el Cáncer, Excelmédica
- 2) Médico Generales:
 - 2.1) Dr. Darwin Zerón – Liga contra el Cáncer
 - 2.2) Dra. Clarissa Aguilar Molina – Hospital Escuela
 - 2.3) Dr. Luis Roberto Orellana Pagoada, especialidad medicina paliativa oncológica
 - 2.4) Dr. Amílcar Rodas Aguilar, especialidad en cuidados paliativos
- 3) Psicología:
 - 3.1) Lic. Elba Trejo Paz – Liga contra el Cáncer
 - 3.2) Lic. Allison Thompson Wimer – Poder Judicial psicóloga jurídica, docente Unitec
- 4) Psicóloga con Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos:
 - 4.1) Lic. Mildred Tejada
- 5) Nutricionistas:
 - 5.1) Lic. Yamileth Liliana Carranza
 - 5.2) Lic. Mirna Patricia López

Además se realizaron entrevistas a personas de asociaciones en pro del cáncer y con un abogado para cubrir la investigación legal, con el objetivo de recopilar información relacionada al marco legal, los beneficios que un centro asistencial en cuidados continuos puede brindar, sus experiencias con los pacientes y familiares y toda información necesaria para el proyecto.

4.4.1 DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

Se estructuró el cuestionario en un total de cinco preguntas para la entrevista donde damos espacio al profesional a expresar todos los temas relacionados al centro y a sus experiencias del mismo, vivencias, expectativas en su carrera, deficiencias del sistema de salud y carencias.

Tabla 14. Profesionales entrevistados con detalle de especialidad y lugar de trabajo

Area	Nombre	Especialidad	Lugar de Trabajo
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Tábora	Oncología Clínica	Liga Contra el Cáncer
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	Dra. En Medicina general, con especialidades en cirugía, Sub especialista en oncología pediátrica, con maestría en epidemiología.	Excelmedica y Liga Contra el Cáncer
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres.	Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Oncología Clínica. Master en Bioética.	Hospital Escuela
	Dra. Roxana Martínez	Oncóloga Pediatra	Seguro Social (IHSS) y Hospital Mario Catarino Rivas
Psicología	Lic. Mildred Tejada	Psicóloga con Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos	Voluntaria en Hospital Mario Catarino Rivas, mientras se abre la plaza
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	Psicóloga Clínica	Poder Judicial psicóloga jurídica, docente de Unitec
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	Psicóloga Clínica con master en Psicología clínica y de la salud	coordinadora del departamento de Psicología de la Liga Contra el Cáncer
Nutrición	Lic. Mima Patricia López	Licenciada en Nutrición práctica profesional	Guarderías Infantiles parque integrado
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	Licenciada en Nutrición práctica profesional	Guarderías Infantiles parque integrado y Fundacion pequeños Gerreros.
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	Médico general con diplomados en cuidados paliativos	Liga Contra el Cáncer
	Dr. Amilcar Rodas	Dra. En Medicina general, especialidad en cuidados paliativos.	Clinica Propia
	Luis Roberto Orellana Pagoada	Doctor en Medicina y Cirugía General, Especialidad en Medicina Paliativa Oncológica.	Medico en Fundación Pro Cáncer La Ceiba, Unidad Oncológica del Litoral Atlántico, docente: Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico (CURLA)

Fuente: Elaboración propia



Figura 24. Profesionales entrevistados

Fuente: Elaboración propia

En la matriz de juicio de expertos se estructuran las respuestas a estas interrogantes ligadas según la variable y la dimensión a investigar:

- 1) ¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?
- 2) ¿Considera usted que su gremio de profesionales recomendaría nuestro centro a sus pacientes?
- 3) Desde su punto de vista como profesional, ¿considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?
- 4) ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregar al centro?
- 5) ¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?

Detallamos a continuación la matriz con las respuestas de los profesionales:

Tabla 15. Variable Mercado con dimensión en la demanda

Area:	Nombre:	Variable: Mercado		
		Dimensión: Demanda		
		¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?	Si	No
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Tábora	Aquí en Honduras no, pero en grandes centros de países desarrollados si		x
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	No, en Tegucigalpa en hospital Enma Romero tenía pero el paliativo ya no está con ellos así que prácticamente no hay por el momento.		x
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres.	No. En instituciones como la liga contra el cáncer se brinda apoyo psicológico y cuidados paliativos, pero faltan otros servicios de apoyo.		x
	Dra. Roxana Martínez	No hay, pero es un interesante proyecto les puedo dar datos de otros profesionales para que se apoyen más		x
Psicología	Lic. Mildred Tejada	No existe, es una de las razones por las que tome la decisión de estudiar afuera este tema, viendo la necesidad que hay que no es mapeada por el sistema de salud y es de suma importancia.		x
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	No que yo tenga conocimiento, me parece muy retador y necesario la idea de este proyecto que proponen, en nuestro país hay tantas necesidad		x
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	No existe, a nosotros nos limita el espacio y la cantidad de pacientes que urgen más por las medicinas que no nos damos abasto para hacer más por ellos y es uno de nuestros proyectos a futuro.		x
Nutrición	Lic. Mirna Patricia López	No que tenga conocimiento y en nuestra carrera vemos nutrición oncológica como parte, si HN es un país con tanta carencia y mal alimentado.		x
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	No que no sepa, es que la carrera incluso de nutrición es nueva en San Pedro Sula de allí parta para ver la necesidad que no es cubierta por los profesionales.		x
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	No que yo tenga conocimiento. Si hay un médico especialista que se graduó recientemente de Costa Rica, pero radica en Tegucigalpa y hay otro compañero el Dr. Rodas que también es especialista.		x
	Dr. Amilcar Rodas	No, en Tegucigalpa en hospital Enma Romero se tenía pero el paliativo era yo, pero tuvimos diferencias y ahora estoy en mi consultorio.		x
	Luis Roberto Orellana Pagoada	No. Hasta la fecha no se cuenta con centros asistenciales integrales en el país		x

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16. Variable Mercado con dimensión en el producto o servicio

Area:	Nombre:	Variable: Mercado		
		Dimensión : producto o servicio		
		Desde su punto de vista como profesional, ¿considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?	Si	No
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Tábora	La Liga cuenta con una psicóloga, mas no los demas servicios que nos importantes y necesarios, no tenemos mas por el espacio y lo que implica monerariamente.	x	
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	claro que sí, es fundamental, en nuestro país se necesita tanto en esta área, viendo esta necesidad es que me especialice en el exterior porque esto está en ascenso y las autoridades no me toman importancia, es más la sociedad civil la que está activando en fundaciones y en concientizar.	x	
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres	Si. Especialmente asistencia al cuidado domiciliario.	x	
	Dra. Roxana Martínez	Aquí en el IHSS solamente hay dos psicólogas para todas las áreas Realmente todo lo que conlleva la educación al paciente, como mencionan los cuidados en el hogar, forma de comer, etc., no se lleva en ningún lado.	x	
Psicología	Lic. Mildred Tejada	Son muy importantes, todos los que ustedes mencionaron el cuidado en el hogar, en Honduras no existe esto pero allá en España si se aplica mucho	x	
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	Si, sobre todo en la crisis familiar estos pacientes están completamente vulnerables emocionalmente.	x	
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	Son muy importantes, como no tenemos espacio nosotros no lo podemos dar, mire mi pequeño consultorio, solo del paciente de su familia por que el cuidador también necesita, toca a todos los miembros de la familia.	x	
Nutrición	Lic. Mirna Patricia López	Los pacientes necesitan muchas cosas más partiendo de la medicina que no está al alcance de todos y si todo lo que ayude a mejorar su calidad de vida es importante.		
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	Claro que sí, y el hacerles conciencia a las personas también sobre esta enfermedad, porque por ejemplo generalmente nuestra cultura es que si vemos a alguien que anda con mascarilla, uy! ¡Me le voy a retirar!	x	
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	Si, en la liga solo damos apoyo psicológico, pero ustedes se da cuenta por ejemplo, cuidado paliativo en su mayoría quizá si hablo de estadística de todo lo que hemos aprendido, 80% son para pacientes oncológicos y el 20% de otras patologías.	x	
	Dr. Amilcar Rodas	Si, Miren este tema me apasiona y este proyecto puede ser un modelo a replicar en las diferentes ciudades, busquen ayuda con el gobierno e instituciones extranjeras.	x	
	Luis Roberto Orellana Pagoada	Si. Se debe tener contar con la participación de todos estos servicios, incluyendo el aspecto bucodental.		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Variable Mercado con dimensión en el producto o servicio

Area:	Nombre:	Variable: Mercado		
		Dimensión: Producto o Servicio		
		¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregar al centro?	Si	No
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Táborá	Cuidados paliativos y mi colega el Dr Zeron les puede dar mas informacion	x	
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	Rehabilitación, las pacientes de cáncer de mama nos las que después de las cirugías quedan con poca movilidad en sus brazos, el linfedema es un tema muy poco conocido que se puede mejorar con terapia y es el cáncer de mama el que más afecta la publicación femenina, también deben de tener un médico general para que sea el quien les apoye en la parte médica.	x	
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres	Rehabilitación, esto este tema no es tocado por los especialistas con los pacientes.	x	
	Dra. Roxana Martínez	deben de tener enfermeras con experiencia, para que les apoye en la educación, y lo otro que deben de tener es un médico general y Manejo del dolor	x	
Psicología	Lic. Mildred Tejada	la atención domiciliar, hay un equipo conformado por enfermera, psicólogo, médico que visitan al paciente en su casa	x	
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	Los cuidadores son las personas que más sufren por que ellos reciben todos el maltrato del enfermo y hasta ellos pueden entrar en depresión y no demostrarlo porque tiene que ser fuertes para el paciente	x	
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	Atencion al cuidador del paciente y a la familia para manejar el luto si este es el diagnostico.	x	
Nutrición	Lic. Mirna Patricia López	Talleres de clases de cocina para que aprendan a elaborar su comida y que sean con gusto y sazón, no comer alimentos que no se vean apetecibles para el paciente, sobre todo por los olores que ellos no toleran.	x	
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	Comité de ética; entonces en lo personal si es muy importante que haya ética y humanismo en el médico y también en la persona que se encarga de cuidar al paciente, para que no le transmitan al enfermo la preocupación o dolor de verle sufrir	x	
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	puede ser: el pastor o sacerdote; y yo siempre estoy a la par de que en nuestra población de que lo religioso es sumamente importante, educación al acompañante, siempre hay una persona que es el que está más al tanto del cuidado del paciente, un colega medico porque usualmente va a la par analgesia, hidrataciones, suplemento electrolítico y que lleven de la mano la comunicación con el medico oncológico.	x	
	Dr. Amilcar Rodas	El Hospicio, la familia llega un punto de agotamiento que no pueden ya con el enfermo, los hospicios son esa ayuda idónea para estas familias y manejo de dolor.	x	
	Luis Roberto Orellana Pagoada	Dentro del equipo se debe tener una trabajadora social, El odontólogo,El capellán, pastor o miembro religioso, fisioterapeutas.	x	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18. Variable Técnica con dimensión en tamaño del centro

Area:	Nombre:	Variable: Tecnico		
		Dimensión: Tamaño centro		
		¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?	Peq.	Med.
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Tábora	Una casa para comensar como la liga en los años 90 y ahora es la mas grande de Honduras	x	
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	una casa de una planta con espacio acondicionado para comenzar me parece que sería lo ideal por los costos.	x	
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres	Depende de los servicios que se desee implementar y el recurso humano capacitado disponible y sobre todo el recurso económico. Sería una planta. Con 6 consultorio y un área para reuniones grupales.		x
	Dra. Roxana Martínez	Todo comienza pequeño pero debe de estar muy bien adecuado, y les va a funcionar, busquen voluntarios.	x	
Psicología	Lic. Mildred Tejada	El espacio va a depender de los servicio en el caso de ustedes pueden comenzar con un lugar modesto de tamaño por los costos y luego poco a poco van a ir viendo que más se necesita lo importante es comenzar.	x	
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	Todo va a depender de ustedes creo que sería pequeño, por los costos y luego paulatinamente ir creciendo con la incorporación de nuevos servicios, el nivel de aceptación les dirá esto.	x	
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	Considerando sus servicios, un consultorio por cada uno, recuerden que lo más importante es la calidad del servicio a prestar y que sea integral, con las necesidades que se tiene lo importante es arrancar.		x
Nutrición	Lic. Mima Patricia López	Los costos dependen del tamaño y la complejidad que ustedes quieran.	x	
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	El tamaño puede ser una casa como en pequeños guerreros, allí se ira complementando según ustedes descubran mas necesidades.	x	
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	Puede ser para ustedes la renta de una casa espaciosa con área verde, jardines si es posible un lugar que inspire paz.		x
	Dr. Amilcar Rodas	puede comenzar con una casa adecuada bien, los servicios que den sean la diferencia, la calidad, sobre todo los profesionales enfocados en la calidad de vida del paciente.	x	
	Luis Roberto Orellana Pagoada	El tamaño del centro depende de la cantidad de servicios a prestar, se puede realizar en etapas donde se amplíe de acuerdo a las necesidades más latentes o inmediatas.		x

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Variable de Mercado dimensión en la demanda con aceptación del gremio

Area:	Nombre:	Variable: Mercado		
		Dimensión: Demanda (Aceptación del gremio)		
		¿Considera usted que su gremio de profesionales recomendaría nuestro centro a sus pacientes?	Si	No
Oncología	Dr. Raúl Alfonso Táborá	Por supuesto que sí, si es para ayudar la calidad de vida de los pacientes	x	
	Clarissa Lizeth Aguilar Molina	Si claro, todo lo que ayude a la calidad de vida del paciente.	x	
	Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres	Si. Sin embargo si es con fines de lucro, en mi experiencia los pacientes privados son renuentes a compartir experiencias, o acudir a centros donde puedan identificarlos. Excepto en el caso de manejo de dolor.	x	
	Dra. Roxana Martínez	Yo creo que todos los oncólogos lo recomendaríamos, si creo que todos, de hecho nosotros sabemos hace falta mucho de lo que ustedes ofrecen para el paciente	x	
Psicología	Lic. Mildred Tejada	Claro que sí, es más busquen las universidades que les manden practicantes.	x	
	Lic. Allison Johanna Thompson Wimer	: Sí, no lo duden este es un tema de mucho interés, lastimosamente el gobierno no ha hecho más por ayudar y da tanta pena verlos en la televisión quejándose por la falta de medicamentos	x	
	Lic. Elba Linette Trejo Paz	Aquí no le preguntamos por que ella nos comento que no pueden recomendar algo que no sea el apoyo a la liga, antes de comensar la entrevista.		
Nutrición	Lic. Mima Patricia López	En cuanto a la recomendación del centro, si yo lo recomendaría. Creo que hay un reto en cuanto a tener nutricionistas.	x	
	Lic. Yamileth Liliana Carranza	Para mí si funcionaria y lo recomendaría es tanta la necesidad que hay.	x	
Paliativos	Dr. Darwin Zerón	Claro que sí, de hecho es importante tener una planificación y protocolo correctos. Para que se socialice con el gremio	x	
	Dr. Amílcar Rodas	Miren hay celo profesional esto no se los voy a negar pero esto no afecta en el hecho de que son pocos los oncólogos y el tiempo con el paciente es reducido, no se logra abarcar todos los aspectos básicos del cuidado del paciente, lastimosamente esta es nuestra realidad.	x	
	Luis Roberto Orellana Pagoada	Si se recomendaría que el gremio de oncólogos trabaje y remita sus pacientes con el centro. El nuevo modelo de atención al paciente oncológico habla sobre el inicio del tratamiento oncológico acompañado de los cuidados paliativos.	x	

Fuente: Elaboración propia

Con el análisis de la matriz del juicio de expertos, podemos concluir que el 100% de entrevistados estimó no conocer centros de cuidados continuos para el paciente oncológico. Todos ellos consideraron necesarios los servicios que se ofrecerían de nutrición, psicología y educación para el cuidado del hogar y adicionaron los servicios detallados en la figura 25.

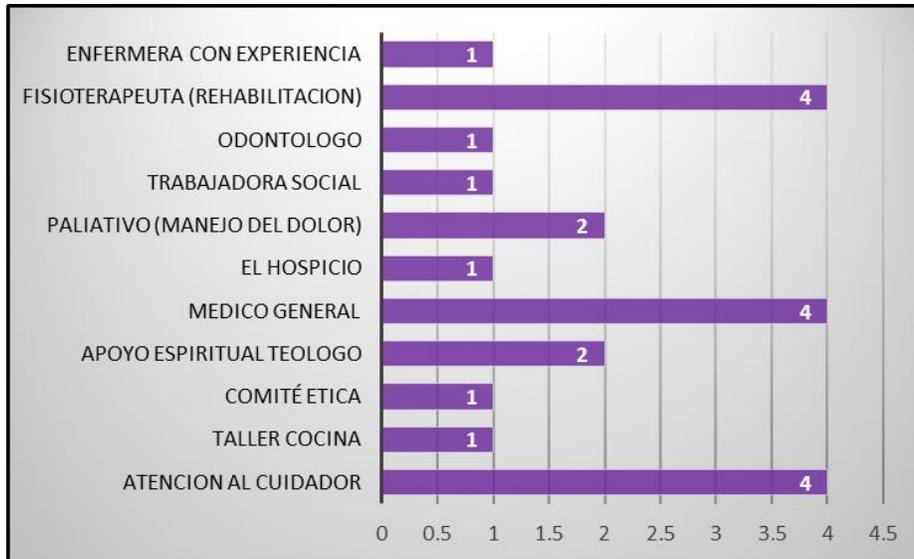


Figura 25. Servicios adicionales por el juicio de expertos

Fuente: Elaboración propia

De igual forma el 100% de entrevistados concluyó que el gremio aceptaría y referenciarían un centro como CAPCA y en cuanto al tamaño del centro, sugirieron uno pequeño, referenciando una casa, dependiendo de los servicios que se ofrezcan y dándole importancia al servicio de calidad que se debe ofrecer.

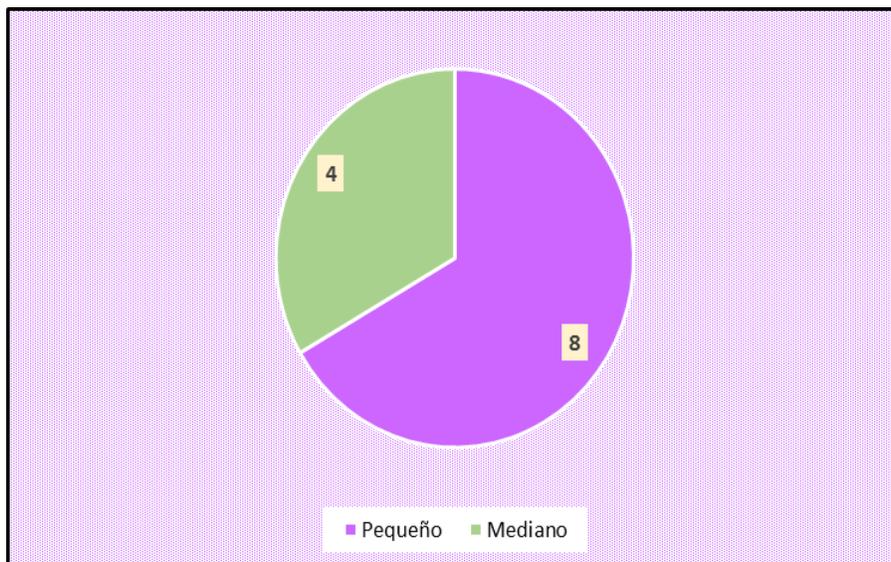


Figura 26. Tamaño sugerido por juicio de expertos

Fuente: Elaboración propia

4.5 ESTUDIO DE MERCADO

Con el estudio de mercado se analiza la información obtenida para conocer la población a la que van dirigidos los servicios del centro, así como también comprender las necesidades y las brechas en el sistema de salud de los cuidados continuos para pacientes con cáncer.

A continuación se detalla el estudio de mercado realizado y los datos obtenidos de las 384 encuestas aplicadas.

4.5.1 ANÁLISIS DEL MERCADO CON RESPECTO A LA INDUSTRIA

Los pacientes no son los únicos que sufren con el diagnóstico de la enfermedad del cáncer, también sus familiares, amigos o incluso sus cuidadores están relacionados. Se obtuvo un 74% de encuestados que si tienen un familiar o amigo con un diagnóstico de la enfermedad del cáncer.

El 26% restante no tienen familiar o amigo con el diagnóstico, pero si dieron su opinión a las otras preguntas de la encuesta, considerando que el cáncer puede presentárseles en un futuro y saben de lo terrible de la enfermedad.

Tabla 20. Personas con diagnóstico de cáncer

ITEM	¿Tiene usted un familiar o amigo con diagnóstico de cáncer?
SI	285
NO	99
	384

Fuente: Elaboración propia

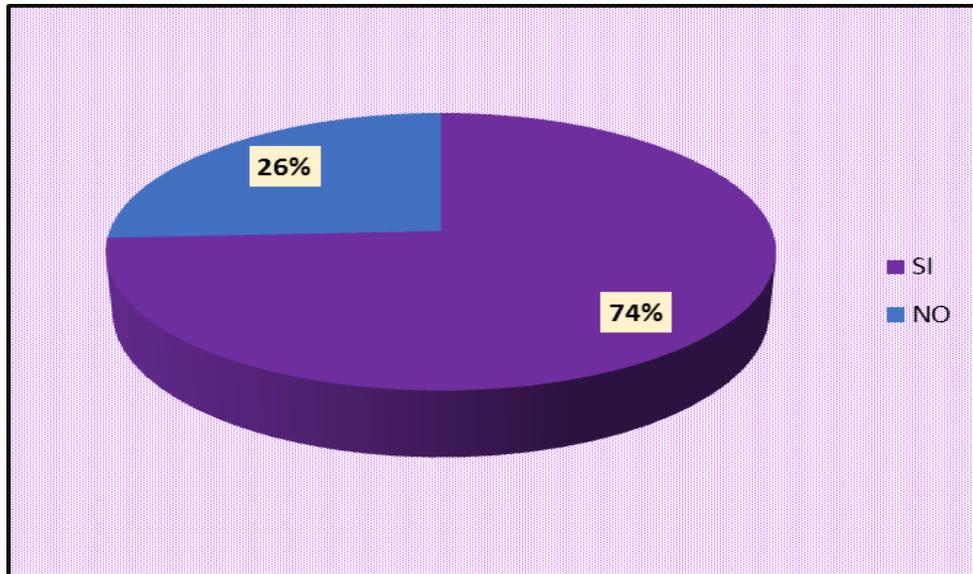


Figura 27. Personas con diagnóstico de cáncer

Fuente: Elaboración propia

Entre esos diagnósticos quisimos saber el tipo de cáncer que les fue diagnosticado, para obtener relación con los informes de la OMS en el porcentaje de incidencias. Obtuvimos que de las encuestas realizadas la mayor incidencia es en cáncer de mama con un 34% de casos, seguidos del cáncer de próstata y el cáncer cervicouterino con un 12% y 11% respectivamente.

Tabla 21. Tipos de cáncer diagnosticados

¿Qué tipo de cáncer le fue diagnosticado?	No de casos
Mama	103
Próstata	37
Ovario/Cervicouterino	34
Pulmones	33
Estómago	28
Colon	26
Leucemia	26
Otros	18

Fuente: Elaboración propia

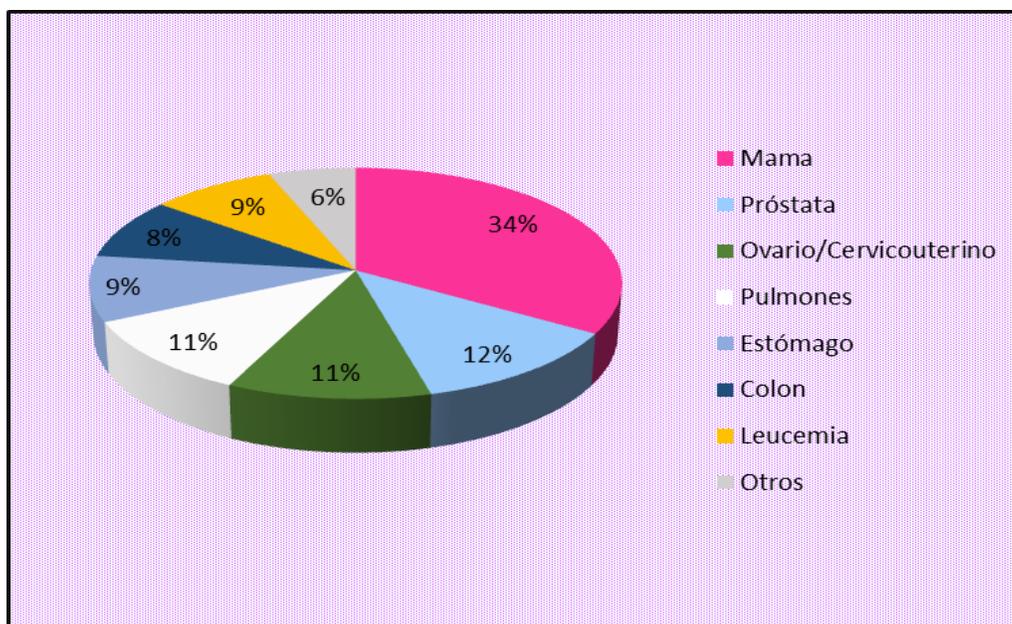


Figura 28. Tipos de Cáncer diagnosticados

Fuente: Elaboración propia

Obtuvimos un muy buen porcentaje de aceptación para apoyo al centro asistencial, apoyo con donaciones o en actividades de recaudación. El 82% de los encuestados si estaría dispuesto a brindar apoyo, el 17% respondió un tal vez.

Tabla 22. Apoyo al centro asistencial

ITEM	¿Estaría dispuesto a apoyar al centro asistencial con donaciones en actividades de recaudación?	%
Sí	316	82%
Tal vez	67	17%
No	1	0%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

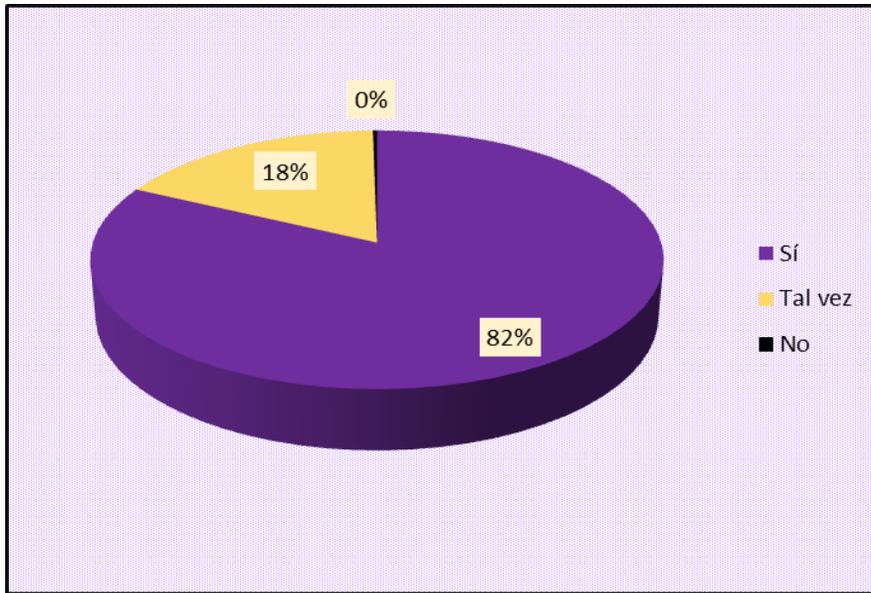


Figura 29. Apoyo al centro asistencial

Fuente: Elaboración propia

Y en cuanto a la recomendación que se daría a un proyecto como estos, también fue muy positiva, con un 94% de respuestas afirmativas, dando un aliciente para la creación de proyectos sociales que beneficien a nuestra ciudad.

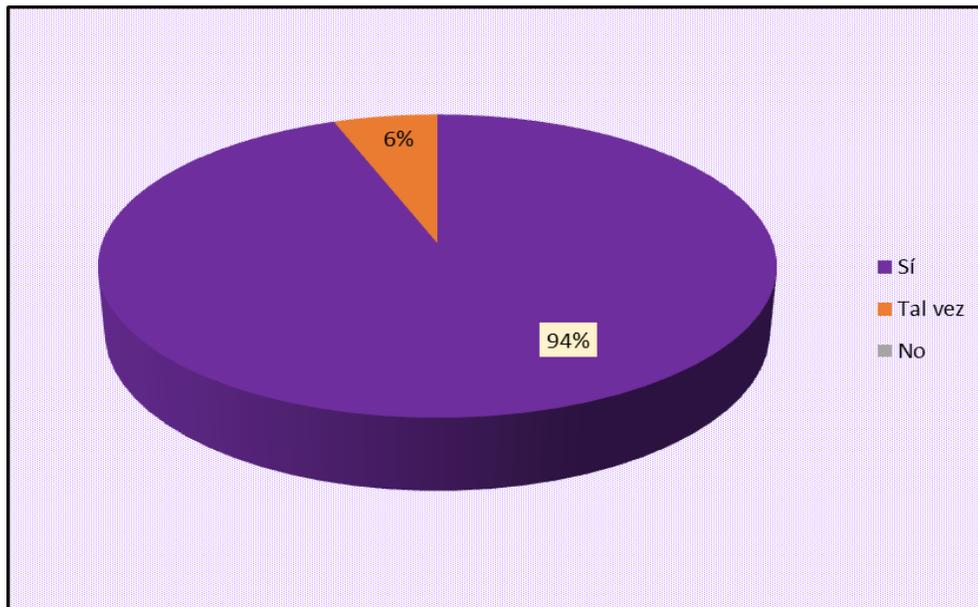


Figura 30. Recomendación del proyecto

Fuente: Elaboración propia

4.5.2 PRODUCTO O SERVICIO

En la ciudad de San Pedro Sula en la actualidad no existe un centro asistencial en cuidados continuos y paliativos para pacientes con cáncer con los servicios que ofreceremos en CAPCA, tales como educación, nutrición, apoyo psicológico y espiritual, entre otros.

Solamente hay fundaciones y asociaciones que ofrecen apoyo económico y financiero para el tratamiento médico, sea quimioterapia, radioterapia, medicamentos, entre otros; que se brindan en el país o tratamientos en el exterior, pero con muchas restricciones y no disponibles para todos.

Con los resultados del estudio de mercado, podemos ver que el 84% de los encuestados no conocen de programas especiales para pacientes con cáncer.

Tabla 23. Conocimiento del mercado de programas especiales de cáncer

ITEM	¿Conoce de algún programa especial para los pacientes con cáncer?	%
SI	63	16%
NO	321	84%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

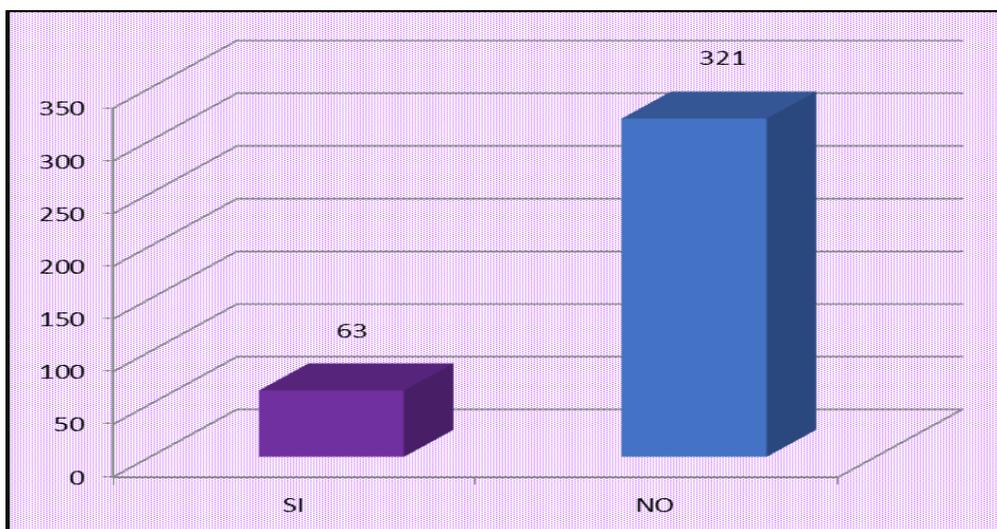


Figura 31. Conocimiento del mercado de programas especiales de cáncer

Fuente: Elaboración propia

Referente a que si se conoce de algún centro asistencial en cuidados continuos para los pacientes con cáncer, el 43% de los encuestados dio una respuesta positiva, pero al averiguar cuáles eran estos centros, los encuestados mencionan las clínicas y/o hospitales donde se reciben los tratamientos médicos o asociaciones en donde reciben ayuda económica para las medicinas, no son propiamente centros asistenciales establecidos o registrados. Sí, podemos decir que dan apoyo psicológico y dan charlas informativas, pero formando parte de alguna campaña y con iniciativa de algún médico no de forma integral y constante.

Tabla 24. Existencia de algún centro asistencial oncológico en cuidados continuos

ITEM	¿Conoce de algún centro asistencial en cuidados continuos para los pacientes con cáncer?	%
SI	166	43%
NO	218	57%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

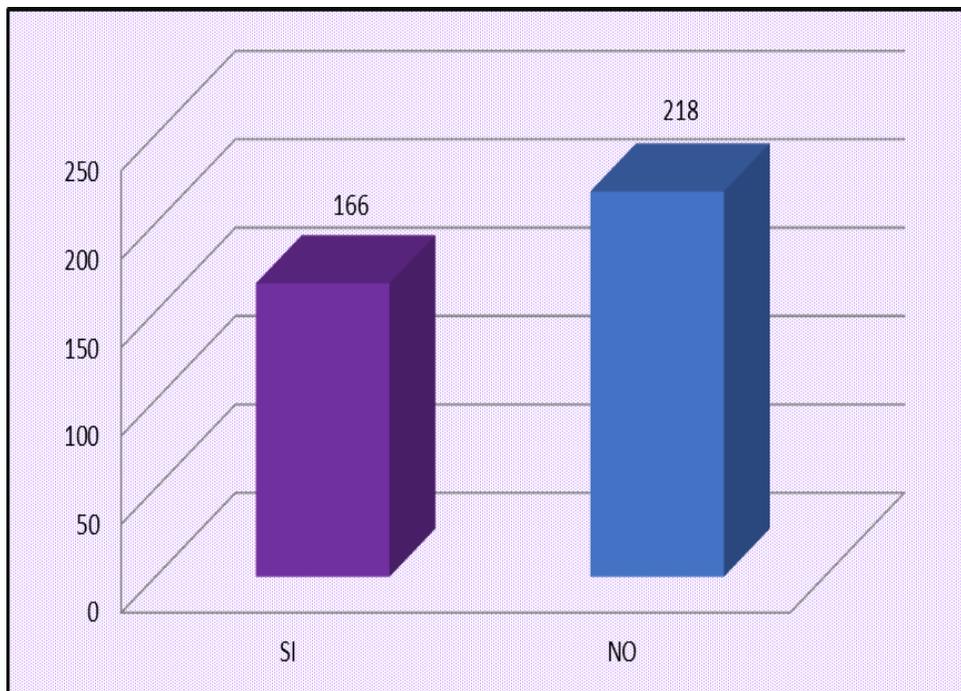


Figura 32. Existencia de algún centro asistencial oncológico en cuidados continuos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 25. Menciones de centro asistencial en cuidados continuos

Centro asistencial en cuidados continuos	Menciones
Liga contra el Cáncer	93
IHSS	40
Hospital Mario Catarino Rivas	17
Emma Romero de Callejas	10
Fundación Hondureña para el Niño con Cáncer	3
Cepudo	2
Fundación Pequeños Guerreros	1
	166

Fuente: Elaboración propia

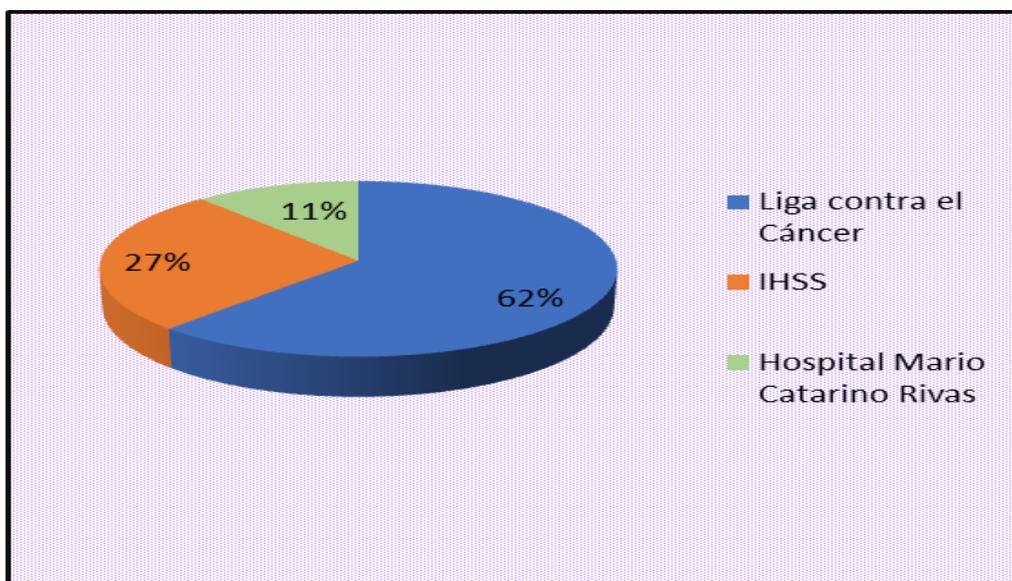


Figura 33. Menciones de centro asistencial en cuidados continuos

Fuente: Elaboración propia

4.5.3 PRECIO

Con el objetivo de conocer la tendencia sobre lo que estarían dispuestos a pagar por los servicios de psicología y nutrición, se consultó en la encuesta, y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 26. Costos por consulta nutricional

ITEM	¿Qué valores estaría dispuesto a pagar por un servicio en Nutrición?	%
L300	172	45%
L400	88	23%
L500	95	25%
L600	29	8%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

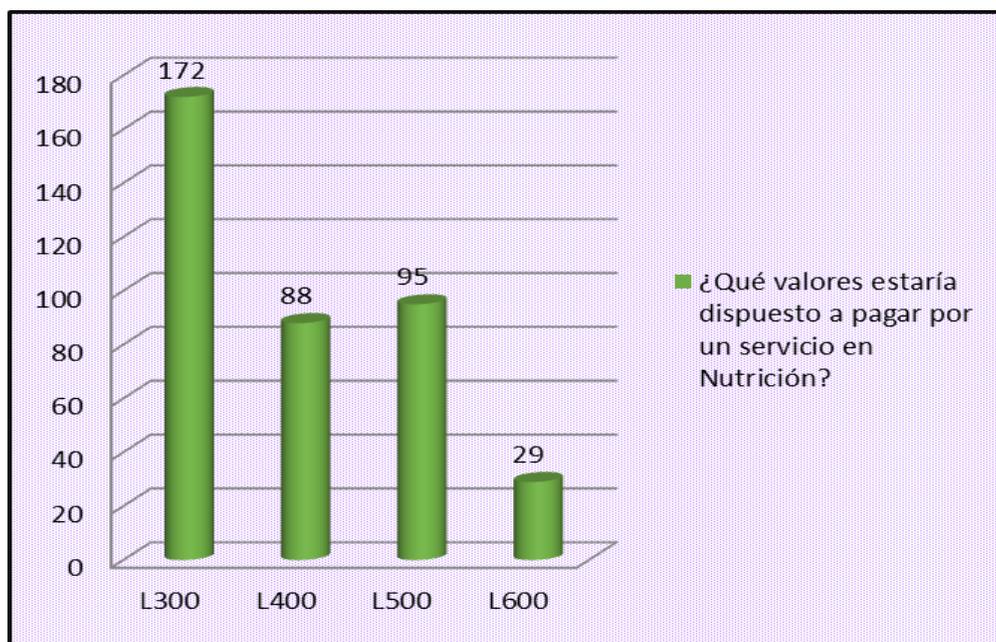


Figura 34. Costos por consulta nutricional

Fuente: Elaboración propia

En donde se puede observar que el 45% de encuestados estarían dispuestos a pagar Trescientos lempiras (L.300) por una consulta en nutrición y el 25% están dispuestos a pagar un valor de Quinientos lempiras (L.500) por la consulta nutricional.

Tabla 27. Costos por consulta psicológica

ITEM	¿Qué valores estaría dispuesto a pagar por un servicio Psicológico?	%
L300	193	50%
L400	69	18%
L500	95	25%
L600	27	7%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

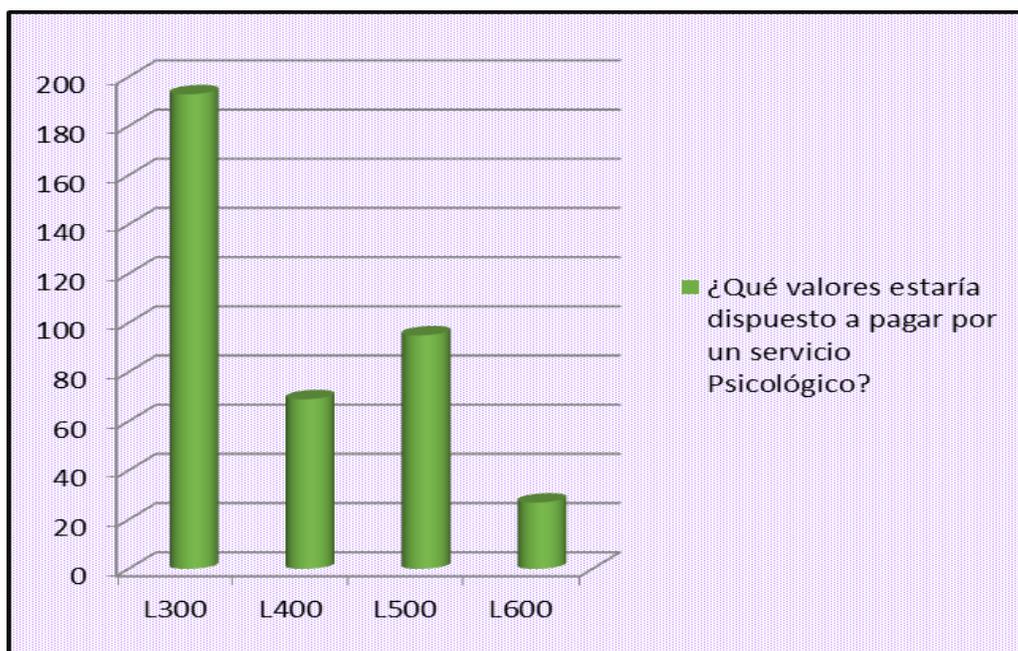


Figura 35. Costos por consulta psicológica

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar una tendencia parecida para las consultas psicológicas, el 50% de los encuestados están dispuestos a pagar Trescientos lempiras (L.300) por consulta psicológica y el 25% están dispuestos a pagar un valor de Quinientos lempiras (L.500) por la consulta.

Realizando análisis en los precios, estipularíamos los montos de la consulta de la siguiente manera:

El monto de la consulta se estipula así:

- 1) Consulta inicial evaluativa Médico General: L.450
- 2) Consulta inicial evaluativa Psicológica: L.450
- 3) Consulta inicial evaluativa Nutricional: L.450
- 4) Consultas de seguimiento y soporte nutricional y psicológico: Lps.350

Se realizó una gestión con la corredora de seguros Licenciada Karen Kanahuati, para indagar referente a las pólizas de seguros que ayudarían a los pacientes oncológicos con el pago de las consultas. Detallando que los seguros locales de Honduras te cubren gastos de quimioterapia, radiación, hospitalización y cirugía en un 80%, pero no cubren cuidados continuos o unidad de dolor. Y la cobertura es hasta el tope de techo según su póliza. Se pueden lograr excepciones, dependiendo del seguro particular que tiene cada persona, para que se pudiera cubrir servicios de enfermería por ejemplo, pero se manejan como excepciones.

De igual forma nos especifica que hay en el mercado seguros de protección contra el cáncer que brindan los bancos como BAC con Mafre Seguros y Ficohsa Seguros (Ver Anexo 25).

4.5.4 PLAZA

También se consultó sobre la relevancia de la ubicación del centro asistencial, para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 28. Relevancia de la ubicación del centro asistencial

ITEM	¿Dónde considera importante la ubicación del centro?	%
Muy relevante	178	46%
Relevante	142	37%
No relevante	64	17%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

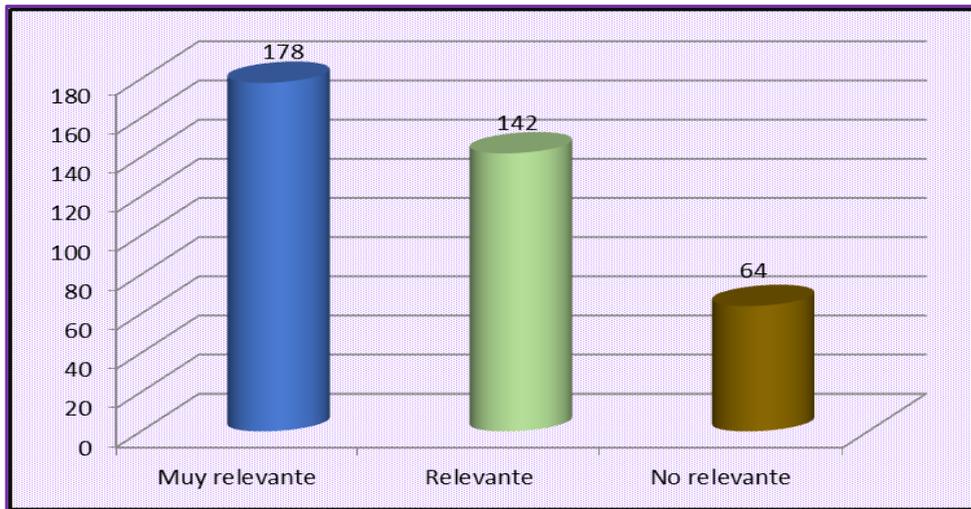


Figura 36. Relevancia de la ubicación del centro asistencial

Fuente: Elaboración propia

Analizamos que la relevancia sería:

Muy relevante: la ubicación del centro cerca del área de hospitales considerando los tres que atienden la mayoría de pacientes oncológicos, Liga contra el Cáncer, Hospital Mario Catarino Rivas y Seguro Social IHSS, Se puede observar que el 46% de encuestados escogieron este, por la disponibilidad de vías de acceso. Cotizamos locales y casas en alquiler por estas zonas (ver Anexo 20).

Relevante: en el centro de la ciudad, por la cercanía a la Liga contra el Cáncer, el 37% de los encuestados prefirieron esta ubicación, debido a la saturación en esta zona, es difícil ubicar un local con todos los requerimientos que se desean para el centro, se cotizaron casas en barrio Paz Barahona (ver Anexo 20)

No relevante: La no importancia de la ubicación.

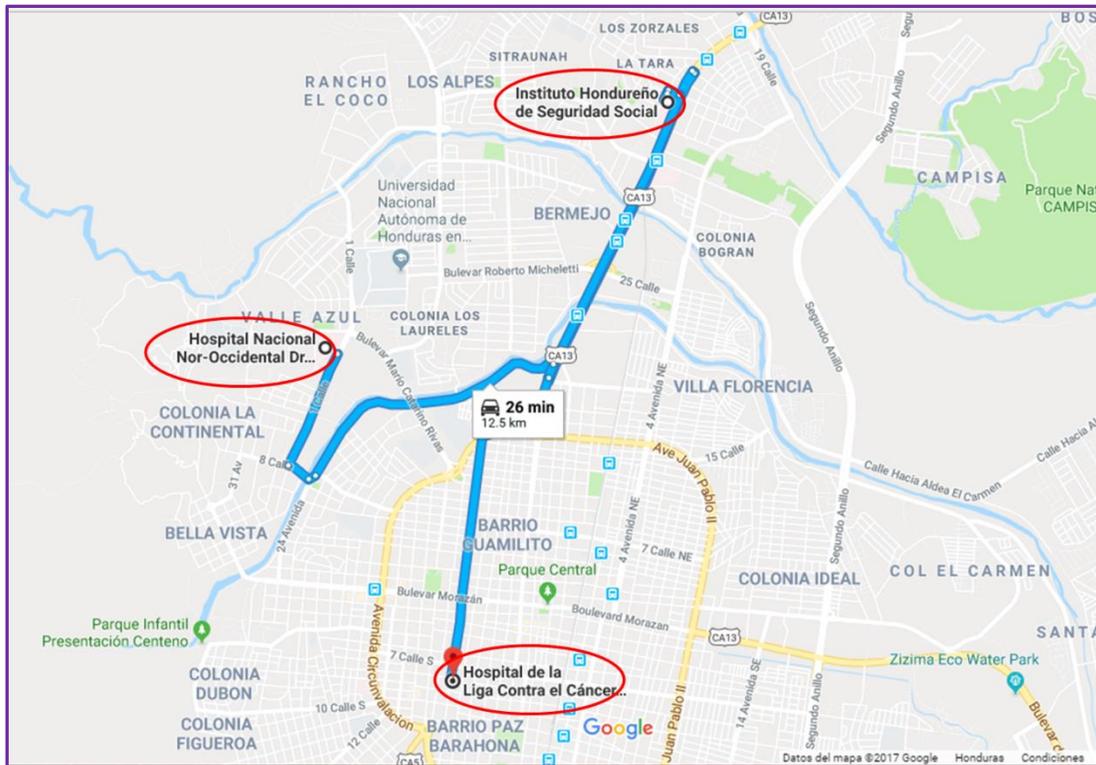


Figura 37. Ubicación de los hospitales de tratamiento oncológico

Fuente: Google Maps

4.5.5 PROMOCIÓN

Consultamos la preferencia para recibir información del centro, en el cual vía Facebook recibió el mayor porcentaje con un 32% seguido del correo electrónico con un 20%.

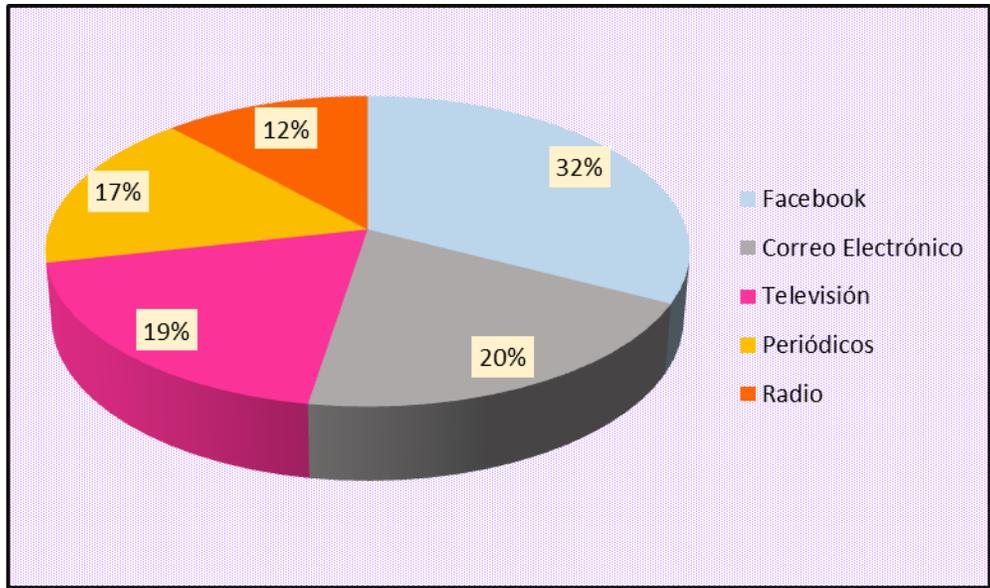


Figura 38. Medios de comunicación para informar del centro

Fuente: Elaboración propia

4.5.6 DEMANDA

Para el cálculo de la demanda se calculó en base a las entrevistas del gremio médico y estimaciones en la afluencia de pacientes a los tres principales hospitales de San Pedro Sula en donde se dan los tratamientos oncológicos, tales como quimioterapia, radioterapia, consulta externa.

La demanda total estimada es de 17,400 pacientes por año en la ciudad de San Pedro Sula, que llegan a consulta por primera vez, por reincidencia o para revisiones.

Tabla 29. Demanda estimada de pacientes con cáncer por año en San Pedro Sula

Hospital	Demanda estimada (pacientes/año)
Liga Contra el Cáncer	6000
Hospital Mario Catarino Rivas	5400
IHSS	4800
Privados	1200
	17400

Fuente: Elaboración propia

Partiendo de esta estimación y con la capacidad de atención requerida en CAPCA, se calcula que estaríamos cubriendo un 36% de la demanda total estimada, haciendo esto una cifra de 6,336 citas al año.

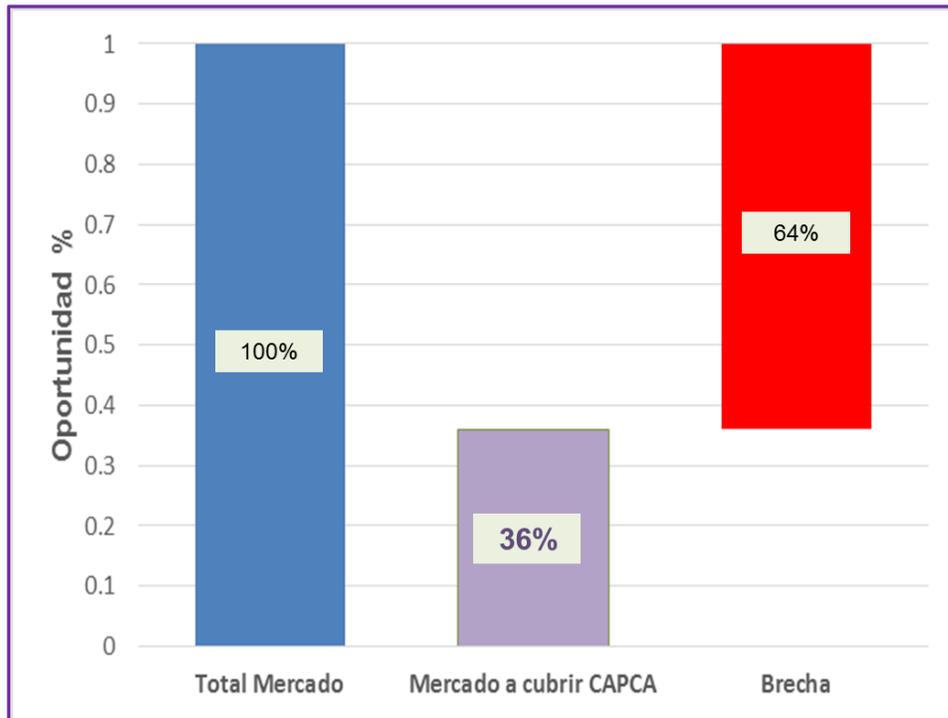


Figura 39. Mercado a cubrir por CAPCA

Fuente: Elaboración propia

4.6 ESTUDIO TÉCNICO

Tomando en cuenta la información del estudio de mercado, es necesario analizar, planificar y diseñar el servicio, las instalaciones y el recurso humano necesario para el centro asistencial oncológico de cuidados continuos y paliativos CAPCA.

4.6.1 EQUIPOS

Los cuidados continuos constituyen una atención integral del paciente con cáncer en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. Por tanto, el equipo de trabajo es

fundamental en el funcionamiento de un buen servicio. El trabajo en equipo significa práctica integrada. Existe una ciencia del trabajo en equipo e implica coordinación de esfuerzos evaluando los recursos disponibles del personal. El conductor principal del trabajo en equipo es la necesidad de brindar a los pacientes un acompañamiento profesional interdisciplinario, calificado y personalizado, tomando en cuenta todas las dimensiones tanto del paciente como de su familia.

Nuestro equipo de profesionales en el centro CAPCA pone en marcha un programa de cuidados continuos en el cual nos basamos en:

- 1) Servicio Integral: Cubriendo todas las necesidades del paciente, incluyendo los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.
- 2) Abierto a coordinación con los recursos sociales (servicios sociales, voluntariado, ayuda del exterior)
- 3) Formado por equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.

La organización debe originar un modelo de atención compartida y en donde cada nivel no cede completamente la responsabilidad del cuidado. Al contrario, la comparten mediante la planificación consensuada de los objetivos y la realización de actividades complementarias. Los pacientes oncológicos, en relación con la complejidad de sus problemas, serán atendidos por un nivel de salud u otro, existiendo una atención fluida y coordinada en función de la situación clínica del enfermo. La intervención de cada nivel se realiza bajo un marco de complementariedad de actividades para la consecución de un objetivo común. Por tanto, hace falta la existencia del equipo multidisciplinario e interdisciplinario con formación adecuada y acreditada; pero asumiendo de manera sistematizada que es necesaria una supervisión de su funcionamiento interno y de su propia tarea en orden a conseguir los fines establecidos. Dentro de la organización es prioritario definir el papel de cada miembro del equipo multidisciplinario, teniendo al oncólogo clínico del paciente en una posición de responsabilidad, comunicándole todo el seguimiento que recibe su paciente en el centro, para esto se empleará el software el software Control de Pacientes, para mantener esta comunicación lo más fluida posible.

El grupo requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible a las necesidades del paciente.

Hay que considerar además, que consume mucho tiempo y entrega. Otras características del equipo es que debe manifestar empatía, calidez y autenticidad.

Considerando las características humanas y profesionales de un equipo de cuidados paliativos, también hay que cuidarlo de situaciones como el “burnout” debido a la presión asistencial y emocional. Parte de la labor del psicólogo es mantener el cuidado emocional del grupo de trabajo, “hay que cuidar a los cuidadores”.

La comunicación en los cuidados Paliativos va a girar sobre dos grandes ejes que se entrelazan entre sí:

- 1) La informativa, básica para elaborar el diagnóstico, tratamiento, la participación del paciente y la toma de decisiones trascendentales.
- 2) La relación de ayuda, de acompañamiento sobre sentimientos y emociones que haga posible que el enfermo se sienta comprendido y apoyado para enfrentarse mejor a esta etapa difícil.

En el área de gestión, van a ser muy importantes:

- 1) Los controles de calidad y auditorias
- 2) Cursos de formación específicos dirigidos a los profesionales
- 3) Necesidad de enfocar y afrontar las necesidades del paciente
- 4) Implicación del paciente en las decisiones del tratamiento
- 5) Capacidad de planificación por parte de los integrantes del servicio
- 6) Información al paciente y sus familiares
- 7) No olvidar la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales dando continuidad

4.6.1.1 PLANIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES

CAPCA es una empresa de servicios en el área médica, de igual forma que las compañías de producción, implica un orden lógico de procesos sistemáticos, organizados y que puedan funcionar eficientemente. A continuación el proceso de la empresa CAPCA referente a la atención de los pacientes:

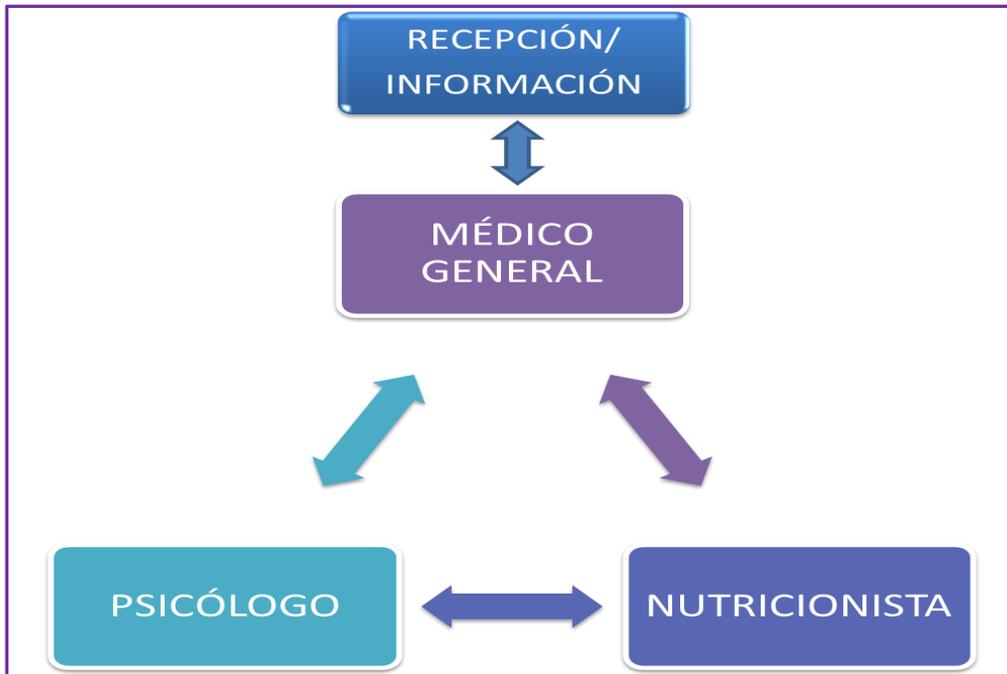


Figura 40. Flujograma de la operación

Fuente: Elaboración propia

Cuando el paciente sea de primer ingreso, este se recibe en la recepción para la elaboración del expediente, con sus datos generales. Luego es pasado con el Médico General para una primera evaluación, el cual indicará si el paciente es remitido a nutrición o apoyos psicológicos o ambos.

En la encuesta consultamos si se considera importante la creación de un centro asistencial con los servicios que CAPCA está proponiendo, de nutrición, apoyo psicológico y educación de cuidados en el hogar, la respuesta fue muy positiva, el 98% de los encuestados sí lo consideraron importante, solamente un 2% dieron una respuesta negativa. A continuación reflejamos la respuesta.

Tabla 30. Importancia de un centro asistencial oncológico

ITEM	¿Considera importante un centro asistencial que provea enseñanza en cuidados en el hogar, nutrición y apoyo psicológico para los pacientes de cáncer?	%
SI	376	98%
NO	8	2%
	384	100%

Fuente: Elaboración propia

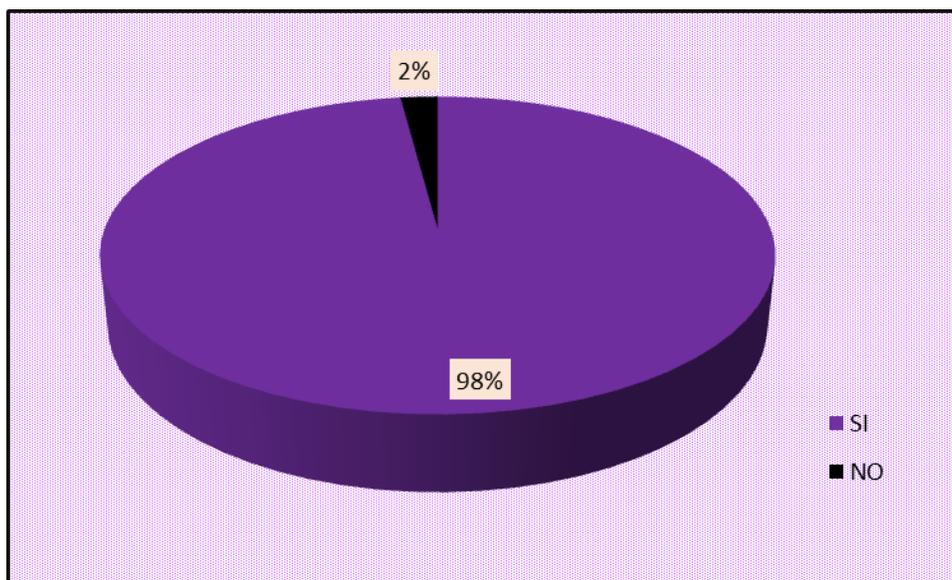


Figura 41. Importancia de un centro asistencial oncológico en la ciudad de San Pedro Sula

Fuente: Elaboración propia

De la misma manera se consultó que otros servicios se deberían de brindar en un centro asistencial y estas fueron las sugerencias.

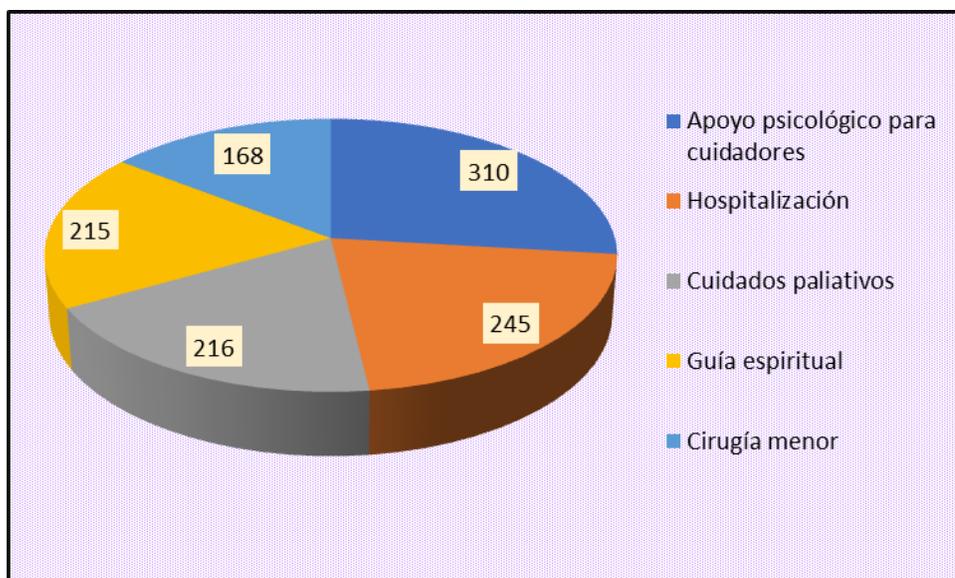


Figura 42. Otros servicios sugeridos para el centro

Fuente: Elaboración propia

4.6.1.2 SISTEMA HUMANO

El equipo profesional humano con el que contaremos en CAPCA para el funcionamiento integral y óptimo estará conformado por:

- 5) Director: Es el encargado de la gestión administrativa del centro, responsable de dirigir el correcto funcionamiento entre las áreas para generar con dinamismo necesario la integración de todas las áreas.
- 6) Asistente administrativa/Recepcionista: Encargada de la recepción de los pacientes, administración de expedientes, entrega de material de soporte para los tratamientos, inventarios, realización de cotizaciones y compras básicas.
- 7) Médico General: Personal calificado para la evaluación primaria del paciente, aplicar tratamientos paliativos, responsable del inventario de los medicamentos bajo su supervisión, y el funcionamiento impecable de su área de trabajo.
- 8) Enfermera/auxiliar de enfermería: Responsable de asistir a los consultorios del centro, apoyo a los profesionales, de la limpieza e inocuidad del centro.

- 9) Psicólogo: Profesional del área, responsable de desarrollar terapias para los paciente de manera individual y de forma grupal, elaborar capacitaciones al personal y el funcionamiento de su área de trabajo.
- 10) Nutricionista: Profesional del área responsable de la evaluación nutricional de los pacientes, prescribir planes de nutrición, elaborar talleres de nutrición para los pacientes y sus acompañantes y los miembros del centro, responsable del área de cocina así como el personal voluntariado de esta área.
- 11) Guía espiritual: Personal voluntario (sacerdote, pastor o teólogo) responsable de realizar acompañamiento espiritual del paciente, con área asignada para su privacidad.
- 12) Practicantes: Estudiantes de las diferentes áreas que prestan atención el en centro, responsables de cumplir las tareas asignadas por los presionales de su área de estudio.
- 13) Voluntariado: Personal voluntario multidisciplinario encargados de asistir en las tareas que se les asignen.

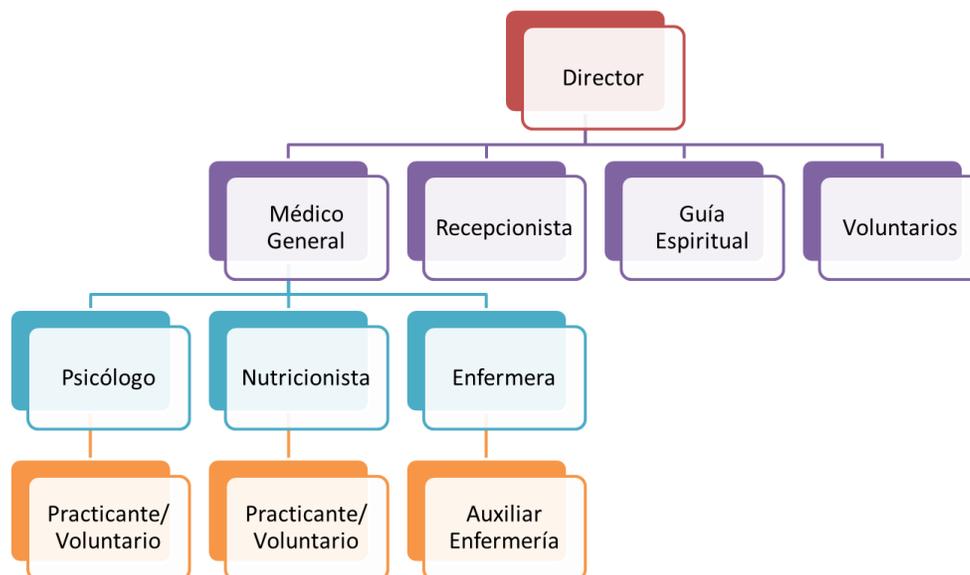


Figura 43. Organigrama CAPCA

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31. Gastos mensuales y anuales en planilla de servicio CAPCA

Puesto	Sueldo Mensual	Sueldo Anual
Medico General	L. 36,000.00	L. 432,000.00
Psicologa	L. 21,000.00	L. 252,000.00
Nutricionista	L. 21,000.00	L. 252,000.00
Licenciada en enfermería	L. 18,000.00	L. 216,000.00
Auxiliar de enfermeria	L. 12,000.00	L. 144,000.00
TOTAL PLANILLA	L. 108,000.00	L. 1296,000.00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 32. Gastos mensuales y anuales en planilla operativa CAPCA

Puesto	Sueldo Mensual	Sueldo Anual
Director	L. 18,000.00	L 216,000.00
Recepcionista	L. 8,531.32	L 102,375.84
Limpieza	L. 8,531.32	L 102,375.84
Vigilante	L. 8,531.32	L 102,375.84
TOTAL PLANILLA	L. 43,593.96	L 523,127.52

Fuente: Elaboración propia

4.6.2 SOLUCION WEB PARA COMUNICACIÓN INTEGRAL

El centro CAPCA utilizara una solución WEB que optimiza la comunicación entre pacientes, médicos y la industria médica, captura y provee indicadores fisiológicos estadísticos del ámbito médico y clínico, a través del uso de una interfaz gratuita y masiva de registro de la historia médica de pacientes que se encuentra en desarrollo beta.

El sistema Control de Pacientes (ver Anexo 8) desarrolla diversas funcionalidades en línea, concentradas en módulos específicos que le permiten a los especialistas en salud, médicos graduados, y otras especialidades:

- 1) Administrar y crear datos de pacientes y consultorios.
- 2) Gestionar y dar seguimiento a sus consultas médicas desde cualquier dispositivo.
- 3) Programar en agenda las citas y actividades afines al consultorio.

- 4) Consultar segundas opiniones de otros colegas, referencias o remisiones de pacientes.
- 5) Permite la incorporación activa de asistentes y enfermeros como usuarios claves en el desarrollo de actividades profesionales.
- 6) Administrar honorarios de servicios, procedimientos y costos en general, con su correspondiente elaboración de presupuestos y órdenes de facturación.
- 7) Generar informes y reportes estructurados de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Sistema de gestión de la consulta médica:

- 1) Es una aplicación web gratuita e innovadora, que provee a profesionales de la salud las herramientas de gestión de su consulta a pacientes, a través de un entorno amigable de incorporación de datos fisiológicos, preservando la confidencialidad de la información. Esta herramienta fomenta la interacción a través de comunidades, y el tráfico de indicadores fisiológico.
- 2) Conecta el mayor número de posibilidades integradas en un sistema gratuito para profesionales de la salud.
- 3) Control de Pacientes: el mayor número de posibilidades integradas en un sistema en línea.
- 4) 100 % gratuito.
- 5) Sin compra de software ni mantenimiento.

4.6.3 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN

El tamaño y la distribución del centro estarán diseñados con las áreas de servicio según las necesidades de atención a los pacientes y cumpliendo con las normas técnicas establecidas por la Secretaria de Salud.

- 1) Recepción: Todo paciente debe de pasar a recepción / información donde se le entregara un formato a llenar para su expediente dentro del centro si es de primer ingreso. Y si es de reingreso, para confirmar su cita y atenderle según su seguimiento.
- 2) Consultorio médico general: El médico general será la persona encargada de evaluar al paciente en su primera visita donde el dará a conocer todas sus inquietudes, síntomas y

afecciones por el tratamiento, el medio será el encargado de remitir al paciente a la demás áreas según corresponda la necesidad del paciente en orden de prioridades.

- 3) Consultorio psicológico: El psicólogo es el profesional encargado de realizar la evaluación del paciente, la evaluación de los acompañantes y prescribir los tratamientos y terapias pertinentes. Sala de terapias grupales:
- 4) Consultorio nutricionista: El profesional en nutrición es el encargado de la evaluación físico nutricional, para proponer una dieta específica para el paciente según su condición, y tipo de cáncer.
- 5) Área de observación: Área de hospitalización ambulatoria para los pacientes que requieran aplicación de medicamento y estar en reposo.
- 6) Área de enfermería: equipo necesario de primer nivel, dispensables y demás materiales.
- 7) Cocina: Área para elaboración de talleres de nutrición, alimentos para el personal.
- 8) Área de apoyo espiritual: Cubículo para el guía espiritual.
- 9) Sala de usos múltiples: Área de reunión de los pacientes para terapias grupales, ocupacionales, presentación de videos motivacionales, juntas de empleados, capacitaciones.

Siguiendo las normas técnicas de licenciamiento para los establecimientos de salud estipulados por la Secretaria de Salud (ver Anexo 14), se especifican a continuación el mobiliario y equipo de cada área del centro CAPCA.

Tabla 33. Mobiliario y equipo área consultorio psicológico

CONSULTORIO PSICOLÓGICO		
Item	Descripción	cantidad
1	Escritorio	1
2	Sillas cómodas	4
3	Armario/archivo	1
4	Mueble para materiales	1
5	Sillon confortable	1
6	Aire Acondicionado (12000 BTU)	1
7	Ventilador techo	1
8	Reloj de pared	2
9	Espejo completo o semicompleto	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 34. Mobiliario y equipo área nutrición

CONSULTORIO NUTRICIÓN		
Item	Descripción	cantidad
1	Escritorio	1
2	Sillas cómodas	3
3	Armario/archivo	1
4	Mueble para materiales	1
5	Camilla	1
6	Aire Acondicionado (12000 BTU)	1
7	Ventilador techo	1
8	Espejo completo o semicompleto	1
	Equipo médico:	
9	Báscula con tallímetro	1
10	Balanza digital	1
11	Glucómetro (azúcar)	1
12	Cintas para glucómetro	1
13	Cinta métrica flexible	1
14	Esfigmomanómetro (presión)	1
15	Antropómetro (medidas)	1
16	Adipómetro (grasas)	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 35. Mobiliario y equipo área consultorio medicina general

CONSULTORIO MÉDICO GENERAL		
Item	Descripción	cantidad
1	Escritorio	1
2	Sillas cómodas	3
3	Armario/archivo	1
4	Mueble para materiales	1
5	Camilla	1
6	Aire Acondicionado (12000 BTU)	1
7	Ventilador techo	1
	Equipo médico:	
8	Esfigmomanómetro (presión)	1
9	Glucómetro (azúcar)	1
10	Cintas para glucómetro	1
11	Termómetro	1
12	Estetoscopio	1
13	Lupa con luz	1
14	Martillo de reflejos	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36. Mobiliario y equipo enfermería

AREA ENFERMERÍA		
Item	Descripción	cantidad
1	Camilla	1
2	Sillas cómodas	2
3	Mueble para materiales	1
4	Ventilador techo	1
	Equipo médico:	
5	Estetoscopio	1
6	Tanque de oxígeno	1
7	Esterilizador	1
8	Termómetro	1
9	Esfigmomanómetro (presión)	1
10	Atril	1
11	Tijeras y pinzas	1
12	Algodón	1
13	Alcohol	1
14	Gasas y apósitos estériles	1
15	Jeringas 2ml	100
16	Jeringas 5ml	100
17	Jeringas 10ml	100
18	Guantes descartables	1
19	Esparadrapo	2
20	Depresores linguales (caja con 100 unidades)	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37. Mobiliario y equipo administración

AREA ADMINISTRATIVA		
Item	Descripción	cantidad
1	Escritorio ejecutivo	1
2	Silla ejecutiva	1
3	Silla secretarial	4
4	Archivero	1
5	Teléfono	2
6	Aire Acondicionado (12000 BTU)	1
7	Ventilador techo	1
8	Computadoras de escritorio	5
9	Impresora	1
10	Router	1
11	Mueble para materiales	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 38. Mobiliario y equipo área espiritual

AREA APOYO ESPIRITUAL		
Item	Descripción	cantidad
1	Escritorio	1
2	Sillas cómodas	2
3	Mueble para materiales	1
4	Aire Acondicionado (12000 BTU)	1
5	Ventilador techo	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39. Mobiliario y equipo área recepción

AREA RECEPCIÓN/ SALÓN Y BAÑOS		
Item	Descripción	cantidad
1	Modulo recepción	1
2	Baños (Juego Inodoro+Lavabos)	4
3	Silla secretarial	1
4	Aire Acondicionado (18000BTU) Salón Conferencia	1
5	Aire Acondicionado (18000BTU) Sala de Espera	1
6	Mesas	3
7	Sillas cómodas para 15 personas	5
8	Televisor (58")	1
9	Televisor (40")	1
10	Refrigeradora	1
11	Micro Ondas	1
12	Filtro de Agua	1
13	Ventilador techo	4

Fuente: Elaboración propia

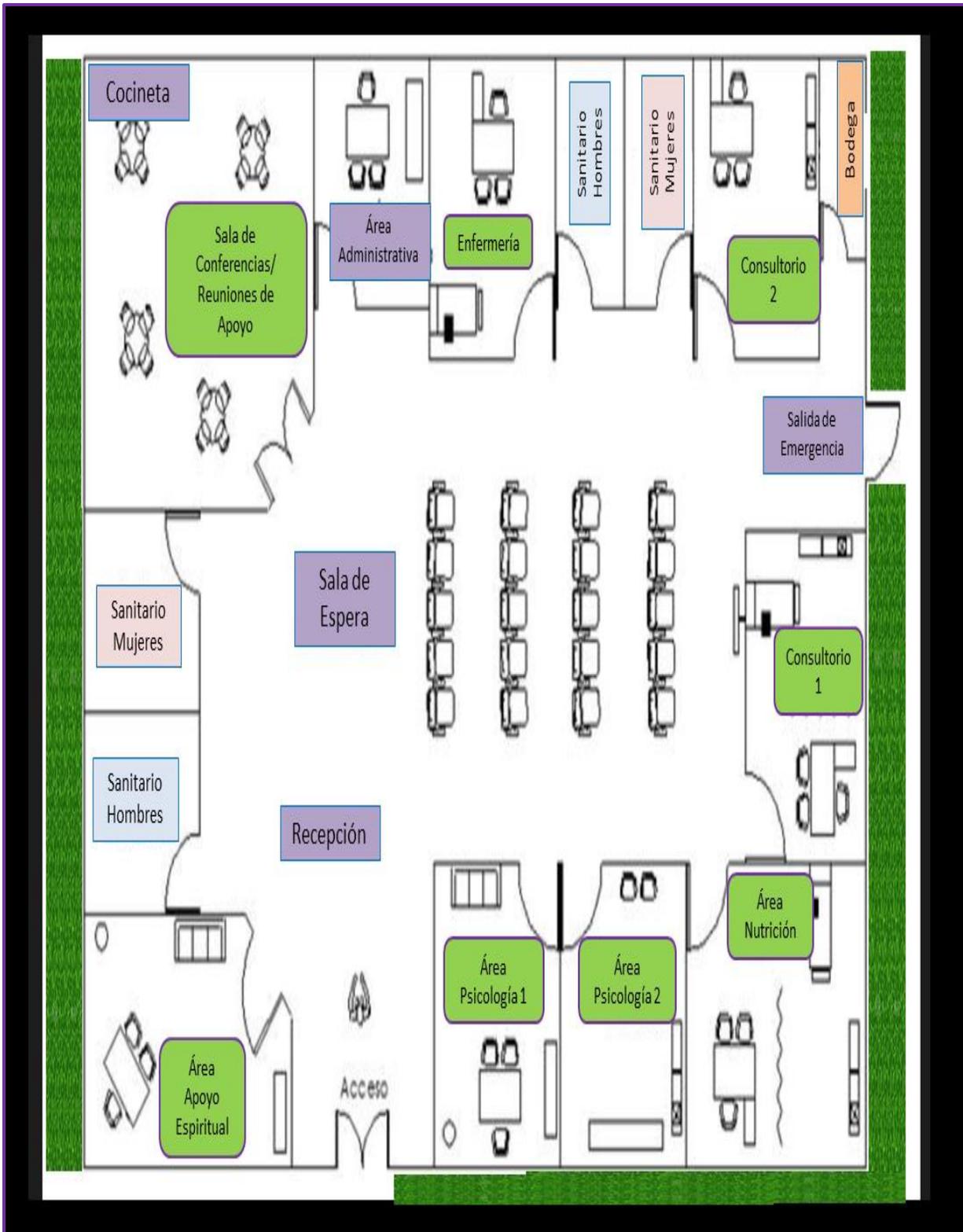


Figura 44. Layout CAPCA

Fuente: Elaboración propia

4.7 ESTUDIO FINANCIERO

Aquí se presenta la información ordenada haciendo énfasis en las variables monetarias, a estudiar, considerando los aspectos técnicos y de mercado que previamente fueron analizados, además se muestra la relación de ingresos y gastos con el objetivo de determinar los resultados del proyecto ya sean positivos o negativos, lo cual es importante para determinar si resulta factible invertir en él.

En primer lugar, se establece el plan de inversión para conocer el desembolso inicial que la empresa requiere para el comienzo de las operaciones y se consideran todos los costos necesarios para realizar la creación de CAPCA, así mismo se realizaron todas las proyecciones y cálculos necesarios para determinar las cifras financieras.

4.7.1 INVERSIÓN INICIAL Y ESTRUCTURA DE CAPITAL

Con el cálculo de la inversión inicial es posible conocer los recursos necesarios para comenzar a operar el proyecto, es la inversión requerida para la puesta en marcha del centro es indispensable para determinar el dinero necesario ya sea financiamiento o capital propio. A continuación se desglosa en la tabla los renglones tomados para este fin.

Tabla 40. Inversión inicial

Descripción	Monto Lps.
Activos Fijos	251,231.37
Activo Menor (gasto)	93,764.53
Gastos de Organización e Instalación	134,025.00
Capital de Trabajo	304,441.92
Total inversión	783,462.82

Fuente: Elaboración propia

Tabla 41. Costo de Capital

Concepto	Monto	% Participación	Costo	Costo Ponderado
Fondos Propios	L 235,038.85	0.30	0.06	0.02
Financiamiento	L 548,423.97	0.70	0.21	0.15
<i>Total</i>	<i>L 783,462.82</i>	<i>1.00</i>		
Costo del Capital				17%
Inflación promedio - noviembre de 2017				0.04
Tasa de riesgo				0.06
Requerimiento adicional de los accionistas				0.07
Tasa de Corte				34%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 42. Estructura de capital

Fondos Propios	30%	L. 235,038.85
Préstamos	70%	L. 548,423.97
		L. 783,462.82

Fuente: Elaboración propia

En la estructura de capital se refleja que se utilizara un 30% de capital propio para inversión y se financiara el 70%.

4.7.2 PRESUPUESTO DE INGRESOS

A continuación se muestra el presupuesto de ingresos de CAPCA.

Tabla 43. Presupuesto de ingresos proyectados primer año

	Descripcion	citas diarias	citas semanales	citas mensuales	costo individual	Ingreso Total Mensual	Ingreso Anual Proyectado
Servicios	Citas medicas	6	36	144	L. 450.00	L. 64,800.00	L. 777,600.00
	Citas psicologo	6	36	144	L. 450.00	L. 64,800.00	L. 777,600.00
	Citas Nutricionistas	6	36	144	L. 450.00	L. 64,800.00	L. 777,600.00
	Citas de seguimiento	4	24	96	L. 350.00	L. 33,600.00	L. 403,200.00
	Totales	22	132	528		L. 228,000.00	L. 2736,000.00
		citas al año:		6,336			
Otros servicios	Sueros hidratación	5	30	120	L. 500.00	L. 60,000.00	L. 720,000.00
	Aplicación inyección	5	30	120	L. 40.00	L. 4,800.00	L. 57,600.00
	Materiales de apoyo	3	18	72	L. 70.00	L. 5,040.00	L. 60,480.00
	Totales	13	78	312		L. 69,840.00	L. 838,080.00
	TOTALES GLOBALES					L. 297,840.00	L. 3574,080.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se desglosa la cantidad de citas proyectadas diariamente para el ingreso anual del primer año de operaciones CAPCA.

Tabla 44. Presupuesto de ingresos proyectados por año con incremento del 10% anual

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos por Consultas	L 2736,000.00	L 3150,201.00	L 3643,695.00	L 4236,583.00	L 4947,093.00
Ingresos por Otros Servicios	L 838,080.00	L 965,334.00	L 1118,751.00	L 1302,038.00	L 1518,954.00
Total Ingresos proyectados	L 3574,080.00	L 4115,535.00	L 4762,446.00	L 5538,621.00	L 6466,047.00
15% ISV	L 536,112.00	L 617,330.25	L 714,366.90	L 830,793.15	L 969,907.05
Total con ISV	L 4110,192.00	L 4732,865.25	L 5476,812.90	L 6369,414.15	L 7435,954.05

Política de Ingresos: Toda venta se realizará de contado, siguiendo los parámetros fiscales vigentes en el país.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior, se desglosa la cantidad de ingresos proyectados por año, con el incremento del crecimiento esperado del 10% anual.

4.7.3 PRESUPUESTO DE COSTOS Y GASTOS

A continuación se detallan los gastos operativos y gastos de área de servicios proyectados a cinco años.

Tabla 45. Gastos operativos anuales proyectados

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sueldos y Salarios	L 523,127.52	L 546,668.26	L 574,001.67	L 605,571.76	L 641,906.07
Carga laboral	L 116,130.88	L 143,476.60	L 148,305.51	L 153,882.89	L 160,301.95
50% Inversión inicial	L 277,836.65	L -	L -	L -	L -
Alquiler	L 140,400.00	L 146,718.00	L 154,053.90	L 162,526.86	L 172,278.48
Energía eléctrica	L 48,000.00	L 50,160.00	L 52,668.00	L 55,564.74	L 58,898.62
Agua Potable	L 10,872.00	L 11,361.24	L 11,929.30	L 12,585.41	L 13,340.54
Telefonía	L 7,200.00	L 7,524.00	L 7,900.20	L 8,334.71	L 8,834.79
Papelería y útiles	L 24,000.00	L 25,080.00	L 26,334.00	L 27,782.37	L 29,449.31
Publicidad	L 1,200.00	L 1,254.00	L 1,316.70	L 1,389.12	L 1,472.47
Total Gtos. Efectivos	L 1148,767.04	L 932,242.10	L 976,509.28	L 1027,637.87	L 1086,482.23
Depreciaciones	L 49,743.81				
Amortizaciones	L 26,805.00				
Total Gtos. No Efectivos	L 76,548.81				
Total Gastos de Admón	L 1225,315.85	L 1008,790.91	L 1053,058.09	L 1104,186.68	L 1163,031.04

Fuente: Elaboración propia

Tabla 46. Gastos áreas de servicio anuales proyectados

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sueldos y Salarios	L 1296,000.00	L 1354,320.00	L 1422,036.00	L 1500,247.98	L 1590,262.86
Carga laboral	L 233,583.18	L 297,886.38	L 309,849.54	L 323,666.99	L 339,569.62
50% Inversión inicial	L 277,836.65	L -	L -	L -	L -
Alquiler	L 140,400.00	L 146,718.00	L 154,053.90	L 162,526.86	L 172,278.48
Energía eléctrica	L 48,000.00	L 50,160.00	L 52,668.00	L 55,564.74	L 58,898.62
Agua Potable	L 10,872.00	L 11,361.24	L 11,929.30	L 12,585.41	L 13,340.54
Telefonía	L 7,200.00	L 7,524.00	L 7,900.20	L 8,334.71	L 8,834.79
Total Gastos Servicios	L 2013,891.83	L 1867,969.62	L 1958,436.94	L 2062,926.70	L 2183,184.91

Fuente: Elaboración propia

4.7.4 DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES

Se muestra a continuación la depreciación y amortización proyectada de los activos fijos corrientes y no corrientes.

Tabla 47. Depreciación de activos fijos

Descripción	Cant.	Monto	Valor Residual	Valor Depreciable	Vida Útil	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Aire Acondicionado (12000 BTU)	5	L 59,950.00	L 599.50	L 59,350.50	5	L 11,870.10				
Aire Acondicionado (18000BTU)	1	L 17,790.00	L 177.90	L 17,612.10	5	L 3,522.42				
Aire Acondicionado (18000BTU)	1	L 10,000.00	L 100.00	L 9,900.00	5	L 1,980.00				
Antropómetro (medidas)	1	L 3,503.00	L 35.03	L 3,467.97	5	L 693.59				
Archivero	1	L 2,861.00	L 28.61	L 2,832.39	5	L 566.48				
Armario/archivo	3	L 8,826.00	L 88.26	L 8,737.74	5	L 1,747.55				
Báscula con tallimetro	1	L 9,500.00	L 95.00	L 9,405.00	5	L 1,881.00				
Camilla	3	L 10,178.58	L 101.79	L 10,076.79	5	L 2,015.36				
Computadoras de escritorio	5	L 63,975.00	L 639.75	L 63,335.25	5	L 12,667.05				
Impresora	1	L 5,500.00	L 55.00	L 5,445.00	5	L 1,089.00				
Mesas	3	L 11,570.04	L 115.70	L 11,454.34	5	L 2,290.87				
Modulo recepción	1	L 8,444.75	L 84.45	L 8,360.30	5	L 1,672.06				
Refrigeradora	1	L 5,058.00	L 50.58	L 5,007.42	5	L 1,001.48				
Sillon confortable	1	L 5,895.00	L 58.95	L 5,836.05	5	L 1,167.21				
Tanque de oxígeno	1	L 6,200.00	L 62.00	L 6,138.00	5	L 1,227.60				
Televisor (40")	1	L 7,490.00	L 74.90	L 7,415.10	5	L 1,483.02				
Televisor (58")	1	L 14,490.00	L 144.90	L 14,345.10	5	L 2,869.02				
Totales		L 251,231.37	L 2,512.31	L 248,719.06		L 49,743.81				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 48. Depreciación de gastos de organización e instalación

Descripción	Cant.	Monto Lps.	Valor Residual	Valor Amortizable	Vida Útil	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Gastos de Organización	1	L 134,025.00	0	L 134,025.00	5	L 26,805.00				

Fuente: Elaboración propia

4.7.5 AMORTIZACIÓN DE FINANCIAMIENTO

En la estructura se analiza el financiamiento con préstamo de la cooperativa Sagrada Familia (ver Anexo 22) por la tasa del 19% en comparación con los otros entes financieros que ofrecían una tasa mucho mayor. Se presenta un financiamiento proyectado a cinco años considerando que el 70% de la inversión inicial será financiada.

Tabla 49. Amortización de Préstamo Cooperativa

5 Años	60 Meses	
548,423.97	Lempiras	
19.00	Cooperativa Sagrada Fam.	

Plazo:
Años: 5
No. cuotas 60

Modalidad:
Cuotas Niveladas
Cálculo Cuota
Cuota Nivelada L14,226.42

Fuente: Elaboración propia

Tabla 50. Amortización de deuda por año

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	TOTAL
Capital	L 72,625.85	L 87,692.16	L 105,883.98	L 127,849.72	L 154,372.27	L 548,423.97
Intereses	L 98,091.19	L 83,024.89	L 64,833.06	L 42,867.32	L 16,344.77	L 305,161.23
Total	L 170,717.04	L 853,585.21				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 51. Amortizaciones de financiamiento primer año

Mes	Pendiente	Capital	Intereses	Cuota
1	548,423.97	5,543.04	8,683.38	14,226.42
2	542,880.93	5,630.81	8,595.61	14,226.42
3	537,250.13	5,719.96	8,506.46	14,226.42
4	531,530.17	5,810.53	8,415.89	14,226.42
5	525,719.64	5,902.53	8,323.89	14,226.42
6	519,817.12	5,995.98	8,230.44	14,226.42
7	513,821.13	6,090.92	8,135.50	14,226.42
8	507,730.22	6,187.36	8,039.06	14,226.42
9	501,542.86	6,285.32	7,941.10	14,226.42
10	495,257.53	6,384.84	7,841.58	14,226.42
11	488,872.69	6,485.94	7,740.48	14,226.42
12	482,386.75	6,588.63	7,637.79	14,226.42

Fuente: Elaboración propia

Tabla 52. Amortizaciones de financiamiento año 2, 3 y 4

Mes	Pendiente	Capital	Intereses	Cuota
13	475,798.12	6,692.95	7,533.47	14,226.42
14	469,105.17	6,798.92	7,427.50	14,226.42
15	462,306.25	6,906.57	7,319.85	14,226.42
16	455,399.68	7,015.93	7,210.49	14,226.42
17	448,383.76	7,127.01	7,099.41	14,226.42
18	441,256.75	7,239.86	6,986.57	14,226.42
19	434,016.89	7,354.49	6,871.93	14,226.42
20	426,662.40	7,470.93	6,755.49	14,226.42
21	419,191.47	7,589.22	6,637.20	14,226.42
22	411,602.25	7,709.38	6,517.04	14,226.42
23	403,892.87	7,831.45	6,394.97	14,226.42
24	396,061.42	7,955.45	6,270.97	14,226.42
25	388,105.97	8,081.41	6,145.01	14,226.42
26	380,024.56	8,209.36	6,017.06	14,226.42
27	371,815.19	8,339.35	5,887.07	14,226.42
28	363,475.85	8,471.39	5,755.03	14,226.42
29	355,004.46	8,605.52	5,620.90	14,226.42
30	346,398.95	8,741.77	5,484.65	14,226.42
31	337,657.18	8,880.18	5,346.24	14,226.42
32	328,776.99	9,020.78	5,205.64	14,226.42
33	319,756.21	9,163.61	5,062.81	14,226.42
34	310,592.60	9,308.70	4,917.72	14,226.42
35	301,283.89	9,456.09	4,770.33	14,226.42
36	291,827.80	9,605.81	4,620.61	14,226.42
37	282,221.99	9,757.91	4,468.51	14,226.42
38	272,464.08	9,912.41	4,314.01	14,226.42
39	262,551.68	10,069.35	4,157.07	14,226.42
40	252,482.32	10,228.78	3,997.64	14,226.42
41	242,253.54	10,390.74	3,835.68	14,226.42
42	231,862.80	10,555.26	3,671.16	14,226.42
43	221,307.54	10,722.38	3,504.04	14,226.42
44	210,585.16	10,892.16	3,334.27	14,226.42
45	199,693.00	11,064.61	3,161.81	14,226.42
46	188,628.39	11,239.80	2,986.62	14,226.42
47	177,388.59	11,417.77	2,808.65	14,226.42
48	165,970.82	11,598.55	2,627.87	14,226.42

Fuente: Elaboración propia

Tabla 53. Amortizaciones de financiamiento año 5

Mes	Pendiente	Capital	Intereses	Cuota
49	154,372.27	11,782.19	2,444.23	14,226.42
50	142,590.08	11,968.74	2,257.68	14,226.42
51	130,621.33	12,158.25	2,068.17	14,226.42
52	118,463.08	12,350.75	1,875.67	14,226.42
53	106,112.33	12,546.31	1,680.11	14,226.42
54	93,566.02	12,744.96	1,481.46	14,226.42
55	80,821.06	12,946.75	1,279.67	14,226.42
56	67,874.31	13,151.74	1,074.68	14,226.42
57	54,722.57	13,359.98	866.44	14,226.42
58	41,362.59	13,571.51	654.91	14,226.42
59	27,791.07	13,786.39	440.03	14,226.42
60	14,004.68	14,004.68	221.74	14,226.42
TOTALES		548,423.97	305,161.23	853,585.21

Fuente: Elaboración propia

Las tablas anteriores muestran el programa de financiamiento, el cuadro de amortización refleja la cantidad que se pagará al capital y cuanto se paga en intereses en 60 cuotas. Todas las cifras están en moneda de Lempira.

4.7.6 ESTADO DE RESULTADOS

Se muestra el estado de resultados, detallando pérdidas y ganancias proyectadas a cinco años.

Tabla 54. Estado de resultados proyectado

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingresos por consulta	L 2736,000.00	L 3150,201.00	L 3643,695.00	L 4236,583.00	L 4947,093.00
Ingresos por otros servicios	L 838,080.00	L 965,334.00	L 1118,751.00	L 1302,038.00	L 1518,954.00
Total Ingresos	L 3574,080.00	L 4115,535.00	L 4762,446.00	L 5538,621.00	L 6466,047.00
(-) Costo de Prestación del Servicio	L 1790,055.18	L 1929,799.62	L 2023,331.44	L 2131,362.18	L 2255,696.90
Utilidad bruta en ventas	L 1784,024.82	L 2185,735.38	L 2739,114.56	L 3407,258.82	L 4210,350.10
(-) Gastos Operativos	L 1503,152.50	L 1008,790.91	L 1053,058.09	L 1104,186.68	L 1163,031.04
Utilidad en Operación	L 280,872.32	L 1176,944.47	L 1686,056.47	L 2303,072.14	L 3047,319.06
(-) Gastos Financieros	L 98,091.19	L 83,024.89	L 64,833.06	L 42,867.32	L 16,344.77
Utilidad antes de Impuestos	L 182,781.13	L 1093,919.58	L 1621,223.41	L 2260,204.81	L 3030,974.29
GASTOS NO DEDUCIBLES					
ISR 25%	L 45,695.28	L 273,479.90	L 405,305.85	L 565,051.20	L 757,743.57
Tasa de Seguridad	L 6,964.40	L 5,743.19	L 6,019.80	L 6,339.28	L 6,706.97
Reserva Legal	L 9,139.06	L 54,695.98	L 81,061.17	L 113,010.24	L 151,548.71
Total Gastos No Deducibles	L 61,798.74	L 333,919.07	L 492,386.82	L 684,400.72	L 915,999.26
Utilidad Neta	L 120,982.39	L 760,000.52	L 1128,836.59	L 1575,804.09	L 2114,975.03

Fuente: Elaboración propia

4.7.7 FLUJO DE CAJA

Tabla 55. Presupuesto de efectivo proyectado

Descripción	Etapa Inicial	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Saldo Inicial	L -	L 398,206.45	L 617,709.17	L 1648,803.93	L 2960,910.33	L 4757,843.22
INGRESOS DE EFECTIVO						
Fondos Propios	L 235,038.85					
Fondos por Préstamo	L 548,423.97					
Ingresos Devengados	L -	L 4110,192.00	L 4732,865.25	L 5476,812.90	L 6369,414.15	L 7435,954.05
Efectivo Disponible	L 783,462.82	L 4508,398.45	L 5350,574.42	L 7125,616.83	L 9330,324.48	L 12193,797.27
EGRESOS DE EFECTIVO						
Compra de Activos Fijos	L 251,231.37					
Gastos de Organización	L 134,025.00					
Compras del Proyecto		L 68,310.00	L 71,383.95	L 74,953.15	L 79,075.57	L 83,820.10
Gastos Operativos		L 1148,767.04	L 932,242.10	L 976,509.28	L 1027,637.87	L 1086,482.23
Gastos área de servicios		L 2013,891.83	L 1867,969.62	L 1958,436.94	L 2062,926.70	L 2183,184.91
Abono a préstamos		L 72,625.85	L 87,692.16	L 105,883.98	L 127,849.72	L 154,372.27
Gastos Financieros (intereses)		L 98,091.19	L 83,024.89	L 64,833.06	L 42,867.32	L 16,344.77
Impuesto Sobre Renta		L -	L 45,695.28	L 273,479.90	L 405,305.85	L 565,051.20
Impuesto Sobre Ventas		L 482,038.97	L 608,019.30	L 704,590.40	L 820,478.95	L 958,973.99
Tasa de Seguridad		L 6,964.40	L 5,743.19	L 6,019.80	L 6,339.28	L 6,706.97
Total Egresos	L 385,256.37	L 3890,689.28	L 3701,770.49	L 4164,706.51	L 4572,481.26	L 5054,936.46
Saldo Final de Efectivo	L 398,206.45	L 617,709.17	L 1648,803.93	L 2960,910.33	L 4757,843.22	L 7138,860.81

Fuente: Elaboración propia

Tabla 56. Escudo fiscal de los intereses

Concepto	año 1	año 2	año 3	año 4	año 5
Intereses	L 98,091.19	L 83,024.89	L 64,833.06	L 42,867.32	L 16,344.77
Ahorro ISR 25%	L 24,522.80	L 20,756.22	L 16,208.27	L 10,716.83	L 4,086.19

Ahorro total ISR	L 76,290.31
-------------------------	--------------------

Fuente: Elaboración propia

4.7.8 PUNTO DE EQUILIBRIO

Se detalla el punto de equilibrio en el cual se expresa la cantidad que se tiene que facturar para no tener pérdida ni ganancia.

Tabla 57. Punto de equilibrio (año 1 – 3)

Descripción	Año 1		Año 2		Año 3	
	Fijo	Variable	Fijo	Variable	Fijo	Variable
Costo del Servicio		L 54,000.00		L 61,830.00		L 64,894.50
Gastos de Operación	L 1225,315.85		L 1008,790.91		L 1053,058.09	
Suma	L 1225,315.85	L 54,000.00	L 1008,790.91	L 61,830.00	L 1053,058.09	L 64,894.50
P.Equilibrio en Lps.	L 1279,315.85		L 1070,620.91		L 1117,952.59	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 58. Punto de equilibrio (año 4 y 5)

Descripción	Año 4		Año 5	
	Fijo	Variable	Fijo	Variable
Costo del Servicio		L 68,435.48		L 72,511.99
Gastos de Operación	L 1104,186.68		L 1163,031.04	
Suma	L 1104,186.68	L 68,435.48	L 1163,031.04	L 72,511.99
P.Equilibrio en Lps.	L 1172,622.16		L 1235,543.03	

Fuente: Elaboración propia

4.7.9 ANÁLISIS FINANCIERO

A continuación se refleja el flujo de efectivo operativo proyectado a cinco años.

Tabla 59. Flujo de efectivo proyectado

Descripción	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Inicial del proyecto	-L 783,462.82					
Utilidad antes de impuestos		L 182,781.13	L 1093,919.58	L 1621,223.41	L 2260,204.81	L 3030,974.29
(+) Depreciaciones		L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81
(+) Amortizaciones		L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00
(-) Impuestos		L 52,659.68	L 279,223.09	L 411,325.65	L 571,390.48	L 764,450.55
Flujo de Efectivo Operativo	-L 783,462.82	L 206,670.26	L 891,245.31	L 1286,446.57	L 1765,363.14	L 2343,072.56

Fuente: Elaboración propia

Tabla 60. Indicadores financieros

Costo de Capital	34%
TIR	89%
VAN	L1138,919.95
PRI	1 AÑO, 8 MESES, 10 DÍAS.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 61. Periodo de recuperación de la inversión

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión inicial	L 783,462.82				
Flujo proyectado del año	L 206,670.26	L 891,245.31	L 1286,446.57	L 1765,363.14	L 2343,072.56
Pendiente por recuperar	L 576,792.56				
<i>En el año #2 el flujo proyectado es mayor que lo que resta por recuperar de la inversión inicial</i>					

Pendiente recuperar	L 576,792.56
Flujo año #2	L 891,245.31
Relación porcentual	0.65
Conversión a meses	8
Conversión a días	10
1 AÑO, 8 MESES, 10 DÍAS.	

Fuente: Elaboración propia

4.7.10 ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

A continuación se muestra un análisis de sensibilidad que nos permite determinar cuánto puede verse afectada la TIR ante dos escenarios planteados.

4.7.10.1 ESCENARIO #1 – REDUCCIÓN DE 10% EN LOS INGRESOS

Tabla 62. Reducción del 10% en los ingresos

Descripción	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Inicial del proyecto	-L 783,462.82					
Utilidad antes de impuestos		-L 181,591.27	L 555,438.92	L 892,921.39	L 1301,090.99	L 1795,302.23
(+) Depreciaciones		L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81
(+) Amortizaciones		L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00
(-) Impuestos		L 6,964.40	L 187,174.34	L 304,280.40	L 447,269.48	L 618,586.80
Flujo de Efectivo Operativo	-L 783,462.82	-L 112,006.86	L 444,813.39	L 665,189.80	L 930,370.32	L 1253,264.24

Costo de Capital	34%
TIR	44%
VAN	L187,459.67

Fuente: Elaboración propia

Si los ingresos cayeran un 10% por debajo de lo previsto, la TIR baja a un 44% pero siempre mantiene una VAN positiva.

4.7.10.2 ESCENARIO #2 – AUMENTO DEL 10% EN GASTOS OPERATIVOS

Tabla 63. Aumento del 10% en los gastos operativos

Descripción	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Inicial del proyecto	-L 783,462.82					
Utilidad antes de impuestos		L 15,761.71	L 769,579.92	L 1151,985.08	L 1614,330.62	L 2173,708.43
(+) Depreciaciones		L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81	L 49,743.81
(+) Amortizaciones		L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00	L 26,805.00
(-) Impuestos		L 6,964.40	L 187,174.34	L 304,280.40	L 447,269.48	L 618,586.80
Flujo de Efectivo Operativo	-L 783,462.82	L 85,346.13	L 658,954.40	L 924,253.49	L 1243,609.95	L 1631,670.44

Costo de Capital	34%
TIR	66%
VAN	L610,472.97

Fuente: Elaboración propia

Si los gastos operativos llegaran a aumentar un 10% sobre lo previsto, la TIR se reduce a un 66% pero la VAN siempre es positiva.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez analizados los resultados reflejados por el estudio de mercado, establecida las variables técnicas requeridas para prefactibilidad para la creación de un centro asistencial oncológico de cuidados continuos y el estudio financiero, se concluye sobre los objetivos planteados, y se enumeran las recomendaciones en función a las alternativas determinadas en los análisis para llevar a cabo el presente proyecto de inversión:

5.1 CONCLUSIONES

En relación a los resultados que se obtuvieron en el capítulo cuatro en relación al estudio de mercado, técnico y financiero para la creación del centro asistencial oncológico, se concluye lo siguiente:

1. Se acepta el proyecto de prefactibilidad para la creación del centro asistencial oncológico en cuidados continuos debido a que la hipótesis de la investigación H_i da una tasa interna de retorno (TIR) mayor o igual al costo de capital: $TIR\ 89\% \geq CC\ 34\%$. El periodo de recuperación de la inversión es de un año ocho meses y 10 días.
2. Según los resultados obtenidos del estudio de mercado se concluye que todos los profesionales, relacionados con el tema que fueron entrevistados, reconocen la necesidad de la creación de un centro asistencial oncológico de cuidados continuos, debido a que el tiempo que el oncólogo tiene para con su paciente no es el suficiente para poder ampliar los temas necesarios con relación a los cuidados durante el tratamiento.
3. De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la encuesta se concluye que los servicios básicos a ofrecer en el centro son nutrición, psicología, educación para cuidados en el hogar.
4. Según el estudio técnico realizado se concluye que la localización estratégica del centro es cerca de los hospitales como La Liga contra el Cáncer y el Seguro Social en donde se aplican los tratamientos oncológicos.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Para el funcionamiento adecuado del centro es necesario un grupo de profesionales multidisciplinario que trabajen de manera integral y cuya visión sea mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y sus familiares.
2. De acuerdo al estudio de mercado realizado, los otros servicios que podrían ofrecerse son apoyo psicológico al cuidador, hospitalización y cuidados paliativos.
3. Según el estudio de profesionales entrevistados se recomienda comenzar el centro en un lugar pequeño para tener costos bajos y enfocarse en el servicio, tomando esto en consideración el centro podrá ir creciendo con la demanda, hasta poder realizar una mayor inversión para la creación de un hospicio.
4. Crear una ONG paralela al centro para la gestión de ayudas con organismos internacionales y la empresa privada.
5. Diseñar una estrategia de comunicación con la ayuda de patrocinadores para la concientización de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

50Minutos.es. (2016). *El marketing mix: Las 4Ps para aumentar sus ventas*. 50Minutos.es.

Recuperado a partir de

https://books.google.hn/books?id=VWTyCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=que+es+el+marketing+mix&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiSsKevs_fXAhXGTCYKHbjxDZsQ6AEILTAB#v=onepage&q=que%20es%20el%20marketing%20mix&f=false

Allen, K., & Meyer, E. C. (2012). *Empresarismo: construye tu negocio* (2.^a ed.). México:

McGraw-Hill Interamericana. Recuperado a partir de

<http://site.ebrary.com/lib/laureatemhe/reader.action?docID=10747968&ppg=3#>

Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios, *5(17):23-29*. Recuperado a partir de

http://enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf

Baca Urbina, G. (2013). *Evaluación de Proyectos* (7.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Recuperado a partir de

<http://site.ebrary.com/lib/laureatemhe/detail.action?docID=10747917>

Balderas, P., & de la Luz, M. (2015). *Administración de los servicios de enfermería* (7.^a ed.).

México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado a partir de

<http://site.ebrary.com/lib/laureatemhe/reader.action?docID=11046155&ppg=90>

Cabero Almenara, J., & Llorente Cejudo, M. del C. (2013). La aplicación del juicio de experto

como técnica de evaluación de las TIC, *7(2)*. Recuperado a partir de

https://www.researchgate.net/publication/260750592_La_aplicacion_del_juicio_de_experto_como_tecnica_de_evaluacion_de_las_tecnologias_de_la_informacion_y_comunicacion_TIC

- Camps Herrero, C., & Martínez Banaclocha, N. (2002). Una nueva concepción de los cuidados paliativos en Oncología: los cuidados continuos y la integración de niveles. *Clinical & Translational Oncology*, 4(9), 476-484.
- Carmona Bayonas, D. A., & Jiménez Fonseca, D. P. (2017, marzo 27). Cuidados continuos: cuidados de soporte y paliación. Recuperado a partir de <https://www.seom.org/es/guia-actualizada-de-tratamientos/cuidados-de-soporte#content>
- Carranza, S. (2017, enero 5). Honduras: Moneda se devaluará L.1.17 este año. *El Heraldo*. Recuperado a partir de <http://www.elheraldo.hn/pais/1032335-466/honduras-moneda-se-devaluar%C3%A1-l-1-17-este-a%C3%B1o>
- CCIC. (2017). Requisitos para Constituir una Empresa. Recuperado a partir de <https://www.ccichonduras.org/website/>
- Código de Salud, Pub. L. No. DECRETO NÚMERO 65-91, § De las Instituciones de Salud, Artículo 159 43 (1996). Recuperado a partir de [http://portalunico.iaip.gob.hn/Archivos/SecretariadeSalud/Regulaciones\(normativa\)/Leyes/2015/codigodesalud.pdf](http://portalunico.iaip.gob.hn/Archivos/SecretariadeSalud/Regulaciones(normativa)/Leyes/2015/codigodesalud.pdf)
- Código de Trabajo, Código de Trabajo § Artículo 319 al 329.
- de la Garza Salazar, J., & Juárez Sánchez, P. (2014). *El Cáncer* (1.^a ed.). México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado a partir de http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf
- Escobar Pérez, J., & Cuervo Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36. Recuperado a partir de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf

- Fincowsky, F., & Benjamin, E. (2009). *Organización de empresas* (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado a partir de <http://site.ebrary.com/lib/laureatemhe/detail.action?docID=11206080>
- García García, J. A., Jiménez Ponce, F., Arnaud Viñas, M. del R., Ramírez Tapia, Y., & Lino Pérez, L. (2011). *Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud* (1.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (s. f.-a). *Metodología de la investigación (5ta. ed.)* (5.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (s. f.-b). *Metodología de la investigación (6a. ed.)* (6.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández y Rodríguez, S. J., & Pulido Martínez, A. (2011). *Fundamentos de gestión empresarial: enfoque basado en competencias*. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado a partir de <http://site.ebrary.com/lib/laureatemhe/reader.action?docID=10779857&ppg=19#>
- Infocáncer. (2014). *Cuidarte para Cuidar - Guía para Cuidadores de enfermos de Cáncer* (p. 13). Madrid, España: Asociación Española contra el Cáncer. Recuperado a partir de https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/guia_cuidarte_para_cuidar.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Recuperado 20 de octubre de 2017, a partir de <http://www.ine.gob.hn/>
- Johnson G, S. K., & Whittington, R. (2005). *Exploring Corporate Strategy* (7.^a ed.). Pearson Educación.

La gran historia de Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos. (2011). Recuperado 15 de noviembre de 2017, a partir de <http://hazteoir.org/noticia/39606-gran-historia-cicely-saunders-pionera-cuidados-paliativos>

Marín Caro, M., Laviano, A., Pichard, C., & Gómez Candela, C. (2007). Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer, 22(3). Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400008

Monzón, J. (2016, abril 3). Población del Valle de Sula es de 1,980,459, según proyección del INE. Recuperado a partir de <http://www.laprensa.hn/honduras/946119-410/poblaci%C3%B3n-del-valle-de-sula-es-de-1980459-seg%C3%BAAn-proyecci%C3%B3n-del-ine>

OMS, & OPS. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado a partir de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=270&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2017, febrero). Recuperado a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Prieto, G., & Delgado, A. R. (2010). Papeles del Psicólogo, 31, 142.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigación en ciencias sociales* (1.^a ed.). México: Limusa.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Madrid, España. Recuperado a partir de <http://dle.rae.es/?id=742bRjf>

Schmelkes, C., & Schmelkes, N. (2010). *Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis)* (3.^a ed.). OXFORD University Press. Recuperado a partir de http://global.oup.com/mexico/catalogue/ficha_tecnica/978_607_426_091_5.pdf

Steiner, G. (1997). *Planeación Estratégica*. México: CECOSA.

Vera Pérez, B. L., & Lugo Ortiz, S. (2016). Matriz de consistencia metodológica. 8, 4.

Recuperado a partir de

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/huejutla/article/view/318>

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE COMPROMISO PARA ASESORÍA TEMÁTICA

Señores Facultad de Postgrado UNITEC

Por este medio yo Lesette Marleny Cárcamo Saucedo

Identidad No. 1706-1965-00270

Pregrado: Lic. Economía

Postgrado: Maestría Administración de Proyectos

Doctorado: _____

Hago constar que asumo la responsabilidad de asesorar técnicamente el trabajo de tesis de maestría denominado:

PREFACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO DE CUIDADOS CONTINUOS

A ser desarrollado por los estudiantes:

Tania Gissela Toro Villeda y Frances Audrey Chiang Boquin

Por lo cual me comprometo a realizar de manera oportuna las revisiones y facilitar las observaciones que considere pertinentes a fin de que se logre realizar el trabajo de tesis en el plazo establecido por la Facultad de Postgrado.

En la ciudad de San Pedro Sula

Departamento Cortes

Nombre: Lesette M Cárcamo

Fecha: 14 de diciembre, 2017

Firma: [Firma manuscrita]

ANEXO 2. ENCUESTA



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

FACULTAD DE POST GRADO: MAESTRÍA EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL

CAMPUS SAN PEDRO SULA

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN DE MERCADO

Reciba un cordial saludo, la presente encuesta es parte de un proyecto de Postgrado de la Maestría de Dirección Empresarial de la Universidad Tecnológica Centroamérica, el objetivo principal es conocer la perspectiva del mercado para crear un centro de atención en cuidados continuos para pacientes con cáncer.

Gracias por brindarnos unos minutos de su tiempo.

Favor marcar con X su respuesta:

1) ¿Tiene usted un familiar o amigo con diagnóstico de cáncer?

Sí

No

*Si su respuesta es No pasar a Pregunta # 13

2) ¿Qué tipo de cáncer le fue diagnosticado?

- Mama
- Estómago
- Ovario/Cervicouterino
- Piel
- Pulmones
- Garganta
- Próstata
- Hígado

- Páncreas
- Leucemia

Otros, por favor especifique:

3) ¿Conoce de algún programa especial para los pacientes con cáncer?

- Sí
- No

*Si su respuesta es Sí, mencione el nombre del programa:

4) ¿Conoce de algún centro asistencial en cuidados continuos para los pacientes con cáncer?

- Sí
- No

*Si su respuesta es Sí, mencione el nombre:

5) ¿Considera importante un centro asistencial que provea enseñanza en cuidados en el hogar, nutrición y apoyo psicológico para los pacientes de cáncer?

- Sí
- No

*Si su respuesta es No, pase a la pregunta 13

6) ¿Considera importante la ubicación del centro cerca del Hospital?

- Importante
- Poco importante
- No importante

7) ¿Que otros servicios considera que un centro asistencial debería de brindar?

- Hospitalización
- Cirugía menor
- Guía espiritual
- Apoyo psicológico para cuidadores
- Cuidados paliativos

8) ¿Qué valores estaría dispuesto a pagar por un servicio en Nutrición?

- Lps.300
- Lps.400
- Lps.500

9) ¿Qué valores estaría dispuesto a pagar por un servicio en Psicología?

- Lps.300
- Lps.400
- Lps.500

10) ¿Estaría dispuesto a apoyar al centro asistencial con donaciones en actividades de recaudación y/o voluntariados?

- Sí
- No

11) ¿Recomendaría a sus familiares o amigos un proyecto de este tipo?

- Sí
- No

12) ¿En qué medios le gustaría recibir información del centro?

- Facebook
- Correo Electrónico
- Radio
- Periódicos
- Televisión

¿Desea agregar un comentario?

ANEXO 3. TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

Transcripción Entrevista #1

Dr. Raúl Alfonso Tábora, especialista en Oncología Clínica, Liga Contra el Cáncer

Día: 9 de noviembre 2017

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales para pacientes con cáncer?

Dr. Tabora: Aquí en Honduras no, pero en grandes centros de países desarrollados, el tratamiento del cáncer es multidisciplinario, no es solo del oncólogo, como piensan aquí, y piensan que la oncología es una especialidad, cuando en realidad hay muchas ramas, incluso está la psiquiatría o psicología oncológica, que maneja pacientes con estos traumas. Son grandes equipos multidisciplinarios que comprenden al oncólogo, psicólogo, cirujano plástico, por ejemplo con el cirujano plástico que la estética es muy importante, sobre todo en ustedes las mujeres, que hay un cáncer de mama que se tenga que realizar una mastectomía radical, eso es una mutilación al cuerpo, psicológicamente va a terminar afectada.

Grupo: ¿Desde el punto de vista del médico oncólogo que servicios se deberían de brindar en un centro asistencial oncológico?, además de los que nosotros ya estamos considerando que son la parte educacional, nutricional, psicología...

Dr.: Aquí en la Liga se cuenta con una psicóloga, en otras partes 100% los pacientes tienen que pasar por una consulta psicológica, están obligados, porque así se les hace su evaluación psicológica y se determina si la necesitan o no, que independientemente siempre se necesita este tipo de apoyo psicológico.

Por el alto número de pacientes, evidentemente no pueden atender a todo el mundo. Aquí no existe la obligación, simplemente cuando nosotros vemos algún paciente, lo reconocemos y le decimos vaya o el mismo paciente acude, pero pienso que si, debería de haber más apoyo y más de nosotros como algo estricto, pase todo mundo a su evaluación psicológica.

De la parte nutricional también se necesita más apoyo, en la Liga no contamos con nutriólogo, pero si es necesario. Actualmente hay muchos tabús. Independientemente hay muchas patologías asociadas, o no necesariamente asociadas, simplemente es que cuando nos enfermamos con un tipo de enfermedad como estas, nos acordamos de tener una vida un poco más sana, pero tampoco llevarla a los extremos, porque tampoco no todo lo que creemos que es saludable lo es y allí también caemos en situaciones que no ayudan. Por ejemplo ahora ya se inventaron que si el arroz da cáncer, que si lo como caliente que si no, por dios es carbohidrato, tiene muy poco valor nutricional, es un cereal pero tampoco, se ve más del punto energético, ahora si te lo comes caliente o frio no tiene nada que ver. Ahora el paciente no quiere comer arroz, frijoles, carne, entonces veo que el extremo no. Un ejemplo el exceso de grasas, si bien el exceso de comer grasas es malo, pero también el no comer grasa es también malo, porque incluso las grasas animales pues tienen otro tipo de grasa que no se encuentran en los vegetales y son fundamentales, lo que pasa es que en las carnes tienen la suficiente cantidad de grasa, la necesaria para nuestro organismo, que no hace falta el extra, pero decir el no comerlas al extremo también

es malo. O como comer solo frutas y verduras también es malo, su función es solo que van limpiando el organismo todos los residuos de los otros alimentos porque no se absorben, son fibra. Entonces el llegar a los extremos no es bueno.

También se necesitaría en el centro un nutriólogo con conocimiento oncológico, que también tenemos problema en eso, porque hay algunos nutriólogos acá que me parece que se dejan llevar más por lo que dice el internet que por la investigación que se hace y varios pacientes que pasan por nutriólogo, les dicen comen lo que puedan y no es así, tiene que ser coma lo que debe, porque este momento durante el tratamiento es cuando más aporte nutricional necesita.

Lo mismo pasó con un artículo que salió por allí, que las carnes rojas producían cáncer, salió una nutrióloga allí diciendo que la carne aumentaba el cáncer, entonces que una nutrióloga diga esto, por dios, si cuando se revisa la información deja mucho que desear, entonces no puede ser, no puede ser que gente experta diga esas barbaridades.

Yo a mis pacientes siempre les recomiendo que visiten esta página web, <https://www.nih.gov/>, Instituto Nacional del Cáncer (NIH) <https://www.cancer.gov/espanol>, que sale mucha información avalada.

¿Ustedes en el centro se van a enfocar más en el apoyo psicológico, con todas las condiciones o que quieren hacer? ¿Es solo para la investigación?

Grupo: Estamos conscientes de la necesidad del centro, ya sea si se pone como ONG, asociación o empresa privada.

Dr.: Mire aunque no lo crean, ayudaría mucho desde el punto de vista que puede ser auto sostenible, si todos los pacientes dieran Lps.50 por ejemplo por consulta, si aquí en la Liga con Lps.100 está la institución auto sostenible y somos bastantes especialistas. Mantener este equipo de radioterapia que cuesta millones, o sea, yo creo que aportando algo considerable sería para comenzar con un nutriólogo y un psicólogo.

Grupo: Si porque lo que mirábamos con nuestro proyecto, es el apoyo al procedimiento que llevaría el paciente, que si lleve su quimioterapia, radioterapia, pero acompañarlo en reducir otros riesgos, reducir el dolor y educando a la persona, y esto es lo que no tenemos en nuestra ciudad, la educación de primera mano, que le digan las cosas reales, no que engañen o den información errónea al paciente.

Dr.: Yo les recomiendo que si van a montar el proyecto, también vean esta página <http://www.chemocare.com/>, porque es que hay tantos tabúes con esta enfermedad, y como ustedes dicen si se necesita que el paciente escuche la realidad, la verdad, te va a pasar esto, te va pasar esto otro, pero no que se lo digan de una manera que te mata más el susto, que lo que en realidad es el tratamiento. Entonces yo diría tenemos tres grupos de pacientes:

1. El que ya de por si se niega al tratamiento
2. El que se hace el tratamiento pero con un gran temor
3. El que se atreve

Yo creo que los primeros dos grupos no deben de existir, el criterio de una quimioterapia debe de correr por el especialista, pero no de una mala decisión por la mala información del paciente.

En la página que les recomiendo, sale mucha información del cáncer, muy buena, para que tanto el paciente como el cuidador se informen. Esto nos ayuda mucho para que el paciente tenga conocimiento de la enfermedad, nutrición y los efectos secundarios y recomendaciones que se indican, porque si bien es cierto, digamos hoy mismo regañe a un paciente porque no se tomaba los medicamentos, pero se toma el acetaminofén indiscriminadamente, sin ninguna indicación médica ni nada y todos lo hacemos, si nos duele la cabeza, tomamos panadol, puede ser acertado pero si fuera el dolor por un tumor cerebral o una toxicidad por el acetaminofén.

Grupo: Si en nuestro país, nos auto medicamos, vamos a la farmacia y nos recetan medicamentos sin tanto protocolo, indiscriminadamente como usted dice.

Dr.: Si por eso hay que informarnos bien, así no manejamos temores o información falsa y pudiéramos ayudar mejor al paciente. Otra cosa que recomiendo, es que el paciente pase por todos los oncólogos de la ciudad, que pida segundas, terceras referencias, para que vea y conozca el punto de vista de cada uno, la información que todos recolectamos, digamos ahora ustedes que ya tienen esta información importante de estas páginas que les di, otros doctores pueden tener otras páginas, otra información o bibliografía que avale, porque como les digo irse con temor o recomendaciones no adecuadas pues no ayudaría mucho.

Grupo: De la parte que le decimos que ya estamos considerando la parte nutrición, psicológico y educación ¿algún otro servicio a considerar que usted cree sería importante?

Dr.: El Dr. Zerón tiene muchos conocimientos en cuidados paliativos, él es médico general, pero tiene mucho conocimiento y ha sacado postgrados de los cuidados paliativos. Que el concepto de cuidado paliativo ya se ha eliminado bastante, ahora se maneja como cuidados continuos. Porque los cuidados continuos comienzan desde el diagnóstico hasta el fallecimiento.

Grupo: Si, así lo teníamos nosotros, dentro del concepto de cuidado paliativo, porque se entendía anteriormente que era solamente para la etapa terminal, pero ahora se incluye desde el diagnóstico

Dr.: Si es que a veces es bien difícil, a mí me ha tocado que hay pacientes que les dicen están en fase terminal o está en cuidados paliativos, y muchas veces el paciente que está en cuidado paliativo no precisamente esta en una etapa terminal, son dos cosas diferentes, porque digamos aquí hay muchos pacientes que no se van a curar, sí, pero con tratamiento pueden vivir años. Pueden reducir sus síntomas. Hay pacientes que vienen a su quimioterapia ahogándose, con mucho dolor, etc, pero a los tres días presentan mejoras, ya están comiendo bien, como que nada. El paciente no se va a curar, solamente es para paliar sus síntomas. Así que muchas veces hay que saber bien diferenciar al paciente terminal del paciente paliativo y los cuidados continuos que como dijimos son los que empiezan desde el diagnóstico. Que los cuidados paliativos pertenecen a los cuidados continuos.

Entonces como tal el equipo multidisciplinario debe de llevar cardiólogo, especialista en medicina interna, un odontólogo. Creo que es fundamental, un nutriólogo, un psicólogo y un odontólogo, pero un odontólogo que sepa de oncología. Porque el tratamiento odontológico en pacientes con cáncer es muy diferente a los otros, tiene que tener sus cuidados especiales.

Grupo: ¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?

Miren yo estude en Cuba, allá hay un instituto de oncología que es mucho más grande que el Catarino y solo de cáncer, allí no se trata partos, apendicitis, etc. Allí solo se ve cáncer y hay como cuatro cirujanos plásticos, una psiquiatra con su equipo de cinco psicólogos, como tres nutriólogos, oncólogos clínicos y cirujanos, bueno un equipo multidisciplinario bien completo.

Por ejemplo esta institución de la Liga contra el Cáncer es pequeña pero es una de las instituciones más grandes a nivel nacional, y comenzaron en los 90's en una casita. En el hospital donde estudié desde los 50's era más grande que el Catarino, así que se puede comenzar en algo pequeño y con el tiempo se convierte en algo grande, por qué no?

Aquí se está llevando un control, que llaman al paciente después del tratamiento, para dar seguimiento, ver los efectos adversos. Siguen un protocolo, de llamarlos regularmente para darle indicaciones básicas. Es muy importante la parte psicológica y nutricional.

Grupo: Dr. ¿Qué tanto cree usted que el gremio oncológico recomendaría nuestro centro?

Por supuesto que sí, si es para ayudar la calidad de vida de los pacientes mis colegas estarían dispuestos ya que no se puede como médicos darle el tiempo que uno quisiera al paciente, Bueno miren, por ejemplo, con mi esposa que es licenciada en rehabilitación, estamos poniendo un negocio para brindar drenaje linfático. Entonces sí, si hay un lugar que ayude a la calidad de vida del ser humano, recibirá el apoyo.

Grupo: Muchas Gracias Doctor, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #2

Lic. Elba Linette Trejo Paz, Psicóloga Clínica, coordinadora del departamento de Psicología de la Liga Contra el Cáncer, egresada de Unitec.

Día: 10 de noviembre 2017

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales para pacientes con cáncer?

Lic. Trejo: No existe, a nosotros nos limita el espacio y la cantidad de pacientes que urgen más por las medicinas que no nos damos abasto para hacer más por ellos y es uno de nuestros proyectos a futuro la atención integral.

Grupo: Desde su punto de vista profesional, ¿Cómo se aborda a un paciente con cáncer tras el shock de recibir la noticia de su diagnóstico?

Lic. Trejo: OK, listo, si les comentaron que la Liga cuenta con una página WEB, con información ya aprobada de los doctores, con información verdadera por así decirlo, no con copy paste de internet o algo así. Bueno contestando la pregunta aquí el área psicológica técnicamente es un acompañamiento desde el impacto de la noticia que sería el primer paso, desde el momento que el paciente es diagnosticado con cualquier tipo de cáncer y en cualquier etapa. Entonces en forma general:

1. El oncólogo envía al paciente a psicología
2. Dejamos que el paciente comience con su desahogo y cualquier emoción que este sintiendo.
3. Fortalecemos al paciente para los siguientes pasos, que sería parte de su tratamiento de quimioterapia, radioterapia, una cirugía, etc.

Considero que ese es el proceso general que se maneja aquí. Internamente que es lo que yo hago, entonces en la primer consulta que se maneja el impacto de la noticia, lo primordial que yo necesito hacer es reducir la ansiedad o el stress inicial, que este es causado por la noticia, que es algo que no esperaban o algo que si se imaginaban, pero lo querían negar, así que es reducir la ansiedad, el temor, su miedo. Y lo principal es me voy a morir o cáncer es sinónimo de muerte, esa es la primer idea que tienen la mayoría de pacientes, entonces mi trabajo es reducir esta ansiedad y tratar de que vean que si hay opciones, pero que se necesita actuar rápido y que hay que concentrarse en ese punto.

Sin embargo, no se le quito sus emociones, si quiere llorar que llore, si está enojado, adelante. Entonces si trato de que se desahogue y reduzca su ansiedad.

Como es el primer impacto, todo es opcional para el paciente, si se quiere tratar acá en la Liga se deja una cita abierta, que cuando el paciente esté listo para iniciar, vuelve a venir a psicología para mantenernos al tanto de lo que va a hacer y así poder acompañarle en su proceso de quimioterapia o cualquier otro procedimiento.

Por ejemplo si decidió realizar aquí en la Liga su tratamiento de quimioterapia, se le acompaña en su primera quimio, tratando nuevamente de reducir la ansiedad. Ojo, el paciente ya viene con bastantes conocimientos o información incorrecta que las quimio me van a matar, me van a poner

peor o algo así. Entonces tratamos de educarlos en hacerles saber qué pues si la quimioterapia tiene sus efectos secundarios, se le llama psico educación, en darle información real, no le mentimos, que definitivamente si habrán efectos secundarios, qué hacer con ellos y se acompaña con el medico clínico, porque es el que maneja el tratamiento. Yo solo lo acompaño en su estado emocional. Entonces se trata de corregir todos los pensamientos negativos que el paciente ya trae, normalizarlos y enseñar, o sea educar que cada caso es diferente, cada cuerpo es diferente, normalizar todo y que técnicamente vea el paciente por el mismo de que no es tan malo como pensaban. Bueno esto es en la primera quimio. Luego en las siguientes si se acompaña, se revisa el estado emocional del paciente y se espera un mejoramiento, si no lo hay entonces hay que ver exactamente en qué etapa el paciente se quedó o si inicio con una depresión y no ha podido superar, que ha pasado.

Grupo: ¿Cuándo una persona entra en una depresión que no supera, cuales son los síntomas?

Lic. Trejo: Lo que es la depresión así por sí sola, la clínica, con la oncológica inician por dos cosas muy diferentes, entonces aquí nos enfocamos en todo lo que tiene que ver con la psico-oncología, entonces una depresión puede iniciar si me diagnosticaron cáncer y de repente yo no tengo los recursos económicos, es un factor muy importante, mi familia no me apoya, mi familia se aleja de mí, tenemos casos en que los esposos han dejado a su esposa porque tiene un cáncer de cérvix por ejemplo, y ya lo ven con la cultura de ya no me servís, o vas a estar enferma por siempre o me vas a enfermar a mí, etc. Entonces cuando tenemos otros factores que están fuera del alcance de esa persona, y esa persona no ve que yo puedo solucionarlo y aparte de eso, yo estoy enferma, entonces no hay un túnel que ellos puedan ver que hay una salida. Entonces aquí comienza una depresión.

Sin embargo hasta cierto punto se considera esto normal en un paciente, si después ya vemos que el paciente ya está por terminar, a resultado su tratamiento, y ya está por considerarse un sobreviviente del cáncer, pero sus síntomas siguen en tristeza, depresión, etc. Pues aquí si ya podríamos considerar que el paciente está entrando en una depresión clínica, que en este caso ya se tendría que remitir a un psiquiatra, porque ya se está saliendo de los parámetros normales que nosotros podríamos controlar o el mismo oncólogo clínico que ya podría recetarle ansiolíticos o antidepresivos hasta cierto punto.

Grupo: ¿se pueden ansiolíticos o antidepresivos recetar durante el tratamiento?

Lic. Trejo: Eso solo lo determina el oncólogo clínico, yo puedo aconsejar, pero tratamos hasta cierto punto que no tome antidepresivos, porque sería un coctel de medicamentos exagerado y ya de por si el tratamiento es bastante fuerte y ya el tratamiento psiquiátrico viene también a afectar pues la parte cognitiva y motriz del paciente y aquí necesitamos que el paciente colabore, que coma, que tenga energía, que haga las indicaciones médicas. Y ya con antidepresivos vienen a más bien que el paciente lo opaca, lo apaga, entonces hay bastante choque en ese aspecto.

Grupo: ¿Considera importante los servicios de un centro que provea atención psicología, nutrición y educación para el paciente con cáncer?

Lic. Trejo: Son muy importantes, como no tenemos espacio nosotros no lo podemos dar, mire mi pequeño consultorio, y llevo varios años aquí, la atención integral no solo del paciente de su familia por que el cuidador también necesita, toca a todos los miembros de la familia

Grupo: ¿En esta rama de la psicología oncológica, existen médicos con esta especialidad en Honduras?

Lic. Trejo: Si existen, no sé cuántos, no se la estadística en nuestro país, por ejemplo mi master es Psicología clínica y de la salud, dentro de la salud yo estude psico-oncología, pero de por si existe el master solo de Psico-oncología. Pero si tengo entendido que hay médicos, no sé cuántos en realidad. Aquí en Honduras si hay un Colegio de Psicólogos, pero las especialidades estudiadas fuera del país, no son reconocidas. Entonces digamos mi especialidad no está reconocida, yo me quede en nivel licenciatura porque ellos no reconocen la universidad de fuera en la que yo estude. Entonces hay bastantes especialistas que estamos así, entonces no hay una estadística, un dato real. Si sé que vino aquí a San Pedro Sula una muchacha el año pasado ya con el master de psico oncología, pero no se su nombre ni donde ejerce.

Grupo: Nosotros con la idea del proyecto, es montar un centro de acompañamiento y de apoyo al paciente oncológico en el tema educación, nutrición y psicología. Brindar cuidados paliativos pero el cuidado continuo, no ya en el estado terminal del paciente.

Lic. Trejo: Entonces allí no pueden involucrar la parte paliativa, porque si usted le dice al paciente desde un inicio va para cuidados paliativos, ya él está entendiendo que está en etapa terminal. La función de un cuidado paliativo y continuo es una muerte de calidad, y esa es la diferencia, técnicamente lo que hacemos aquí es que anticipamos este duelo, o sea nosotros con los doctores, tenemos el caso de que un paciente no tuvo mejorías, han resultado metástasis que ha invadido bastante, entonces lo que hacemos es damos la noticia primero a los familiares, que tienen shock, no lo aceptan, etc. y después lo hablamos con el paciente.

Grupo: ¿Licenciada y los cuidados en casa?

Lic. Trejo: Nos quedamos cortos porque damos la noticia y ahora es vaya a casa y ustedes tienen que lidiar con esto solos. Si, lamentablemente no tenemos equipos capacitados, no tenemos enfermeras, más que el psicólogo, necesitan enfermeras especialistas, doctores especialistas en esto y no lo hay, en Honduras no tenemos este recurso capacitado, Honduras no tiene un programa de cuidados continuos y paliativos.

También considero que es bastante costoso, el año pasado tratamos de arrancar con el Dr. Zerón un proyecto relacionado a los cuidados paliativos como tal, con un internista, una doctora especialista en dolor, pero el programa se vino abajo porque esta doctora se fue de la Liga. Al inicio todos estábamos entusiasmados con la idea, pero no lo concretamos. Pero la necesidad si existe, si esta, realmente no la podemos esconder. En todas las áreas, no solo en cáncer, en todas las áreas de salud existe esta necesidad.

Grupo: ¿Licenciada las áreas y el espacio de este centro como pudiera ser?

Lic. Trejo: Considerando sus servicios, un consultorio por cada uno, recuerden que lo más importante es la calidad del servicio a prestar y que sea integral, con las necesidades que se tiene lo importante es arrancar.

Grupo: Ustedes tienen grupos de apoyo? O no considera importantes estos grupos para acompañar a los pacientes con cáncer

Lic. Trejo: Yo manejo un grupo de apoyo, está formado por pacientes sobrevivientes al cáncer, tan recientes como tres meses, o pacientes de años con la enfermedad. Es un grupo de mujeres todas solo con cáncer de mama, no he podido unir al grupo a otras personas con otros tipos de cáncer, pero es que ellas mismas han hecho un gran equipo, una gran amistad. Entonces la idea es, ellas son personas sobrevivientes y traemos a pacientes recientes con el diagnóstico o que están recibiendo tratamiento. Entonces los temas son guiados por mí, el cual tratamos abordar temas muy puntuales, por ejemplo la otra semana hablaremos de la ansiedad, que es un tema que sobresale bastante, educamos sobre el tema y luego las personas sobrevivientes brindan su testimonio. Es bastante motivante, funcionan muy bien. Los grupos de apoyo son más eficientes que una terapia individual, el grupo se da cuenta que hay varias personas con sus mismas inquietudes, que han pasado por lo que ellos están viviendo, no se sienten aisladas y solas. La persona al escuchar los testimonios que se relacionan, se sienten identificados y el impacto que genera es muy confortante.

Y también los familiares, ese es otro componente educativo, hacerle saber que está bien si el paciente con cáncer llora, se siente frustrado, etc., porque a veces el familiar o cuidador trata muchas veces en prohibir este tipo de comportamiento o de ánimo, y no comprende lo que está pasando el paciente.

El grupo de apoyo se reúne una vez al mes, aquí en la Liga, en el tercer piso. Se trabajaba un taller ocupacional, en el que se trataba de que el paciente ocupara su mente en otra cosa, como manualidades, pero la asistencia no se da, no vienen.

Algo muy importante es que en los grupos de apoyo es que las personas vienen por su propio consentimiento, no se les obliga a que asistan. Se les invita, pero no se obliga.

Grupo: Dentro de sus actividades aquí en la Liga ¿ustedes reciben algún apoyo de una institución externa a la Liga, alguna otra ONG o fundación?

Lic. Trejo: La liga no es una ONG, es una empresa privada, auto sostenible, entonces lo que recibe el apoyo por fuera, es el mismo comité femenino, que este comité no es parte de la Liga sino que apoya a la liga. Este comité es el que recibe las ayudas, por ejemplo el donante más grande es AVON, que usualmente da un millón y algo de lempiras para tratar a pacientes de escasos recursos.

Grupo: Pero apoyo para el departamento de psicología, recibe practicantes de las carreras de psicología, cómo funciona?

Lic. Trejo: Si, recibo practicantes. Técnicamente al inicio yo era la que iba a estos centros educativos a solicitar ayuda, porque era la única psicóloga. Era súper desgastante que me tocaba ir al área de cirugía, al área de radiación, a la de quimio, y de repente aquí en el consultorio me esperaba alguien también, entonces si al inicio pedía la ayuda de practicantes. Pero ya ahora si de estos centros me envían practicantes, actualmente tengo uno, pero trato de mantener dos practicantes, para cubrir todas las áreas. Ya llevo en la Liga cuatro años y medio, en la Liga comenzaron con psicología hace seis años aproximadamente.

Grupo: ¿Cuántos pacientes aproximadamente mira diariamente?

Lic. Trejo: Aproximadamente se ven de 8 a 10 pacientes diarios, lo cual es una cantidad bastante fuerte de pacientes. Estoy aquí desde las 7am a las 2pm.

Grupo: ¿Cómo se maneja la comunicación con los otros doctores?

Lic. Trejo: Manejamos todos los expedientes online, tenemos un sistema, en los que podemos ver las notas del médico oncólogo, ellos ven las mías, mantenemos una buena comunicación interna.

Grupo: ¿Cuánto es el costo promedio para una cita psicológica?

Lic. Trejo: Son gratis, para el paciente de la liga contra el cáncer, porque a veces vienen aquí pacientes del seguro vienen aquí pidiendo consultas, pero no puedo, solo atiendo aquí pacientes de la Liga.

Para consultas externas, se maneja un arancel, que son entre setecientos y ochocientos lempiras por cita, para una evaluación.

Grupo: Muchas Gracias Licenciada, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #3

Dr. Darwin Zerón, Médico general con diplomados en cuidados paliativos Liga Contra el Cáncer

Día: 10 de noviembre 2017

Grupo: Nuestro proyecto es abrir un centro para acompañamiento del paciente con cáncer, no aplicar las terapias de radio o quimio, sino los servicios que propusimos es educación, nutrición, psicología, los cuidados paliativos pero no tanto en la fase terminal porque no tenemos un paliativistas como tal, sino como cuidados continuos.

Grupo: ¿Existe en Honduras un centro de cuidados paliativos?

Dr. Zerón: No que yo tenga conocimiento. Si hay un médico especialista que se graduó recientemente de Costa Rica, pero radica en Tegucigalpa y hay otro compañero el Dr. Rodas que también es especialista.

Nosotros hemos tenido en 2014 ciertas actualizaciones con instituciones extranjeras, Argentina, Costa Rica y Estados Unidos. Hay una asociación del manejo del dolor, en San Felipe, que es a través de ellos que nos hemos organizado, para poder hacer todos los años diplomados de cuidados paliativos. Y bueno el último año tuvimos la participación del Dr. Rodas, donde nos exponía acerca de su experiencia en el postgrado y de lo que realmente ni siquiera estamos en pañales, les diría esto, porque no tenemos realmente academia para esto, no tenemos en nuestro país en el pensum de la carrera de medicina, no existe.

Realmente a través de organizaciones extranjeras, como lo es LASCO, hemos estado en comunicación y tenemos actualizaciones e información constante y recientemente con la universidad Dartmouth de Estados Unidos estamos realizando un proyecto de seguimiento telefónico a paciente oncológicos con los que reciben quimioterapia para por lo menos darles digamos el paciente sale de su quimio, y se le está dando el seguimiento vía telefónica, si hay un efecto adverso con la medicación que se le aplica, así que eso es lo que estamos tratando de hacer y estamos pensando que en enero del 2018, estaremos aplicando aquí en la Liga una unidad pequeña para pacientes de la Liga para cuidados paliativos. Tenemos el proyecto diseñado, los protocolos que se van a utilizar y falta el visto bueno del equipo y de los directores de aquí del centro. Pero eso es realmente algo interno, no tenemos algo hacia la población, un centro donde la gente pueda ir a informarse y recibir el seguimiento durante su enfermedad. Tanto para el manejo continuo como para la etapa terminal.

Grupo: Si nos comentaba la psicóloga que ella aquí no puede atender pacientes externos, solamente los de la Liga, entonces nosotros identificamos una demanda sin medirla aun, pero los pacientes del Catarino, el Seguro Social que no reciben ningún tipo de asistencia, solo se les aplica su tratamiento y se van a sus casas.

Grupo: ¿Considera importante un centro asistencial para pacientes con psicología, nutrición y educación en cuidados en el hogar?

Dr. Zerón: Si, en la liga solo damos apoyo psicológico, pero ustedes se da cuenta por ejemplo, cuidado paliativo en su mayoría quizá si hablo de estadística de todo lo que hemos aprendido, 80% son para pacientes oncológicos y el 20% que son pacientes cardiopatas, neurológicos, pediátricos, que también son pacientes de cuidado paliativo. Obviamente se inició con pacientes oncológicos, porque realmente la fase del surgimiento de cuidado paliativo. Pero digamos por ejemplo viene un paciente con una condición hepática, con un cuadro así grandísimo, este paciente obviamente no es oncológico porque es una lesión benigna en su hígado pero al tener una condición funcional de deterioro en el, que automáticamente es un paciente para cuidado continuo pero la enfermedad genera otras alteraciones que en algún momento se va a convertir en un paciente de cuidado paliativo. De alguna manera es un campo amplio que no hemos desarrollado, entonces esa es la visión que tenemos en la liga, empezar por algo local y obviamente después puede extenderse a toda la población, porque lo que sucede de repente es que se ocupan ciertas herramientas, espacio que no son las convencionales, por ejemplo desde un punto religioso, desde allí empieza todo, un espacio en donde la gente pueda tener ese apoyo espiritual.

Cuidado paliativo es amplio, no es solo ver al paciente y ya, sino que deben seguirse procedimientos paliativos, la parte espiritual del paciente, su familia, la parte psicológica, entonces se ocupa un espacio especial. Estamos viendo la posibilidad de cómo generar ese espacio en este pequeño local que tenemos.

Grupo: Dr. Entonces en forma general, cuando se dice cuidado paliativo ya solamente va enfocado en la fase terminal del paciente, cuando ya no reacciona a los tratamientos y medicamentos?

Dr. Zerón: Fíjese que no, hay una presentación muy interesante que usamos para las reuniones, en donde hay un rectángulo con una división, donde dice diagnóstico del paciente, diagnóstico oncológico o no oncológico, esa línea divisoria que dice hasta donde llega el manejo médico y donde comienza cuidado paliativo hasta el final de la vida. Entonces quiere decir que el cuidado continuo y el paliativo van adjuntos. Lo que en algunos pacientes obviamente son características más diferentes por su condición oncológica, eventos más difíciles.

Grupo: Y digamos en el caso de nosotros que queremos presentar este proyecto del centro asistencial y que incluye los cuidados paliativos, cuales son las cosas que nosotros tendríamos que investigar para presentar esta parte

Dr. Zerón: OK, ustedes pusieron la pauta de un centro médico integral de atención continua y paliativa.

Grupo: Si digamos estamos considerando apoyo psicológico, nutricionista y educacional, porque la parte de la inocuidad en el hogar es muy importante.

Dr. Zerón: Le añado ciertas exposiciones térmicas, ambientales que son cosas por efecto de este tipo de fármacos nos generan una disminución en las defensas, así que hay que protegerlo, medidas de seguridad, que nosotros tratamos de explicar, que lo hacemos con nuestros pacientes, pero digamos no sucede cuando hay un alto porcentaje de pacientes como en el Catarino, el paciente recibe su quimio, y se va en bus en donde está expuesto a las bacterias de todo el ambiente.

Grupo: Si entonces hay ciertos pacientes que tienen el acceso a esta información, ya sea internet, etc. Pero muchos no tienen como un checklist de esto es lo que debe hacer ahora, después de su quimio, por ejemplo lo que debe de comer, lo que debe de tener en su refrigerador, la limpieza de la habitación, etc. O sea información que si un profesional que va a una clínica privada tal vez se lo den porque hay más tiempo y dedicación del médico, pero en nuestro sistema de salud que es tan limitado, el doctor trata de cubrir en el poco tiempo de la consulta, lo médico, pero no puede dar apoyo en el seguimiento.

Dr. Zerón: Incluso se hace complicado en un centro como este, porque usted explica de repente los controles en días, lo que tiene la oncología es que usted va clasificando el seguimiento según el día, día 1 de quimio, día 2... día 15 es hora de revisión, día 21 nuevamente hacemos una revisión complementaria para que el día 23 siga otro proceso. Entonces hay un seguimiento bien específico, pero lo que pasa es que en nuestra población, incluso aquí donde hay un poco más de tiempo para explicar se confunde, aunque este todo por escrito y se le explique, no digamos en estos lugares en donde de repente no se tiene el espacio y el tiempo para poder explicar todas estas cosas, estamos en una condición crítica y eso no genera una garantía, una completa seguridad del tratamiento. Es bien complicado.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Dr. Zerón: Pienso en lo que ustedes me están planteando, en este centro va a estar un nutricionista, el trabajador social puede ser: el pastor o sacerdote; yo siempre estoy a la par de que en nuestra población de que lo religioso es sumamente importante, porque si usted se da cuenta tiene un paciente para cuidado paliativo, ya tiene un diagnóstico en donde no hay ningún tipo de medicación curativa y pues la respuesta del paciente será de deterioro, entonces allí hay algo que es obviamente espiritual, esto no se puede cuantificar, pero no podemos negar que hay una fuerza divina, sucede el paciente esta cabizbajo y se toca el tema espiritual y levanta su cabeza, refleja algo positivo, porque siente y por nuestra idiosincrasia que esto es importante para el por la condición en la que se encuentra. Para mí esto es bien importante.

Y lo otro es la educación al acompañante, siempre hay una persona que es el que está más al tanto del cuidado del paciente, ya sea esposo, padre, hijo. Y de hecho hay un protocolo en cuidados paliativos, para el cuidador, porque viene el stress traumático, la condición crónica del paciente, o sea hay una serie de elementos psicológicos que el acompañante o cuidador sufre al ver a su pariente en esa condición. Es su obligación, es su necesidad de cuidarse a él también. Es parte entonces de lo que se tiene que enseñar.

Ahora me dicen que en su centro, que no se aplicarían tratamientos de quimio, radio o cirugías. Entonces el oncólogo tendría que referirles pacientes. Es muy importante que además del enfoque en educación, nutrición, religión, tengan un colega medico porque usualmente va a la par analgesia, hidrataciones, suplemento electrolítico y que lleven de la mano la comunicación con el medico oncológico.

Es un área donde hay mucho por hacer, yo le diría lo ideal para poder investigar los parámetros básicos, sería: Investigar la población, que pues veo que ya la tienen identificada, que es la parte oncológica de cuidado continuo más que todo en pacientes estables.

Grupo: ¿Y en cuento al espacio Dr. Que nos recomienda?

Dr. Zerón: Digamos en Costa Rica y Argentina, hay hospicios, un centro médico con doctores especialistas, enfermeras especialistas y todo un equipo integral, entonces se ve que de repente el lugar médico se vuelve un lugar familiar, obviamente aquí en Honduras no tenemos eso, digamos hay un centro médico que tiene espacios en donde la familia puede estar con el paciente aunque sea en estado crítico, puede estar ya sea en su cuarto en su camilla, o en una silla de ruedas en un espacio verde, o espacio religioso, es bien interesante porque es un espacio cerrado en donde ya sabemos que son pacientes en estados terminales, entonces eso para nosotros ahorita es un paso gigante, un sueño a seguir, porque eso si en países desarrollados existe ya.

Que se sigue el protocolo dado ya gubernamentalmente para seguir con pacientes terminales, esto si todavía en nuestro país como les mencione está en pañales, no existe algo así aun, pero nosotros tratamos de aportar nuestro granito de arena, aquí estamos, en la Liga estamos tratando de comenzar con algo pequeño ya el otro año.

Yo le voy a agregar algo, no existe ese concepto en muchos países en vía de desarrollo, si en países desarrollados, pero digamos en Cuba, yo aprendí esto allí en pregrado. Digamos paciente que vive por ejemplo en aldeas o lejos, pacientes sin posibilidad de movilizarse de su casa, sus familiares se comunican a la Liga, y me hacen saber a mí, porque soy el que y hacemos una posibilidad junto con enfermería, de trasladarnos a la casa de este paciente. Que sucede, la respuesta que se da tanto del paciente y sus familiares, es súper buena, la gente se siente apoyada, sienten como que llega Santa Claus, que llegamos en la unidad debidamente identificados doctor y enfermera, lo atendemos, le damos medicamento y se siente bien, el impacto que generamos en reducir el sufrimiento, entonces llegamos y damos paliación. Nos sentimos bien en hacer esto porque nos gusta y arriba hay un Dios que de alguna manera, no importando la parte económica sino la sensación de aportar un grano de arena a la situación de este paciente.

En nuestro país no existe aún un programa así, de médico en casa. Aquí tratamos de hacerlo, quizá lo haga el Dr. Rodas en Tegucigalpa, quizá lo hace alguna enfermera que ya tiene algún entrenamiento en analgesia, pero que vean eso, es parte de lo que debemos de enseñar a la población, porque el medico está en el centro y allí ya si puedo y tengo cupo, ya es suerte, y así no debería de ser. Por eso hemos tratado de que algunos pacientes nuestros que sabemos que llegan a una condición difícil, la posibilidad según el espacio y el lugar donde residen, de ir a visitarlos. Y se nos ocurrió esta idea con la Universidad de porque no llamarlos, darle un seguimiento para ver cómo va la situación, y aunque sabemos que vaya bien o no, estar al pendiente de ellos, tenemos este propósito.

Puede ser para ustedes la renta de una casa espaciosa con área verde, jardines si es posible un lugar que inspire paz.

Grupo: El protocolo de la llamada ¿cómo era, básicamente preguntar?

Dr. Zerón: Así es, de hecho la primera respuesta fue negativa, de pensar que la llamada seria cobrada. Y se les aclara que no, que esto es una iniciativa de la Liga y esta Universidad, y se generan los recursos para que se tenga una vía disponible. La respuesta fue buena porque la gente decía bueno mire he tenido esta molestia, que recomendaciones se me pueden dar. Entonces las enfermeras se entrenaron para eso, para dar manejo sintomático con medidas básicas en casa, ahora si hubiese necesidad de algo más entonces se hace que el paciente venga a la consulta para que lo revise el médico.

Grupo: ¿Se manejaba una plataforma en línea?

Dr. Zerón: Si, se maneja con una plataforma de pacientes, que pues así se lleva el control, lo difícil es cuando se reciben llamadas de pacientes que no pertenecen a la Liga, porque no sabemos su historial, no tenemos registro.

Como les digo este es un tema muy amplio, muy importante, que hay que trabajar en ello, las felicito por la visión que tienen.

Grupo: Gracias Doctor. Otra pregunta ¿usted sacó paliativista como carrera?

Dr. Zerón: Básicamente son diplomados, ahorita lo que estamos en proyecto es la maestría, que debo culminar.

Grupo: Cómo médico, ¿usted estaría dispuesto a remitir pacientes a nuestro centro?

Dr. Zerón: Claro que sí, de hecho es importante tener una planificación y protocolo correctos. Para que se socialice con el gremio, porque nosotros que estamos trabajando con cuidado paliativo, es un plus quizá social, quizá espiritual y lo que queremos es el bien del paciente, si hay una posibilidad que haya una mejor calidad de vida con su centro, entonces bueno la referencia va para este seguimiento. Sabiendo que ustedes no generaran una plataforma para ver lo que ustedes están haciendo, para dar follow up a ese seguimiento.

Tienen que ver que en cuidado paliativo con pequeñas cosas pueden hacer bastante, eso fue una de las premisas que nos brindaron en Estados Unidos, y se trata de tener un objetivo claro, yo quiero estos pacientes que tengan una *calidad de vida*, eso es lo fundamental, y como les digo, hay que agarrarse de valor porque hay casos muy difíciles, hay que agarrarse de la ciencia porque no es cualquier paciente el que usted va a medicar, hay que tener muchas de estas técnicas, porque es un procedimiento que se va a hacer para mejorar una condición, palear, no de repente curar, y por sobretodo llevar desde el momento que usted saluda a una persona de repente, llevarla a la par de Dios, esa es la verdad, quizá los que estamos interesados en este tema, hemos tenido esta experiencia cercana con familiares, de mi parte si es para mejoría de un grupo o núcleo familiar, yo estoy dispuesto a enviarles pacientes al centro de asistencia. Y como le digo es cuestión de idiosincrasia, si me ven yo siempre cargo esto aquí (*nos muestra un símbolo de un corazón en su estetoscopio*) porque a mí me paso con mi bebé, que ya está con Diosito y siendo paliativista, pude estar con ella hasta el último momento de su vida, entonces eso es un plus, por eso les digo que las personas que se encontraran dando estos servicios paliativos, son gente que ha vivido estas experiencias, entonces no tengan ninguna duda de que siempre vamos a buscar el beneficio del paciente.

Grupo: Muchas Gracias Doctor, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #4

Lic. Yamileth Liliana Carranza, Licenciada en Nutrición

Día: 17 de noviembre 2017

Grupo: Le agradecemos su tiempo, nuestro proyecto de graduación para la maestría en dirección empresarial es el de formar un centro asistencial oncológico en cuidados continuos, para apoyar tanto al paciente como sus familiares.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales para pacientes con cáncer?

Lic. Carranza: No que no sepa, es que la carrera incluso de nutrición es nueva en San Pedro Sula de allí parta para ver la necesidad que no es cubierta por los profesionales.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, los que servicios psicológicos, nutrición y educación que se planteamos son necesarios?

Lic. Carranza: Claro que sí, y el hacerles conciencia a las personas también sobre esta enfermedad, porque por ejemplo generalmente nuestra cultura es que si vemos a alguien que anda con mascarilla, uy! ¡Me le voy a retirar! Y eso le provoca a la persona enferma más daño emocional, ya tiene daño de tener una enfermedad que esta entre la vida y la muerte y encima lo tratan como que tiene lepra o algo así, eso afecta al enfermo mucho más. Y lo que mencionábamos los efectos secundarios de la quimio, que uno está que coma, que coma, y el paciente no tiene las ganas de hacerlo. A mí me paso con mi hijo, que yo le exigía al principio que comiera, y él me decía que no le apetecía, pero si el paciente no come desmejora también, baja más las defensas, no puede darle continuidad al tratamiento. Entonces esto afecta a la larga en el éxito del tratamiento.

Lic. Carranza: Siempre aunque la gente tenga dinero y sea acomodada generalmente tienen la disponibilidad de pagar un seguro médico, pero al tener una enfermedad de cáncer estos seguros no le cubren en su totalidad o ponen muchas trabas al momento de los reclamos, que no se puede mantener. Al llegar al techo, no le renuevan la póliza.

Grupo: Nuestro centro va a tener de base educación, apoyo psicológico y espiritual y nutrición, el cuidado continuo. Entonces con la parte de nutrición queremos saber si existen dietas específicas para pacientes con cáncer y que cuidado nutritivo deben llevar.

Lic. Carranza: Buenos realmente para una persona con cáncer, no hay dietas generalizadas, tiene que ser un trato personalizado, independientemente de patologías, sexo, edad, las dietas deben de ser personalizadas. Cada dieta es particular depende del tipo de cáncer, en qué etapa este, que tratamiento médico está llevando, como está respondiendo a todo esto, entonces sí, es algo que debe verse depende de cada paciente.

Grupo: ¿Cuáles serían los costos, de cuanto es el cobro en el mercado de una consulta de nutrición? ¿Hay licenciados en nutrición que puedan realizar sus prácticas en el centro?

Lic. Carranza: Y en cuanto al precio o costo de las consultas varían, yo estuve con una nutricionista la primera consulta son Lps.1,000 que se tarda como una hora para la evaluación, posterior a eso se cobra L.300 si quería una dieta de 3 días, y L.400 si quería una dieta de 6 días.

Grupo: ¿Ustedes estarían dispuestos a recomendar el centro o dar apoyo?

Lic. Carranza: Es algo que realmente si se necesita en nuestra comunidad, si estaríamos dispuestos a apoyar y recomendar. Nosotros pertenecemos a una fundación que se llama “Pequeños Guerreros”, es un albergue para dar cuidados paliativos en la fase terminal no solo para niños con cáncer. Solo tenemos disponibilidad para 5 camitas, pero es tanta la necesidad de gente que necesita albergue, que viven fuera de la ciudad y durante el tratamiento del paciente ocupan lugar donde quedarse. Muchos se quedan fuera. Se tiene que cubrir alrededor de Lps.125, 000 al mes, y si es un gasto grande que tratamos de que subsista con actividades que hacemos como bingo, noches benéficas, rifas, etc. Es bastante difícil mantenerse, hemos podido sobrevivir porque tenemos una organización del exterior que nos apoya. Esa creo que es la clave de todas las fundaciones de nuestro país, los contactos y ayuda del exterior.

Creo que el tema de apoyo al paciente y sus familias es algo que no se hace en los hospitales o lugares donde dan tratamiento médico. Y es muy importante, en lo personal con el caso de mi hijo, uno ve muchas cosas que pasan que no están bien, por ejemplo el trato de algunos oncólogos, que han perdido la sensibilidad, que allí mismo en frente del enfermo y sus familias dicen unas cosas que hieren y afectan, por ejemplo que para que están yendo a recibir tratamiento si ya saben que se van a morir, o cosas así. Siento que solo Dios sabe el momento en que el paciente va a morir. Entonces son cosas que no hay comités de ética en nuestro sistema de salud o no tienen ciertos cuidados que deben de haber. Son groseros.

Mi hijo tenía 15 años cuando se murió, tenía leucemia, pero estuvimos luchando tres años con la enfermedad. Yo lo tenía al 100, bien, con los cuidados de alimentación, medicina natural y apoyo al tratamiento, me informé, leí mucho de la enfermedad, los cuidados, etc. Y si le ayude, que él no parecía enfermo de cáncer, si usted lo miraba a simple vista no parecía.

Grupo: ¿Cómo profesional del área nos daría recomendación de otro servicio que considera importante?

Lic. Carranza: Bueno comité de ética; entonces en lo personal si es muy importante que haya ética y humanismo en el médico y también en la persona que se encarga de cuidar al paciente, para que no le transmitan al enfermo la preocupación o dolor de verle sufrir, yo no quise que mi hijo le dieran reanimación con electrochoque, es que si ya se sabe que fallecerá para que hacer pasar la persona por eso, y someter a la familia a ver todos los gestos tan feos que hace la persona cuando está partiendo, que quedan grabados en la mente, es traumatizante, es que si ya se sabe que no va a pasar de tantos días por dignidad sedarlo para que parta tranquilo y con un semblante de paz en su cara, en el hospital vi cómo le hacían esto a los niños y como es una sala común los demás niños también lo veían y me contaban las pesadillas espantosas que tenían.

Grupo: En que parte de sus estudios, cubren la parte oncológica o la relación de la alimentación con el cáncer.

Lic. Carranza: Ok, yo en base a mi experiencia personal y lo que he aprendido en mi licenciatura es que el mayor combustible del cáncer es el azúcar. Los carbohidratos se convierten en azúcar en

nuestro cuerpo, entonces no es que no debamos comer carbohidratos, sino el comer el necesario para que nos dé el combustible que nuestro cuerpo necesita. Si a esto le agregamos que la gente come las mentadas sopas en vaso, le ponen consomé o cubitos, el vasito de foam en donde vienen estas sopas, al calentarlo suelta un químico que es cancerígeno. Y el uso desmedido del microondas y los plásticos.

Grupo:¿ En nuestro centro, como aconsejarían tener múltiples dietas o cual seria la dieta para la atención al paciente con cáncer en cuanto a la nutrición?

Lic. Carranza: Bueno, eso debe de ser dependiendo de la patología y el estado de nutrición del paciente. Tiene que ver qué tipo de cáncer, tenemos que conocer parte de su historia clínica para poder acompañar en el seguimiento. Le menciono la patología, porque por ejemplo una persona que esté en quimio puede desarrollar gastritis, porque el cuerpo segrega más ácidos o jugos en este tiempo de tratamiento, y si sumado a esto el paciente tiene anorexia, vómitos, o otras cosas que acompañan a esta patología, esto se le conoce como efecto concomitante, entonces si tenemos que saber todo el cuadro que tiene el paciente, para poder personalizar su nutrición.

Grupo: Desde el punto de vista nutricional, ¿ustedes consideran que una persona con tratamiento médico en que porcentaje pueda mejorar su calidad de vida con una buena nutrición?

Lic. Carranza: Porcentaje quizá no les puedo dar ahorita una cifra exacta, pero de que va a mejorar calidad de vida, si lo hará, si tiene una mejor alimentación. Pueden apoyarse en material didáctico, la revista científica SciELO que es de Madrid.

Grupo: Ustedes como profesionales, con esta idea del centro asistencial ¿creen que podría funcionar lo recomendaría?

Lic. Carranza: Para mí si funcionaria y lo recomendaría es tanta la necesidad. Por ejemplo nosotros con Pequeños Guerreros, aportamos nuestro granito de arena, porque los que estamos hemos sufrido pérdidas de familiares por cáncer y si hemos actualizado la unidad de cuidado paliativo, hay una psicooncóloga que acaba de regresar de España y nos apoya. Tenemos a una psicóloga de planta, pero la Lic. Mildred nos da apoyo. Y si tenemos el apoyo de voluntarios, pero se ve tanta la necesidad.

El tamaño puede ser una casa como en pequeños guerreros.

Grupo: Muchas Gracias, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #5

Lic. Mirna Patricia López, Licenciada en Nutrición

Nutricionista en práctica profesional, en Guarderías Infantiles parque integrado.

Día: 17 de noviembre 2017

Grupo: Le agradecemos su tiempo, nuestro proyecto de graduación para la maestría en dirección empresarial es el de formar un centro asistencial oncológico en cuidados continuos, para apoyar tanto al paciente como sus familiares.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales para pacientes con cáncer?

Lic. López: No que tenga conocimiento y en nuestra carrera vemos nutrición oncológica como parte, si HN es un país con tanta carencia y mal alimentado.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, considera los servicios psicológicos, nutrición y educación importantes para crear un centro?

Lic. López: Los pacientes necesitan muchas cosas más partiendo de la medicina que no está al alcance de todos y si todo lo que ayude a mejorar su calidad de vida es importante.

Grupo: Si por eso vemos la necesidad de guiar al paciente y a su cuidador, en los cuidados alimenticios que pueden tener para ayudar a la calidad de vida del paciente.

Lic. López: Si porque no solo es la alimentación sino todos los cuidados que tienen que tener antes, durante y después del tratamiento de quimio o radio.

Grupo: Si por eso vemos la necesidad de la nutrición y el cuidado en casa

Lic. López: Si claro, muchas veces vemos que la persona con cáncer no muere de la propia enfermedad, sino de otras cosas a su alrededor, llámese mala alimentación, otras bacterias, otras enfermedades, etc. ¿A quién van a estar enfocados?

Grupo: Estaremos enfocados a las personas del sistema de salud, llámese Seguro Social, Catarino o Liga contra el Cáncer. Porque al enfocarnos al target alto, se van a recibir tratamiento fuera del país y los de ingreso medio de una u otra manera terminan solicitando ayuda en los lugares mencionados.

Lic. López: Pueden tal vez en las primeras quimios, pero la enfermedad del cáncer es tan oneroso el tratamiento que existe, que no se puede sustentar con los ingresos medios de una familia.

La vigilancia que tiene que tener un paciente con cáncer es para toda la vida, si entra en remisión, siempre tienen que estar en cuidado permanente para mantener ese diagnóstico.

Grupo: ¿Tiene en mente otro servicio que considera importante?

Lic. López: Talleres de clases de cocina para que aprendan a elaborar su comida y que sean con gusto y sazón, no comer alimentos que no se vean apetecibles para el paciente, sobre todo por los olores que ellos no toleran.

Grupo: ¿Recomendaría en centro como profesional ya sabiendo los servicios y el enfoque?

Lic. López: En cuanto a la recomendación del centro, si yo lo recomendaría. Creo que hay un reto en cuanto a tener nutricionistas, porque a nosotras los médicos no nos quieren, ellos cuando refieren quieren un médico en nutrición, no donde un licenciado en nutrición, los doctores dicen que nosotros somos médicos a medias, y nosotros sabemos que no somos médicos, porque no recetamos medicamento, lo que recetamos es alimento y quitarle según nuestros conocimientos lo que no debe de comer, pero los médicos tienen eso, entonces es un reto para nosotros por la aceptación del gremio médico. De repente se pueden encontrar con ese reto.

Grupo: ¿Considera usted como profesional que puede funcionar el centro en la parte de nutrición?

Lic. López: Creo que sí, aunque si les recomendaría que investigaran con una ONG para que les ayuden en el aspecto económico y sustente el centro en los gastos. Creo que sería súper bueno que hubiera proyectos como estos en todos los sentidos, porque necesitamos más educación, mejorar la calidad de vida como ustedes lo están mencionando. Lo veo muy bonito su proyecto, novedoso y necesario, porque recalco ocupamos mucha educación, para evitar tantas enfermedades, desde de como lavar los alimentos, como cocinarlos, como lavarnos las manos, como descongelar los alimentos y así, nosotros nos enfocamos mucho en la calidad de alimentos para mejorar la salud aunque los médicos no nos ven como perfeccionales para ellos solo los médicos son lo que pueden dar este tipo de recomendaciones pero en una lucha más por vencer.

Grupo: Entonces aquí en Honduras ¿el grado de nutrición es de licenciatura, no hay médico en nutrición?

Lic. López: No, el grado en nutrición en nuestro país es a nivel de licenciatura, luego sacar maestría y doctorado. Pero si puede haber médico general con maestría en nutrición, para tener el título de médico nutricional.

Grupo: Para nosotras saber más o menos como atender a una persona en cuanto a su nutrición, ¿de qué forma trabajan ustedes? O ¿cuál es la mejor forma de trabajo?

Lic. López: Lo que pasa es que hay que trabajar de forma personalizada con cada paciente, porque hay personas que uno le puede hacer el menú completo del mes y no lo hace, o solo el menú de la semana y tampoco lo hace. Entonces al principio recomendamos un menú de una semana para que la persona regrese y darle el seguimiento de cuánto pesa, si subió o bajo, de cómo se sintió con la dieta, si la persona es disciplinada para trabajar así con ella. De hecho nosotros ahorita estamos usando un método, para mi parecer muy práctico, nosotros le ponemos las opciones pero que ellos armen su menú, que escojan que carbohidratos, que proteína quieren comer, dar varias opciones. Porque si los obligamos a seguir un menú, se sienten más controlados y dejan la dieta. Y luego dar el seguimiento, porque la persona al comenzar con la dieta comienzan a bajar de peso, entonces hay que regularles la cantidad o porción de carbohidrato, proteína y así. Entonces el método es más personalizado, porque el paciente tiene la libertad y creatividad para comer. Este nos ha resultado bastante bien.

Aunque por nuestra cultura, hay muchas personas que no entienden como armar su menú, entonces con ellas si se necesita estipular un menú estricto. Así que se respeta según la persona a tratar.

También el choque cultural afecta el poco conocimiento de algunos alimentos buenos, por ejemplo la acelga, las habas, los frijoles verdes, la berenjena, etc. Entonces tenemos el reto de que la persona se abra a la nueva gastronomía, tenemos que estar a la vanguardia, saber de cosas nuevas para probar o como hacer los platos. Vaya por ejemplo en la guardería donde estamos haciendo nuestro servicio social, les regalan un arroz de soya, que se les arruina o se les vence porque dicen las cocineras que a los niños no les gusta, y no es así, hay que saber cómo preparárselos para que ellos lo coman, me puse con ellas a hacer una receta, hicimos pastelitos, todos comieron y decían que estaban deliciosos. Entonces la forma en que cocinemos también influye a que nuestra alimentación sea variada. Esta gente como dicen que no les gusta, le da el arroz a las gallinas. Hay muchos lugares que les dan cajas de este arroz y lo botan. En esta guardería siempre comen lo mismo, porque no varían ni experimentan nuevos platos.

Grupo: Si, la cuestión es la cultura nuestra, ¿Qué otras cosas considera importante?

Lic. López: Hay negligencia y falta de creatividad. Digamos que si les decimos coman verduras, solo la hacen hervida, pero no le ponen ajo u otras cosas, entonces las sienten insípidas, la cuestión es tener creatividad y buscarle el sabor a los alimentos. Y pues también es la disponibilidad de la gente, que está enfocada a realizar la dieta balanceada. No podemos forzar a nadie a seguir o hacer la dieta, pero si la persona esta renuente no funciona. Consideramos que el 70% del éxito en una dieta es del paciente y solo el 30% de parte nuestra, de darles menús creativos, motivarles, estar dando seguimiento y eso. Porque igual la dieta está acompañada de actividad física, conocer su cuerpo. A veces nos sentimos impotentes, porque la persona llega a su primera cita, le damos su dieta personalizada, pero no regresan a su cita de seguimiento, aparecen a los meses con más libras de más, es difícil. Esto es de actitud.

Grupo: ¿Cuáles serían los costos, de cuanto es el cobro en el mercado de una consulta de nutrición? ¿Hay licenciados en nutrición que puedan realizar sus prácticas en el centro?

Lic. López: Es algo novedoso lo que quieren formar, creo que lo que necesita nuestro país es mayor educación e información en estos temas, que estamos atrasados en cuanto a esto. Los costos dependen del tamaño y la complejidad que ustedes quieran.

Para el tema de las prácticas, el sistema de educación es bien cerrado, no permiten mucho que su práctica la realice fuera, digamos del hospital solo Catarino, pero a la fuerza si lo permiten. Por ejemplo nosotras, estamos haciendo nuestra práctica en una guardería, no han ido a supervisarnos pero allí estamos dando nuestro apoyo, nos gusta aplicar y ayudar en la nutrición a estos lugares donde se necesitan. Creo que pues al final van a terminar cediendo, la carrera es tan nueva que pues si habrán cambios en un futuro, muy probablemente en muy poco tiempo permitan que se realice practica en todos estos lugares no solo en el Catarino.

Grupo: En un consultorio de un nutricionista, ¿que recomiendan que se tenga que tener de inmobiliario o equipo?

Lic. López: Se debe de tener la balanza, una camilla, aparato para medir la presión, el glucómetro, tallímetro, para medir las grasas. Hay programas especiales para poder medir grasa

corporal, etc. De igual forma recomendamos exámenes de sangre a los pacientes para saber sus triglicéridos, hemoglobina, colesterol, glicemia en ayuna. Esto siempre es recomendable para la primera consulta de análisis.

Grupo: Muchas Gracias, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #6

Lic. Mildred Tejada, Psicóloga con Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos

Voluntaria en Hospital Catarino, mientras se abre la plaza

Día: 23 de noviembre 2017

Grupo: Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer, y hemos tenido varios retos porque nos hemos dado cuenta que no hay una estadística de pacientes con cáncer actualizada, no hay una unidad de centros continuos como tal y la percepción de los profesionales en cuanto al sistema de salud. Nuestro proyecto va orientado a que al momento de que la persona tiene su diagnóstico y el tratamiento que va a seguir, proporcionarle el acompañamiento en los cuidados continuos en las áreas de nutrición, educación, cuidado en el hogar y cuidados paliativos. Entonces el propósito de esta entrevista es saber desde su punto profesional que otros servicios deberíamos considerar en el centro, y según su criterio si considera que funcionaria o si usted lo apoyaría.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales para pacientes con cáncer?

Lic. Tejada: No existe, es una de las razones por las que tome la decisión de estudiar afuera este tema, viendo la necesidad que hay que no es mapeada por el sistema de salud y es de suma importancia.

Es importante, porque tener un diagnóstico de cáncer le cambia completamente la vida a esa persona y a su familia. Comúnmente se tiene que tener un equipo multidisciplinario pero además es importante considerar un equipo interdisciplinar, en donde todos los profesionales que compongan este equipo se sientan a la par, es decir saber que si estas tratando a un paciente y se ve que lo que ocupa es apoyo psicológico, pues remitirlo sin recelo, y también considerar un espacio en donde todos puedan discutir cada paciente o cada necesidad que vean. Yo estude en España y esto me sorprendió mucho, porque acá se tiene la costumbre de andar con los expedientes así en papel o folder, allá no! Allá ya todo está en una plataforma, en donde los profesionales pueden consultar en tiempo real el cuadro de cada paciente. Entonces ya no existe eso que el paciente tenga que repetir sus síntomas o su historial si es referido a otro profesional, el sistema es más personalizado. Entonces creo que el equipo interdisciplinar si tiene que reunirse y aplicar este tipo de servicio, por respeto al paciente. Que uno de los enfoques de su centro sea “la comunicación”.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, los que servicios psicológicos, nutrición, cuidado en el hogar como se plantean son necesarios?

Lic. Tejada: Son muy importantes, todos los que ustedes mencionaron el cuidado en el hogar, en Honduras no existe esto pero allá en España si se aplica mucho.

Grupo: ¿Algún otro servicio a considerar que usted cree sería importante?

Lic. Tejada: La atención domiciliar, hay un equipo conformado por enfermera, psicólogo, médico que visitan al paciente en su casa, según sea su requerimiento, porque no todos los pacientes ya en fase terminal por ejemplo, requieren estar internos en un hospital, e igual el paciente quiere estar tranquilo en su casa. Entonces que haya un equipo dedicado a la atención domiciliaria creo que les funcionaria bien.

En cuanto a la educación, el plan es psico educativo, porque este no solo lo da el psicólogo, sino que entra la nutrición, que hacer antes, después o durante la quimio, como hablar con mi ser querido, como afrontar la pérdida de cabello, o sea hay una de material que se elabora en torno a esto. Es muy importante que el paciente con cáncer tenga el control y toda información necesaria para sobrellevar su enfermedad.

Generalmente se cree que el trastorno emocional más dado en el paciente oncológico es la depresión, se cree, pero esto es erróneo, la tristeza en el paciente es lo más normal, así que el trastorno que más afecta es el trastorno de la adaptación, lo que más le cuesta al paciente oncológico es adaptarse a la enfermedad, al nuevo estilo de vida que tiene que llevar, al tratamiento, a esos doctores, a los efectos secundarios, al diferente trato, etc. Entonces lo más costoso es la adaptación.

Grupo: ¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?

Lic. Tejada: Miren yo estudie en España, en donde este tema está en auge, hay muchos hospicios preciosos, centros de desarrollo de nuevos tratamientos separados para hombres, mujeres, niños allá hay tanto que para uno que viene de estos países es inimaginable como están de avanzados en los cuidados paliativos, que cuando regresa a nuestro país dan ganas de comenzar con lo que se pueda pero comenzar de una vez al ver tanta necesidad yo le planteaba a la Dra. Roxana Martínez que se puede pedir a estos lugares ya que ellos tienen proyectos para apoyar países como el nuestro, solo es de seguir los lineamientos que ellos requieren, para pedir los apoyos pero no he encontrado un médico o un grupo que me apoye, ya que entiendo que es un emprendimiento distinto a lo convencional o por lo menos lo que estamos acostumbrados, he allí la importancia de salir y ver como se manejan estos temas, es que da gusto trabajar en estos centros y hospitales donde la atención es tan especializada para esto un ejemplo; en Honduras no contamos con derechos de los pacientes aquellos donde él puede dejar estipulado por escrito que tipo de cosas no quiere que le apliquen cuando ya esté más avanzado y no pueda conscientemente decir esto no lo quiero, por ejemplo que lo entuben y lo pongan el UCI (Unidad de cuidados intensivos) es que se sabe ya se le explican a la familia es una enfermedad terminal y ellos se las descubren cuando ya el medicamento no les va curar, en nuestro sistema se acostumbra en los hospitales llevarlos a UCI es como para sacar hasta el último centavo de este paciente, por lo oneroso que es un día en esta unidad, no debería de ser, es prolongar la agonía del paciente y de los familiares, todos merecen tener una partida tranquila y en paz.

Estas enfermedades producen mucho estrés a los pacientes y a los familiares.

Grupo: Si, según una de las entrevistas que le hicimos a un médico, dice que el paciente en su siguiente consulta si no ha superado el shock del diagnóstico, llega deprimido, diciendo que para que se va a poner ese tratamiento tan caro, si se va a morir. Llega a ese punto en donde no quiere luchar. Licenciada cuéntenos de su experiencia, donde saco su maestría.

Lic. Tejada: Ok, bueno yo estudié mi licenciatura en Psicología en la Universidad Católica aquí en San Pedro Sula, hice mi práctica en el Mario Catarino y de allí una psicóloga me ayudo a entrar a una fundación, estuve casi tres años y medio en la fundación en Oncología Pediátrica. Luego en el 2015 me fui a Madrid, a la Universidad Complutense y allí estudie la maestría que se llama Psico Oncología y Cuidados Paliativos.

Grupo: Ahh usted es la profesional que dicen los médicos que había alguien con estudios en cuidados paliativos recién graduada, pero no sabían su nombre.

Lic. Tejada: Si, bueno hice prácticas allá, que en primer lugar siempre me ha gustado trabajar con niños, entonces en primer año estuve en el Materno Infantil del hospital Gregorio Marañón, igual en el área de oncología pediátrica, pero pues allá la historia es súper diferente, el sistema de salud no tiene comparación. Ya en segundo año, quería el área de cuidados paliativos en pediatría también, pero con adultos, la experiencia fue algo nuevo y la capacidad que tiene el adulto de que se trate con temas más profundos. Me toco también estar con visitas domiciliarlas.

Grupo: ¿Pero allá en España la unidad de cuidado paliativo ya es solamente para pacientes terminales? ¿Cuéntenos los espacios para comenzar nuestros como serian?

Lic. Tejada: Si, bueno allá cuidado paliativo está dividido, digamos hay pacientes en hospice, que es como un estilo de casa, con mucho espacio abierto, para caminar, entonces el paciente no está en fase terminal, pero allí los cuidan, le dan seguimiento. Pero yo estaba en el hospital, en donde la unidad trata pacientes de mediana y corta estancia, entonces el paciente puede estar una semana, un mes, es dependiendo de su diagnóstico.

Y había dos cuidadores espirituales, en donde no es un pastor o un sacerdote, es una persona que ha estudiado teología, muy espiritual. Porque no es lo mismo religión que espiritualidad. Entonces estos cuidadores eran muy espirituales, que hablaban con los pacientes y sus familias, que digamos si la persona encontraba su espiritualidad y confort en meditación, pues meditaba, o si encontraba su paz en las cosas chiquitas, pues se le apoya en eso.

El espacio va a depender de los servicio en el caso de ustedes pueden comenzar con un lugar modesto de tamaño por los costos y luego poco a poco van a ir viendo que más se necesita lo importante es comenzar.

Grupo: Creemos que la necesidad de un centro como el que estamos proponiendo existe, y si buscáramos la ayuda de organismos internacionales se lograría algo grande.

Lic. Tejada: Si hay organizaciones, yo tuve la oportunidad de conocer personas que pertenecen a estas organizaciones, en las cuales el principal requisito es ser un país tercermundista. Digamos yo pertenezco a la ONG, pago una membresía, lo único es reunir todos los requisitos y pautas que deben presentarse para obtener esta ayuda económica de estos organismos. Dan hasta becas para las áreas profesionales.

Grupo: Eso es lo bonito que sentimos de este proyecto, que el cáncer es un tema que nos toca a todos, nos puede afectar en algún tiempo determinado, y pues como nos dijo el Dr. Zerón, comenzando con algo pequeño, hacemos una gran diferencia.

Lic. Tejada: Si hay tanta necesidad, que pues en nuestro sistema de salud faltan tantas cosas. En el centro sería bonito contar con un terapeuta ocupacional para el paciente y la familia, que a veces es necesario que la mente este ocupada con algo, que se salga del stress de la enfermedad por un momento. Hay tantas cosas, de terapias musicales o músico terapia, meditación, grupos de lecturas, hay tantas cosas.

Allá en los centros, se cuenta con el equipo interdisciplinario, y eran el médico, la enfermera, psicólogo, nutricionista, acompañante espiritual, fisioterapeuta, trabajadora social, terapeuta ocupacional y el voluntariado. El voluntariado es muy importante, se pueden dividir en tantas tareas, voluntarios que visitan, o apoyan a los familiares en tareas que a ellos se les dificulta, acompañan al paciente en su tratamiento, es alguien externo al ambiente que lo llegan a alegrar, a alguien que consideran un amigo.

Grupo: ¿Cuál es la dinámica con los grupos de apoyo?

Lic. Tejada: Bueno allá esta la Asociación Española contra el Cáncer, ellos tenían sus congresos o sus grupos, por ejemplo el grupo de duelo, que se reunían con regularidad, a veces se dividen digamos un grupo de mujeres con tal cáncer, o los esposos de tal tipo de pacientes, se forma un grupo que tengan algo en común, que las personas sientan el apoyo. Tratan que los grupos sean con un máximo de 8 personas, porque si es muy grande ya se pierde el feeling, el grupo pequeño da más confianza para que las personas se abran.

Grupo: ¿Y todo este servicio es gratuito en España?

Lic. Tejada: Si, allá pues el sistema de salud está más organizado, es derecho y todos reciben los servicios, allá no se sufre por medicamentos por ejemplo. Y digamos si hay paciente o sus familias con problemas digamos económicos, pues el trabajador social, ya mira como se le puede ayudar, alguna fundación o asociación que les pueda ayudar. Aquí hay varias fundaciones que hacen que los pacientes firmen un documento en donde no puede recibir ayuda de otra fundación, esto es tan ilógico, porque si no puede ayudar en todo lo que el paciente necesite, pues puede acudir a alguna otra buscando la ayuda necesaria. Allá en España no existe este recelo, allá todo está bien organizado y se siente el apoyo real. Por ejemplo allá se llevaban a los niños a Irlanda, como a un castillo que era un hospital oncológico pediátrico, se iban solo los niños, y allí tenían todo a su disposición, médicos, enfermeras, cuidadores, etc.

Grupo: ¿Qué necesitaría el área de psicología para funcionar en el centro asistencial?

Lic. Tejada: Bueno, se ocupa de un espacio apto para atender, que sea al estudio del psicólogo donde el paciente se sienta cómodo, se necesita que el psicólogo tenga su servicio protocolizado, hay pacientes y familias que tiene un buen apoyo, que no necesiten consulta psicológica, entonces el profesional o el médico tiene que tener una hoja donde tenga los criterios de derivación psicológica, en donde si el paciente cumple con varios de estos criterios, si se refiera a psicología. También el psicólogo necesita un espacio como auditorio o salón en donde se puedan dar las charlas y los grupos de apoyo. También es muy importante que den el apoyo a su personal, que por el desgaste por la empatía o el síndrome de desgaste emocional, hay profesionales que se apegan tanto a sus pacientes que sufren también, es necesario que también se les de apoyo, que tengan un desahogo, a mí me ha pasado, que sientes tanto amor tanta empatía por el paciente, que a veces los profesionales pierden humanidad, se estresan, se enojan, entonces tiene que haber formación continua a los profesionales, les recomiendo que tal vez una vez al mes

se invite gente exterior para que les de conferencias o temas novedosos del interés del centro, o entre los mismo profesionales que se turnen en dar charlas del tema de su especialidad. Que todos sepan y estén entrenados en dar primeros auxilios.

Grupo: ¿Considera que en gremio de psicólogos estaría dispuesto a apoyarnos?

Lic. Tejada: Claro que sí, es más busquen las universidades que me manden practicantes.

Grupo: ¿Estaría dispuesta a dar apoyo al centro asistencial?

Lic. Tejada: Si, claro que sí. Solo como les digo tienen que organizarse bien y saber bien lo que están ofreciéndole al paciente y sus familias. Que cuenten con el equipo interdisciplinario y todos tengan el deseo de ayudar éticamente y los conocimientos necesarios. Porque en nuestro país varios dicen que son algo, y es solo porque han sacado un curso, hay estudios en diplomados, maestrías, etc. tanto en línea como presencial en el cual puede enfocar a los profesionales, para que tengan buena base para apoyar a la calidad de vida del paciente.

Grupo: Muchas Gracias Licenciada, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #7

Dra. Roxana Martínez, Oncóloga Pediatra del Seguro Social IHSS

Día: 22 de noviembre 2017

Grupo: Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer, y hemos tenido varios retos porque nos hemos dado cuenta que no hay una estadística de pacientes con cáncer actualizada, no hay una unidad de centros continuos como tal y la percepción de los profesionales en cuanto al sistema de salud. Nuestro proyecto va orientado a que al momento de que la persona tiene su diagnóstico y el tratamiento que va a seguir, proporcionarle el acompañamiento en los cuidados continuos en las áreas de nutrición, psicología, educación, cuidado en el hogar y cuidados paliativos. Entonces el propósito de esta entrevista es saber desde su punto profesional que otros servicios deberíamos considerar en el centro, y según su criterio si considera que funcionaria o si usted lo apoyaría.

¿Existe en HN un centro en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Dra. Martínez: No hay, pero es un interesante proyecto les puedo dar datos de otros profesionales para que se apoyen más.

Grupo: ¿Desde punto de vista del oncólogo los que servicios que se plantean son necesarios?

Dra. Martínez: Si: aquí en el IHSS solamente hay dos psicólogas para todas las áreas. Realmente todo lo que conlleva la educación al paciente, como mencionan los cuidados en el hogar, forma de comer, etc., no se lleva en ningún lado. También podrían conseguir enfermeras jubiladas para que les apoye. En cuanto a la ubicación del centro, tienen que considerar si lo que las encuestas les arroje, pero también tienen que pensar en los profesionales, porque no se mueven por ejemplo a áreas que no les gusta, o sea si le piden a un médico que acuda a revisar a su paciente y le quede lejos de donde ellos se movilizan, no llegan.

Grupo: Si entendemos esa parte, de igual forma en el centro no estará el oncólogo, ya que el servicio que ofrecemos es aparte de lo médico, de radioterapia y quimio, siempre el paciente tiene que estar en contacto con su oncólogo y nosotros pasaríamos comunicándonos con ellos, dando información del seguimiento del paciente en los tratamientos que le mencionamos.

¿Algún otro servicio a considerar que usted cree sería importante?

Dra. Martínez: OK, deben de tener una enfermera con experiencia, para que les apoye en la educación, y lo otro que deben de tener es un médico general. Porque puede ser que el paciente se ponga mal estando allí en el centro. Pueden pedir médicos en servicio social, hay muchos médicos en el seguro sin hacer nada, haciendo su servicio social, que no van a otros lados porque no quieren salir de la ciudad o les toca hacer servicio social ad honorem porque no consiguieron plazas, entonces no se irán a meter a un charral si no le van a pagar, entonces muchos se quedan haciendo servicio social aquí en el seguro. Pueden dar su servicio social gratis, pero sin incurrir en gastos.

Grupo: ¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?

Dra. Martínez: Todo comienza pequeño pero debe de estar muy bien adecuado, y les va a funcionar, busquen voluntarios.

Grupo: Usted como profesional ¿recomendaría un centro asistencial como el nuestro?

Dra. Martínez: Yo creo que todos los oncólogos lo recomendaríamos, si creo que todos, de hecho nosotros sabemos hace falta mucho de lo que ustedes ofrecen para el paciente. De hecho nosotros hemos querido, aunque no hemos podido hacerlo, una de las cosas que ayuda mucho es la educación, y la educación en línea para llegar a más personas, hemos querido hacer videos para los cuidados, de las náuseas, que tipo de comida pueden comer, que estas frutas deben evitar o qué tipo de verduras. O dar una clase o una charla educativa. Vaya por ejemplo cuando uno está enfermo, le dan sopa para comer y tal vez en algún caso de cáncer tiene labrada la boca y la sopa si está caliente más daño les hace. Así que se les recomienda comer gelatinas, helado, etc.

Uno de médico, tal vez les explica una vez alguna info, y asumimos que pues ya entendieron o ya saben, pero dios santo, a la gente se le olvida, o no entendió bien, entonces en todas esas cosas el hecho de tener a alguien más a quien acudir o más apoyo audiovisual, porque a la gente hoy ya no le gusta leer.

Grupo: Dra. ¿Qué otros servicios cree usted que serían beneficiosos?

Dra. Martínez: Manejo del dolor, tienen que entrenar a alguien, realmente tienen que considerar como personal fijo una buena enfermera, yo les recomiendo a alguien jubilado porque tiene muchos años de experiencia.

Grupo: Dentro de los cuidados, nosotros identificamos que no hay muchos paliativistas acá, como para poder decir que un paliativo nos pudiera apoyar más.

Dra. Martínez: En la ciudad creo que no, si hay en Tegucigalpa y en Ceiba, y aquí en San Pedro hay un par de anesthesiólogas que tienen un postgrado en manejo del dolor, que ellas ayudan bastante. Y la psicóloga Mildred que tiene también su postgrado en cuidado paliativo, ella trabajo con nosotros algunos años y luego se fue a Madrid, tiene su estudio en Psicooncología con cuidados paliativos, muy buena ella.

Grupo: Dra. Respecto a la estadística, porque tenemos que apoyar nuestra investigación con datos estadísticos reales, como no existe un censo real de cáncer, ustedes cuentan con alguna base de datos?

Dra. Martínez: Nosotros solo tenemos los casos de niños que atendemos en el seguro. Quien tiene un censo de cáncer es el centro del cáncer Enma Callejas, ellos lo tienen. Pero en el ministerio de salud tienen que tener una estadística. Nosotros consideramos unos 200 casos nuevos de cáncer en niños cada año. Nosotros tenemos una estadística de pacientes menores de 18 años, tenemos en total 1,523 pacientes oncológicos entre los que están en quimioterapia y en observancia solo en el Catarino.

Grupo: Y cuantos médicos atienden en la sala de Oncología?

Dra. Martínez: En pediatría oncológica, somos dos médicos oncólogos, y el equipo se ha completado con dos pediatras que han aprendido a manejar bastante bien la problemática. Y en adultos están varios médicos.

Grupo: Nos habían comentado que también incluyéramos la parte de odontología para los pacientes con cáncer.

Dra. Martínez: Esa es una parte muy costosa, realmente lo principal para los pacientes es uno el área de belleza o estética, porque les afecta andar sin pelo y así, esto baja mucho su autoestima.

Grupo: Si tengo un contacto que da gratis las pelucas, que ayuda a varios lugares. Esa parte de pelucas, prótesis y así tenemos el contacto para que nos pueda apoyar.

Grupo: Dra., nos comentaron que pertenece a la fundación de Pequeños Guerreros, podría decirnos cómo funcionan? ¿Hablando financieramente?

Dra. Martínez: Funciona a puro amor y oración. (Risas) Mire comenzamos gestionando una organización internacional que se llama My Child Matters, que da ayudas para tres años, nosotros estamos por empezar el tercer año. Entonces si ustedes tendrían un centro, lo que considero que está en boga en este momento son los cuidados paliativos, entonces con un buen proyecto se consiguen ayudas internacionales, se pueden gestionar.

Igual en su proyecto considero que tienen que hacer inclusión de todos los niveles de adquisición, porque la mayor afluencia de pacientes está en los hospitales públicos.

Grupo: Si una cosa que hablábamos con el Dr. Tabora, que una persona aunque tenga posibilidades económicas buenas, siempre trata de irse al sistema de salud porque la carga financiera que se tiene que invertir en esta enfermedad es demasiado grande.

Dra. Martínez: La gente deja de trabajar, comienza a gastar más, y luego comienzan a pensar en sus familias, etc. Y como el seguro no cubre esta enfermedad el gasto si aumenta.

Grupo: Muchas Gracias Doctora por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #8

Lic. Allison Johanna Thompson Wimer, Psicóloga Clínica

Poder Judicial psicóloga jurídica, docente de Unitec

Día: 19 de noviembre 2017

Grupo: Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer.

Le agradecemos su tiempo para la entrevista y por su aportación para enriquecer nuestra investigación.

¿Existe en Honduras un centro en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Lic. Thompson: No que yo tenga conocimiento, me parece muy retador y necesario la idea de este proyecto que proponen, en nuestro país hay tantas necesidades y pocas las personas que proponen ayudar a otros casi todos solo pensamos en ayudar a nuestras familias.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, los que servicios psicológicos, nutrición, cuidado en el hogar como se plantean son necesarios?

Lic. Thompson: Claro que sí, Ayuda en la crisis familiar estos pacientes están completamente vulnerables emocionalmente.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Lic. Thompson: Los cuidadores son las personas que más sufren por que ellos reciben todos el maltrato del enfermo y hasta ellos pueden entrar en depresión y no demostrarlo porque tiene que ser fuertes para el paciente, en este caso se recomienda pasar por turnos a los cuidadores donde todos los miembros que puedan ayudar liberen la presión de una sola persona, el acompañamiento en el duelo es importante también prepara a la familia cuando ya se tiene el diagnostico en el que ya la medicina no surte efecto, es prepárale para que viva bien sus últimos días y que comiencen a preparar todo para su partida.

En Tegucigalpa donde me gradué presentamos un centro para la mujer maltratada, pero no se obtiene tan fácilmente los apoyos o será que en este tema ya hay más conciencia pero me dese mucho éxito no se desanimen si al principio no parece fluir todo toma su tiempo.

Grupo: ¿Cuánto espacio considera que sea el mínimo para operar?

Lic. Thompson: Todo va a depender de ustedes creo que sería pequeño, por los costos y luego paulatinamente ir creciendo con la incorporación de nuevos servicios, el nivel de aceptación les dirá esto.

Grupo: ¿Considera que en gremio de psicólogos estaría dispuesto a apoyarnos?

Lic. Thompson: Sí, no lo duden este es un tema de mucho interés, lastimosamente el gobierno no ha hecho más por ayudar y da tanta pena verlos en la televisión quejándose por la falta de medicamentos, creo que no hay persona que no sepa de un caso de un familia o conocido que esté pasando por esto o que falleciera a raíz del cáncer, pocas son las historias de sobrevivientes.

Grupo: ¿Estaría dispuesta a dar apoyo al centro asistencial?

Lic. Thompson: cuenten con migo, como profesional en todo lo que necesiten.

Grupo: ¿Cuántos considera son los equipos o materiales para operar el consultorio?

Lic. Thompson: un escritorio para evaluación, dos sillones de sala para las terapias, computadora, archivo, papelería,

Grupo: Muchas Gracias Licenciada, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #9

Dra. Clarissa Lizeth Aguilar Molina, Médico General, con especialidad en cirugía, sub especialista en oncología pediátrica, con maestría en epidemiología.

Hospital Escuela Tegucigalpa.

Día: 26 de Octubre 2017

Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer, con enfoque en cuidados continuos, pero no se contempla los tratamientos de quimioterapia y radioterapia como servicios del centro.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Dra. No, en Tegucigalpa en hospital Enma Romero tenía pero el paliativo ya no está con ellos así que prácticamente no hay por el momento.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?

Dra: claro que sí, es fundamental, en nuestro país se necesita tanto en esta área, viendo esta necesidad es que me especialice en el exterior porque esto está en ascenso y las autoridades no me toman importancia, es más la sociedad civil la que está activando en fundaciones y en concientizar.

Grupo: ¿Dónde saco su especialidad?

Dra. En México, allá hay tanto que estamos en pañales nosotros, los hospitales son un sueño a seguir.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Dra.: Rehabilitación, las pacientes de cáncer de mama nos las que después de las cirugías quedan con poca movilidad en sus brazos, el linfedema es un tema muy poco conocido que se puede mejorar con terapia y es el cáncer de mama el que más afecta la publicación femenina, también deben de tener un médico general para que sea el quien les apoye en la parte médica.

Grupo: ¿En cuánto a espacio, cuanto considera que sea el mínimo para operar, ejemplo Una casa, una planta con x cantidad consultorios?

Dra.: una casa de una planta con espacio acondicionado para comenzar me parece que sería lo ideal por los costos.

Grupo: ¿Considera usted que el gremio de médicos oncólogo recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dra.: Si claro, todo lo que ayude a la calidad de vida del paciente.

Grupo: ¿algo más que considera usted que debemos ver a futuro y recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dra.: Como tal no existe una política de seguimiento y hospicio para los pacientes con cáncer, así que sería de gran apoyo contar con un lugar que de manera integral abordara el paciente con diagnóstico y en tratamiento oncológico,

Grupo: Muchas Gracias doctora, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #10

Dr. Amilcar Rodas Aguilar, Médico general, especialidad en cuidados paliativos. Tegucigalpa

Día: 30 de Octubre 2017

Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer, con enfoque en cuidados continuos, pero no se contempla los tratamientos de quimioterapia y radioterapia como servicios del centro.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Dr. Rodas: No, en Tegucigalpa en hospital Enma Romero se tenía pero el paliativo era yo, pero tuvimos diferencias y ahora estoy en mi consultorio.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?

Dr. Rodas: Si, Miren este tema me apasiona y este proyecto puede ser un modelo a replicar en las diferentes ciudades, busquen ayuda con el gobierno e instituciones extranjeras.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Dr. Rodas: El Hospicio, la familia llega un punto de agotamiento que no pueden ya con el enfermo, los hospicios son esa ayuda idónea para estas familias y manejo de dolor.

Grupo: ¿En cuánto a espacio, cuanto considera que sea el mínimo para operar, ejemplo Una casa, una planta con x cantidad consultorios?

Dr. Rodas: puede comenzar con una casa adecuada bien, los servicios que den sean la diferencia, la calidad, sobre todo los profesionales enfocados en la calidad de vida del paciente.

Grupo: ¿Considera usted que el gremio de médicos oncólogo recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dr. Rodas: Miren hay celo profesional esto no se los voy a negar pero esto no afecta en el hecho de que son pocos los oncólogos y el tiempo con el paciente es reducido, no se logra abarcar todos los aspectos básicos del cuidado del paciente, lastimosamente esta es nuestra realidad.

Grupo: ¿algo más que considera usted que debemos ver a futuro y recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dr. Rodas: Los profesionales de ustedes tiene que estar constantemente siendo capacitados, si consiguen ayuda en el exterior que se los recomiendo vallan buscando becas para que se especialicen en el tema y verán que hay mucho solo de pedir.

Grupo: Muchas Gracias doctor, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #11

Dra. Suyapa Aurora Bejarano Cáceres, Medicina y Cirugía. Especialista en Oncología Clínica. Master en Bioética.

Excelmedica y Liga Contra el Cáncer.

Experiencia en el área 20 años

Día: 11 de Diciembre 2017

Estamos realizando una investigación que se llama juicio de expertos y se desarrolla una matriz con varias preguntas abiertas y con libertad de dar todo el detalle que usted guste

Nosotros estudiamos en UNITEC, la maestría en Dirección Empresarial, y nuestro proyecto es la creación de un centro asistencial para pacientes con cáncer, en San Pedro Sula, con enfoque en cuidados continuos, pero no se contempla los tratamientos de quimioterapia y radioterapia como servicios del centro.

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Dra. Bejarano: No. En instituciones como la liga contra el cáncer se brinda apoyo psicológico y cuidados paliativos, pero faltan otros servicios de apoyo.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?

Dra. Bejarano: Si. Especialmente asistencia al cuidado domiciliario.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Dra. Bejarano: Rehabilitación, esto este tema no es tocado por los especialistas con los pacientes.

Grupo: ¿En cuánto a espacio, cuanto considera que sea el mínimo para operar, ejemplo Una casa, una planta con x cantidad consultorios?

Dra. Bejarano: Depende de los servicios que se desee implementar y el recurso humano capacitado disponible y sobre todo el recurso económico. Sería una planta. Con 6 consultorio y un área para reuniones grupales.

Grupo: ¿Considera usted que el gremio de médicos oncólogo recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dra. Bejarano: Si. Sin embargo si es con fines de lucro, en mi experiencia los pacientes privados son reacios a compartir experiencias, o acudir a centros donde puedan identificarlos. Excepto en el caso de manejo de dolor.

Grupo: Puede ampliar toda la información que considere importante para enriquecer nuestra investigación

Deben evaluar la misión de su proyecto, porque si es con fines humanitarios, la gestión de fondos en nuestro medio no es fácil.

Grupo: Muchas Gracias doctora, por toda la información y su tiempo.

Transcripción Entrevista #12

Nombre completo: Luis Roberto Orellana Pagoada

Títulos académicos: Doctor en Medicina y Cirugía General

Especialidad en Medicina Paliativa Oncológica

Profesor Titular I Universitario UNAH-CURLA

Lugar de trabajo: Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico (CURLA)

Unidad Oncológica del Litoral Atlántico

Fundación Pro Cáncer La Ceiba

Experiencia en el área: Profesor Titular I - 6 años de experiencia

Paliativista Oncólogo y Soporte Oncológico – 2 años de experiencia

Grupo: ¿Existen en Honduras centros asistenciales integrales en cuidados continuos para pacientes con cáncer?

Dr. Orellana: No. Hasta la fecha no se cuenta con centros asistenciales integrales en el país.

Honduras cuenta con centros de atención a pacientes oncológicos a nivel público tanto en Tegucigalpa como en San Pedro Sula. Además, se brinda atención a nivel del IHSS. Las fundaciones oncológicas han venido a beneficiar la atención a esta comunidad de pacientes en los últimos años de forma favorable. Los avances científicos han logrado un aumento significativo de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Dentro de estas instituciones no se cuentan con los manejos integrales que van dirigidos hacia los cuidados paliativos y el soporte oncológico. Anteriormente se manejaba que los cuidados paliativos iban solamente dirigidos hacia el paciente terminal, sin embargo, en el nuevo modelo de salud los cuidados paliativos inician concomitantemente con el tratamiento curativo (Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía) y toman mayor auge en el punto donde lo curativo ya no es una opción.

Sin embargo, hay un grupo de personas que morirán a causa de su enfermedad; razón por la que los cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda la enfermedad.

Grupo: ¿Desde su punto de vista como profesional, considera importante que el centro provea los servicios psicológicos, nutrición, educación de cuidado en el hogar?

Dr. Orellana: Si. Se debe tener contar con la participación de todos estos servicios, incluyendo el aspecto bucodental.

El cuidado al paciente oncológico no solo va dirigido hacia el tumor, sino que debe evaluarse como un todo el paciente. La mejora de la atención de enfermos en fase avanzada y terminal es uno de los retos que se deben plantear en el sector de salud; pero el mismo debe ser enfocado a todo el paciente no solo a una parte de él.

El psicólogo, que en la actualidad tiene especializaciones en oncología aporta al manejo del paciente desde el punto de vista emocional y psicológico. Asisten al paciente durante su tratamiento y estadios terminales, y además asesoran a los familiares que están enfrentando la pérdida de un ser querido.

El nutricionista, puede brindar asesoramiento sobre los suplementos nutricionales y ayudar a elaborar planes de alimentación especializada.

Los voluntarios, son capacitados para que visiten a los pacientes que requieren compañía y apoyo emocional. A menudo realizan tareas sencillas como sentarse y hablar con el paciente, ofrecen relevo para los cuidadores para ayudarles con el paciente y/o tareas de la casa.

Grupo: ¿Tiene idea de otros servicios que serían importante mencionar para agregarlo?

Dr. Orellana: Las bases terapéuticas en pacientes terminales van dirigidas a la atención integral, donde se toma en cuenta el aspecto físico, emocional, social y espiritual. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.

El equipo interdisciplinar de cuidados paliativos debe estar capacitado en las enfermedades avanzadas para mejorar los síntomas del paciente. Otras personas que pueden integrar el servicio son:

Dentro del equipo se debe tener una trabajadora social, la cual proporciona asesoría al paciente y a la familia, encargada de organizar reuniones familiares. El trabajador social ayuda con problemas en el hogar, con factores económicos para medicamentos, tratamientos y transporte.

El odontólogo, es crucial para lograr la salud nutricional y general del paciente; por lo que debe formar parte integral del equipo de trabajo.

El capellán, pastor o miembro religioso, está capacitado para escuchar las preocupaciones de los pacientes y los familiares, en lo que respecta a la muerte y a morir, y es un apoyo espiritual para que el paciente pueda mantener un entorno de paz con sus seres queridos y consigo mismo.

Fisioterapeutas el cual ayuda a conservar la movilidad y mejorar la forma en que una persona se mueve. Elaboración de un programa de ejercicio para mantener o mejorar fuerza física durante el tratamiento y después de este.

Se debe contar un área de terapia ocupacional para acompañar al tratamiento y que esto no afecte las tareas diarias. En este aspecto habrá una mejora en su capacidad para realizar tareas y/o modificar su entorno para colaborar con sus necesidades.

Se puede implementar técnicas de relajación para aumentar sus niveles de energía y aliviar el dolor porque afloja los músculos. Estos pueden incluir respiración profunda, meditación y ensoñación dirigida. Acompañado pueden aplicarse masajes para reducir el dolor y la fatiga.

Se pueden establecer programas de ejercicios como ser actividad física, caminar, nadar y practicar yoga, puede ayudar a aumentar su energía y sobrellevar las demandas del tratamiento.

Grupo: ¿En relación a espacio, cuanto considera que sea el mínimo para operar, ejemplo Una casa, una planta con x cantidad consultorios?

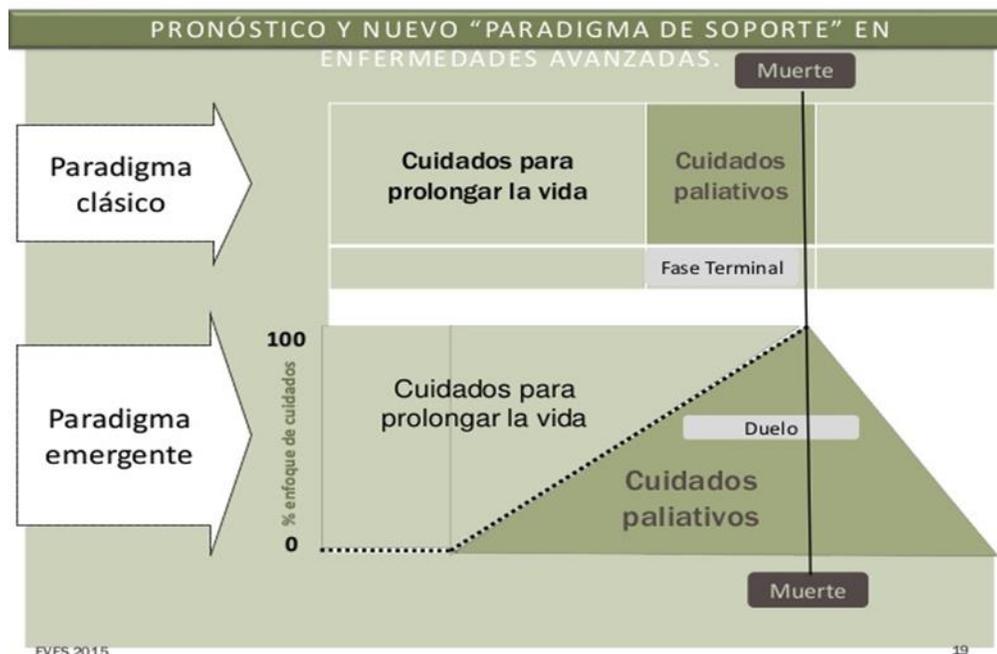
Dr. Orellana: Lo idóneo es que exista un centro integral amplio parecido a un hospicio, donde haya un entorno agradable, natural y fresco.

Los servicios de atención del paciente oncológico en cuidados paliativos pueden ser dados en hospital, centro oncológico o preferible en un hospicio. Por lo general implican la atención de un equipo, que incluye un médico, enfermera, trabajador social, nutricionista, los consejeros, pastores y otros.

Pueden utilizarse “Hospitales de Día”, para aquel paciente que amerite una atención para manejos de síntomas recurrentes en paciente oncológico en tratamiento o paciente en cuidados paliativos, que no involucre el estar ingresado más de 24 horas.

Grupo: ¿Considera usted que el gremio de médicos oncólogo recomendaría nuestro centro a sus pacientes?

Dr. Orellana: Si se recomendaría que el gremio de oncólogos trabaje y remita sus pacientes con el centro. El nuevo modelo de atención al paciente oncológico habla sobre el inicio del tratamiento oncológico acompañado de los cuidados paliativos, y que los continúen durante todos los estadios de la enfermedad.



El oncólogo clínico debe ser parte del equipo de cuidados paliativos y desde el inicio se debe trabajar de forma conjunta. Entendiéndose que en un punto de la enfermedad en la cual este avance, el manejo paliativo va obteniendo mayor auge.

El tamaño del centro depende de la cantidad de servicios a prestar, se puede realizar en etapas donde se amplíe de acuerdo a las necesidades más latentes o inmediatas.

Comentario:

El avance en la tecnología y los estudios hechos en los últimos años ha demostrado que el tratamiento del paciente oncológico está siendo más eficaz, mejorando la sobrevida de los pacientes y brindándoles la mejor calidad.

En Honduras es necesario hacer esfuerzos para la creación de estos centros ya que cada vez es mayor la tasa de diagnósticos de enfermedades en estadios avanzados y por lo cual ameritan un manejo especializado en esta área. Por otro lado, los pacientes que están en tratamiento curativo, un porcentaje de ellos no logrará de forma satisfactoria su remisión, por lo cual demandarán los servicios de los cuidados paliativos.

La creación de este centro beneficiará al paciente y sus familiares, estableciendo nexos más expeditos entre público-privado para la calidad de vida de los pacientes.

ANEXO 4. INFORMACIÓN GENERAL: LAS ETAPAS DEL CÁNCER

Tomado de Cosmetic Executive Women Foundation

Hay varios sistemas diferentes que se usan para describir cuánto ha progresado un cáncer en el momento que se detecta. El sistema de clasificación que se usa para la mayoría de tumores sólidos fue creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) y se basa en el concepto de que los cánceres en la misma zona tienen patrones similares de crecimiento y propagación. Para determinar la etapa, el médico utiliza información acerca de las etapas clínicas y patológicas del cáncer. La etapa clínica se basa en técnicas no-quirúrgicas de diagnóstico, como el examen físico que te hace el médico al igual que los análisis de sangre y las técnicas de imagen. La etapa patológica utiliza la información reunida de la extirpación del tumor y del examen de la zona cercana y de los ganglios linfáticos.

El AJCC clasifica el cáncer de acuerdo al sistema TNM: la "T" representa el tamaño del tumor. La "N" se refiere a la presencia del cáncer en los ganglios linfáticos de la zona y hasta qué punto los ha afectado. La "M" muestra la presencia de una propagación más allá de la zona, es decir, metástasis localizada. Un número subíndice y a veces una letra ofrecen más información específica. Después de designar las letras TNM, el cáncer se clasifica en una de cinco etapas, desde el cáncer no invasivo más pequeño, Etapa 0, hasta el más avanzado, Etapa 4.

Las etapas de ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de colon y los cánceres ginecológicos, se clasifican de acuerdo a otros sistemas además del sistema TNM. El cáncer del colon a veces se clasifica de acuerdo al sistema de etapas de Dukes, creado por el patólogo británico Cuthbert Dukes. Se ha propuesto un nuevo sistema de clasificación de etapas para el diagnóstico "carcinoma ductal in situ del seno" que detectaría si hay necrosis (una zona de células muertas) y mediría el grado de las células, pero su utilidad no ha sido comprobada. Algunos sistemas para clasificar etapas son bastante simples y dependen de la posibilidad de remover el tumor quirúrgicamente. Por ejemplo, aunque el cáncer del páncreas se clasifica de acuerdo al sistema TNM, los cirujanos prefieren clasificarlo como extirpable (el tumor se puede remover), avanzado localmente o no extirpable, y metastásico.

Para los cánceres como la leucemia, que no forman tumores sólidos, se utiliza otro sistema para clasificar las etapas, basado en factores relevantes a esa enfermedad, como cuánto se ha afectado la médula ósea.

Grado 1 de los elementos más importantes de tu diagnóstico es el grado del cáncer porque demuestra cuán agresivo es el cáncer. El grado lo determina un patólogo basándose en un análisis microscópico del tejido del tumor. Anna R. Graham, M.D., una antigua presidenta de la Sociedad Americana de Patólogos Clínicos, explica que un patólogo evalúa tres elementos principales. "El primero es cómo se ven las células individuales. ¿Son muy diferentes de lo normal? El segundo es el patrón de los tejidos. ¿Qué tanto se parece el patrón de células a la arquitectura normal de los tejidos del seno? El tercero es el índice mitótico de las células. ¿Qué porcentaje de las células se está dividiendo activamente? Cuando se reúnen estos tres elementos se sabe qué tan anormales son las células y si están respondiendo a las señales normales para formar las estructuras que deben formar".

Después de evaluar cada uno de estos factores, el patólogo clasifica el cáncer en orden de gravedad usando Grado 1, 2, 3 o 4. Al Grado 1 a veces se le llama "grado bajo", el menos agresivo y al Grado 4 se le llama "grado alto", el más agresivo. "GX" significa que el grado no se puede determinar.

ANEXO 5. PERFILES ONCOLÓGICOS DE LOS PAISES, 2014

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Honduras

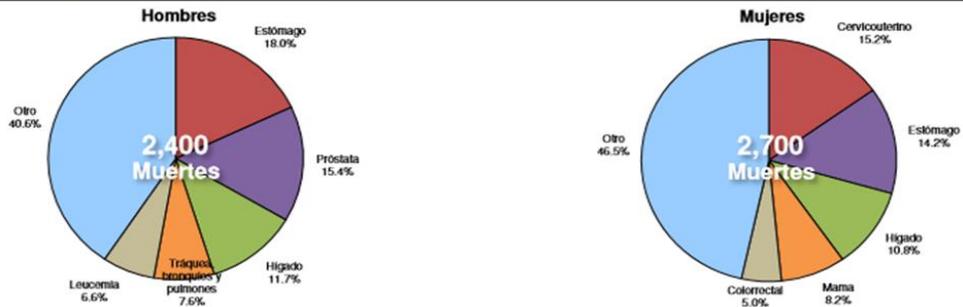
Población total: 7,936,000

Grupo de ingresos: Medianos bajos

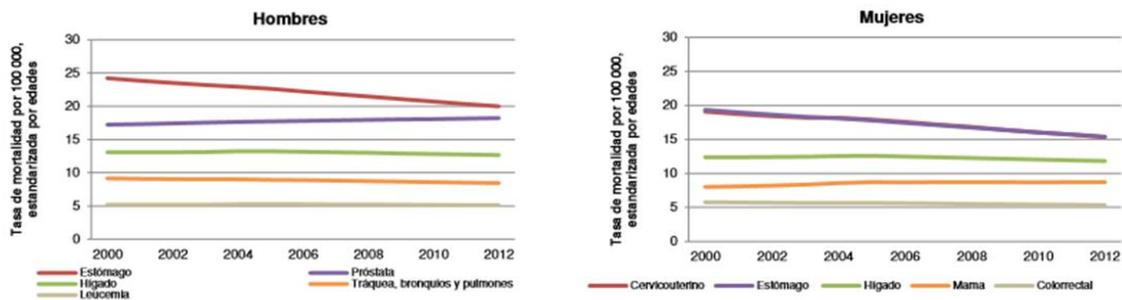
Total de muertes: 36,000

Esperanza de vida al nacer: Total:74 Hombres:72 Mujeres:77

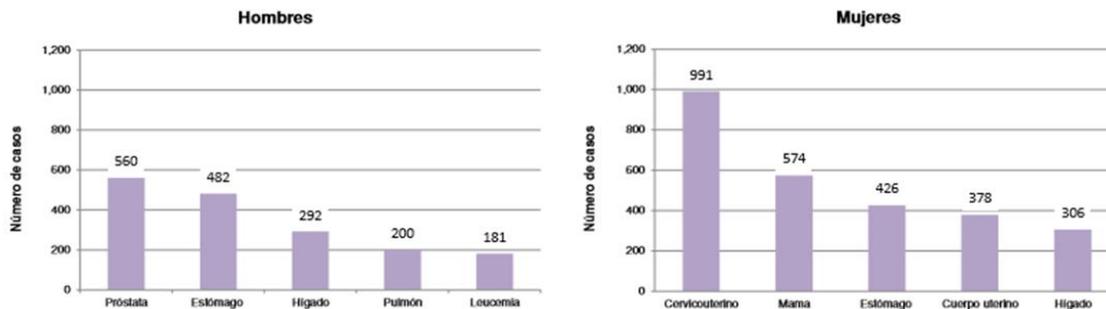
Distribución de la mortalidad por cáncer*



Evolución de la mortalidad por cáncer estandarizada por edades*



Incidencia de cáncer**



Factores de riesgo en adultos

	Hombres	Mujeres	Total
Consumo actual de tabaco (2011)
Consumo total de alcohol per cápita, en litros de alcohol puro (2010)	5.7	2.3	4.0
Inactividad física (2010)
Obesidad (2014)	11.1%	21.6%	16.3%
Consumo doméstico de combustibles sólidos (2012)	-	-	51.0%

Organización Mundial de la Salud – Perfiles oncológicos de los países, 2014.

Planes, monitorización y vigilancia del cáncer

Hay una política, estrategia o plan de acción operativos sobre el cáncer	Sí
Existe un registro oncológico	Sí
Alcance	Poblacional
Cobertura	Subnacional
Año de los últimos datos	2004

Políticas de prevención primaria del cáncer

Control del tabaco

Hay una política, estrategia o plan de acción operativos para reducir el consumo de tabaco	Sí
Legislación sobre entornos sin humo de tabaco	Todos los lugares públicos totalmente exentos de humo de tabaco (o al menos el 90% de la población cubierta por una legislación subnacional completa sobre entornos sin humo de tabaco)**
Tratamiento de la dependencia del tabaco	Tratamiento de sustitución con nicotina y algunos servicios de abandono del tabaco (al menos uno de ellos con costos cubiertos)
Etiquetas de advertencia	Advertencias de tamaño intermedio con todas las características apropiadas O BIEN grandes advertencias a las que faltan algunas características apropiadas
Prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio	Prohibición en la televisión, radio y medios impresos nacionales, así como en algunas otras formas de publicidad directa o indirecta, pero no en todas
Impuestos sobre el tabaco	Los impuestos representan 26–50% del precio al por menor

Prevención y control del sobrepeso y la obesidad

Hay una política, estrategia o plan de acción operativos para reducir el sobrepeso y la obesidad	No
--	----

Prevención y control de la inactividad física

Hay una política, estrategia o plan de acción operativos para reducir la inactividad física o fomentar la actividad física	No
--	----

Prevención y control del consumo nocivo de alcohol

Hay una política, estrategia o plan de acción operativos para reducir el consumo nocivo de alcohol	No
--	----

Inmunización nacional

Calendario de vacunación contra los papilomavirus humanos	11 años
Calendario de vacunación contra la hepatitis B	Al nacer
Cobertura vacunal contra la hepatitis B, en lactantes	87%

Cribado y detección precoz del cáncer

Cáncer cervicouterino

Citología cervical (Papanicolaou: PAP)	Generalmente disponible en la atención primaria pública
Visualización con ácido acético (VAA)	No disponible generalmente en la atención primaria pública

Cáncer de mama

Palpación y exploración clínica de la mama (ECM)	Generalmente disponible en la atención primaria pública
Mamografía	No disponible generalmente en la atención primaria pública

Cáncer colorrectal

Prueba de sangre oculta en las heces o prueba inmunológica en las heces	No disponible generalmente en la atención primaria pública
Cribado del cáncer intestinal mediante exploración o colonoscopia	No disponible generalmente en la atención primaria pública

Tratamiento y cuidados paliativos del cáncer

Radioterapia	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Número total de unidades de energía teleterapéutica/millón de habitantes	0,7
Número de centros de radioterapia	5
Número de radiooncólogos	4
Quimioterapia (medicamentos no especificados)	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Morfina oral (formulación no especificada)	Generalmente disponible en el sistema de salud público
Consumo (en mg) de equivalente de morfina (no metadona) por muerte por cáncer	...
Atención domiciliar/comunitaria para personas con cáncer y otras enfermedades no transmisibles en estadios avanzados	No disponible generalmente

* No se dispone de datos sobre la mortalidad. Las cifras se basan en estimaciones nacionales de la mortalidad a partir de la de países vecinos. ... = No se dispone de datos
 ** No se dispone de datos sobre la incidencia. Las cifras se basan en estimaciones nacionales de la mortalidad y modelización de la
 *** Indica el mayor grado de realización posible

Organización Mundial de la Salud – Perfiles oncológicos de los países, 2014.



CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO

PS. M. Ignacia del Río.(1) Dra. Alejandra Palma (2)

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de Occidente la actitud del hombre frente a la muerte no ha sido siempre la misma (1,2).

Durante la alta Edad Media existía la llamada “**muerte doméstica**”. El moribundo, consciente de su próximo deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado “rito de la habitación (2)”. Todos participaban de esta particular ceremonia dirigida por quien se encontraba próximo a morir. En esto consistía la “buena muerte”, en aquella que ocurría junto a los seres queridos y que era anticipada por el moribundo, pudiendo éste disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

“Los ritos de la habitación (...) expresan la convicción de que una vida de hombre no es un destino individual, sino una cadena del phylum fundamental e ininterrumpido, continuidad biológica de una familia o de una estirpe, que se extiende al género humano entero, desde Adán, el primer hombre”. (2)

En la baja Edad Media adquieren fuerza las ideas del juicio final, con la preocupación por identificar las sepulturas y así poder ser enterrados junto a los seres queridos, del purgatorio y de la salvación a través de la realización de obras materiales y espirituales. Ideas que fueron reemplazando el “comunalismo” anterior por una mayor individuación de la muerte. Esta etapa es llamada la “**muerte de uno mismo**”.

A partir del siglo XIX la fascinación por la muerte de uno mismo es transferida a la preocupación por la muerte del ser querido, la llamada “**muerte del otro**”.

Ello se manifiesta en la expresión pública y exagerada del duelo y en el inicio del culto a los cementerios, tal como los conocemos en la actualidad (3).

Con la I guerra mundial comienza un proceso llamado “**muerte prohibida**”, en el que la muerte es apartada de la vida cotidiana. En este periodo la muerte es eliminada del lenguaje, arrinconada como un fenómeno lejano, extraño y vergonzoso (4). La muerte deja de ser esa muerte esperada, acompañada y aceptada de los siglos precedentes.

Cecily Saunders, líder de la medicina paliativa contemporánea, observa que la tendencia actual de esconder al moribundo la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida, son todos fenómenos que dan cuenta de cómo, como sociedad no hemos encontrado, o hemos perdido, la manera de hacer frente y de asumir nuestra mortalidad y la del resto (5).

Hasta el siglo XIX, el alivio de síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historia natural. Durante el siglo XX la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades. De esta manera, y en relación a importantes avances técnicos y al aumento general de las expectativas de vida de la población, el manejo sintomático fue relegado a segundo plano e incluso despreciado por la comunidad médica.

Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina esté orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de ésta como objetivo en sí mismo (6).

La visión integral del paciente ha sido reemplazada por la aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas diferentes, fenómeno que se observa incluso en la atención de pacientes terminales. Esta visión parcelada del enfermo puede conducir a lo que actualmente se conoce como encarnizamiento terapéutico, en lugar de dar pie a un apoyo de calidad para atender las necesidades de aquellos pacientes que simplemente se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo. Esto también se ve reflejado en el gran vacío que existe en las mallas curriculares de medicina y enfermería en relación a cómo cuidar adecuadamente a enfermos incurables y con expectativas de vida limitadas (7).

Ante esta realidad, Sanz y Pascual señalan que “*hay que rescatar y redescubrir, si cabe, el fenómeno de “cuidar”, actualmente eclipsado por la sobreexpansión de los aspectos curativos de la medicina. No tenemos que olvidar que la medicina nace como respuesta de ayuda, consuelo y acompañamiento para los seres humanos enfermos y moribundos*” (8).

En la década de los sesenta se originan, en distintos países pero principalmente en Inglaterra, movimientos que nacieron de la reacción de pacientes graves incurables y de sus familias y que tenían como objetivo mejorar el apoyo dado a enfermos en fase terminal (9). Este movimiento sentó un

(1) Psicóloga. Programa Medicina Paliativa y Cuidados continuos Escuela de Medicina.
(2) Instructora Asociada. Departamento Medicina Interna.
Correspondencia: mdlrio@puc.d



precedente que desafió abiertamente a una medicina moderna que, en consecuencia, debió replantearse para aceptar su impotencia.

ORIGEN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La palabra latina *Hospitium* significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba. La versión griega de lo mismo fue *xenodochium*, y alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres, *hospitium* o *xenodochium*, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales.

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos. Sin embargo, la mayoría de los hospicios tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma (5).

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas (10).

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada

comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora, la ya mencionada Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área (11,12).

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount BM, J Pain Symptom Manage, 1993) (13,14).

En francés, la palabra *hospice* puede usarse como sinónimo de hospital. Por esta razón y para evitar posibles confusiones, Balfour Mount acuñó el término Cuidados Paliativos en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina. En ese momento "The Royal College of Physicians" define Medicina Paliativa de la siguiente manera:

«is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease, for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life (15)».

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales (16).

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002:

"cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos (17)".

El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que el de Cuidados Paliativos es un concepto más amplio que considera 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 (11).

En la actualidad la palabra Hospice se utiliza comúnmente en Gran Bretaña y Estados Unidos para referirse a un tipo de servicio, cuyo objetivo es fundamentalmente asistencial y dirigido a proveer de los medios necesarios para responder a las necesidades de pacientes considerados terminales en los diferentes niveles de atención (Unidades intra hospitalarias, Casas de reposo, Unidades de apoyo domiciliario) (12).

EXPANSIÓN INTERNACIONAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas décadas los Cuidados Paliativos han evolucionado enormemente a lo largo de los cinco continentes.

En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr una cada vez mayor cobertura económica y asistencial. En la década de los 70 dominaba una modalidad



de trabajo centrada en la atención de tipo hospice institucional. En los 80's se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. Históricamente, el financiamiento de los hospices ingleses ha sido cubierto por donaciones, hasta que en los años 90 el gobierno finalmente decide financiar parte de la atención (18). El éxito de el St. Christopher Hospice sentó un precedente y permitió que el movimiento Hospice se expandiera a través del mundo, generándose grupos consultores, centros de referencia, atención a domicilio y programas de investigación y docencia.

En Estados Unidos, el año 1974 se inauguró el primer hospice del país, en Bradford, Connecticut. A mediados de los ochenta Medicare reconoce a los Cuidados Paliativos dentro de las atenciones médicas a cubrir. La evolución de los cuidados paliativos de los norteamericanos, a diferencia de los ingleses, ha estado predominantemente centrada en el desarrollo de servicios domiciliarios, tanto que para acceder al beneficio Medicare, los hospices deben ofrecer mayoritariamente programas de atención domiciliaria en sus servicios. En 1994 los servicios tipo Hospice atendieron a más de 340.000 pacientes oncológicos y no oncológicos y en la actualidad hay aproximadamente 2.400 programas Hospice en Estados Unidos. La incorporación de pacientes no oncológicos a la atención fue una innovación considerada pionera en los Cuidados Paliativos a nivel mundial (19).

A principios de los setenta, comienzan a desarrollarse los Cuidados Paliativos en Canadá y a finales de la década, se desarrollan también en Europa. A mediados de los ochenta, se incorporaron países como Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente a mediados de los noventa lo hicieron algunos países de América Latina,

entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile (10, 16, 20)

Actualmente existen alrededor de 8000 servicios de Cuidados Paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes. Estos servicios son diversos e incluyen: Unidades móviles de apoyo intrahospitalario, Unidades de Cuidados Paliativos intrahospitalarias, Casas de Reposo para pacientes terminales, Unidades hospitalarias diurnas, Equipos de control ambulatorio y de apoyo domiciliario (21).

A pesar de que los Cuidados Paliativos comenzaron como un movimiento médico-social no alineado con la medicina académica, a la cual reprochaba su excesivo interés en la enfermedad y su falta de interés en el paciente que la padece, éstos han crecido hasta ser finalmente aceptados por los centros académicos mundiales (7). Como señalamos anteriormente, en octubre de 1987 *Cran Breaña* fue el primer país en el mundo en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa, lo que fue seguido por el reconocimiento en numerosos otros países como Australia, Bélgica, Nueva Zelandia, Hong Kong, Polonia, Singapur, Taiwán y Rumania. En septiembre del 2006 el American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa finalmente el status de sub especialidad (15).

Hoy en día existen numerosas asociaciones internacionales de Cuidados Paliativos y alrededor de una decena de Revistas Científicas dedicadas al tema. La investigación de nivel académico enfocada a la Medicina Paliativa ha tenido un desarrollo creciente en los últimos años, lo que ha sido uno de los argumentos de fondo para sostener su status de subespecialidad emergente (22).

Recientemente se han publicado algunos trabajos que muestran el grado de desarrollo de la Medicina Paliativa en todo el mundo. En concreto, se han publicado artículos sobre la situación de los Cuidados

Paliativos en países tan diversos como Australia, Suecia, Uganda, Turquía, Filipinas, Singapur, India, China y Taiwán, Japón, Indonesia e Israel (10). Direcciones de programas de todo el mundo están disponibles en la Oficina de Información Hospice del St. Christopher's Hospice (<http://www.stchristophers.org.uk>).

BASES EPIDEMIOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas cuatro décadas el mundo ha experimentado un descenso sostenido y gradual de las tasas de natalidad y mortalidad. Consecuentemente, y en relación a la mejoría en el control de las enfermedades infecciosas, la creciente urbanización, la industrialización y los cambios en los estilos de vida, se ha producido un aumento en las expectativas de vida de la población, resultando en un perfil sociodemográfico caracterizado por el envejecimiento progresivo de la sociedad y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (23, 24)

Actualmente la esperanza de vida promedio mundial es de 65 años, 7 años más de lo que se esperaba a finales de los años 60. Se prevé que para el año 2025, un tercio de la población mundial tendrá más de 65 años.

Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial (fuente OMS). Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos (cáncer) (17, 25).

En Chile se observan las mismas tendencias demográficas y epidemiológicas. Así, en el año 2004 la tasa de mortalidad general fue 5.4 por cada 1000 habitantes, 7.1 puntos menos que la registrada en el año 60 y actualmente, la esperanza de vida



promedio general al nacer es de 77.7 años. La población de adulto mayor corresponde al 10% de la población total. Así mismo, las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas, donde un 27.9% corresponden a enfermedades cardiovasculares y un 24.2% a tumores malignos (26).

De esta manera, una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas las que, se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos (8, 27).

A un nivel físico, los síntomas derivados directamente de la enfermedad o de los tratamientos que a veces continúan hasta fases muy avanzadas, representan un problema de impacto mayor. En estudios realizados en pacientes oncológicos atendidos por diferentes sistemas de atención de Cuidados Paliativos en USA se observa que dolor, disnea, anorexia, delirio y pérdida de autonomía están presentes en entre un 25 y un 90% de los pacientes semanas antes de fallecer (28).

En Chile de los 13.900 pacientes atendidos por las Unidades de Cuidados Paliativos del SNS se observa que un 78% habrían presentado anorexia, ansiedad, baja de peso y dolor; 67% náuseas, insomnio y vómitos y 60% disnea y depresión (29).

En series de pacientes terminales con insuficiencia cardíaca avanzada se observa que un 63% habrían presentado dolor y 51% disnea en las semanas previas a su deceso (30). En pacientes terminales con enfermedad de motoneurona se reporta una prevalencia de 65% de constipación, 57% de dolor, 53% de tos, 48% de insomnio y 47% de disnea (31).

A nivel psicosocial, la enfermedad terminal muchas veces genera en los pacientes una sensación de amenaza e indefensión (27),

que estaría causada por la perspectiva de encontrarse ante una situación desconocida, incontrolable y en progresión, donde se presiente que la experiencia sobrepasa los propios recursos de afrontamiento. La persona que está muriendo se encuentra perdiendo todo a la vez y la anticipación de esta pérdida puede ser desbordante, acompañándose de sentimientos intensos de rabia, dolor, tristeza, desesperanza y angustia, entre otros (32).

Entre las principales preocupaciones del enfermo está el problema que supone su enfermedad para los demás miembros de la familia (8).

El sistema familiar puede funcionar como un gran motor de fortaleza para el enfermo en situación terminal. Sin embargo, en múltiples ocasiones éste no responde en forma adecuada ni concordante con lo que la circunstancia amerita. Así puede reaccionar alejándose emocionalmente de la persona mucho antes de que ésta muera, dejando de cubrir sus necesidades afectivas o a través de la conducta contraria, acercándose e involucrándose a tal nivel que ello interfiere con el cuidado médico del paciente, lo que frecuentemente está relacionado con la presencia de culpa y sentimientos ambivalentes en las relaciones familiares. Ambos fenómenos no sólo suponen un problema para el paciente sino también para el personal médico que lo atiende (32, 33).

El enfermo experimenta un conflicto entre lo que quiere interiormente con lo que experimenta como realidad en el mundo externo, y esta experiencia le hace sufrir (34).

En relación al impacto económico, podemos observar que el 31% de las familias con enfermos crónicos y terminales deben gastar la mayoría de sus ahorros familiares producto de la enfermedad, el 29% pierde la principal fuente de su ingreso familiar y en general, estas familias tienden a endeudarse y a adquirir trabajos

adicionales para cubrir la gran demanda de dinero (23).

Por otra parte, investigaciones recientes (23, 35, 36) muestran que en el mundo las múltiples necesidades de los enfermos terminales no estarían siendo cubiertas.

En Inglaterra el año 1997 se estimó que 2 de 3 de los pacientes que morirían a causa de enfermedades crónicas presentarían múltiples síntomas que hubiesen requerido de un manejo médico capacitado e integrado a un sistema de soporte espiritual, psicológico y social (37).

En Estados Unidos, el año 1995 se dio a conocer un estudio de 9000 pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas avanzadas, que habrían presentado altos niveles de síntomas físicos no tratados, falta de anticipación para definir medidas terapéuticas y decisiones terapéuticas discordantes con las preferencias y deseos previamente explicitados por los pacientes (35).

En Chile se estima que de las 19.146 personas fallecidas en el año 2002 a causa de tumores malignos, al menos el 53% habrían requerido Cuidados Paliativos para manejar el dolor (26).

CUIDADOS PALIATIVOS EN CHILE

En 1994 se creó el Programa Nacional de alivio del dolor por Cáncer Terminal y Cuidados Paliativos y actualmente los Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos terminales se encuentran dentro de las enfermedades cubiertas por el AUGE. El programa tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades oncológicas, fundamentalmente a través de la difusión del manejo del dolor en distintos centros asistenciales públicos (26). Si bien es un avance importante y el de mayor envergadura a nivel nacional, aún falta potenciar el manejo interdisciplinario, brindar cuidados continuos con una



asistencia domiciliaria de buena calidad y ampliar su cobertura, incluyendo enfermedades crónicas no oncológicas.

En el sector privado existen algunas iniciativas aisladas que pretenden responder a las demandas de estos pacientes. En la Red UC existe una fuerte intención de desarrollar un sistema de atención organizado para cubrir las necesidades de los pacientes que se beneficiarían de los Cuidados Paliativos. Recientemente la facultad de Medicina aprobó el Programa de Cuidados Continuos y Medicina Paliativa con el fin de promover el desarrollo de esta área.

EL PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUOS Y MEDICINA PALIATIVA UC

A través de la implementación de este Programa se espera responder, integrando excelencia y compasión, a las necesidades de atención de pacientes y familias que se atiendan en la Red UC y que presenten enfermedades graves o de riesgo vital, aplicando los principios de los Cuidados Paliativos.

Los aspectos centrales en los que se basan estos principios son (38):

(1) Se define paciente Paliativo como aquel paciente de todas las edades que padece una enfermedad crónica, debilitante o amenazante.

(2) La unidad a tratar está compuesta por el Enfermo y su Familia. El plan de tratamiento debe estar construido en base a las metas y preferencias de los pacientes y familiares, los cuales con el apoyo del equipo de salud deberán ser capaces de tomar decisiones informadas.

(3) El momento en que ingresa un paciente al programa de Cuidados Paliativos debiera coincidir con el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad amenazante y continuar a lo largo de

todo el cuidado médico hasta la muerte y después de ella con el apoyo en el duelo.

(4) El cuidado brindado se caracteriza por considerar todas las dimensiones del paciente y familia, utilizándose evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento del distress físico, psicológico, social y espiritual.

(5) El equipo de trabajo está compuesto por profesionales de distintas disciplinas y se caracteriza por trabajar en forma interdisciplinaria. Las evaluaciones, indicaciones y planes de tratamiento, tienen que realizarse para cada caso particular, considerando las necesidades de cada paciente y su familia.

(6) La atención al paciente se centra en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí, el tratamiento de la enfermedad o la perspectiva de la propia muerte.

(7) Para una práctica clínica eficaz es indispensable una buena comunicación, tanto con el paciente y sus familiares como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos. Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que realiza la relación de ayuda, ya que es importante entregar al paciente y familia la información que ellos necesitan conocer, de una forma pertinente a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social, además de poseer habilidades de comunicación efectiva con el equipo tratante con el fin de facilitar la definición de un proyecto terapéutico atingente.

(8) Los equipos especializados en Cuidados Paliativos deberán tener conocimientos y habilidades en relación a la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y el reconocimiento de las necesidades de apoyo y requerimientos de cuidado del paciente y su familia, antes y después de la muerte.

(9) Se debe garantizar la continuidad en el cuidado del paciente independiente del ambiente al que se traslade éste (hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de niños, ancianos u otra institución o domicilio).

(10) Los servicios otorgados deben garantizar una atención de excelencia y calidad, para lo cual es imprescindible la realización sistemática y regular de evaluaciones de procesos y resultados con instrumentos validados para ello.

Con estos aspectos centrales en la mira, el Programa de Cuidados Continuos y Medicina Paliativa busca responder tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y prácticas de los pacientes terminales y sus familias. La definición de paciente terminal incorpora una estimación de pronóstico vital igual o inferior a seis meses. El manejo profesional de estos pacientes se fundamenta en los principios generales de los Cuidados Paliativos.

En relación al equipo de trabajo, este es un equipo interdisciplinario, especializado, compuesto por médico, enfermera, psicóloga, asistente social y consejero espiritual. Este equipo debiera ser capaz de cumplir con las siguientes funciones y competencias (39, 40): (Fig.1)

- 1) manejar el dolor y otros síntomas físicos
- 2) optimizar la autonomía del paciente
- 3) apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y su red de apoyo
- 4) colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente
- 5) facilitar la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico, con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas

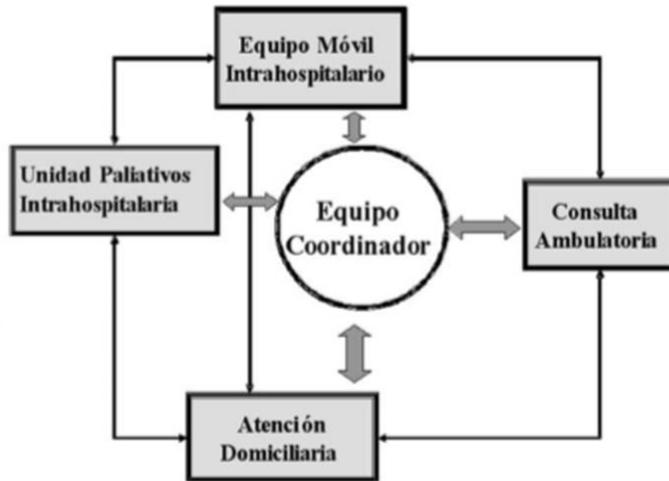


Figura 1. Un modelo de Atención Integrada de Cuidados Continuos y de Medicina Paliativa.

terapéuticas

- 6) asistir activamente al paciente en proceso de muerte y a su familia
- 7) promover un ambiente que sea lo más confortable posible para el paciente y su familia
- 8) apoyar en el proceso de duelo.

CONCLUSIONES

Las características de la vida moderna occidental, la forma de enfrentar o más bien de evitar el morir y la muerte, la continua tendencia a la subespecialización y la falta de formación en el manejo sintomático e interdisciplinario de los pacientes con enfermedades graves en estadios avanzados, son elementos que explican el reconocimiento creciente de la necesidad de incorporar a los Cuidados Paliativos al quehacer de la medicina actual.

Si bien los Cuidados Paliativos han experimentado un gran desarrollo a lo largo de las últimas décadas a nivel mundial, aún no tienen el apoyo suficiente como para responder de forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían de ellos (41). Cada

país debería asumir el desafío de encontrar la manera de financiar e implementar servicios asistenciales capaces de cumplir con esta demanda.

Un Equipo de Cuidados Paliativos adecuadamente coordinado, debiera ser capaz de optimizar el manejo de pacientes en fases avanzadas de enfermedad en conjunto con los equipos médicos tratantes. El objetivo es ser una herramienta complementaria para optimizar el manejo global de estos pacientes en los diversos niveles asistenciales que existen en nuestro medio.

Como Universidad nos hemos puesto como objetivo aportar en este gran desafío, el de responder como sociedad a las necesidades reales y diversas de nuestros pacientes, aún de aquellos considerados incurables.

REFERENCIAS

- 1 Ariès, P (2000). "Morir en Occidente desde la Edad Media hasta la actualidad". Adriana Hidalgo Editora S.A. Buenos Aires, Argentina.
- 2 Ariès, P (1983). "El hombre ante la muerte". Taurus Ediciones, S.A. Madrid,

España.

3 Tiberio, A. (2001) La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir. Editorial Universidad De Antioquia. Consulta de la World Wide Web: <http://www.editorialudea.com/revista/264.html>

4 Gala León, FJ, Lupiani, M, Raja, R, Guillén, C., González, JM, Villaverde, M & Sánchez, A. (2002) "Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual" en Cuadernos de Medicina Forense No. 30, Octubre.

5 Saunders, C. (2004) Foreword en Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N & Calman, K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición.

6 Callahan, D. (2000) "Death and the Research Imperative" en New England Journal of Medicine, Vol. 342, No. 9, p.654-656.

7 Reyes, M.M., Nervi, F & Santi, B. "Cuidados Paliativos y Control de Síntomas en Chile. La experiencia de la Clínica Familia", en Revista de Estudios Médicos Humanísticos ARS Médica, Vol 11, N° 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Consulta de la World Wide Web: (<http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars12.html>)

8 Arranz, P, Barbero, JJ, Barreto, P y Bayés, R. (2003) Intervención emocional en Cuidados Paliativos Modelo y protocolos Editorial Ariel S.A, Barcelona, España.

9 Astudillo, E., Astudillo, W y Mendinueta, C (1997) "Fundamentos de los Cuidados Paliativos" en Astudillo, E.; Astudillo, W y Mendinueta, C. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra, España.

10 Centeno, C. (1997) Historia de Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: <http://>



- www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP
- 11 Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. & Calman, K. (2004) Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, New York, USA. Tercera Edición.
- 12 Clark, D., Centeno, C. (2006) "Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis" en *Clinical Medicine Journal of the Royal College of Physicians*, Vol 6, No. 2, p.197-201.
- 13 Mount BM., Cohen (1993) "Canada: status of cancer pain and Palliative Care" en *J Pain Symptom Manage*, Vol. 8, No. 6, p. 395-8.
- 14 Billings, A. (1998) "What is Palliative Care" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 1, Number 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 73-81.
- 15 Doyle, D. (2005) "Palliative medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine" en *J R Coll Physicians Edinb*, Vol. 35, p. 199-205.
- 16 De Lima, L., Bruera, E. (2000) "The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean" en *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 20, No. 6, p. 440-448
- 17 Organización Mundial de la Salud. Consulta de la World Wide Web: <http://www.who.int/en/>
- 18 Higginson, I. (2005) "End-of-Life Care: Lessons from Other Nations" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 161-173.
- 19 Morrison, R., Maroney-Galin, C., Kralovec, P., y Meier, D. (2005) "The Growth of Palliative Care Programs in United States Hospitals" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Number 6, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 1127-1134
- 20 Paz, S., Clark, D. (2005) "Palliative Care in Colombia" en *View From The Observatory*, Vol. 13, No. 2
- 21 World Wide Statistics. Consulta de la World Wide Web: http://www.lisa.sbu.ac.uk/004_health/healthstats/hs.htm
- 22 Casarett, D. (2005) "Ethical Considerations in End-of-Life Care and Research" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 148-160.
- 23 Morrison, R. (2005) "Health Care System Factors Affecting End-of-Life Care" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 79-87.
- 24 Lamont E. (2005) "A Demographic and Prognostic Approach to Defining the End of Life" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 12-21.
- 25 Population Reference Bureau (Oct. 2006). Consulta de la World Wide Web: <http://www.prb.org>
- 26 MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2005) Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1a Ed. Santiago, Chile.
- 27 Astudillo, E., Astudillo, W. y Mendinueta, C. (1997) "Necesidades de los Pacientes en Fase terminal" Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). Navarra, España.
- 28 Bruera, E., Neumann, C.M. (1999) "Respective limits in a palliative care and oncology in the supportive care of cancer patients". *Support Care Cancer*, 7: 321.
- 29 Ministerio de Salud de Chile (2004) "Informe consolidado programa nacional de dolor por cáncer y cuidados Paliativos Preferencia sintomatología Chile". Santiago, Chile.
- 30 Ward, C. (2002). "The Need for Palliative Care in the Management of Heart Failure" en *Heart*, Vol 87, p.294 - 298.
- 31 O'Brien, T. (1992) "Motor Neurone Disease: a Hospice Perspective" en *BMJ*, Vol. 304, p. 471-473.
- 32 Worden, J.W. (1997). *El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- 33 Neimeyer, R. (2002) *Aprender de la Pérdida. Una Guía para Afrontar el Duelo*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- 34 Rodriguez, E. (2000). "El Sentido del Sufrimiento" en [versión electrónica] *Ars Médica: Revista de estudios médicos humanísticos*, 2 (3): 73-88.
- 35 SUPPORT (1995) "A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients" en *JAMA*, Vol. 274, p. 1591-1598.
- 36 Billings, A. (2000) "Recent Advances Palliative Care" en *BMJ*, Vol. 321, p. 555-558.
- 37 Higginson IJ. (1997) "Health Care Needs Assessment: Palliative and Terminal Care". En Stevens A, Raftery J eds. *Health Care Needs Assessment*, Oxford: Wessex Institute of Public Health Medicine, p. 183-260.
- 38 Ferrell, B. (2005) "Overview of the Domains of Variables Relevant to End-of-Life Care" en *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 8, Supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc, USA, p. 22-29.
- 39 Center to Advance Palliative Care Sutton Group (2004) *Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care - with PC Policies, Procedures and Assessment Tools*. Consulta de la World Wide Web: <http://www.capc.org/jcaho-crosswalk>
- 40 Levin, R. "Cuidados Paliativos: Principios Generales" en OMS y Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados Paliativos: Guía para el manejo clínico*. Consulta de la World Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care-0.pdf>
- 41 Rhymes, J. (1996) "Barriers to Palliative Medicine" en *Cancer Control*, Vol. 3, No. 3, USA, p. 230-235.

ANEXO 7. CONSULTA CAMARA DE COMERCIO E INDUSTRIAS DE CORTÉS

Se consulta con la CCIC para corroborar la existencia de centro asistencial para el cáncer en cuidados continuos. La información que nos proporcionaron es el registro de hospitales, clínicas y empresas que venden equipo médico en la ciudad y que están registradas con la Cámara de Comercio. A continuación el listado:

EMPRESA	TEL	ACTIVIDAD	CORREO
AGENCIA MATAMOROS, S. DE R.L.	2559-9278	C - Equipo Medico Hospitalario	gmatamoros@agenciamatamoros.com
BIO TEC SUMINISTRO MEDICOS, S. DE R.L.	2551-0386	C - Equipo Medico Hospitalario	
CORPORACION NOBLE HONDURAS, S.A. DE C.V	2510-1540	C - Equipo Medico Hospitalario	
DROGUERIA MENFAR, S. DE R.L. DE C.V.	2552-8588	C - Equipo Medico Hospitalario	menfarsps@menarini-ca.com
EQUIPOS DE SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL S.A.	2565-2691	C - Equipo Medico Hospitalario	esosa@globalnet.hn
EQUIPOS MEDICOS, S.A.	2557-9473	C - Equipo Medico Hospitalario	ylozano@temecahn.com
FARMACIA EMY	9853-5693	C - Equipo Medico Hospitalario	emymarzuca@hotmail.com
HEMO INVERSIONES, S.A. DE C.V.	2550-1750	C - Equipo Medico Hospitalario	gerenciadialisis2013@gmail.com
IMPLEMENTOS DE LABORATORIO, S. DE R.L. DE C.V.	2516-0201	C - Equipo Medico Hospitalario	marcos.rojas@imlabhn.com
INFRA DE HONDURAS, S.A. DE C.V.	2580-8025	C - Equipo Medico Hospitalario	eeestrada@infradehonduras.com.hn
JOSE JAAR MUDENAT	2516-0182	C - Equipo Medico Hospitalario	
KORPUS, S.A. DE C.V.	2553-2802	C - Equipo Medico Hospitalario	mtp@medstathn.com
MEDLATIN DE HONDURAS, S.A DE C.V.	2556-5567	C - Equipo Medico Hospitalario	jcduque1977@hotmail.com
NIPRO MEDICAL CORPORATION	2516-4058	C - Equipo Medico Hospitalario	angelo@nipromed.com
PRODUCTOS MEDICOS, S. DE R.L.	2516-1343	C - Equipo Medico Hospitalario	administracion@promedik.biz
REPRESENTACIONES Y DISTRIBUCIONES MEDICAS S. DE R.L. DE C.V.	2554-3317	C - Equipo Medico Hospitalario	redimehn@yahoo.com

ANEXO 8. SOLUCIÓN WEB: CONTROL DE PACIENTES



The screenshot shows the homepage of the 'Control de Pacientes' website. The browser address bar displays 'controldepacientes.com'. The navigation menu includes 'Inicio', 'DEMO', 'Centro de ayuda', 'Solicite acceso GRATIS', 'Blog', 'Inicio de sesión', and 'English'. The main banner features a male doctor and a female nurse, with the headline 'Seguro y simple de usar' and the subtext 'Información resguardada, soporte en línea, acceso global.' A prominent orange button reads 'Crea tu cuenta GRATIS'. Below the banner, a video player shows a software interface titled 'TRATAMIENTOS Y EXÁMENES MÉDICOS'. To the right, the section 'Sistema de gestión de historias clínicas' lists several features: 'Software en línea.', 'Sin necesidad de instalación.', 'Sin necesidad de mantenimiento.', 'Práctico, flexible y con excelentes reportes.', 'Optimización del tiempo de consulta médica.', and 'Control total de su consultorio médico.' Two call-to-action buttons are provided: 'Crea tu cuenta GRATIS' and 'Demostración en línea'.

controldepacientes.com

Inicio DEMO Centro de ayuda Solicite acceso GRATIS Blog Inicio de sesión English

Control de Pacientes

Seguro y simple de usar

Información resguardada, soporte en línea, acceso global.

Crea tu cuenta GRATIS

Control de Pacientes

TRATAMIENTOS Y EXÁMENES MÉDICOS

Sistema de gestión de historias clínicas

- Software en línea.
- Sin necesidad de instalación.
- Sin necesidad de mantenimiento.
- Práctico, flexible y con excelentes reportes.
- Optimización del tiempo de consulta médica.
- Control total de su consultorio médico.

▶ Crea tu cuenta GRATIS

▶ Demostración en línea

ANEXO 9. TARIFAS VIGENTES DE LA ENEE

Los clientes de la ENEE y las tarifas vigentes

Pliego tarifario Después de casi ocho años se cambió la fórmula para calcular el costo de la energía

Categoría	Usuarios
Residencial	1,531,493
Comercial	128,258
Industrial	1,501
Altos consumidores	55
Alumbrado público	1,396
Gobierno	7,858
Entes autónomos	2,343
Municipal	2,150



Nuevos precios
► Cifras en lempiras



Servicio	Cargo fijo	Precio de la potencia	Precio de la energía
Servicio residencial			
Consumo de 0 a 50 kWh/mes	51.19		1.6217
Consumo mayor de kWh/mes	51.19		
Primeros 50 kWh/mes			1.6217
Siguientes kWh/mes			4.0073
Consumo mayor de 500 kWh/mes			
Servicio general en baja tensión	51.19		4.3197
Servicio de media tensión	2,280.00	252.6116	2.7159
Servicio de alta tensión	5,700.00	206.6121	2.5487
Servicio	Cargo fijo	Precio de la energía	
	L/lámpara-m	L/kWh	
Alumbrado público	58.68	3.3561	

INFOGRAFÍA: MANUEL RODRÍGUEZ FUENTE: ENEE/CREE

ANEXO 10. TARIFAS DE CONSUMO DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE

TARIFAS POR RANGO DE CONSUMO DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE MEDIDO Y NO MEDIDO

SERVICIO MEDIDO		RANGO CONSUMO DE 0 A 20 M3			RANGO CONSUMO DE 21 A 50 M3			RANGO CONSUMO MAYOR DE 50 M3		
Domestico	L	8.200	L	12.722	L	25.460	L	25.460	L	25.460
Industriales	L	12.722	L	19.088	L	25.460	L	25.460	L	25.460
Comercial	L	12.722	L	19.088	L	25.460	L	25.460	L	25.460
Industriales alto consumo	L	12.722	L	19.088	L	25.460	L	25.460	L	25.460
Publica	L	50.888	L	50.888	L	50.888	L	50.888	L	18.208

SERVICIO NO MEDIDO		DIAMETRO CONEXIÓN 1/2"		DIAMETRO CONEXIÓN 3/4"		DIAMETRO CONEXIÓN MAYOR DE 3/4"	
Domestico A	L	1.109.262	L	2.170.481	L	3.278.853	L
Domestico B	L	482.443	L	482.443	L	482.443	L
Domestico C	L	337.689	L	337.689	L	337.689	L
Domestico D	L	241.154	L	241.154	L	241.154	L
Domestico E	L	183.272	L	183.272	L	183.272	L
Comercial A	L	3.617.425	L	6.781.662	L	9.067.772	L
Comercial B	L	984.821	L	1.832.887	L	2.411.843	L
Industrial A	L	6.173.912	L	9.067.772	L	12.685.228	L
Industrial B	L	3.617.425	L	4.533.953	L	6.455.282	L
Publica	L	1.273.187	L	2.440.655	L	3.278.853	L
Envasadores	L	6.173.912	L	9.067.772	L	12.685.228	L
Car Wash	L	16.812.329	L	18.588.569	L	21.836.760	L

TARIFA DE CONEXIÓN AGUA POTABLE (Cláusula 82)		TARIFA DE CONEXIÓN ALCANTARILLADO (Cláusula 83)	
TIPO DE LA CONEXIÓN	TARIFA	TIPO DE LA CONEXIÓN	TARIFA
DIAMETRO 1/2"	5.376.388	DIAMETRO 4"	4.823.530
DIAMETRO 3/4"	7.234.915	DIAMETRO 6"	11.575.904
DIAMETRO 1"	11.575.902		
DIAMETRO 1 1/2"	14.489.930		
DIAMETRO 2"	24.118.393		
DIAMETRO 3"	33.782.860		
DIAMETRO 4"	48.232.863		

TARIFAS DE SERVICIOS ESPECIALES DEL REGLAMENTO DE SERVICIO		JULIO 2017	
ARTICULO 64.- SERVICIOS VARIOS. El CONCESIONARIO con la finalidad de compensar sus costos operativos relacionados con la prestación de los servicios concesionados cobrará al Cliente los siguientes servicios:			
1-Pasar cuenta de activa e preventiva y viceversa			
A-Pasar conexión activa a conexión preventiva y viceversa, además pagará la mano de obra, permisos de rotura y materiales utilizados.	L	204.344	
B- Cargos fijos por derechos de mantener la instalación en propiedades desocupadas por mes (no hay consumo de agua potable).	L	97.534	
C-Permiso para el mantenimiento, reparación o cambio de las tuberías de conexión de agua potable y alcantarillado sanitario.	L	489.412	
2-Pirometria (detección de fugas de agua potable) Este valor corresponderá por hora efectiva de trabajo.	L	1.746.904	
Todos los costos de materiales e instalación corren por cuenta del CLIENTE			
ARTICULO NO. 78.- REVISIÓN DE LOS MEDIDORES			
El CLIENTE puede pedir al CONCESIONARIO la revisión de su medidor y el costo de dicha revisión será	L	978.823	
TARIFAS DE MULTAS Y SANCIONES POR ILEGALIDADES			
ARTICULO NO. 85 MULTAS Y SANCIONES. Las siguientes multas y sanciones serán aplicadas por el CONCESIONARIO cuando el CLIENTE no actúe de conformidad con el presente reglamento:			
1- Por desperdicio de agua potable y otros			
A) Domiciliar			
A.1 Primera vez	L	978.823	
A.2 Reincidencia	L	4.892.375	
B) Comercial			
B.1 Primera vez	L	4.892.375	
B.2 Reincidencia	L	9.784.750	
C) Industrial			
C.1 Primera vez	L	7.827.103	
C.2 Reincidencia	L	14.677.128	
En los casos anteriores el concesionario se reservará el derecho de suspender el servicio.			
2. Rotura o daños al medidor imputables al dueño de la propiedad Diámetro de 1/2", 3/4" y 1" y adicionalmente el costo del medidor			
	L	9.784.750	
3. Tarifa de Corte y Reconexión (cláusula 84 y artículo 63)			
4. Multas por reconexión ilícita, después del corte de mora			
A) Domiciliar			
	L	2.934.729	
B) Comercial			
	L	5.871.198	
C) Mesones			
	L	5.871.198	
D) Industriales			
	L	9.784.750	
E) Envasadoras comerciales de agua			
	L	29.352.510	
F) Negocios de lavado de automóviles, lavanderías			
	L	14.677.128	
5. Conexiones clandestinas de agua potable, alcantarillado sanitario, pluvial y aguas subterráneas			
Aplicables a la categoría doméstica y comercial			
A) Multa al cliente	L	9.784.750	
Aplicables a la categoría industrial y altos consumidores:			
B) Multa al cliente	L	48.922.009	
Más la facturación correspondiente por consumo de agua potable y Alcantarillado sanitario, según sea el caso y el costo del permiso de conexión.			
6. Manipulación de medidor (Bello roto, desconectado, removido, invertido, conexiones interdomiciliares) aplicable a todas las categorías			
Primera vez			
	L	1.957.846	
Reincidencia			
	L	4.892.375	
7. Impedir lectura del medidor al personal del CONCESIONARIO, colocando obstáculos y otras causas imputables al CLIENTE y que no constituyan causas de fuerza mayor.			
A) Domiciliar			
	L	978.823	
B) Comercial			
	L	2.934.729	
C) Mesones			
	L	2.934.729	
D) Industriales			
	L	4.892.375	
E) Envasadoras comerciales de agua			
	L	9.784.750	
F) Negocios de lavado de automóviles, lavanderías			
	L	9.784.750	
8. Uso de hidrantes sin autorización del CONCESIONARIO a excepción de los bomberos para uso exclusivo de incendios. (artículo 26)			
	L	9.784.750	

NOTA: EL AJUSTE DE 5,911 % ESTA COMPUESTO POR EL FACTOR DETERMINADO POR EL CONSULTOR INTERNACIONAL INDEPENDIENTE Y LA INFLACIÓN EMITIDA POR EL BANCO CENTRAL DE ACUERDO A LA CLÁUSULA 85 DEL CONTRATO DE CONCESIÓN.

ANEXO 11. IMPUESTOS

ARTÍCULO 72 DEL NUEVO CÓDIGO TRIBUTARIO

“Deberes de información de otros obligados tributarios”

- 4) Los obligados tributarios, personas naturales o jurídicas y unidades económicas o entes colectivos, de derecho público o privado, están obligados a cooperar con la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas (Sefin), Superintendencia Tributaria Aduanera, Administración Tributaria o Administración Aduanera, en el ámbito de sus competencias, en las funciones de verificación, determinación, investigación, fiscalización y cobranza, debiendo proporcionarle toda clase de datos, informes o antecedentes con trascendencia tributaria o aduanera, derivados directamente de sus relaciones económicas, profesionales o financieras con otras personas, que le sean requeridos por ellas, salvo aquellos datos, información y documentación protegida por la Ley y este Código;
- 5) De acuerdo con lo previsto en el numeral anterior, en particular: a) Los agentes de retención y percepción, así como los obligados por pagos en especie, están obligados a presentar informes de las cantidades satisfechas a otras personas en concepto de rendimientos del trabajo, del capital y de actividades empresariales o profesionales; y, b) Las sociedades, asociaciones, colegios profesionales u otras entidades que entre sus funciones realicen la de cobro por cuenta de sus socios, asociados o colegiados, de honorarios profesionales o de otros derivados de la propiedad intelectual o industrial o los derechos de autor, están obligados a informar de estos rendimientos y a ponerlos en conocimiento de la Administración Tributaria, salvo las protecciones reservas de datos, información y documentación protegida por la Ley y este Código.
- 6) Las obligaciones a las que se refiere el numeral anterior deben cumplirse, en atención a requerimientos individualizados, por parte del titular de la Secretaría de Estado en el Despacho de Finanzas (Sefin), Superintendencia Tributaria Aduanera, la Administración Tributaria y la Administración Aduanera, en la forma y plazos determinados por la Ley;
- 7) Cuando se trate de requerimientos individualizados relativos a los movimientos de cuentas corrientes, depósitos de ahorro y a plazo, préstamos y créditos y, demás operaciones activas y pasivas, a cargo de los bancos y sociedades financieras, cajas de ahorro, cooperativas de crédito y cuentas personas naturales o jurídicas, y demás

8) entidades sin personalidad jurídica, que realicen operaciones crediticias, estos se deben efectuar por conducto de las entidades reguladoras principales.

Los requerimientos individualizados deben detallar los datos identificativos del cheque u orden de pago de que se trate o, bien las operaciones objeto de investigación, los obligados tributarios afectados y el período de tiempo a que se refieren; y, los profesionales no pueden invocar el secreto profesional a efecto de impedir una posible comprobación de sus propias situaciones tributarias o aduaneras.

ANEXO 12. REQUISITOS OBTENCIÓN DE PERSONALIDAD JURÍDICA

Consultado en K & M ABOGADOS - Abogado Dalton Gerardo Morales Alvarenga

Requisitos para la obtención de la personalidad jurídica:

1.- Solicitud dirigida al Secretario de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia.

2.- Poder a favor del apoderado legal, debiéndose autenticar por Notario la firma del mandante, si el mandante se domicilia en Honduras o por apostilla si esta domiciliado en el Extranjero; en donde se exprese con claridad las generales del profesional del derecho y las facultades con las cuales lo inviste, incluyendo la dirección y número de teléfono de donde despache sus asuntos profesionales.- Este Poder deberá ser otorgado por el miembro de la Junta Directiva facultado expresamente para este tipo de acto conforme a los Estatutos.

3.- Certificación original del punto de Acta en donde la Asamblea General faculta al representante legal de la persona jurídica para conferir poder a un profesional del derecho para llevar a cabo las diligencias ante la Secretaría de Gobernación y Justicia.- De este extremo deberá hacerse relación en el poder que se otorgue a favor del profesional del derecho.

4.- Certificación original del Acta de constitución o fundación, consignando los nombres de los miembros fundadores.

5.- Dos ejemplares originales de la Certificación de los Estatutos de la persona jurídica, consignando en ella, como mínimo los siguientes

Contenido de los Estatutos:

Capítulo I: Constitución, Denominación, Duración y Domicilio.

Capítulo II: De los Objetivos.

Capítulo III: De los Miembros (clases de miembros, incluyendo los deberes y obligaciones de los mismos).

Capítulo IV: De los Órganos (incluir los artículos relacionados a Los órganos que lo dirigen (Asamblea General, Junta Directiva, Comités, etc.), determinando además las atribuciones de cada uno de los órganos.-

Capítulo V: Del Patrimonio.

Capítulo VI: De la Disolución y Liquidación.

Capítulo VII: Disposiciones Generales.

6. Tratándose de una Asociación o Fundación deberá acompañarse la siguiente información:

- a) Proyectos a ejecutar.
- b) Fuentes de financiamiento.
- c) Instituciones gubernamentales con las cuales se relacionará.
- d) Reseña curricular de los miembros de la Junta Directiva o personal calificado para llevar a cabo los proyectos.
- e) Fotocopia autenticada por Notario de las Tarjetas de Identidad de los miembros de la Junta Directiva.- Estas deberán presentarse en hojas de papel tamaño oficio completas y por ambos lados.- No se aceptarán copias recortadas, oscuras e ilegibles.

7. Si la gestión es para una Fundación, acreditar un patrimonio, ya sea en especies o en numerario de L.50,000.00

8. Acompañar un CD que contenga los Estatutos de la persona jurídica (versión más reciente en ambiente Windows).

El proceso se realiza en la Secretaria de Interior y Población antes Gobernación y Justicia el tiempo estimado de aprobación es de cuatro a seis meses.

ANEXO 13. REGLAMENTO PARA LAS ONG's

REGLAMENTO DE LA LEY ESPECIAL DE FOMENTO PARA LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE DESARROLLO (ONGD)

DE LOS ALCANCES DEL REGLAMENTO, DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Considerando: Que mediante Decreto Legislativo No. 32-2011 de fecha cinco de Abril del dos mil once, fue aprobada la Ley Especial de Fomento para las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD) y publicada en el Diario Oficial la Gaceta el día veintisiete de junio del dos mil once. Considerando: Que de conformidad con el Artículo 34 de la Ley Especial de Fomento para las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo, (ONGD), el Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaría de Estado en los Despachos del Interior y Población, emitirá El Reglamento, dentro de seis meses de entrada en vigencia la Ley, procurando su discusión y consenso con las diferentes ONGD. Considerando: Que de acuerdo al Numeral 11) de Artículo 245 de la Constitución de la República, es atribución del Presidente de la República, emitir Acuerdos, Decretos, expedir Reglamentos y Resoluciones de acuerdo a las Leyes que se emitan. Considerando: Que los Acuerdos Internacionales, suscritos, ratificados y en vigencia forman parte del derecho interno del país conforme a lo establecido en los artículos 15 al 21 capítulo III, de la Constitución de la República. Particularmente aquellos relativos a la libertad de asociación. Considerando: De acuerdo a la Ley de la Administración Pública, se emitirán por Acuerdo los actos de carácter general que se dictaren en la función Reglamentaria Artículos 28, 29 y 245 numeral 11 de esta misma ley. Considerando: Que se mandó oír el Dictamen de la Procuraduría General de la República, el cual en fecha se pronunció..... El Reglamento de Fomento para las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD), en cumplimiento de los establecido en el Artículo 41 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

POR TANTO: En el uso de las facultades de que está investido y, en aplicación de los Artículos 245 numeral 11) de la Constitución de la República; Artículos 116 y 118 numeral 2) de la Ley General de la Administración Pública, Artículos 41 de 2 la Ley de Procedimiento Administrativo, y Artículo 34 de la Ley Especial de Fomento para las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo. ACUERDA: REGLAMENTO DE LA LEY ESPECIAL DE FOMENTO PARA LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE DESARROLLO.

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- El presente Reglamento tiene como objetivo general, desarrollar los preceptos establecidos en la Ley Especial de Fomento para las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo, establecer los procedimientos y requisitos administrativos y disposiciones complementarias aplicables a las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo para su fomento y existencia legal. Son objetivos específicos de la Ley y del presente Reglamento: a)

Garantizar el goce y ejercicio del derecho de libertad de asociación, consagrados en la Constitución de la República y en los tratados internacionales vigentes suscritos por el Estado de Honduras, para que las personas puedan agruparse en Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo. b) Fomentar la seguridad jurídica de las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo (ONGD) que permita potencializar plenamente sus actividades; y, c) Establecer los derechos y obligaciones de las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo (ONGD).

Artículo 2.- Cuando en el texto de este Reglamento se empleen, los términos y/o Siglas, estas tendrán los siguientes significados: a) LA LEY: Ley Especial de Fomento para las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo (ONGD). b) ONGD: Organización no Gubernamentales de Desarrollo nacionales o internacionales sean fundaciones o asociaciones. Toda entidad de carácter privado, apolítica en el sentido partidario, sin fines de lucro y sin objetivos preponderantemente gremiales, laborales o religiosos, con diferentes objetivos que contribuyan al desarrollo humanitario e integral de la población y otros afines definidos por sus integrantes. Son creadas 3 independientemente de los gobiernos locales, regionales y nacionales, así como también de organismos internacionales de cooperación bilateral o multilateral. c) Estatutos: normas internas que regulan la organización y funcionamiento de las ONGD. d) Fundaciones: es una agrupación de carácter patrimonial y sin fines de lucro creada por voluntad de una o varias personas naturales o jurídicas para la realización de actividades que contribuyan al desarrollo humanitario e integral de la población y otros afines definidos por su o sus fundadores. e) Asociaciones: son agrupaciones sin fines de lucro organizadas democráticamente por personas naturales o jurídicas y que se constituyen con el fin de realizar actividades que contribuyan al desarrollo humanitario e integral de la población y otros afines definidos por sus miembros. f) Reglamento: comprende las disposiciones establecidas en el presente documento. g) SEIP: se refiere a la Secretaría de Estado en los Despachos del Interior y Población. h) SIAFI: Sistema de Administración Financiera Integrada i) URSAC: Unidad de Registro y Seguimiento de las Asociaciones Civiles j) INGRESOS: Se entenderán todos los recursos que se perciban en una organización en un periodo determinado. Entendiéndose que dicho ingresos no tienen fines lucrativos cuando el ingreso se destina a la sostenibilidad y operación de la organización, sus programas y proyectos de inversión social. El origen de estos puede ser de donaciones, herencias y legados, adquisición de bienes, prestación de bienes y servicios, patrocinio, venta de servicios o productos, cuotas o aportaciones de los afiliados e inversiones. k) BIENES: Los recursos muebles e inmuebles que poseen las ONGD y que están puestos al servicio de las actividades, proyectos y programas sociales en su mayoría son productos de donaciones o recursos adquiridos, a través de ingresos sin fines lucrativos. Ingresan al inventario una vez concluido la ejecución de los proyectos y programas, bajo los cuales fueron adquiridos. Al menos que otra disposición de los bienes este determinado por convenio entre la ONGD y el donante. Para efectos de los proyectos la adquisición de un bien es cargada directamente a un gasto y no a un activo. 4 l) SERVICIOS: Son las diferentes actividades de interés general que ofrecen las ONGD ya sean gratuitas o no con el propósito de cumplir sus objetivos institucionales. m) FONDOS POR APLICAR O EXCEDENTES: son los fondos remanentes de un periodo en una ONGD por aplicar en el

siguiente periodo. n) BENFICENCIA Y AYUDA HUMANITARIA: Son actividades dirigidas a la población meta de las ONGD bajo los principios de solidaridad, el bien común y desarrollo. o) ORGANIZACIÓN DE PRIMER GRADO: son aquellas constituidas individualmente por personas naturales o jurídicas. p) ORGANIZACIÓN DE SEGUNDO GRADO: son aquellas constituidas en federaciones o similares por organizaciones de base o de primer grado. q) ORGANIZACIÓN DE TERCER GRADO: son aquellas constituidas en confederaciones o similares, por organizaciones de segundo grado.

Artículo 3.- Las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD), se regirán por el Código Civil, en lo que se refiere a las personas Jurídicas sin fines de lucro, por la Ley Especial de Fomento para las ONGD, por el presente Reglamento, sus Estatutos, Convenios Internacionales ratificados por el Estado de Honduras y por las demás leyes vigentes en la República de Honduras.

Artículo 4- Toda ONGD para acogerse a la Ley y el presente Reglamento, deberán ser Fundaciones o asociaciones, nacionales o internacionales, que el Estado haya reconocido u otorgado su Personalidad Jurídica; creadas independientemente del Gobierno Central, regional o local, así como también de Organismos Internacionales de Cooperación Bilateral o Multilateral, las cuales contribuyan al Desarrollo humanitario e integral de la población y otros afines.

Artículo 5.- Siendo las ONGD entes privados de interés público, podrán colaborar con el Estado en las políticas públicas que éste implemente, en materia de desarrollo. Colaborando en programas específicos en determinadas áreas de impacto y de acuerdo a convenios u otros modalidades de compromisos bilaterales o multilaterales que se suscriban. Artículo 6.- Los convenios de cooperación o colaboración que las ONGD suscriban con el Estado de Honduras podrán contener entre otros elementos: a) Tipo de cooperación y colaboración. b) Área de impacto. c) Tiempo de ejecución. d) Recursos financieros. e) Métodos de financiamiento. f) Dispensa de impuestos o gravámenes si fueren aprobados por el Congreso Nacional.

CAPITULO II

FINALIDAD

Artículo 7.- La naturaleza Jurídica de las ONGD tiene las siguientes características: 1.- Sin fines de Lucro. A) Constituidas en Personas Jurídicas mediante el reconocimiento u otorgamiento de Personalidad Jurídica por parte del Estado,(Secretaría del Interior y Población). 2.-constituidas por Personas Jurídicas de Primero, Segundo y Tercer grado; ya sea que existan individualmente, como Federación o como Confederación de Organizaciones. 3.-Con presencia Local, Nacional o Internacional. 4.-Actuar conforme a los Convenios Internacionales ratificados por el Estado de Honduras, La Constitución de la República y demás Leyes del País. Gozan, como entes privados que son, de autonomía en el manejo de sus actividades y recursos, sin más limitaciones que las establecidas por la Ley, el presente Reglamento y sus Estatutos. 5.-Sujetas a los principios de la Democracia Participativa en el sentido interno, así como; en Temas de Transparencia y

Rendición de cuentas frente a sus miembros y, a la población en general, cuando perciban y manejen bienes o fondos públicos en general, deban rendir cuentas ante el Órgano competente, de conformidad a lo establecido en el Art 3 Inciso 4) de la Ley De Transparencia y Acceso a la Información Pública y; 6.- Que promuevan el desarrollo Económico, Social, Cultural, Ambiental, en la defensa de los Derechos Humanos y, cualquier otro tema vinculado al desarrollo del país.

Artículo 8.- Existen dos modalidades de las ONGD: a) Nacionales: son las organizaciones o agrupaciones voluntarias , constituidas dentro del territorio nacional, por personas naturales o jurídicas hondureños y/o extranjeros residentes, que no persiguen fines de lucro y cuya Personalidad Jurídica; es otorgada por el Estado de acuerdo a los trámites legalmente establecidos. b) Internacionales: Son las organizaciones conformadas en el extranjero ,por personas naturales o jurídicas ;que no persiguen fines de lucro y de acuerdo a las Leyes de su país de origen, a las que el Estado de Honduras les reconozca su Personalidad Jurídica, a fin de que realicen actividades dentro del Territorio Nacional. Estas ONGD deberán contar, con un Representante Legal, con residencia en el país y establecer una oficina de Representación para asegurar su relación jurídica con la sociedad hondureña.

Artículo 9.- Son requisitos para la creación de una ONGD Nacional: 1.- Cuando se trate de Fundaciones, por su carácter patrimonial, deben constituirse en escritura pública, la cual deberá contener: Los estatutos que la regularán, así como el nombramiento de la Junta Directiva o su equivalente, la delegación y su representante legal para que pueda otorgar poder al profesional del derecho para que realice los tramites correspondientes ante la SEIP, consignando también los nombres de él o los miembros fundadores. Debiendo cumplir los siguientes requisitos: a) Presentar solicitud dirigida al Secretario de Estado en los Despachos del Interior y Población b).- Acompañar dos ejemplares impresos y uno en CD (compatible con el ambiente Windows), originales del Proyecto de los Estatutos de la organización solicitante, consignando en ella, sin consideración a orden de precedencia de los mismos, los siguientes requisitos: b1. Nombre o denominación, domicilio e indicación de si se trata de una organización sujeta a término o es por tiempo indefinido; b2. Objeto o finalidad; b3. Describir los bienes que conformen su patrimonio inicial, así como también el valor o aportación inicial para su constitución. b4. Órganos de gobernabilidad interna (asamblea, junta directiva, fiscalización u otros afines) indicando en todos los casos sus funciones o atribuciones y periodicidad de reuniones; b5. Forma o procedimiento de elección de los titulares de los órganos de dirección, administración y fiscalización o afines y duración en el ejercicio de sus funciones; b6. Indicación del órgano cuyo titular ostentará la Representación Legal; b7. Los mecanismos que garanticen la transparencia en el proceso de decisiones y la rendición de cuentas, enmarcados en la ley; b8. Deberes y derechos de él o de los miembros; así como, modalidad de afiliación o categorías, condiciones y requisitos para afiliación cuando proceda; 7 b9. Cuando el miembro sea una persona jurídica, indicar el titular del órgano que representará a ésta ante la ONGD, cuando aquella fuere fundadora o miembro incorporada posteriormente; b10. Régimen de responsabilidad, medidas disciplinarias y procedimiento para su aplicación; b11. Reglas sobre disolución, liquidación y destino de los

bienes; y, b12. Requisitos y procedimientos para reformar los estatutos c).- Acreditar ante Notario Público un patrimonio, ya sea en especie o en numerario en una cantidad no menor de CINCUENTA MIL LEMPIRAS (Lps. 50,000.00) o su equivalente en dólares. En el caso de acreditarlo en efectivo, bastará que el notario extienda una nota indicando a la institución bancaria que ante su notaria se está constituyendo como tal, a efecto que el banco extienda el certificado de depósito no en cuenta o documento equivalente y en el caso de acreditarlo en especie bastará con que demuestre el valor del bien mediante el documento legal correspondiente. d).-Fotocopia autenticada por notario de las tarjetas de identidad de los miembros de la junta directiva u órgano de gobierno. 2.- Cuando se trate de Asociaciones, por su carácter de no tener fines de lucro, el Estado les otorgará su Personalidad Jurídica, de acuerdo al procedimiento establecido en el numeral anterior con las excepciones siguientes: a) Por su carácter no patrimonial, no deberá constituirse en Escritura Pública; y b) No será necesario acreditar el Patrimonio exigido para las fundaciones.

Artículo 10.- Las ONGD Internacionales que deseen iniciar operaciones en Honduras deberán solicitar ante la Secretaria de Estado en los Despachos del Interior y Población por medio de apoderado legal el reconocimiento de su Personalidad Jurídica para que surta efectos legales en Honduras, siempre y cuando no lesionen la legislación interna.

Artículo 11.- Son requisitos para tramitar el reconocimiento de la Personalidad Jurídica de una ONGD Internacional: a) Presentar solicitud dirigida al Secretario de Estado, a través de la Secretaria General, en los Despachos del Interior y Población; por medio de apoderado legal. b) Acompañar documento extendido en su país de origen que acredite su Personalidad Jurídica. c) Acreditar que la ONGD Internacional está legalmente autorizada para operar en su país de origen, mediante certificación extendida por la oficina respectiva. d) Presentar dos copias de sus Estatutos debidamente Certificados. 8 e) Presentar un CD que contenga sus Estatutos (compatible con el ambiente Windows). f) Acompañar Certificación extendida por autoridad competente, del país de origen del nombramiento de los miembros del órgano de gobierno, de acuerdo a sus Estatutos. g) Presentar el estado financiero del año en curso y de su patrimonio. h) Acreditar el nombramiento de su representante legal en Honduras, el cual puede ser nacional o extranjero residente. Todos los documentos exigidos deberán presentarse debidamente legalizados o apostillados por el Estado de origen, con la traducción oficial cuando se presenten en otro idioma distinto al español; cuando se presenten copias, estas deberán ser autenticadas.

Artículo 12.- Toda ONGD Nacional que se le otorgue su personalidad jurídica, así como las ONGD Internacionales que se le reconozca su personalidad jurídica, será inscrita en la URSAC, el órgano correspondiente de la Secretaria de Estado en los Despachos del Interior y Población, para que pueda operar en el país.- Dicho registro será efectuado de oficio, de forma inmediata, por la SEIP al momento de entregar la certificación de la Resolución en donde se le otorgue o reconozca su personalidad jurídica a la ONGD.

Artículo 13.- Las ONGD Internacional podrán suscribir convenios y acuerdos a través de ONGD registradas en la URSAC, con entidades públicas y privadas del país a efecto de establecer y desarrollar proyectos específicos.- En este caso no será necesario el reconocimiento de personalidad jurídica a la ONGD Internacional por parte del Estado de Honduras, ya que la representación y responsabilidad civil será ejercida por la ONGD registrada en el país.

Artículo 14.- La ONGD que suscriba convenios o acuerdos con una ONGD Internacional, tiene la obligación de remitir una copia de dichos convenios o acuerdos a la Secretaria de Estado en los Despachos del Interior y Población, para su respectivo registro.

Artículo 15.- La secretaria de Estado otorgará y/ o reconocerá la Personalidad Jurídica en su caso cuando se hayan cumplido con todos los requisitos establecidos en los Artículos 6, 7, 8 y 9 de la Ley y los Artículos 8,9,10,11 y 12 del Reglamento.

Artículo 16.- El término para la emisión de la resolución correspondiente será de sesenta días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de la primera providencia, o providencia de admisión de la solicitud, siempre y cuando el expediente se haya presentado en sujeción a la ley y el reglamento.

Artículo 17.- El trámite administrativo correspondiente, será el establecido en la Ley de Procedimiento Administrativo vigente.

Artículo 18.- Únicamente son causales para que la Secretaria de Estado niegue el otorgamiento y/o reconocimiento de la Personalidad Jurídica una ONGD Nacional o Internacional solicitante: a) Incumplimiento de los requisitos establecidos en los Artículos 6, 7, 8 y 9 de la Ley y 8,9,10,11 y 12 del Reglamento de la Ley; b) Si los Estatutos o Reglamentos de la ONGD solicitante contiene disposiciones violatorias a la Constitución y demás leyes del país; c) Si la ONGD solicitante intentara obtener su Personalidad Jurídica y la aprobación de sus estatutos bajo el nombre de otra entidad ya registrada con dicho nombre, y logotipo ya registrado.

Artículo 19.- Toda ONGD podrá recurrir a instancias administrativas y/o judiciales cuando, en virtud de una resolución emitida por autoridad competente, considere afectados sus derechos subjetivos o su interés legítimo.

Artículo 20.- Las ONGD Nacionales tendrán la organización mínima siguiente: 1) Asamblea General u órgano equivalente, constituida por todos sus miembros, que es el órgano de dirección superior de la organización y máxima autoridad. 2) La Junta Directiva o Consejo Directivo o su equivalente, constituido por un presidente, un secretario, un tesorero, y vocales, que conforman el órgano de ejecución de las resoluciones tomadas por la Asamblea General. 3) Órgano de fiscalización o vigilancia, de la Asamblea General. 4) Director Ejecutivo, Gerente Ejecutivo o su equivalente, constituido por una persona que no forma parte de los miembros de la Asamblea General y por tanto es considerado como un empleado de la organización. Toda la estructura organizativa de las ONGD estará a lo establecido en sus estatutos.

Artículo 21.- Ningún miembro de la Asamblea General y de la Junta Directiva u órgano de gobierno equivalente, devengará salarios, sueldo o cualquier remuneración por actos propios de su cargo.

Artículo 22.- La forma de elección y/o nombramiento de los órganos de gobierno, así como el del Director Ejecutivo, o su equivalente, será de acuerdo a lo establecido en sus Estatutos. 10

Artículo 23. El nombre o denominación de cada ONGD será determinado libremente por sus miembros interesados. No se podrá usar el nombre o denominación, siglas y simbología igual o parecida de otra organización debidamente inscrita en el Registro correspondiente, ni otros que puedan llevar a confusión sobre su naturaleza o que las leyes especiales reserven a determinadas personas jurídicas. El domicilio de cada ONGD será el que señalen sus Estatutos, sin perjuicio de desarrollar sus actividades en todo el territorio nacional o en el extranjero. CAPITULO III DE LA CAPACIDAD LEGAL, DEL PATRIMONIO Y LA ADMINISTRACIÓN

Artículo 24.- Las ONGD como personas jurídicas, serán sujetos de derechos y podrán contraer obligaciones por medio de su representante legal o por aquel en quien éste hubiere delegado conforme a la institución del mandato, sin más limitaciones que las impuestas por la Constitución de la República, los Estatutos, la Ley y su Reglamento.

Artículo 25.- En virtud de la capacidad legal de las ONGD, éstas podrán ejercer acciones y/o peticiones ante las autoridades administrativas, conciliaciones, arbitrajes (nacionales o internaciones) o Tribunales de la República.

Artículo 26.- El Patrimonio de las ONGD podrá estar constituido por: 1) Las aportaciones de sus miembros. 2) Los bienes que adquiera. 3) Donaciones nacionales o internacionales, que serán reportadas a la SEIP, de acuerdo al artículo 21 de la Ley. 4) Herencias y legados. 5) Recursos generados por inversiones realizadas y los ingresos por la prestación de bienes y servicios necesarias para su auto sostenibilidad; 6) Ingresos derivados de las actividades económicas realizadas como medio para lograr sus fines. En el caso de las fundaciones que realicen las siguientes actividades: conciertos, shows, presentaciones artísticas, redondeo de facturas en el comercio deberán sujetarse a las auditorias que señale la ley para verificar que sean aplicados ala auto sostenibilidad de sus operaciones.

Artículo 27.- Toda ONGD velará porque los bienes y recursos de su patrimonio, no provengan de Lavado de Activos o cualesquiera otra actividad ilícita, (Art.13 Ley Contra el Delito de Lavado de Activos) circunstancia que podrá ser, constatada por el ente regulador o fiscalizador del Estado, de acuerdo a los límites apropiados, que reconoce el derecho nacional e internacional a las Personas Jurídicas.

Artículo 28.-El Patrimonio de las ONGD corresponde, únicamente a la organización; inclusive sus créditos y deudas. Nadie puede disponer para uso personal, de los bienes y derechos que formen parte del patrimonio de cualquier ONGD, para uso personal. Sobre los bienes y derechos

que constituyan el patrimonio de las ONGD, no podrán constituirse gravámenes de ningún tipo, sin que medie autorización del Órgano que según sus estatutos tenga como competencia para ello.

Artículo 29.- Los fondos que el Estado destine o canalice para la realización por parte de una ONGD, de un programa o proyecto específico, deberán registrarse en el SIAFI y serán fiscalizados por la SEIP en su ejecución, sin perjuicio de las auditorias que establezca la ley a posteriori que efectúen los órganos contralores del Estado.

Artículo 30.- Las ONGD podrán ofrecer y brindar al público bienes o servicios u otras actividades económicas para la sostenibilidad de la organización, sus programas y proyectos de inversión social.- Las operaciones referidas anteriormente no constituyen actividad comercial lucrativa y deben estar autorizadas por el órgano de gobierno competente según lo establezcan sus Estatutos y registrarse en su sistema contable de conformidad al presupuesto de cada proyecto, programa y sistema gerencial.

Artículo 31.- Los informes a que se refiere el artículo 21 de la Ley deberán presentarse en los primeros 2 meses del año fiscal, sin perjuicio de aquellas ONGD a quienes la autoridad competente haya autorizado a llevar periodo fiscal especial. Estos informes deben presentarse ante las oficinas de la URSAC, por medio del representante legal de la organización de la siguiente manera: 1. Breve informe narrativo de actividades realizadas durante el periodo. 2. Informe de Estados Financieros y Balance General durante el periodo. La URSAC una vez realizado el análisis y estudio a la documentación presentada, extenderá la constancia para los fines que la ONGD requiera dentro el termino de 8 días hábiles del recibimiento de los informes señalados anteriormente, los que pueden ser presentados en forma física o digital.

Artículo 32.- Los informes referidos anteriormente serán una fuente de verificación para la SEIP que las organizaciones estén cumpliendo con los objetivos para los cuales fueron creadas de acuerdo a sus Estatutos.

Artículo 33.- Las ONGD Internacionales reconocidas por el Estado, a través de su oficina de representación, estarán obligadas a llevar los registros contables y presentar los informes anuales en similares condiciones que las ONGD Nacionales, pero sólo respecto a sus actividades realizadas en Honduras.

Artículo 34.- El libro de actas debe estar autorizado por la autoridad interna que estipulen sus Estatutos para ello y consecuentemente por la autoridad competente, estos libros estarán a disposición de los miembros de la 12 organización y sujetos a las auditorias que señalen los estatutos, la Ley y su reglamento. CAPITULO IV PROHIBICIONES Y SANCIONES

Artículo 35.- Los miembros de las Juntas Directivas y administradores, entendiéndose por estos las personas que desempeñen cargos de dirección, gerencia, administración y ejecución de programas, no podrán participar en las deliberaciones, ni en las votaciones o decisiones en asuntos que sean de su interés personal o de sus socios comerciales o profesionales, sus

cónyuges, su compañera o compañero de hogar, o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; en tal caso deberán excusarse del conocimiento del asunto a tratar. Será nula la decisión que se adopte en violación a esta disposición, si la misma favorece las pretensiones de alguno de los miembros de la Junta Directiva o Administradores; en este caso, los infractores deberán resarcir a la organización, cuando procediere de los daños y perjuicios ocasionados.

Artículo 36.- Cuando los miembros de la Asamblea General, Junta Directiva, Director Ejecutivo, Gerente o Administrador General de una ONGD, tomaren individualmente o en conjunto decisiones que violenten la Ley, el Reglamento, o sus Estatutos, serán sancionados de acuerdo a lo establecido en las leyes Administrativas, Civiles, Penales o Laborales aplicables al caso concreto.- Para la aplicación de la sanción antes indicada, se deberán incoar las acciones legales correspondiente.

Artículo 37.- Las ONGD no podrán: 1) Distribuir excedentes de cualquier naturaleza entre sus miembros, directivos o empleados (as), en virtud que el fin de las ONGD no es el lucro. 2) Pagar salarios u honorarios a los miembros de la Asamblea General y de sus órganos de gobierno, valiéndose de su condición como tal. 3) Nombrar en los puestos ejecutivos como ser: directores generales, gerentes generales, y/o administradores generales al cónyuge, compañero o compañera de hogar, o pariente dentro del cuanto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquier miembro de la Junta Directiva o Consejo Directivo u órgano similar. 4) Autorizar la utilización de activos o recursos recibidos bajo cualquier título para beneficiar, directa o indirectamente, a sus directivos, miembros o empleados (as) y a los cónyuges o compañeros o compañeras de hogar de 13 éstos, o a sus parientes, salvo que sean beneficiarios como miembros de la comunidad de los programas y proyectos ejecutados por la respectiva ONGD. 5) Distribuir los recursos o los bienes entre sus miembros, directivos o empleados (as), en ocasión de la disolución y liquidación de la ONGD. 6) Colocar a nombre de los miembros, directivos o empleados (as) fondos, bienes o recursos propios de la ONGD.

Artículo 38.- Los directivos y demás representantes de las ONGD que violaren lo dispuesto en el Artículo 24 de la Ley y 36 de su Reglamento, previa comprobación del hecho por la Asamblea General u órgano de gobierno equivalente, vacarán definitivamente en sus cargos de acuerdo a la resolución emitida y perderán de inmediato su membresía, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar en derecho. CAPITULO V SUSPENSIÓN Y CANCELACION DE LA PERSONALIDAD JURIDICA

Artículo 39- La personalidad jurídica de las ONGD Nacionales y el reconocimiento de la personalidad jurídica de las ONGD Internacionales, se suspenderán o cancelará de acuerdo a la gravedad del incumplimiento de las disposiciones legales, en los casos siguientes: 1) En el caso de las Asociaciones cuando disminuya su membresía a un número menor de siete (7) miembros, en el caso de las nacionales y el número mínimo de membresía de acuerdo a sus estatutos en el caso de las internacionales. 2) Cuando no presente los informes anuales y los estados financieros

ante la SEIP por un periodo de dos (2) años consecutivos. 3) Cuando el representante legal de la ONGD realice en nombre y por cuenta de la organización acciones u omisiones tipificadas como delitos en la legislación nacional, siempre y cuando se compruebe que la acción u omisión de derivó de instrucciones y/o decisiones del órgano de gobierno competente para emitirlas, según sus estatutos y se haya declarado su responsabilidad por autoridad judicial competente; sin perjuicio de las penas establecidas en el Código Penal y otras leyes respecto a la responsabilidad legal del representante o de la ONGD.

Artículo 40.- En todo caso la SEIP iniciara expediente administrativo a fin que la ONGD afectada presente los alegatos o pruebas a fin de confirmar o desvirtuar los hechos que se le imputan y el Estado emitirá la resolución correspondiente.- El expediente Administrativo se sustanciará de acuerdo a lo establecido en la Ley de Procedimiento Administrativo. 14

Artículo 41.- En los casos señalados en los numerales (1) y (2) del artículo 39 del presente reglamento, procederá la suspensión por un término de 90 días hábiles, tiempo durante el cual la ONGD podrá subsanar los hechos imputados que dieron lugar a la resolución de suspensión. En caso que la ONGD no subsane en el término establecido se procederá a la emisión de una resolución de cancelación definitiva del otorgamiento o reconocimiento de la personalidad jurídica, respetando el derecho de recurrir conforme a la ley, el acto administrativo.

Artículo 42.- En el caso del numeral 3, existiendo una sentencia condenatoria firme, el órgano administrativo competente procederá a emitir la resolución de cancelación del otorgamiento o reconocimiento de la personalidad jurídica.

Artículo 43.- Agotada la vía administrativa, la ONGD afectada con una medida de suspensión o cancelación de la Personalidad Jurídica, podrá dentro del plazo legal, recurrir ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa en demanda del derecho subjetivo o interés legítimo supuestamente violado.

Artículo 44.- Una vez firme la resolución de suspensión o cancelación de la personalidad jurídica, esta será registrada en la Secretaria General del la SEIP y deberá ser publicada en el Diario Oficial La Gaceta para conocimiento del público en general. CAPITULO VI DISOLUCION, LIQUIDACION Y FUSION

Artículo 45.- Existen dos formas para disolver una ONGD, voluntaria y forzosa:- Es voluntaria cuando mediante Resolución tomada por su Asamblea General esta determine su disolución y liquidación por los motivos y mediante el trámite establecido en sus Estatutos.- Es forzosa cuando se le ha cancelado su personalidad jurídica por autoridad competente mediante, resolución firme, la que será comunicada a la Asamblea General de la ONGD quien ordenará la liquidación, de la misma siguiendo para ello los trámites establecidos en sus Estatutos para su disolución y liquidación.

Artículo 46.- En caso de disolución y liquidación de una ONGD, sus bienes y recursos se traspasarán a otras instituciones u organizaciones afines de conformidad a sus estatutos para lo cual se deberá autorizar dicho traspaso por medio de resolución de la Asamblea General u órgano de gobierno equivalente. En el caso de las ONGD internacionales la resolución procederá de su cuerpo directivo de acuerdo a sus estatutos.

Artículo 47.-Las ONGD pueden fusionarse y constituir una nueva organización, para lo cual la Asamblea General de las ONGD a fusionarse emitirán sus respectivas resoluciones, debiendo realizar el trámite de reconocimiento de personalidad jurídica y de los nuevos estatutos ante la Secretaría de Estado en 15 los Despachos del Interior y Población, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 9 del presente Reglamento.

Artículo 48- Las Fundaciones pueden también fusionarse mediante absorción, siguiendo el procedimiento establecido en el Artículo 47 de presente Reglamento. CAPITULO VII
COMISIÓN DE ENLACE

Artículo 49.- La Comisión de Enlace entre las ONGD y el Estado de Honduras, tiene como objetivo el de facilitar la coordinación en la definición de planes, políticas y ejecución de programas de desarrollo en beneficio de la sociedad.

Artículo 50.- La Comisión de Enlace estará conformada por cuatro (4) representantes del sector público y cuatro (4) de las ONGD.

Artículo 51.- Son representantes del sector público: 1.- El Secretario de Estado en el Despacho de Desarrollo Social, o su representante, quien preside la Comisión. 2.- El Secretario de Estado en el Despacho de Planificación y Cooperación Externa o su representante. 3.- El Secretario de Estado en el Despacho del Interior y Población o su representante. 4.- El Secretario de Estado en el Despacho de Finanzas o su representante. Los representantes de los Secretarios de Estado deben de ser funcionarios de un alto nivel jerárquico y con las potestades de toma de decisiones.

Artículo 52.- Las ONGD debidamente reconocidas por el Estado y registradas en la URSAC, nombrarán cuatro (4) representantes ante la Comisión de Enlace, con su respectivo suplente; los que durarán dos (2) años en sus respectivos cargos de representación.

Artículo 53.- La SEIP convocará a las ONGD debidamente registradas en la URSAC, por medio de sus representantes legales a una Asamblea General a fin de que del seno de la misma sean elegidos por mayoría de votos los representantes propietarios y suplentes ante la Comisión de Enlace.

Artículo 54.- Cada ONGD tendrá derecho a un (1) voto en dicha Asamblea, siempre y cuando este legalmente convocada por la Secretaría de Estado. 16

Artículo 55.- La Comisión de Enlace se reunirá cada cuatro (4) meses para evaluar las áreas de coordinación, temas y programas entre el sector público y las ONGD. CAPITULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Artículo 56.- Cuando se trate de la reforma del presente Reglamento, el respectivo proyecto se procurará consensuarse con las ONGD.

Artículo 57.-A efecto de aplicar el artículo 35 de la Ley, se entenderá que aquellas organizaciones que han iniciado la regularización de operaciones y adecuación de sus estatutos ante la SEIP, en los casos que procede, dentro del término de un año a partir de la vigencia de la Ley, se encuentran amparados en dicho plazo legal.

Artículo 58.- En tanto no se disponga lo contrario, la SEIP regulará, supervisará y dará seguimiento a las ONGD a través de la Unidad de Registro y Seguimiento de Asociaciones Civiles (URSAC).

Artículo 59.-Toda solicitud que realice una ONGD ante la SEIP y cuyo trámite se resuelva en más de una providencia requerirá apoderado legal, aquellas que se resuelvan mediante una sola providencia solo requerirán mediación del representante legal de la organización debidamente comprobada.

Artículo 60.-La documentación se presentará de acuerdo a lo establecido en los artículos 4 y 11 de la Ley de Simplificación Administrativa y artículo 53 de la Ley de Procedimiento Administrativo Reformado.

Artículo 61.-El presente Reglamento entrará en vigencia, a los 20 días de su publicación en el Diario Oficial “LA GACETA”. Dado en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central a los ____ días del mes de febrero del año 2012.

ANEXO 14. SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA

FAVOR LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE (según instructivo adjunto)

1	ORGANO AL QUE SE DIRIGE: <input type="checkbox"/> Director (a) General de Regulación Sanitaria <input type="checkbox"/> Jefe de Región Departamental		
SE SOLICITA:			
2	SE SOLICITA LICENCIA SANITARIA: <input type="checkbox"/> POR PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN		No. Licencia Sanitaria original
MODIFICACIÓN DE: _____			
TIEMPO DE DURACIÓN DE LA LICENCIA SANITARIA: <input type="checkbox"/> 2 AÑOS <input type="checkbox"/> 4 AÑOS <input type="checkbox"/> 6 AÑOS			
APODERADO LEGAL			
3	NOMBRES Y APELLIDOS:		4 IDENTIFIC. No.
5	No. DE COLEGIACIÓN:	6 DIRECCIÓN:	7 TELEFONO N°
DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
8	NOMBRES Y APELLIDOS:		9 IDENTIDAD No.
10	TELEFONO:	11 FAX:	12 APARTADO Y CODIGO POSTAL
			13 CORREO ELECTRONICO:
GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO O EMPRESA			
14	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO:		15 DEPARTAMENTO:
16	MUNICIPIO:	17 CIUDAD/ALDEA:	18 BARRIO/COLOONIA:
19	AVENIDA / CALLE:		
20	BLOQUE:	21 EDIFICIO O CASA N°:	22 OTRAS SEÑAS IDENTIFICATORIAS:
23	TELEFONO:	24 FAX N°:	25 APARTADO POSTAL:
			26 CORREO ELECTRONICO:
DATOS GENERALES DE LA LICENCIA SANITARIA			
27	TIPOS DE PRODUCTOS SERVICIOS, NEGOCIO O EMPRESA:		28 No. Empleados
		29 No. de Funcionarios:	
TIPO DE SERVICIO QUE OFERTA: (especificar cuantías y describirlos según la enumeración siguiente)			
1	16	31	
2	17	32	
3	18	33	
4	19	34	
5	20	35	
6	21	36	
7	22	37	
8	23	38	
9	24	39	
10	25	40	
11	26	41	
12	27	42	
13	28	43	
14	29	44	
15	30	45	
FUNDAMENTOS DE DERECHO			
30	Fundo la presente en el Artículo 80 de la Constitución de la República; Artículos _____ de la Ley de Procedimientos Administrativos; Artículos _____ del Código de Salud y Artículos _____ del Reglamento Para el Control Sanitario de Productos Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.		
PETICIÓN			
31	Al Señor (a) _____ respetuosamente PIDO: Admitir la presente solicitud, con los documentos que se acompañan, dar el trámite de Ley correspondiente y en definitiva resolver de conformidad a lo solicitado.		
32	LUGAR Y FECHA:	33	FIRMA Y SELLO: (propietario, representante legal o apoderado legal)
AUTO DE RECEPCIÓN (Para uso Oficial)			
34	RECIBIDO EN:	35 No. Expediente:	36 HORA Y FECHA DE RECIBO:
37	No. Folios Útiles:	38 FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO (A QUE RECIBE LA SOLICITUD):	39 Clasificación del Establecimiento: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
RESOLUCIÓN A LA SOLICITUD			
40	Hora y fecha de entrega de la Certificación:		41 Vigencia de la Autorización:

cc: Interesado

ANEXO 15. SECRETARIA DE SALUD

Normas técnicas de Licenciamiento de Establecimiento de Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Normas técnicas de Licenciamiento de Establecimientos de Salud

SERVICIO: CONSULTORIO PRIVADO

Definición: Establecimiento prestador de servicios de salud ambulatorios especializados, de régimen privado

Código Departamento _____ Código Municipio _____

Nombre del Establecimiento: _____

El establecimiento debe contar o debe cumplir con las siguientes normas técnicas para Licenciamiento:

Estándares mínimos a verificar	CRITERIO	
	I	RPT

Estándares mínimos de Estructura Física e Instalaciones

CMG01	El establecimiento está ubicado en un terreno no vulnerable a riesgos y tiene condiciones arquitectónicas, estructurales y en sus redes de instalaciones para soportar riesgos y cuenta con los estudios de vulnerabilidad para los respectivos desastres naturales y/o eventos catastróficos a los que está expuesto. (Según mapa de riesgos de COPECO)		
CMG02	El consultorio no se comparte con otro ambiente de giro comercial distinto a éste y es independiente al de uso habitacional		
CMG03	Sala de Espera única (Área mínima 9 M ²), compartida (Área mínima 36 M ²)		
CMG04	Consultorio (Área mínima 12 m ² , lado mínimo 2.5 M, con lavamanos y unidad sanitaria independiente en establecimiento único) o área mínima 10 M ² , lado mínimo 2.5 M, con lavamanos, en establecimiento con varios consultorios.		
CMG05	Servicio sanitarios de personal 2 U (Área mínima 8 M ²) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por género (Aplica en establecimiento con varios consultorios)		
CMG06	Servicio sanitario de usuarios (Una por cada 15 pacientes cada 2U un Área mínima 8 M ²) con puertas que abren hacia fuera e identificadas por género (Aplica en establecimiento con varios consultorios)		
CMG07	Área para almacenamiento de materiales y utensilios de limpieza (Área mínima 1 M ²)		
CMG08	Los materiales de construcción en pisos, paredes y techos no contienen sustancias tóxicas, irritantes y combustibles		
CMG09	Todos los ambientes tienen suficiente ventilación, natural o a través de ventiladores y las ventanas exteriores abren hacia fuera, protegidas con tela metálica		
CMG10	Todos los ambientes tienen suficiente iluminación natural o artificial para procedimientos usuales		
CMG11	Paredes en áreas clínicas de materiales lavables, no porosos, para fácil limpieza		
CMG12	Pisos de materiales impermeables, sólidos, resistentes, uniformes, antideslizantes y lavables		
CMG13	Cielo falso en áreas clínicas, de materiales no porosos, sólidos, de superficie lisa, impermeables para fácil limpieza y desinfección y resistentes a factores ambientales como humedad, temperatura e incombustibles		
CMG14	Instalación hidráulica con desagües o tanque para abastecimiento de agua o sistema, capacidad según necesidad del establecimiento, revestido de materiales impermeables y con sistemas de protección que impidan su contaminación o bomba para agua conectada a depósito o cisterna.		
CMG15	Instalación eléctrica interna en paredes, carga útil de salida 110v. 60 Hertz. ó 220v., según características del equipo existente en el servicio con red de polo a tierra de varilla de cobre, en todos los servicios.		
CMG16	Puerta principal protegida con tela metálica, de vaivén o que abre hacia fuera en el sentido de desajajo rápido para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de personas discapacitadas		
CMG17	Drenaje conectado a red municipal o fosa séptica previo estudio sanitario y mantos freáticos y cumplimiento de requisitos municipales		
CMG18	Área para disposición de desechos y basuras conforme las normas de Bio Seguridad.		
CMG19	Dentro y fuera del establecimiento existen áreas de seguridad señalizadas y rutas de evacuación en relación con los diferentes riesgos que posea el establecimiento.		
CMG20	Rotulo suficientemente grande, visible con el nombre del establecimiento y rotulación de ambientes.		
CMG21	señalización, avisos y advertencias con letra y símbolos legibles.		

Estándares mínimos de Equipamiento por tipo de oferta.

Sala de espera			
CMG22	Sillas		
CMG23	Buzón de quejas y sugerencias.		

Medico General			
CMG24	Escritorio		
CMG25	Tres sillas		
CMG26	Archivo metálico o de madera		
CMG27	Gabinetes, botiquines o vitrinas		
CMG28	Camilla		
CMG29	Gradilla de uno o dos peldaños		
CMG30	Estetoscopio biauricular de doble campana		
CMG31	Fenignomanometro		
CMG32	Otoscopio		
CMG33	Oftalmoscopio		
CMG34	Marillo de reflejos		
CMG35	Dáscula de pie para adultos, con tallímetro		
CMG36	Rascua pediátrica con tallímetro		

CMG37	Recipientes de acero inoxidable o plástico con tapadera		
CMG38	Los recipientes para residuos biológicos y clínicos son de acero inoxidable o materiales resistentes tienen tapa de cierre automático y se abren de un pedal, los de residuos biológicos se distinguen por el logo de Bio Infecciosos y tienen bolsa plástica resistentes, de dos colores: Rojas para desechos infectocontagiosos, jeringas y otros materiales que contengan heces, sanfres o secreciones, negras para la basura común.		
CMG39	Recipiente recolector de jeringas usadas		
CMG40	Recipiente recolector de agujas usadas o destructor de agujas		
CMG41	Extintor portátil contra incendio, con carga útil, según materiales inflamables de uso constante.		
cirugía menor además de los anotados en Medicina General (si ofrece el Servicio)			
CMG42	Instrumental completo para cirugía menor (tijera, porta Agujas, pinzas sin dientes)		
CMG43	Esterilizador de vapor o eléctrico.		
CMG44	pinza auxiliar		
CMG45	porta pinza.		
Atención Gineco Obstétrica, además de los anotados en "Generales para la Clínica"			
CMG46	Mesa de exploración con accesorios para examen ginecológico (en lugar de mesa de exploración)		
CMG47	Banco giratorio		
CMG48	Lámpara cuello de ganso		
CMG49	Estetoscopio o estetoscopio biauricular con campana fetal o Doppler o Doptone		
CMG50	Cinta obstétrica o cinta métrica		
CMG51	Rifonera		
insercion de DIU además de los anotados en Medicina General (si ofrece el servicio)			
CMG52	Equipo para insercion de DIU		
CMG53	Especulos vaginales grandes, medianos y pequeños		
CMG54	lámpara cuello de ganso		
Nebulización además de anotados en Medicina General (si ofrece el Servicio)			
CMG55	Compresor para nebulización con micronebulizadores y otros accesorios.		
CMG56	Mascarilla para oxígeno		
Psicología además de los anotados en Medicina General (si ofrece el servicio)			
CMG57	Grabadora		
CMG58	Sillones o sillas (para terapia grupal)		
Estándares mínimos a verificar			
Estándares mínimos para Recursos Humanos			
CMG59	Médico especialista, responsable de la clínica acreditado por su Colegio.		
CMG60	Secretaría		
CMG61	Personal de limpieza		
CMG62	El 100% del personal porta su identificación con fotografía, en lugar visible		
Estándares mínimos sobre Organización y funcionamiento			
CMG63	Código de salud		
CMG64	Reglamento de Bio Seguridad y sus normas técnicas		
CMG65	Reglamento y normas técnicas para establecimientos de Atención Médica tipo consultorio privado.		
CMG66	Reglamento para el manejo de residuos sólidos		
CMG67	Manual de Normas para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de la Secretaría de Salud		
CMG68	Normas para la notificación inmediata de las enfermedades transmisibles, a la secretaria de Salud.		
CMG69	Cartel informativo colocado en lugar visible: Servicios ofertados, horarios y responsables		
CMG70	Carteles en lugares visibles para el público y personal sobre "Prohibido fumar"		

Instructivo.

Criterio 1 : Indispensable. Si cumple el estandar (1). NO cumple el estandar registre (0).

R/PT : Definición. Referencia a papel de trabajo. Registre un numero secuencial cuando en la casilla anterior registre (0), en hoja anexa escriba el numero secuencial que asigno al R/PT y el código del estandar, explique en forma concreta, porque no lo cumple.

Normas Legales aplicadas.

Código Salud Art. 14, 24,26,27,41,42,43,44,45, 51,52,53,54,55,56,57,58,66,67,68, 104,105,114,116,117,120,122,123,157 y 189

Acuerdo Ejecutivo 094 de 1997

Acuerdo Ejecutivo 378 de 2001

ANEXO 16. TABLA DE SALARIO MINIMO 2018



SECRETARÍA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALARIOS
TABLA DE SALARIO MÍNIMO, VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DEL AÑO 2018
 ACUERDO EJECUTIVO STSS-003-2018
AÑO 2018

No.	RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	TAMAÑO DE LAS EMPRESAS POR NÚMERO DE TRABAJADORES	SALARIO MÍNIMO 2018 MENSUAL	SALARIO MÍNIMO 2018 JORNADA ORDINARIA DE 8 HORAS LABORABLES	SALARIO MÍNIMO 2018 POR HORA	
1	Agricultura, silvicultura, caza y pesca		De 1 a 10	6,147.43	204.91	25.61
			De 11 a 50	6,468.33	215.61	26.95
			De 51 a 150	6,748.01	224.93	28.12
			De 151 en adelante	7,172.07	239.07	29.88
2	Explotación de minas y canteras		De 1 a 10	8,398.54	279.95	34.99
			De 11 a 50	8,650.51	288.35	36.04
			De 51 a 150	9,600.05	320.00	40.00
			De 151 en adelante	10,363.97	345.47	43.18
3	Industria manufacturera		De 1 a 10	8,243.74	274.79	34.35
			De 11 a 50	8,770.09	292.34	36.54
			De 51 a 150	9,732.76	324.43	40.55
			De 151 en adelante	10,507.26	350.24	43.78
4	Electricidad, gas y agua		De 1 a 10	8,669.47	288.98	36.12
			De 11 a 50	8,929.54	297.65	37.21
			De 51 a 150	9,909.72	330.32	41.29
			De 151 en adelante	10,698.30	356.61	44.58
5	Construcción		De 1 a 10	8,514.65	283.82	35.48
			De 11 a 50	8,770.09	292.34	36.54
			De 51 a 150	9,732.76	324.43	40.55
			De 151 en adelante	10,507.26	350.24	43.78
6	Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles		De 1 a 10	8,514.65	283.82	35.48
			De 11 a 50	8,770.09	292.34	36.54
			De 51 a 150	9,732.76	324.43	40.55
			De 151 en adelante	10,507.26	350.24	43.78
7	Transporte, almacenamiento y comunicaciones		De 1 a 10	8,592.07	286.40	35.80
			De 11 a 50	8,849.81	294.99	36.87
			De 51 a 150	9,821.24	327.37	40.92
			De 151 en adelante	10,602.77	353.43	44.18
8	Establecimientos financieros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas		De 1 a 10	8,746.86	291.56	36.45
			De 11 a 50	9,009.28	300.31	37.54
			De 51 a 150	9,998.20	333.27	41.66
			De 151 en adelante	10,793.82	359.79	44.97
9	Servicios comunales, sociales y personales, seguridad y limpieza		De 1 a 10	8,359.84	278.66	34.83
			De 11 a 50	8,610.64	287.02	35.88
			De 51 a 150	9,555.79	318.53	39.82
			De 151 en adelante	10,316.22	343.87	42.98
10	Actividades de hospitales		De 1 a 10	8,359.84	278.66	34.83
			De 11 a 50	8,610.64	287.02	35.88
			De 51 a 150	9,441.03	314.70	39.34
			De 151 en adelante	10,001.25	333.38	41.67
11	Empresas acogidas a la Ley de Zonas Libres ^{1/}		De 1 en adelante	7,085.61	236.19	29.52
Salario Mínimo Promedio			8,910.71	297.02	37.13	

Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 34,549 del 23 de Enero del 2018.

^{1/}Acuerdo STSS-618-2014 de fecha 19 de diciembre del 2014. Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 33,615 del 24 de Diciembre del 2014.

ANEXO 17. LEY ORGANICA COPSIH

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE HONDURAS

CAPITULO I

CONSTITUCION

Artículo 1. Se constituye el Colegio de Psicólogos de Honduras, con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual se regirá por la ley de Colegiación profesional obligatorio por la presente ley, sus reglamentos y en lo no previsto, por las demás leyes. El domicilio del colegio será la capital de la República.

CAPITULO II

OBJETIVOS Y FINES

Artículo 2. El Colegio tendrá por objetivos cumplir, con relación a la profesión de la Psicología, las siguientes finalidades:

a) Regular el ejercicio de la Profesión de la Psicología en toda la república; b) Proteger la libertad del ejercicio profesional de los colegiados; c) Vigilar y sancionar la conducta profesional de los colegiados de conformidad con lo prescrito en esta ley y su reglamento; d) Velar porque la psicología no se utilice con fines de charlatanería y explotación; e) Procurar y estimular la superación cultural, económica y social de los colegiados con el objeto de enaltecer la profesión del Psicólogo; f) Cooperar con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y otras instituciones educativas en los aspectos administrativos, técnicos, culturales y científicos; g) Participar en el estudio y resolución de los problemas nacionales; h) Fomentar la solidaridad y ayuda mutua entre los colegiados; i) Emitir el Código de Ética profesional; j) Procurar el acercamiento de los profesionales de la Psicología con los de otros países y especialmente con los de Centro América; y k) Cualquier otra actividad en beneficio de la profesión y de los intereses generales del país.

CAPITULO III

INTEGRACION DEL COLEGIO

Artículo 3. Forman el Colegio de Psicólogos de Honduras, los profesionales de la Psicología graduados en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y los incorporados a la misma que ostenten el grado mínimo de licenciado y que hayan cumplido con los requisitos de inscripción en los registros del colegio.

CAPITULO IV

OBLIGACIONES Y DERECHOS

Artículo 4. Son obligaciones de los colegiados

a) Cumplir y acatar lo establecido en la presente ley, sus reglamentos y demás disposiciones emanadas del colegio; b) Concurrir a las asambleas generales; c) Desempeñar cargos y funciones que le asignen; d) Pagar las cuotas ordinarias y extraordinaria que se determinen; e) Cumplir en forma estricta las normas; f) Denunciar ante las autoridades del colegio toda transgresión a la ética profesional; g) Denunciar ante la junta Directiva los casos de ejercicio ilícito e intrusismo profesional; h) Denunciar ante la Junta Directiva

la propaganda ilícita de los profesionales de la Psicología; y, i) Contribuir con su esfuerzo y constante superación al engrandecimiento y prestigio de la profesión y del Colegio de Psicólogos de Honduras.

Artículo 5. Son derechos de los colegiados:

a) El libre ejercicio de la profesión; b) Elegir y ser electo como miembro de los organismos de gobierno del colegio; c) Optar, con apoyo del colegio a los cargos públicos o privados para cuyo desempeño se necesite el grado de licenciado en Psicología; d) Optar con apoyo del colegio, a las becas que se ofrezcan a los profesionales de la Psicología, de parte de organismos nacionales e internacionales; e) Derecho preferencial a las cátedras relativas a la enseñanza de la Psicología en las instituciones de educación superior del país; f) Representar o hacerse representar en las asambleas generales del colegio; y,

g) Gozar de todas las prerrogativas que le concede la ley de colegiación profesional obligatoria, esta ley orgánica y las disposiciones, acuerdos y resoluciones que los organismos del colegio emitan.

CAPITULO V

ORGANIZACIÓN

Artículo 6. Son organismos de gobierno del Colegio de Psicólogos de Honduras:

a) La Asamblea General. b) La Junta Directiva. c) El Tribunal de Honor. d) Los organismos especializados que la Asamblea General emite conveniente crear.

Artículo 7. La Asamblea General esta Constituida por la totalidad de los colegiados y es el órgano supremo del Colegio puede ser ordinaria o extraordinaria.

Artículo 8. La Asamblea General Ordinaria se celebrara en la primera quincena del mes de mayo de cada año, en la fecha que señale la Junta Directiva.

Artículo 9. La Asamblea General se verificará previa convocatoria de la Junta Directiva con un mínimo de diez días de anticipación. En la convocatoria se incluirá la agenda, fecha, lugar, hora y local en que se realizara.

Artículo 10. La Asamblea General Extraordinaria podrá celebrarse en cualquier fecha cuando sea convocada por la Junta Directiva o por petición escrita por un número no menor del 20 por ciento de los colegiados activos. En ella se tratarán exclusivamente los asuntos contenidos en la agenda y para su convocatoria se seguirá el mismo procedimiento estipulado en el artículo 9 de esta ley.

Artículo 11. Para la realización de la Asamblea General Ordinaria se necesita la asistencia de la mitad más uno de los colegiados activos. Si por falta de quórum no se puede celebrar la Asamblea, la Junta Directiva convocará para otra fecha con el mismo objeto y un plazo no menor de 24 horas, en cuya ocasión la Asamblea será legal con el número de miembros que asistan. La comparecencia podrá ser por sí o por representación autorizada por escrito a la cual se adjuntará el carnet del colegiado representado. Nadie podrá tener, además de la propia, más de dos representaciones.

Artículo 12. Las resoluciones se tomaran por simple mayoría de votos. La Asamblea decidirá la forma de votación pero en ningún caso las decisiones se tomaran por aclamación.

Artículo 13. Son atribuciones de la Asamblea General:

a) Redactar y proponer las modificaciones a la Ley Orgánica que se estimen procedentes; b) Elegir los miembros de la Junta Directiva y del Tribunal de Honor; c) Aprobar los reglamentos necesarios para el buen funcionamiento del colegio; d) Aprobar el presupuesto anual según el proyecto que presente la Junta Directiva; e) Examinar, aprobar o improbar, parcial o totalmente los informes y actos de la Junta Directiva y conocer de las quejas y la apelación de las resoluciones de las misma, por infracción de esta Ley Orgánica de los Reglamentos y las normas de ética profesional; f) Acordar las suspensiones temporales en el ejercicio profesional, salvo lo previsto en la Constitución de la República y sus leyes; g) Aprobar las cuotas ordinarias y extraordinarias; h) Proponer al Congreso Nacional la emisión de una ley que contenga el arancel de honorarios mínimos por sus servicios profesionales; y, i) Todas las funciones que por esta Ley Orgánica no se atribuyan a otro órgano del gobierno del Colegio.

DE LA JUNTA DIRECTIVA

Artículo 14. La Junta Directiva es el órgano ejecutivo, encargado de la dirección y gobierno del Colegio y tendrá la representación legal del mismo.

Artículo 15. La Junta Directiva estará integrada por los siguientes miembros: Un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario de Actas y Colegiación, un Secretario de Asuntos Científicos y Culturales, un Secretario de Relaciones Públicas, un Secretario de Finanzas, un Fiscal y dos Vocales que serán electos por mayoría relativa.

Artículo 16. Para ser miembro de la Junta Directiva requiere: A) Ser colegiado; y, B) Estar al día con el pago de las cuotas de colegio.

Artículo 18. Los miembros de la Junta Directiva tomarán posesión de sus cargos en el mes de mayo y los miembros ausentes lo harán en sesión ordinaria de la Junta Directiva.

Artículo 19. Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán sus cargos sin remuneración alguna. En casos de representación la Asamblea determinará el monto de

los gastos a efectuarse y autorizará a la Junta Directiva para que efectúen las erogaciones correspondientes.

Artículo 20. La Junta Directiva celebrará sesión ordinaria una vez al mes y extraordinaria cada vez que sea necesaria.

Artículo 21. Para que la Junta directiva pueda celebrar sesión se necesita la concurrencia de cinco de sus miembros por lo menos y sus relaciones serán válidas por simple mayoría. Cuando exista empate el Presidente tendrá doble voto. En caso de imposibilidad absoluta para formar quórum cualquier número de miembros podrá convocar a la Asamblea General a sesión extraordinaria para reposición de los miembros ausentes.

Artículo 22. En ausencia del Presidente actuara el vicepresidente y en efecto de éste, lo harán los Vocales por su orden de elección.

Artículo 23. Son atribuciones de la Junta Directiva.

a) Cumplir y hacer que se cumplan las disposiciones legales y las resoluciones de la Asamblea General; b) Proponer los reglamentos que se deriven de la presente ley; c) presentar anualmente a la Asamblea General el presupuesto de gastos un informe de labores y el informe de administración de los fondos del colegio. d) Celebrar sesión ordinaria una vez al mes y extraordinaria cada vez que sea necesario; e) Convocar las Asambleas Ordinarias y Extraordinaria en la forma que señala la ley; f) Publicar cuando lo crea conveniente en un diario nacional la lista de los psicólogos colegiados; g) Velar porque los

colegiados cumplan esta ley, sus reglamentos y demás obligaciones que les competen y observar las normas de ética profesional; h) Conocer y tramitar las denuncias que reciba en relación con el ejercicio profesional; i) Denunciar ante las autoridades competentes el ejercicio ilegal de la profesión y gestionar el estricto cumplimiento de la ley; j) Promover el adelanto científico y cultural de los colegiados mediante actividades que tiendan a su mejoramiento; k) Acordar todo gasto mayor de Lps 100.00 (CIEN LEMPIRAS EXACTOS); l) Eximir el pago de cuotas a los colegiados cuando se compruebe causa justificada; m) Proponer a la Asamblea General las cuotas extraordinarias n) Informar a la Asamblea General de las vacantes habidas en la Junta Directiva; para su reposición por el resto del período o) ejecutar Las sanciones decretadas contra los colegiados; p) Propiciar el intercambio científico y profesional entre los Psicólogos Hondureños, así como con los de otros países; q) Emitir el carnet de identificación n para los colegiados autorizar y registrar el respectivo sello profesional de los colegiados;

r) Conceder la licencia a los miembros de la Junta Directiva para separarse de sus cargos cuando la causa se considere justificada; s) Resolver las consultas que formulen los organismos oficiales, semiautónomos, autónomos e instituciones privadas y extranjeras para lo cual nombrara comisiones que se consideren necesarias con los miembros colegiados; t) Nombrar representantes del colegio en los lugares de la República que se consideren convenientes; y, u) Resolver todos aquellos asuntos internos que no sean competencia de Asamblea General o del Tribunal de Honor.

CAPITULO VI

ATRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

Artículo 24. Son atribuciones del Presidente:

a) Ejecutar los acuerdos de la Asamblea General y de la Junta Directiva; b) Ostentar la representación del colegio ante instituciones públicas y privadas y personas particulares; c) Convocar por medio del Secretario, a sesiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General d) Presidir las sesiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General y suscribir con el Secretario las Actas de la misma; e) Firmar con el Secretario de Finanzas, cheques y otros documentos y valores; f) Firmar con el Secretario de Actas y Colegiación los carnet de Colegiación; g) Autorizar gastos que no excedan de Lps 100.00 (CIEN LEMPIRAS EXACTOS) dando cuenta a la Junta Directiva en su sesión ordinaria más próxima; h) Presidir todos los actos del colegio y decidir con doble voto en caso de empate en las sesiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General, i) Juramentar y dar posesión de sus cargos a los miembros de la Junta Directiva y del Tribunal de Honor; y, j) Autorizar certificaciones, credenciales y otros que expida el colegio.

Artículo 25. Son atribuciones del Vicepresidente: a) Sustituir al Presidente durante sus ausencias temporales y ejecutar sus atribuciones mientras ejerce el cargo; b) Desempeñar las comisiones que le fueran señaladas por el Presidente o por la Junta Directiva; y, c) Asistir a las sesiones de la Junta Directiva.

Artículo 26. Son atribuciones del Secretario de Actas y Colegiación: a) Llevar al día el Libro de Actas, el Libro de Registro de Colegiados y los demás Libros que la Junta

Directiva estime necesarios; b) Elaborar junto con el Presidente la Agenda de las sesiones de la Junta Directiva y de la Asamblea General, redactar las Actas y suscribirlas junto con el Presidente. c) Ordenar y custodiar los archivos del Colegio. d) Redactar junto con el Presidente, la memoria anual; e) Recibir y dar tramites a todos los asuntos que sean sometidos al Colegio; f) Firmar y autorizar junto con el Presidente los Carnets de colegiación y otros documentos; y , g) Todos los demás que establezca el Reglamento.

Artículo 27. Son atribuciones del Secretario de Asuntos Científicos y Culturales:

a) Planificar y promover el desarrollo de actividades de perfeccionamiento profesional de los Colegiados; b) Mantener relaciones científicas y culturales con otros organismos nacionales e internacionales; c) Servir de enlace entre la Junta Directiva y las instituciones de orden educativo, científico y cultural ; y, d) Colaborar en los aspectos científicos y culturales de las publicaciones que acuerde el Colegio.

Artículo 28. Son atribuciones del Secretario de Relaciones Públicas:

a) Organizar y dirigir todas las publicaciones que emanen del colegio; b) Organizar toda clase de actividades sociales y recreativas para afianzar en los colegiados el espíritu de solidaridad gremial; c) Programar actividades de extensión a la comunidad; y, d) Colaborar con la Secretaría de Finanzas en el incremento del patrimonio. e) Artículo 29. Son atribuciones de Secretario de Finanzas

a) Recaudar y manejar bajo su responsabilidad los fondos del Colegio conforme, a lo establecido en esta ley; b) Pagar las cuentas debidamente autorizadas por el Presidente; c) Depositar en una institución bancaria del p país, y a nombre del colegio, los fondos conforme lo establezca la Junta Directiva; d) Llevar los registros necesarios, debidamente autorizados por el fiscal del colegio e) Rendir la fianza que le fije la Junta Directiva; f) Presentar mensualmente un estado de cuentas a la Junta Directiva y anualmente a la Asamblea el balance y el informe general de su secretaría; y, g) Las demás que le otorguen las Leyes y Reglamentos.

Artículo 30. Son atribuciones del Fiscal

a) Velar por el cumplimiento de esta Ley y los reglamentos; b) Practicar con el presidente por lo menos cada seis meses, cortes de caja y revisión de cuentas, dejando constancia de ello en una acta especial; c) Velar porque se ejecuten los acuerdos de la Junta Directiva y exigir que se cumplan los del Tribunal de Honor; d) Llevar la representación legal del colegio y delegarla en un profesional competente, en caso necesario, previa autorización de la Junta Directiva; y, e) Ejercer las acciones precedentes contra las personas que en forma ilegal o indebida ejerzan la profesión de la Psicología,

Artículo 31. Son atribuciones de los vocales: a) Por su orden sustituir las ausencias temporales del Presidente cuando falte, del Vice- Presidente y del fiscal; y, b) Desempeñar las comisiones que le fueren encomendadas por el Presidente o por la Junta Directiva.

CAPITULO VII

TRIBUNAL DE HONOR

Artículo 32. El Tribunal de Honor es el organismo encargado de velar porque se cumplan las normas de ética profesional por parte de los colegiados.

Artículo 33. El Tribunal de Honor estará integrado por siete miembros propietarios y dos suplentes, electos cada año por la Asamblea General Ordinaria entre los colegiados que tengan no menos de cinco años de ejercicio profesional y que no hayan sido sancionados por el colegio, pudiendo ser reelectos.

Artículo 34. Los miembros del Tribunal de Honor no podrán ejercer ningún cargo en la Junta Directiva mientras duren en sus funciones.

Artículo 35. En su primera sesión el Tribunal de Honor integrara eligiendo su propia directiva. Sesionara con la totalidad de sus miembros, sus decisiones deberán ser aprobadas por cinco de sus miembros por lo menos y no se permitirán abstenciones. Anualmente se presentara un informe en sesión ordinaria de la Asamblea General.

Artículo 36. El Tribunal de Honor tendrá las atribuciones

- a) Conocer las quejas y denuncias que se presenten contra los colegiados, hacer las averiguaciones del caso oyendo a los inculpados y presentar a la Junta Directiva el correspondiente dictamen con las recomendaciones que convengan;
- b) Servir de mediador en los problemas que surjan entre los colegiados o entre estos y los particulares; y,
- c) Velar por el estricto cumplimiento de las normas de ética profesional.

Artículo 37. Los dictámenes y proposiciones del Tribunal de Honor serán remitidos al secretario de Actas y Colegiación, para que la Junta Directiva resuelva lo procedente.

CAPITULO VIII

DE LAS NORMAS DE ETICA PROFESIONAL

Artículo 38. El presente Capítulo tiene por objeto sentar las normas de ética que deben orientar el ejercicio de la profesión de la Psicología procurando que la conducta del psicólogo en sus relaciones con los clientes, con los colegas y la sociedad en general, se enmarque dentro de su estricto (cumplimiento) Código de respeto y decencia.

Artículo 39. En relación con los clientes del Psicólogo tienen los siguientes deberes: a) No hacer discriminaciones en razón de edad, sexo, credo religioso, inclinación política o situación económica. b) No ofrecer más de lo que la capacidad profesional permite. En tal sentido el Psicólogo se abstendrá de ofrecer servicios profesionales que no tengan una sola base científica; c) Guardar la más absoluta discreción en cuanto a las informaciones confidenciales recibidas; y, d) Lo relativo al ejercicio profesional de las diferentes especialidades, será regulado por el código de Ética Profesional del Colegio.

Artículo 40. Son deberes del Psicólogo en relación con los demás colegiados:

- a) No denigrar el prestigio y la capacidad de ningún colegiado; b) No competir para conseguir posiciones o privilegios; y, c) No aceptar cargos a posiciones que estén siendo desempeñados por otros colegiados mientras no tengan la certeza de que tal sustitución no lesiona en forma alguna al otro colegiado.

Artículo 41. Son deberes del Psicólogo colegiado en relación con la sociedad:

- a) Ajustar su conducta a estrictas normas de honorabilidad y decencia; b) Procurar con sus actuaciones elevar el prestigio y el respeto de la sociedad por la profesión de la Psicología; y, c) Tratar de mejorar constantemente su capacidad profesional mediante el estudio y la investigación.

Artículo 42. Son actos contrarios a la honradez profesional y susceptible de sanción, los siguientes:

- a) publicar por cualquier medio anuncios en los cuales se ofrezcan servicios profesionales más allá de la real capacidad del colegiado; b) Exhibir, publicar o relatar casos o detalles de casos que puedan ocasionar daño moral o de otro tipo a un cliente o a su familia; c) Publicar por cualquier medio, anuncios de oferta de servicios profesionales adjudicándose títulos o grados académicos que no se poseen; d) Prestarse para que la psicología se use con fines de charlatanería o de explotación de las personas; y, e) Firmar certificados o informes Psicológicos con datos falseados deliberadamente para conseguir propósitos fuera de la ética profesional.

Artículo 43. Los Psicólogos están en el deber de combatir el uso de la Psicología en cualquiera de sus ramas con fines de explotación del público o a través de comercialismo, instrucción, charlatanería y cualquier otra práctica indebida. Igual deberá combatirse el ejercicio ilegal de la profesión y practica de métodos o sistemas que no tengan una sólida base científica.

Artículo 44. Al ofrecer sus servicios profesionales por medio de anuncios en los medios de comunicación, los psicólogos se limitaran a indicar su nombre completo, título o grado académicos, especialidad si la tiene, dirección del consultorio, días y horas de consulta, número de teléfono y número de inscripción en el colegio. Estas normas rigen también para los rótulos o placas externas de la clínica o consultorios psicológicos.

Artículo 45. Corresponde a los Psicólogos colegiados dedicarse a la práctica profesional de cualquiera de los campos reconocidos de la psicología como ciencia, a la investigación de los fenómenos para psicológicos, al impartimiento de cursos y seminarios de capacitación en el campo de la Psicología y a la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas.

Artículo 46. Los Psicólogos no residentes en Honduras sólo podrán desarrollar actividades profesionales en forma temporal, previo permiso concedido por la Junta Directiva del Colegio.

CAPITULO IX

DE LAS SANCIONES

Artículo 47. Toda la violación voluntaria o por emisión de los preceptos establecidos en la presente ley, dará lugar a la aplicación de sanciones.

Artículo 48. Las sanciones serán impuestas por la Junta Directiva del Colegio de Psicólogos de Honduras, oyendo previamente la opinión de los organismos competentes.

Artículo 49. Los colegiados a quienes se haya impuesto alguna sanción pueden apelar ante la Asamblea General.

Artículo 50. Toda denuncia, queja o acusación contra un Psicólogo colegiados deberá hacerse por escrito ante el Tribunal de Honor objetivamente fundamentada.

Artículo 51. Recibida la denuncia, queja o acusación, el Tribunal de Honor hará las investigaciones pertinentes, oyendo a la parte acusadora y al colegiado involucrado así como a probables testigos, para emitir un fallo dentro de un plazo no mayor de 60 días calendario de la fecha en que se presentó la denuncia, queja o acusación.

Artículo 52. La investigación de que se habla en el artículo anterior será realizada por el Tribunal de Honor conforme lo estipule su reglamento interno.

Artículo 53. La resolución de la Junta Directiva o de la Asamblea se comunicará por escrito a los interesados y se anotará en el expediente respectivo.

Artículo 54. El Tribunal de Honor tendrá una Directiva integrada de la siguiente manera: Presidente, vicepresidente, Secretario de Actas y correspondencia y los demás miembros como vocales.

Artículo 55. Las sanciones que podrá aplicar la Junta Directiva, según la gravedad de la falta, serán las siguientes: Amonestación Privada, Amonestación pública, multa y suspensión en el ejercicio profesional de 6 meses a 3 años.

CAPITULO X

DEL PATRIMONIO DEL COLEGIO

Artículo 56. Forman el patrimonio de Colegio de Psicólogos de Honduras:

a) Todos los bienes que adquiriera por compra, donación o cualquier otra acción lícita; b) Las cuotas de inscripción, las ordinarias, las extraordinaria, las multas y cualquier otro ingreso; y, c) las rentas y demás productos de sus bienes.

Artículo 57. Las cuotas de inscripción serán de Lps 50.00(CINCUENTA LEMPIRAS EXACTOS); Las cuotas ordinarias serán de Lps 200.00 (DOSCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) anuales, pagaderos en cuatro cuotas trimestrales, los meses de abril, julio, octubre y diciembre. Las cuotas extraordinarias que apruebe la Asamblea General no podrán exceder de Lps 50.00 (CINCUENTA LEMPIRAS EXACTOS) en el año.

Artículo 58. La falta injustificada de pago por más de un trimestre dará lugar a amonestaciones privadas, si no se hiciera el pago se hará una amonestación pública, si después de esto persiste, la morosidad dará lugar a la suspensión por seis meses en su condición de colegiado, para recuperar la actual deberá ponerse al corriente en el pago de las cuotas y multas correspondientes.

CAPITULO XI

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 59. El Colegio de Psicólogos de Honduras estará exento del pago de toda clase de impuestos nacionales y municipales.

Artículo 60. El Colegio de Psicólogos no podrá disolverse mientras cuente con un número de treinta o más afiliados. En caso de disolución, la Asamblea General determinará el destino de los bienes de colegio.

Artículo 61. Todo profesional al incorporarse al colegio lo mismo que al tomar posesión de un cargo para el cual haya sido elegido, prestará la siguiente promesa de ley: Prometo ser fiel al Colegio de Psicólogos de Honduras respetar sus principios cumplir y hacer que se cumpla su Ley Orgánica, sus reglamentos y las disposiciones que emitan sus organismos de dirección.

Artículo 62. La presente Ley entrará en vigencia desde el día de su publicación en el Diario Oficial 'La Gaceta'.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central, en el Salón de Sesiones del Congreso Nacional, a los nueve días del mes de Noviembre de mil novecientos ochenta y dos.

ANEXO 18. REFORMAS ARANCEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS HONDURAS

Procesamiento Técnico Documental Digital UDI-DEGT-UNAH

La Gaceta	REPÚBLICA DE HONDURAS - TEGUCIGALPA, M. D. C., 18 DE MAYO DEL 2016	Sección B Avisos Legales No. 34,036
<p>Artículo 19 Especificación de las Categorías: Las categorías a que se refiere el artículo anterior, se establecerán tomando como base los requisitos del puesto para ser desempeñado eficientemente, antigüedad y el grado de responsabilidad que asume el Psicólogo en el desempeño de sus funciones.</p> <p>Se propone que cada categoría quede especificada como sigue:</p> <p>I Licenciatura en Psicología.</p> <p>II Licenciatura en Psicología con (tres) 3 años de experiencia con diplomado(s) y otras capacitaciones después de haber obtenido el título de Licenciado(a), debiendo presentar diploma o constancia que lo acredite.</p> <p>III Con Especialidad y/o Maestría. Debidamente incorporada o reconocida por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) e inscrito en el Colegio de Psicólogos de Honduras (COPSIH).</p> <p>IV Con Doctorado. Debidamente incorporado o reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) e inscrito en el Colegio de Psicólogos de Honduras (COPSIH).</p> <p>Artículo 20 Sueldo Base de las Categorías: El salario base que se asignará a cada categoría, se incrementará, por lo menos, en un veinte por ciento en relación a la categoría inferior; sin perjuicio del derecho a los aumentos y beneficios contemplados en el Artículo 17 de este Arancel.</p> <p>Se propone que se especifique el salario en cada categoría, quedando como sigue:</p> <p>I L.21, 000.00 – veintiún mil Lempiras II L.25, 200.00 – veinticinco mil doscientos Lempiras III L.30, 240.00 – treinta mil doscientos cuarenta Lempiras IV L.36, 288.00 – treinta y seis mil doscientos Lempiras.</p>	<p>a) Diagnóstico Institucional (por día = 6 horas): L.2, 000.00 b) Procesos de Prevención (por día = 6 horas): L.2, 000.00 c) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00 d) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por día = 6 horas): L.8,000.00 e) Consultorías (por hora): L.1, 000.00 f) Asesoría (por hora): L.1, 000.00</p>	<p>Artículo 23.- Área Clínica Para el área de la Psicología Clínica quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:</p> <p>a) Entrevista (por persona): L.600.00 b) Estudio completo de personalidad (por persona): L.3,500.00 c) Psicoterapia Individual (por sesión): L.800.00 d) Psicoterapia Familiar (por sesión): L.1, 200.00 e) Psicoterapia Grupal (por sesión): L.1,800.00 f) Psicoterapia de Pareja (por sesión): L.1, 000.00 g) Estudio Psicológico Completo (por persona): L.2, 500.00 h) Intervención en Crisis (por sesión): L.1, 000.00 i) Psicodiagnóstico Clínico, Estudio Completo (por persona): L.2,500.00 j) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00 k) Talleres, seminarios, capacitaciones o conferencias (por día = 6 horas): L.8,000.00. l) Psicodiagnóstico Clínico para niños y adolescentes (por persona): L.2,500.00.</p>
<p style="text-align: center;">TÍTULO IV DE LOS HONORARIOS</p> <p>Artículo 22.- Área Social Para el área de la Psicología Social quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:</p>	<p>Artículo 24.- Área Industrial Para el área de la Psicología Industrial quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:</p> <p>a) Evaluación de selección de personal para personal de servicio (por persona): L.1, 000.00 b) Evaluación de selección de personal para trabajos operativos y administrativos (por persona): L.1, 500.00 c) Evaluación de selección de personal para mandos intermedios (por persona): L.1, 800.00 d) Evaluación de selección de personal para nivel ejecutivo (por persona): L.3,500.00 e) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00</p>	<p style="text-align: right;">B. 2</p>

Derecho Reservados ENAG

- f) Talleres, Seminarios, Capacitaciones (por día = 6 horas): L.8, 000.00
- g) Asesoría (por hora): L.1, 000.00
- h) Consultoría (por hora): L.1, 000.00
- i) Elaboración de manual de inducción: L.25, 000.00
- j) Elaboración de manual de méritos y desempeños: L.30, 000.00
- k) Elaboración de manual de proceso de selección de personal: L.30, 000.00
- l) Elaboración de análisis de puestos: L.3, 000.00 (por puesto).
- m) Elaboración de manual de seguridad laboral: L.30, 000.00
- n) Diagnóstico de necesidad de capacitación: L.30, 000.00
- ñ) Manual por Competencias: L. 45,000.00
- o) Estudio de clima laboral: L. 35,000.00 máximo 50 empleados y Lps.50, 000.00 para 100 empleados
- p) Escala Salarial para 30 empleados Lps.30, 000.00
- q) Valuación por puesto L.1, 000.00

Artículo 25.- Área Educativa

Para el área de la Psicología Educativa quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:

- a) Entrevista para evaluación preliminar de orientación vocacional (por sesión): L.600.00
- b) Evaluación para orientación vocacional (Estudio completo): L.3, 000.00
- c) Evaluación de niños, adolescentes y adultos que no aprenden. (por sesión): L.600.00
- d) Evaluación de niños, adolescentes y adultos que no aprenden. Estudio Completo (por persona): L.3, 000.00
- e) Tratamiento Psicopedagógico (por sesión): L.800.00
- f) Orientación educativa (por sesión): L.700.00
- g) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00
- h) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por día = 6 horas): L.8, 000.00

Artículo 26.- Área Forense:

Para el área de la Psicología Forense quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:

En Juicio Civil:

- a) Evaluación psicológica (por persona): L.6, 000.00.
- b) Asesor en Juicio Civil: L.4, 000.00 En Juicio Penal.

- c) Evaluación psicológica y presentación de Dictamen en primera Audiencia Programada: L.11, 000.00.
- d) Por asistencia a cada Audiencia programada (después de la primera): L.1, 000.00.
- e) Asesor en Juicio Penal: L.6, 000.00.
- f) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00.
- g) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por día = 6 horas): L.8,000.00.

Artículo 27.- Área Psicodeportiva

Para el área de la Psicología del Deporte quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:

- a) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00
- b) Entrenamiento Mental (de 5 a 10 sesiones): L.2, 000.00
- c) Estudio Psicodeportológico Completo (incluyendo entrevistas): L.3,000.00
- d) Sesiones Individuales (por sesión): L.700.00
- e) Asesoramiento: de L.500.00 a L.700.00

Artículo 28.- Área Adictiva

Para el área de la Psicología en Adicciones quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:

- a) Evaluación adictiva (por persona): L.1, 200.00
Proceso de rehabilitación y Tratamiento psicológico
- b) Manejo de la abstinencia (por sesión – 3 sesiones L.800.00)
- c) Desarrollo de autorregulación (por sesión): L.800.00 individual y grupal L.1,800.00
- d) Desarrollo de habilidades y Reinserción sociales en rehabilitación (por sesión): L.900.00
- e) Psicoterapia familiar: L.1, 200.00
- f) Terapia grupal para el adicto, sesión de 2 horas (grupo de 8 a 10): L.2, 500.00
- g) Terapia desadictiva (por sesión): L.1, 000.00
- h) Sesiones de seguimiento: L. 800.00
- i) Intervención en crisis: L.1, 000.00

Nota:

El proceso de rehabilitación y tratamiento psicológico se manejará en un valor total mensual de L.15, 000.00 por persona. Donde

se abordará al cliente con las actividades anteriormente descritas según la adicción.

- j) Talleres, seminarios, capacitaciones o conferencias (por hora): L.1, 500.00
- k) Talleres, seminarios, capacitaciones o conferencias (por día hora): L.8, 000.00
- l) Consultoría (por hora): L.1, 000.00
- m) Elaboración de manual de intervención en adicciones (por manual): L.25,000.00
- ñ) Diplomado en Adicciones, 60 horas por participante (material incluido): L.5, 000.00 por persona.

El proceso de rehabilitación y tratamiento psicológico se manejará en un valor total mensual de L.15, 000.00 por persona. Donde se abordará al cliente con todas las actividades anteriormente descritas.

Artículo 29.- Área Neuropsicológica

Para el área de la Neuropsicología quedan establecidas las cantidades mínimas siguientes:

- a) Entrevista neuropsicológica (por sesión): L.500.00
- b) Evaluación neuropsicológica: L.2, 700.00
- c) Estimulación neurosensorial (por sesión): L.500.00
- d) Rehabilitación cognitiva (por sesión): L.600.00
- e) Rehabilitación cognitiva grupal (por sesión): L.900.00
- f) Rehabilitación cognitiva domiciliaria (por sesión): L.700.00
- g) Asesoramiento neuropsicológico: L.1, 000.00
- h) Asesoramiento familiar (por sesión): L.500.00
- i) Intervención neuroeducativa (por sesión): L.700.00
- j) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por hora): L.1, 500.00
- k) Talleres, Seminarios, Capacitaciones o Conferencias (por día = 6 horas): L.8, 000.00.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, departamento de Francisco

ROSARIO MARQUEZ
SECRETARIA DE ACTAS Y COLEGIACIÓN

18 M. 2016.

INVERSIONES Y SERVICIOS D Y B, S.A. DE C.V. San Pedro Sula, Honduras, C.A.

CONVOCATORIA

El Consejo de Administración de **INVERSIONES Y SERVICIOS D Y B, S.A. DE C.V.**, por este medio **CONVOCA**: a sus accionistas para que asistan a la **ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIO DE ACCIONISTAS**, que se celebrará el día **Martes 07 de junio 2016, a las 10:30 A.M.**, en las oficinas de Cementos del Norte, S.A. en Río Bijao, Choloma, Cortés, para tratar los siguientes asuntos:

1. Comprobación del quórum.
2. Proyecto de Reforma Escritura de Constitución Social.
3. Clausura de la Asamblea.

De no haber quórum en la primera reunión, la Asamblea se celebrará el día siguiente miércoles 08 de junio de 2016, en el mismo lugar y hora, con los accionistas que asistan.

San Pedro Sula, 12 de mayo, 2016.

LIC. VICTOR HUGO GONZÁLEZ
Comisario
Consejo de Administración

18 M. 2016.

AVISO DE CANCELACIÓN Y REPOSICIÓN DE TÍTULO VALOR

EL INFRASCRITO, SECRETARIO, POR LEY DEL JUZGADO DE LETRAS SECCIONAL, AL PÚBLICO EN GENERAL Y PARA LOS EFECTOS DE LEY, HACE SABER: Que en este Juzgado con fecha dieciocho de enero del año dos mil dieciséis, la señora **MARIBEL PORTILLO FRANCO**, presentó Solicitud de Cancelación y Reposición de Título Valor, consistente en Certificado en Depósito en Lempiras en cuenta a Plazo Fijo número 13801000188, emitido por la Institución Mercantil denominada, **BANCO BANHCAFE**, a favor de la señora **MARIBEL PORTILLO FRANCO**.

Actúa la Abogada **SELVIN OMAR BENITEZ REYES**, en su condición de Apoderado Legal de la señora **MARIBEL**

El Progreso, departamento de Yoro a los 02 de mayo del 2016.

LIC. MARVIN MOREL MIRANDA
SECRETARIO, POR LEY.

18 M. 2016.

ANEXO 19. PSICOONCOLOGÍA

*Proporcionado por Lic. Mildred Tejada, Psicóloga con Máster en Psicooncología y Cuidados Paliativos

ROL DEL PSICÓLOGO EN ONCOLOGÍA:

El psicólogo especializado en el abordaje al paciente oncológico y sus allegados es el psicooncólogo.

¿Qué es la Psicooncología?

Es la especialidad dentro de la psicología de la salud que se ocupa de atender a los pacientes afectados por cáncer y sus familias. Ayudando a enfrentar el impacto emocional de la enfermedad y tratamiento para mejorar la calidad de vida. Y todo lo que minimice el sufrimiento.

A su vez la Psicooncología aborda las necesidades del equipo sanitario que atiende a esta población.

Las funciones se pueden dividir en:

- Evaluación y tratamiento psicológico a pacientes con cáncer y a sus familiares o allegados.

Se utilizan tratamientos psicológicos basados en:

- Counseling
- Terapia Cognitiva
- Relajación
- Intervención en crisis
- Técnicas en desensibilización y exposición
- Terapia narrativa
- Terapia de aceptación y compromiso
- Terapia grupal

Entre otras de probada eficacia en pacientes con cáncer.

- Detección y prevención de duelos complicados o patológicos, a través de:
 - El tratamiento del duelo

- Psicoeducación dirigido al paciente, familiares y personal sanitario. Se pueden realizar de manera oral, acompañados por material escrito, visual, experiencial.

Ejemplos.

Para el paciente:

- Información sobre su enfermedad. (en caso de ser paciente pediátrico, se puede realizar a través de historias, cuentos, o dibujos)
- Información sobre su tratamiento (quimioterapia, cirugía, radioterapia; entre otros) y efectos secundarios.
- Como comunicar su diagnóstico a seres queridos
- Técnicas de relajación
- Como prepararse psicológicamente para tratamientos invasivos.
- Alimentación adecuada.
- Cuidados para su salud.
- Sexualidad y cáncer
- Temas sobre su medicación
- Autoestima
- Etc.

Para el familiar:

- Información sobre la enfermedad del ser querido
- Como cuidar un familiar enfermo.
- Técnicas de relajación.
- Alimentación para el familiar enfermo.
- Autocuidado
- Como comunicar el diagnóstico del ser querido a familia.
- Etc.

Para el personal sanitario:

- Como comunicar malas noticias
- Técnicas de relajación
- Cuidado personal
- Formación continua (en diversos aspectos que incrementen la calidad de atención al paciente con cáncer y sus familias).

- Apoyo al personal sanitario.

Brindar sensibilización y educación a la población a través de campañas de prevención y detección precoz del cáncer.

La terapia grupal en oncología consiste en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un conjunto de pacientes, aunque no solo se reduce a ello. Tanto la interacción de paciente- paciente como la de paciente- terapeuta se efectúan en el grupo para crear cambios en la conducta inadaptada de cada participante.

Diseño y desarrollo de grupos psicoterapéuticos en oncología:

Hay algunas cuestiones prácticas que se deben tener en cuenta a la hora de planificación y son:

1. ¿Cuándo y dónde se va a reunir el grupo?
2. ¿Cómo se va a identificar a los potenciales participantes?
3. Si el grupo será cerrado o abierto.
4. ¿Qué tipo de patología tumoral van a tener los participantes? ¿la misma o participaran individuos con diferentes tipos de cáncer?
5. ¿En qué estadio de la enfermedad se encontraran los participantes?
6. ¿Cómo se va a transmitir la información sobre el grupo a los participantes?
7. ¿Cómo se le va a informar a otros profesionales acerca del grupo y de la participación de los asistentes?
8. Métodos de recogida de información (pre y post evaluación).
9. Identificación de existencia de actividades de otros servicios con las que interfiera la celebración del grupo.
10. La preparación del material a distribuir durante las sesiones grupales: hojas informativas, videos.
11. La formación de los terapeutas en terapias grupales.
12. La existencia y conocimiento de información de otras instituciones en las que se lleven a cabo grupos similares con el fin de aprender acerca del funcionamiento de otros programas.
13. El establecimiento de reuniones regulares para asegurar el trabajo en equipo y el desarrollo óptimo del programa.

La identificación de facilitadores del grupo.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA CON PACIENTES CON CÁNCER

Es un programa de tratamiento que integra un conjunto de técnicas y estrategias de intervención basadas en el modelo cognitivo conductual, existencial, social y ecológico, entre otros.

La intervención psicoeducativa, además de proporcionar información al paciente, promueve cambios de actitud y conducta, elimina las concepciones erróneas sobre la enfermedad, y ayuda a los pacientes a regular su actitud frente a la misma y a corregir las distorsiones e ideas erróneas asociadas a la enfermedad, mejorando la adaptación a la enfermedad.

Se considera una intervención fácil de aplicar y económica, que puede administrarse en un grupo de 8 a 12 pacientes en sesiones de 90 minutos bajo la dirección de uno o dos psicólogos entrenados, con experiencia en Psicooncología. Las sesiones deben oscilar entre 3 a 12 sesiones, siendo lo más frecuente 6.

Los objetivos generales de los programas de intervención psicoeducativa se centran en:

1. Mejorar la adaptación funcional del paciente.
2. Prevenir posibles reacciones emocionales desadaptativas.
3. Reducir el impacto emocional negativo derivado del diagnóstico del cáncer y/o de los tratamientos.

Respecto a los objetivos específicos, estarán:

1. Reducir los niveles de ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas.
2. Disminuir sentimientos de indefensión y desesperanza.
3. Incrementar la percepción de control y reforzar el papel activo del paciente.
4. Mejorar el conocimiento de la enfermedad.
5. Incrementar adherencia a los tratamientos oncológicos.
6. Favorecer la expresión emocional.
7. Mejorar la comunicación del paciente con su familia, entorno y con los profesionales sanitarios.
8. Incrementar el apoyo social.
9. Estimular la participación en actividades y relaciones sociales.

La intervención psicoeducativa puede adoptar el formato de grupo o el individual. Respecto a la intervención grupal se debe valorar varias opciones posibles, es decir, grupos homogéneos/heterogéneos, abiertos/cerrados, etc. La mayoría de los programas de intervención psicoeducativa tienden a ser grupales.

En relación a las variables de edad y sexo de los pacientes, la literatura indica que los pacientes jóvenes y las mujeres son los que más parecen beneficiarse de este tipo de intervención (Cunningham et al., 1993) pero esto no quiere decir que los pacientes de mayor edad y los hombres no se beneficien de estos programas.

Estructura de una sesión de intervención psicoeducativa:

Programa: sesión número:

Objetivo general: fecha:

Objetivo específico:

Sesión/tema	Debe orientarse al tema o al componente de la sesión
Objetivo	Claramente definidos y deben aportar el cumplimiento de la línea de objetivos
Evaluación	Determinar estrategias de evaluación pre y post intervención
Procedimiento	Descripción detallada, tanto de la intervención a realizar en la sesión como de las tareas y material psicoeducativo para reforzar lo aprendido en casa.
Técnicas	Aquellas que deben usarse en función del contenido de la intervención.
Recursos	Necesarios para implementar cada sesión.
Tiempo	Duración promedio de la sesión.
Observaciones	Reacciones del grupo o modificaciones que se realicen.

ANEXO 20. BROCHURE PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS



Ante una enfermedad como el cáncer, es normal que aparezcan emociones negativas como la tristeza, el miedo, la rabia, la frustración, etc.



► En muchos momentos sentimos que no tenemos el control sobre ellas, en nuestra cabeza aparecen pensamientos de tipo "es el final" o "no voy a poder".

Además, nuestro cuerpo se activa, aparecen molestias gástricas, cansancio, dificultades para respirar, entre otras.

Todo esto afecta en nuestro comportamiento: lloramos con más frecuencia, estamos más irritables, tenemos dificultades para dormir, nos aislamos; etc. "

Hay una gran parte importante que depende de ti! Por eso a través de la **psicooncología** te ayudamos a que recuperes o mantengas calidad de vida.

Pero.. ¿Qué es la Psicooncología?

Es una rama de la psicología clínica que tiene como finalidad el abordaje de los problemas del paciente oncológico desde un punto de vista psicológico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

¿En qué me puede ayudar un Psicooncólogo?

- Con apoyo emocional.
- En aprender distintas técnicas para disminuir y manejar las emociones negativas como la tristeza, el miedo, la ansiedad, la incertidumbre y el enfado durante el proceso de la enfermedad.
- En aprender habilidades de comunicación entre familiares y con el personal sanitario.
- Aceptación y búsqueda de soluciones ante dificultades: Tratamientos, cirugías, imagen corporal, sexualidad; entre otros.

* El Psicólogo especializado en psicooncología no cambia el diagnóstico, sino posibilita que el paciente se ayude a sí mismo modificando las características de su personalidad, la forma de afrontar los problemas, y la gestión de las emociones y comportamientos.

ANEXO 21. PENSUM CARRERAS DE MEDICINA EN HONDURAS

PRIMER PERÍODO			PRIMERO AÑO			CUARTO AÑO			SÉPTIMO PERÍODO		
Código	Asignatura	UV	Requisito	Código	Asignatura	UV	Requisito	Código	Asignatura	UV	Requisito
FS-111	Física Médica	4	Ninguno	PA-100	Patología I	7	MB-610, SF-102				
QQ-111	Química Médica	5	Ninguno	PG-201	Farmacología I	6	BI-134				
MM-112	Matemáticas	5	Ninguno	FP-211	Fisiopatología I	6	IDEM de PA-100				
IN-101	Inglés I	4	Ninguno	CL-100	Introducción a la Clínica I	8	IDEM de PA-100				
FF-101	Filosofía	4	Ninguno	OCTAVO PERÍODO							
EG-011	Español General	4	Ninguno	Código	Asignatura	UV	Requisito				
SEGUNDO PERÍODO				PA-200	Patología II	7	PA-100				
BI-123	Biología Médica	5	Ninguno	PG-202	Farmacología II	6	PG-201				
QQ-112	Química Médica II	5	QQ-111, MM-112	FP-212	Fisiopatología II	6	FP-211				
FF-206	Ética	3	FF-101	CL-200	Introducción a la Clínica II	8	PA-100, PG-201, FP-211, CL-100				
IN-102	Inglés II	4	IN-101	PS-112	Psicopatología	3	PA-100, PG-201, FP-211, CL-100				
SC-101	Sociología	4	Ninguno	NOVENO Y DÉCIMO PERÍODO							
HH-101	Historia de Honduras	4	Ninguno	Código	Asignatura	UV	Requisito				
TERCER PERÍODO				CL-205	Cirugía I	10	Todas hasta IV Año				
SEGUNDO AÑO				CL-206	Medicina I	10					
FS-210	Bio Física	4	FS-111, BI-123	RD-301	Técnicas y Proc. Med.	2					
RR-190	Arte o Deporte	3	Ninguno	MQ-411	Radiofísica	2					
MM-241	Bioestadística	5	MM-112	CL-207	Gineco Obstetricia I	10					
IN-103	Inglés III	4	IN-102	CL-208	Pediatría	10					
BI-130	Educación Ambiental	3	Ninguno	EC-110	Epidemiología	4					
SP-101	Introducción a la Salud Pública	6	Primer Año (I y II Período)	PS-113	Psiquiatría	6					
CUARTO PERÍODO				SP-213	Salud Pública III	11					
Código	Asignatura	UV	Requisito	ONCEAVO Y DUODÉCIMO PERÍODO							
AM-121	Anatomía Macro.	7	Todas las anteriores (I, II y III Período)	Código	Asignatura	UV	Requisito				
EL-124	Embriología	7		CL-209	Clinico Cirugía II	10	Todas hasta V Año				
NA-123	Neuroanatomía	7		UR-403	Urología	3					
AI-122	Anatomía Micro.	7		CL-210	Clinica Médica II	10					
QUINTO PERÍODO				CL-211	Clinica Gineco Obstetricia II	10					
Código	Asignatura	UV	Requisito	CL-212	Clinica Pediatría	10					
FO-101	Fisiología	11	Todas hasta el IV Período (Segundo Año)	OF-403	Oftalmología	2					
BQ-113	Bioquímica	7		ML-205	Medicina Legal	2					
PS-110	Psicología Médica	6		RD-402	Radiofísica II	3					
SP-211	Salud Pública I	6		PS-115	Medicina Psicosomática	2					
SEXTO PERÍODO				PS-116	Higiene Mental	2					
Código	Asignatura	UV	Requisito	NE-403	Neurología	3					
MB-610	Microbiología	8	IN-103, BQ-113, FO-101	OT-403	Otorrino	3					
BI-134	Genética	5	IN-103, BQ-113	DE-403	Dermatología	3					
SF-102	Servicio Social Formativo	6	FO-101, EL-124, SP-130, IN-103	SP-214	Salud Pública IV	8					
SP-212	Salud Pública II	7	SP-211, IN-103	OR-403	Otorrinolaringología	2					
SEPTIMO AÑO				INTERMEDIO ROTATORIO							
Código	Asignatura	UV	Requisito	Código	Asignatura	UV	Requisito				
MB-610	Microbiología	8	IN-103, BQ-113, FO-101	TC-501	Terapéutica Clínica	2	Todas hasta VI Año				
BI-134	Genética	5	IN-103, BQ-113	CL-213	Internado Cirugía	16					
SF-102	Servicio Social Formativo	6	FO-101, EL-124, SP-130, IN-103	CL-214	Internado Gineco-Obstetricia	16					
SP-212	Salud Pública II	7	SP-211, IN-103	CL-215	Internado Medicina	16					
				CL-216	Internado Pediatría	16					

REALIZADO EN LOS HOSPITALES MAS IMPORTANTES DEL PAIS:

- Tegucigalpa
- San Pedro Sula
- La Ceiba
- Santa Rosa de Copán
- Choluteca

Total asignaturas 68

OCTAVO AÑO

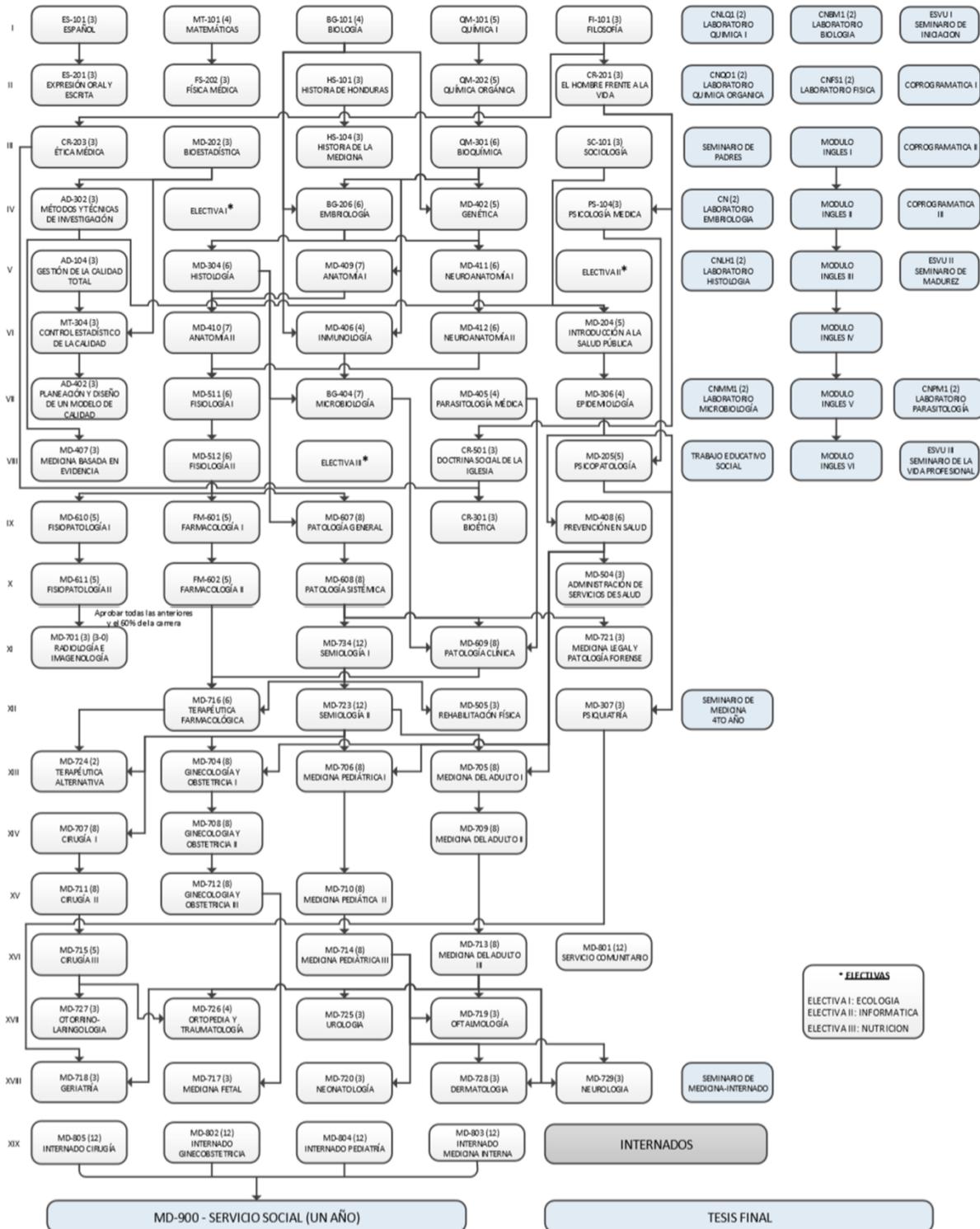
Servicio Social Obligatorio Distribuidos en todo el País.

IMPORTANTE

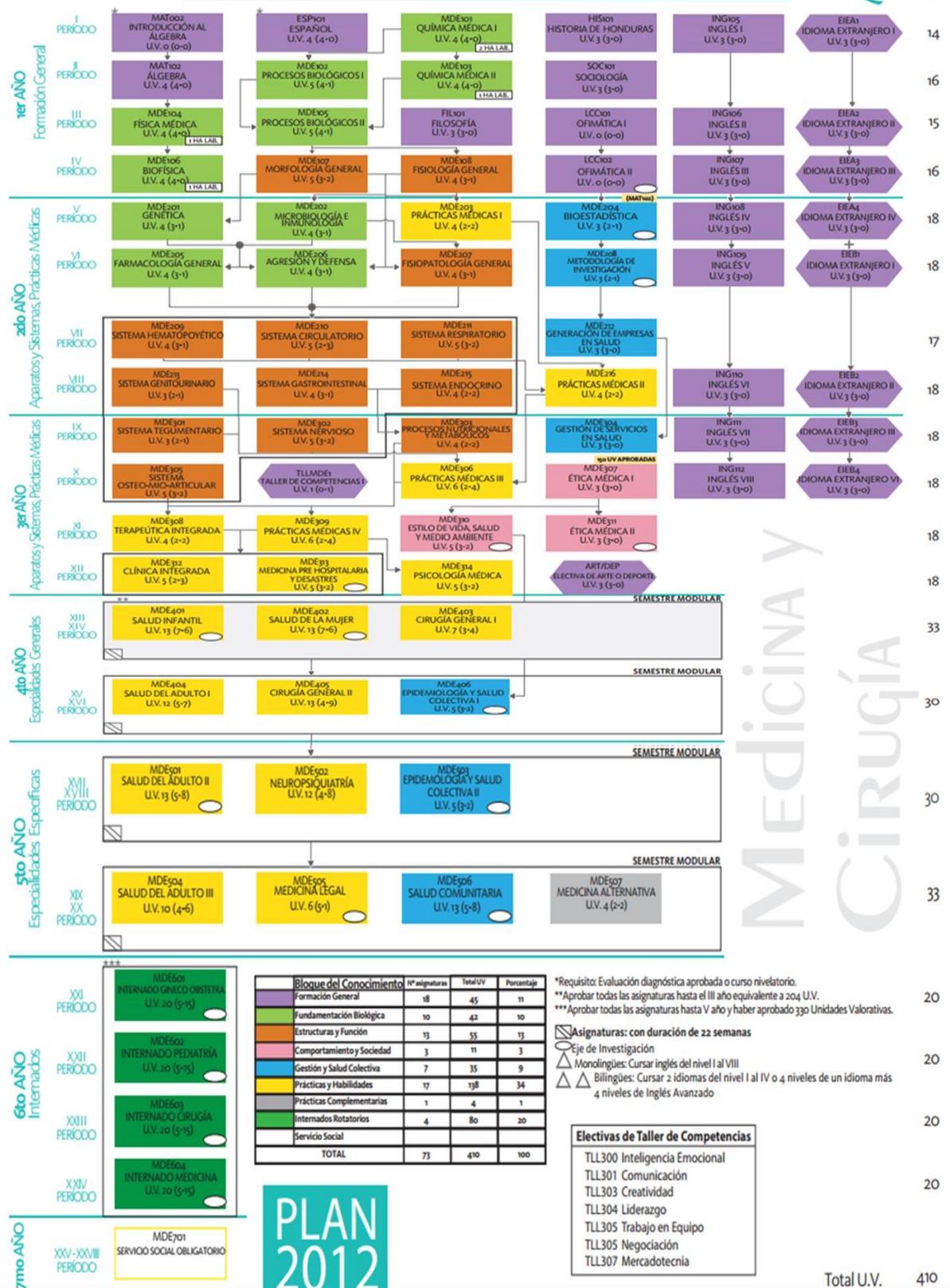
Una misma asignatura solo podrá ser matriculada dos veces, de lo contrario perderá su derecho a permanencia en la Facultad de Ciencias Médicas, salvo previo análisis e investigación de su caso, dando autorización la Junta Directiva para matricula por una sola vez más.



www.unah.edu.hn



Plan de Estudios de: Medicina y Cirugía S-01



PLAN 2012

ANEXO 22. COTIZACIONES BIENES RAICES



Casa de 4 habitaciones la cual puede ser utilizada para oficinas.

Colonia Los Álamos, calle con seguridad privada apta para su objetivo.

<https://www.facebook.com/AlpineHN/posts/204268916783547>

Alquiler \$750 es un excelente precio en comparación a otras opciones con similares características.







3RS Inmobiliaria S.A. de C.V.

(504)2550-6252

(504)9986-8706

Fax: (504)25506271

ventas@3rsinmobiliaria.com

Local Comercial frente a Bulevar del Norte Sector Rio Blanco

Renta: \$425 USD



INFORMACION DEL INMUEBLE

Renta

TIPO: Locales Comerciales/ Local/ Casas o Locales

CARACTERISTICAS: 70 m2 de Local Comercial frente a Bulevar del Norte, Sector Río Blanco

CLAVE: 4332

AREA CONSTRUIDA: 70.00 m2

UBICACIÓN: San Pedro Sula, Cortes

COLONIA: Rio Blanco

MAS INFORMACION

Espacios Para Autos: 10

Amenidades: Agua

Agente: Marvin Romero

Celular: 94757729

marvin.romero@3rsinmobiliaria.com



Bulevar al Catarino, frente a Plaza Pedregal, Locales Fondo Ganadero, San Pedro Sula, Honduras. (504)25506252 Fax: (504)25506271

www.3rsinmobiliaria.com



Escanee para ver
inmueble en el sitio WEB

Casas

[Inicio](#) > [Bienes Raíces](#) > [Alquiler](#) > [Casas](#)

Información del Clasificado N° 10509048

 Mapa


San Pedro Sula | SE RENTA CASA EN COLONIA

ID: 786628

**Información del alquiler**

Título:	SE RENTA CASA EN COLONIA GUADALUPE
Precio alquiler/mes	HN15,000
Recamaras:	3
Baños:	2.5
M² de construcción:	0
Tamaño del Lote:	0
Parking:	4

Descripción

3 HABITACIONES

2.5 BAÑOS

2 SALAS

COCINA CON GABINETES

AREA PARA LAVANDERIA TECHADA

GARAJE PARA 4 VEHICULOS

TERRAZA AMPLIA

CISTERNA


Información del anunciante

Tipo de anunciante:	Agente
Licencia de corredor:	Diplomado
Contactar a:	FOCUS Bienes & Raíces
Compañía:	FOCUS Bienes & Raíces S de RL
Dirección completa:	Barrio Guamilto, San Pedro Sula Honduras, CA
Teléfono:	9618 7700
Skype:	focusrealestatehn

[Más inmuebles de este anunciante](#)


Contactar anunciante

Email

79139

 Escriba el código

 Reportar Abuso




**Empresa inmobiliaria responsable
dedicada a la comercialización y
administración de propiedades en
Honduras.**



Opción 1. Barrio Paz Barahona



Opción 2. Barrio Paz Barahona



Casas en Renta Bo. Paz Barahona, Especiales para Negocio

- Ambas casa cuenta con:
- 3 Habitaciones
- Sala
- Comedor
- Cocina
- Especiales para Negocio
- Precio de Renta \$1,000.00 Cada Una

ANEXO 23. COTIZACIONES MOBILIARIO Y EQUIPO

Amazon

12 Days of Deals

[Departamentos](#) - [Historial](#) - [Amazon de France](#) - [12 Días de Ofertas](#) - [Tarjetas de Regalo](#) - [Listas](#) - [Vender](#) - [Ayuda](#)

ES - [Hola Frances](#)
[Cuenta y Listas](#) - [Pedidos](#) - [Prueba Prime](#) - [Carrito](#)

Frances, your cart is eligible for a financing offer
No interest if paid in full within 6 months with the Amazon.com Store Card on any purchase totaling \$149 or more.

[Apply now](#)

✓ Tu pedido es elegible con envío GRATIS. Selección esta opción al tramitar el pedido. Ver detalles.

Subtotal (7 productos): \$312.22

Este pedido es un regalo

[Proceder al pago](#)

El pedido en 1-Clic no está disponible para, al menos, uno de los productos de tu pedido.

Recomendaciones para Productos de toda nuestra Tienda

Case Logic DCB-302...
 ★★★★★ 1,128
 US\$7.99 [prime](#)
[Agregar al carrito](#)

Vivitar 16 MP cámara...
 ★★★★★ 55
 US\$42.99 [prime](#)
[Agregar al carrito](#)

Cámara digital con zoom...
 ★★★★★ 336
 US\$61.39 [prime](#)
[Agregar al carrito](#)

Kodak P1090 F253...
 ★★★★★ 152
 US\$74.99 [prime](#)
[Agregar al carrito](#)

Carrito	Precio	Cant.
<p>Gabinete Salon Sundry esterilizador profesional ultravioleta de mesa por Salon Sundry</p> <p style="font-size: 8px;">Disponible Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$73.99	1 <input type="button" value="±"/>
<p>EMI Lister - Tijeras para vendajes (3 piezas: 3.5,\" por Elite Medical Instruments</p> <p style="font-size: 8px;">Disponible Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$9.49	1 <input type="button" value="±"/>
<p>Adventure Medical Tijeras/Pinzas por Adventure Medical Kits</p> <p style="font-size: 8px;">Sólo hay 8 disponibles. Producto Adicional Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$6.89	1 <input type="button" value="±"/>
<p>Qiorange Digital High Quality Display LCD Body Fat Caliper Skin Fold Analyzer por Qiorange</p> <p style="font-size: 8px;">Sólo quedan 4 en stock (hay más unidades en camino). Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$10.99	1 <input type="button" value="±"/>
<p>cescorf Pequeño Hueso anthropometer 24 cm Aluminio por Cescorf</p> <p style="font-size: 8px;">Sólo quedan 1 en stock (hay más unidades en camino). Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$150.00	1 <input type="button" value="±"/>
<p>Crown Mark Cheval, espejo, marrón, Madera, Marrón por Crown Mark</p> <p style="font-size: 8px;">Disponible Se envía en un embalaje certificado abrefácil. Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$44.87	1 <input type="button" value="±"/>
<p>Hippih 10\" por Hippih</p> <p style="font-size: 8px;">Disponible Envío GRATIS disponible <input type="checkbox"/> Es un regalo Más información Eliminar Guardar para más tarde</p>	\$15.99	1 <input type="button" value="±"/>

Subtotal (7 productos): \$312.22

El precio y la disponibilidad de los productos de amazon.com están sujetos a cambio. En el carrito de compras puedes dejar temporalmente los productos que quieras. Aparecerá el precio más reciente de cada producto. [Más información](#)

¿Tienes una tarjeta de regalo o código promocional? Te pediremos que introduzcas el código de cupón al momento de realizar el pago.

Q

Ingresa a Tu cuenta

9

+ Categorías
 Electrónica
Línea blanca
Hogar
Juguetería
Patio y jardín
Bebe
Deportes

TELEVISOR LED WESTINGHOUSE 58

Precio: L. 14,490.00

Cantidad:

Total de línea: L. 14,490.00

QUITAR

TELEVISOR LED HAIER 40

Precio: L. 7,490.00

Cantidad:

Total de línea: L. 7,490.00

QUITAR

REFRIGERADORA ACROS 1 PUERTA 7 PIES

Precio: L. 5,490.00

Cantidad:

Total de línea: L. 5,490.00

QUITAR

ENFRIADOR P/AGUA AVANTI HELADO/CALIENTE WD361

Precio: L. 2,290.00

Cantidad:

Total de línea: L. 2,290.00

QUITAR

MICROONDA AVANTI DIGITAL 7 PIES

Precio: L. 1,690.01

Cantidad:

Total de línea: L. 1,690.01

QUITAR

AIRE MINISPLIT MCQUAY 24000BTU INVERTER

Precio: L. 20,990.00

Cantidad:

Total de línea: L. 20,990.00

QUITAR

Detalle de la orden

Total Productos	9	L. 92,210.00
Envío:		L. 0.00
Total de la orden:		L. 92,210.00

ESTABLECER ENVIO

Envío:		L. 0.00
Total de la orden:		L. 92,210.00

ESTABLECER ENVIO

Total Productos	9	L. 92,210.00
Envío:		L. 0.00
Total de la orden:		L. 92,210.00

ESTABLECER ENVIO



AIRE MINISPLIT MCQUAY 18000BTU INVERTER
 Precio: L. 17,790.01
 Cantidad: - 1 +

Total de línea: L. 17,790.01 [QUITAR](#)



AIRE MINISPLIT HAIER 18000 BTU
 Precio: L. 9,990.00
 Cantidad: - 1 +

Total de línea: L. 9,990.00 [QUITAR](#)



AIRE MINISPLIT MCQUAY 12000BTU INVERTER
 Precio: L. 11,990.00
 Cantidad: - 1 +

Total de línea: L. 11,990.00 [QUITAR](#)

Total de la orden: L. 92,210.00

[ESTABLECER ENVIO](#)

Detalle de la orden

Total Productos	9	L. 92,210.00
Envío:		L. 0.00
Total de la orden:		L. 92,210.00

[ESTABLECER ENVIO](#)

<p>Contactanos</p> <p>Línea de atención al cliente: +(504) 2553-3721</p> <p>Dirección Principal <i>Diunsa San Fernando</i> <i>Barrio San Fernando, 1ra calle entre 11-12</i> <i>avenida</i> <i>N.E. Autopista hacia el Aeropuerto</i> <i>Internacional</i> <i>Ramón Villeda Morales.</i></p>	<p>Acerca de Nosotros</p> <p>Nuestra Historia Tiendas Credidiunsa Tarjetas de Crédito Responsabilidad Social Blog</p>	<p>Servicios</p> <p>Consultas de Artículos Políticas de Envío Términos y Condiciones de Uso Garantías Servicios de Instalación Servicios de Apartados</p>	<p>Seguridad</p> <p>Por su seguridad, este sitio utiliza un certificado de seguridad de 2048Bits para transmitir información.</p> 
---	---	---	--

Carrito de compras

Regresar

Artículo	Precio	Cantidad	Total
x  REFRIGERADORA 7' FROST 1PTA SILVER <small>1069504</small>	L5,058.00	1	L5,058.00
x  SOFA CAMA NEGRO C/HILOS ROJOS <small>1063343</small>	L5,895.00	1	L5,895.00
x  BALANZA D/BAÑO D/VID. DIG. <small>1044478</small>	L389.00	1	L389.00

PAGAR

Subtotal (3 Artículos)

L11,342.00

Ver precios en:

S
 L



Síguenos



TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS LADYLEE 2017

[Quiénes Somos](#) |
 [Servicios](#) |
 [Tarjeta CredLee](#) |
 [Fundación Lady Lee](#) |
 [Contáctanos](#)

[POLÍTICAS DE ENVÍO](#) |
 [TERMINOS Y CONDICIONES](#) |
 [GARANTIA](#) |
 [SUSCRIBETE A NUESTRO BOLETÍN](#)



Art.: 6 Total: L.13,763.00 [Pagar](#) [Ingresar Registrarse](#) [Ayuda Idiomas](#) [Buscar](#)

Aprovecha grandes descuentos en tus compras On-Line

- Home
- Carretilla de Compras
- Contactanos
- Descargue Catálogo de productos
- Bolsa de Trabajo
- Nuestras sucursales
- Hogar
- Automotriz
- Muebles
- Cerraduras
- Jardinería
- Fontanería
- Electricidad
- Equipo
- Herramientas
- Construcción
- Decoración
- Cotizaciones
- Ofertas y Promociones
- Nuevos Productos
- Financiamientos
- Publicaciones
- Marcas
- Acerca de Ferretería Monterroso

Tu carretilla de compra

Favor nota que los metodos de envío son ignorados si estas ordenando certificados de regalos o productos de distribución digital.

[Pagar](#)

Imagen de Producto	Titulo de Producto	Eliminar	Cantidad	Precio
	Juego Inodoro Dreamline #TC2619 / Lavabo con Pedestal #PCB201 Bone - Juego de inodoro y lavabo con pedestal. - Color disponible: Bone		1	L.2,376.00 (\$99.91)
	Mueble Archivo Kapp #1012 - 100% MDF. - Para Oficina. - Archivo con llave. - Colores disponibles: Ciliegio Cinza Selected options:		1	L.2,942.00 (\$123.71)
	Mueble Kapp #1004-TI Archivo Teca Italia - Material MDF. - Archivo con llave. - Cajones para carpetas colgantes.		1	L.2,861.00 (\$120.31)
	Mueble Kapp #S970-NO Escritorio Nogal - 100% MDF. - Pintura en color nogal.		1	L.2,010.00 (\$84.52)
	Mueble Kapp #1011-TI Armario Teca Italia - Material MDF. - Mueble de dos puertas, una con llave. - Mayor seguridad a los documentos y archivos importantes. - Diseño moderno y elegante le da un toque de elegancia y sofisticación a la oficina.		1	L.1,732.00 (\$72.83)
	Ventilador Para Techo Westinghouse #78108 - Ventilador de techo. - Estilo clásico y tradicional. - Acabado de base: Blanco. - 6 Aspas de MDF. - Con lámpara. - Usa un bombillos base E27 (no incluido).		1	L.1,842.00 (\$77.46)
	Ventilador Para Techo Westinghouse #78108 - Ventilador de techo. - Estilo clásico y tradicional. - Acabado de base: Blanco. - 6 Aspas de MDF. - Con lámpara. - Usa un bombillos base E27 (no incluido).		1	L.1,842.00 (\$77.46)

Agregar mensaje al producto
[Actualizar mensaje de producto](#)

La dirección de envío todavía no está definido.

[Estimar costo de envío](#)

Subtotal:	
L.13,763.00	(\$578.73)
Costo de envío :	n/a
Total:	
L.13,763.00	(\$578.73)

Nota: Total de la orden será calculado más exactamente despues de que se registre.

[Limpiar carrito](#)

[Pagar](#)

Si cuentas con un cupón de descuento válido, puede introducir el código del cupón, la tienda deducirá el descuento del total de tu pedido.

1 REVISAR CARRITO

Imagen	Nombre del Producto	Precio	Cantidad	Total
	DELL ALL IN ONE 20" DELL-INSPIRON20-3052	L. 11,126.09	<input type="text" value="1"/> <input type="button" value="Eliminar"/> <input type="button" value="Favorito"/>	L. 11,126.09
	ROUTER WI-FI 4PUERTOS REDLINEA2700LA	L. 1,734.78	<input type="text" value="1"/> <input type="button" value="Eliminar"/> <input type="button" value="Favorito"/>	L. 1,734.78

 ¿Tienes un Cupón? Ingresar el código de promoción aquí.

Subtotal:	L. 12,860.87
Impuesto Sobre Venta:	L. 1,929.13
Total:	L. 14,790.00
Valor Facturado en Dólares:	\$ 627.26

TOTAL DE COMPRA

Subtotal:	L. 12,860.87
Ahorro:	-
Impuesto:	L. 1,929.13
Total:	L. 14,790.00

INICIAR SESIÓN O REGISTRARSE

Correo Electrónico

[¿Olvidaste tu contraseña?](#)

Permanecer conectado

 <p>INDUSTRIAS PANAVISION S.A. DE C.V. PRINCIPAL 350 MTS SALIDA A LA LIMA SAN PEDRO SULA TEL: 2553-3029 FAX: 2557-0203</p>	RTN: 05019995136950 WEB: www.ipsa.hn EMAIL: info@ipsa.com	CODIGO: MVR-14 VERSION: 05
	COTIZACION No. 10089021	
Código: C3C9999 Cliente: CAPCA	Fecha: 29/11/2017 Teléfono: Fax: O/C: Hora: 08:21AM	
Dirección: Ciudad:		
Saldo: -4,480.16 Saldo Vencido: 3,188.61 Fecha de Impresion: 11/29/2017 8:22:01AM		

Al momento de Cancelar la factura no se deberá aplicar la retención del 1%, ya que IPSA se encuentra sujeta al Régimen de Pagos a Cuenta, según lo indica el Decreto #17-2010 (en la fe errata del 29 de mayo del 2010).

Número de artículo	Descripción	Precio	Cant.	Total
N-MD178-030-MXTX	ATRIL 2 GANCHOS / EXTENSION DE ACERO INOXIDABLE	1,182.75	1	1,182.75
N-MA105-002-NXX	ARCHIVO HORIZONTAL 4 GAVETAS NEGRO	5,531.84	1	5,531.84
N-MA105-000-MXX	ARCHIVO HORIZONTAL 2 GAVETAS MARFIL	3,173.04	1	3,173.04
N-MA106-006-MXX	ARMARIO PTAS VIDRIO Y METAL 43.8X91.4X182.8 CM MARFIL	5,120.60	1	5,120.60
N-MA101-001-DGX	ESCRITORIO EJECUTIVO 76.2 X 152.4 CM 5 GAVETAS DG	5,253.34	1	5,253.34
N-EC100-003-MMX	ECONOFFICE SECRETARIAL 76.2 X 121.9 CMS MM	2,289.93	1	2,289.93
N-EC115-001-NLX	MESA CONF. ECONO 19.0 MM 101.6 X 152.4 CMS /6 NL	3,856.68	1	3,856.68
N-MD178-003-MXC3	CAMA EXAMENES 2 GAV. MARFIL C/3	3,392.86	1	3,392.86
N-SL170-004-NXTN	SOFA IRENE 3/AS. NEGRO T/NEGRA	2,707.50	1	2,707.50
N-EC170-000-NXCN	ECONOFFICE SOFA TIPO AMERICANO 3 ASIENTOS C/NEGRO	1,758.27	1	1,758.27

Entregar en:

ESTO NO ES FACTURA. EXIJA SU RECIBO EN CAJA. PRECIOS VALIDOS UNICAMENTE POR 7 DIAS MEDIDAS PUEDEN VARIAR +/- 2%. Asesor de Ventas: 2.0 DIANNY IVETTE FLORES G. ACEPTADO CLIENTE		SUB-TOTAL: Lps 34,266.81 GASTOS ADICIONALES: Lps 0.00 IMPUESTO: Lps 5,140.02 TOTAL: Lps 39,406.83
Cliente Contado NOMBRE	<input type="text"/> FIRMA	



N-EC100-003-MMX



N-EC115-001-NLX



N-EC170-000-NXCN



N-MA101-001-DGX

N-MA105-002-NXX

N-MA105-000-MXX





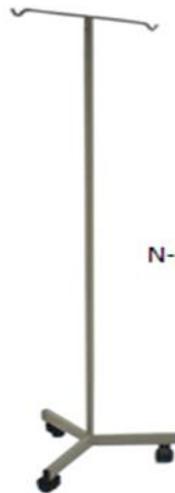
N-MA106-006-MXX



N-MD178-003-MXCC



N-SL170-004-NXTN



N-MD178-030-MXTC

Milano

	R.T.N. #05019002062863 SPS : 2 cll 12 y 13 ave S.O. TEL: 2557-3316 TEG : Blvd Suyapa, Contiguo a IPESA TEL: 2235-6567	COTIZACION 62758
	CODIGO C3C9999 CLIENTE FRANCES CHIANG DIRECCION CIUDAD TELEFONO	O/C: VENDEDOR ALEJANDRA AGUILAR VEND. FORANEO

Número de artículo	Descripcion	Precio	Cant.	Total
M-XCTSK-ML169M	ESCRITORIO RECEPCION MAHOGANY (180X76X102)1007	5,873.50	1	5,873.50
M-XCTSK-ML180M	ANEXO RECEPCION MAHOGANY TASK (107X60X102) (1007)	2,571.25	1	2,571.25
OPCION#1				
Subtotal				8,444.75
M-XCTNG-1115RM	PANEL CURVO RECEPCION TANGENT 150X110 MAHOGANY	6,859.50	1	6,859.50
M-XCTNG-15065M	TABLERO RECEPCION TANGENT 150X60 MAHOGANY	1,462.00	1	1,462.00
M-XCTNG-1503AV	VIDRIO RECEPCION TANGENT 150X30	3,034.50	1	3,034.50
OPCION#2				
Subtotal				11,356.00

AUTORIZADO POR <input type="text"/>	COTIZADO POR <input type="text" value="ALEJANDRA AGUILAR"/>	SUB-TOTAL: Lps 19,800.75 IMPUESTO: Lps 2,970.11 <hr/> TOTAL: Lps 22,770.86
NOMBRE <input type="text"/>	FIRMA <input type="text"/>	



COTIZACION NO. 23563

Cliente: CENTRO

Fecha: 27/11/2017

Código: 30

Término de pago: Contado Calpules

Código	Descripción	Cant.	Unidad	Precio	Total	IS
215-J027	Jeringas Descartable 10Cc, 21X1.1/2 Agma	1	UND	1.90	1.90	E
14-G010	Guantes Descartables S (Cj/50Pares)	1	UND	100.00	100.00	15
14-G007	Guantes Descartables M (Cj/50Pares)	1	UND	100.00	100.00	15
14-G009	Guantes Descartables L (Cj/50Pares)	1	UND	100.00	100.00	15
03-10213607	Esparadrapo Leukofix 1/2X10 Transparente	1	UND	29.00	29.00	E
03-10213707	Esparadrapo Leukofix 1X10 Transparente	1	UND	54.00	54.00	E
03-10213807	Esparadrapo Leukofix 2X10 Transparente	1	UND	110.00	110.00	E
21-D001	Depresores De Madera Caja X100 Unds	1	UND	38.00	38.00	15

Subtotal: 33,488.28

Descuento:

ISV: 4,929.15

Total: 38,417.43

COTIZACION NO. 23563

Cliente: CENTRO

Fecha: 27/11/2017

Código: 30

Término de pago: Contado Calpules

Código	Descripción	Cant.	Unidad	Precio	Total	IS
121-C5001	Camilla De Examenes Sin Gavetas	1	UND	5,000.00	5,000.00	15
121-C5003	Camilla De Examenes Con 3 Gavetas	1	UND	6,600.00	6,600.00	15
102-B110	Balanza Con Tallmetro Para Adulto	1	UND	9,500.00	9,500.00	15
91-E001	Equipo Glucometro TrueResult	1	UND	850.00	850.00	15
91-C001	Cinta para Glucometro TrueTest (True Result)	1	UND	520.00	520.00	15
205-396	Cinta Metrica 60	1	UND	90.00	90.00	15
205-770-11AG	Esfignomanometro Sin Estetoscopio Economico A1lc	1	UND	550.00	550.00	15
205-760-11ABK	Esfignomanometro Sin Estetoscopio Nylon Negro 1	1	UND	800.00	800.00	15
205-413B	Termometro Digital Oral Azul Adc	1	UND	150.00	150.00	15
21-T002	Termometro Clinico Oral	1	UND	13.00	13.00	15
205-603BK	Estetoscopio Para Adulto Negro Adc	1	UND	1,200.00	1,200.00	15
205-609-BK	Estetoscopio Adscope Lite Negro	1	UND	800.00	800.00	15
205-354BK	Mini Lamparita Negra plastica C/Baterias	1	UND	100.00	100.00	15
97-1-350	Martillo De Percursion Buck 18 Cms	1	UND	150.00	150.00	15
176-1630A-15E	Equipo P/Oxigeno Con Carretilla 685litros	1	UND	6,200.00	6,200.00	15
90-31002	Algodon Hospitalario De 1 Lb	1	UND	96.00	96.00	E
104-A005	Alcohol Clinico Al 50%	1	UND	204.00	204.00	E
21-G4X4	Gasa Esteril 4X4 Caja 100 Unds	1	UND	130.00	130.00	E
215-J022	Jeringas Descartable 3Cc, 21X1.1/2 Agma	1	UND	1.18	1.18	E
215-J025	Jeringas Descartable 5Cc, 21X1.1/2 Agma	1	UND	1.20	1.20	E

Subtotal: 33,488.28

Descuento:

ISV: 4,929.15

Total: 38,417.43

ANEXO 24. COTIZACIONES PARA PRÉSTAMO

Cooperativa Sagrada Familia

HOJA DE INFORMACION DE PRÉSTAMOS

TIPO DE PRESTAMO Rapicoop
MONTO: 200,000-00
PLAZO EN MESES: 48 meses
CUOTA MENSUAL: 6,047.00. *sin aval*
19 con aval 17%
VALOR EN APORTACIONES REQUERIDO: _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. CONSTANCIA DE SUELDO CON DETALLE DE DEDUCCIONES ✓
2. COPIA DE LA IDENTIDAD ✓
3. COPIA DE RTN NUMERICO ✓
4. COPIA DE UN RECIBO DE SERVICIO PUBLICO (AGUA, LUZ O TELEFONO) QUE TENGA LA DIRECCION DE SU DOMICILIO ✓

SI EL CREDITO SERA PARA CANCELAR DEUDAS, DEBERA ADJUNTAR LOS ESTADOS DE CUENTA O CONSTANCIAS DE SALDOS DE LAS DEUDAS QUE CANCELARA

NOTA: SI EL PRESTAMO ES CON AVAL DEBERA PRESENTAR LA CONSTANCIA DE SUELDO, IDENTIDAD, RTN NUMERICO Y RECIBO DE SERVICIO PUBLICO DEL AVAL.

REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE

① NOMBRE: _____
Barrio O Colonia: _____ calle: _____ avenida: _____
Casa color: _____ Punto de Referencia: _____
Numero de Teléfono: _____ número de Celular: _____

② NOMBRE: _____
3. Barrio O Colonia: _____ calle: _____ avenida: _____
4. Casa color: _____ Punto de Referencia: _____
5. Número de Teléfono: _____ número de Celular: _____

FAMILIAR

6. NOMBRE: _____
7. Barrio O Colonia: _____ calle: _____ avenida: _____
8. Casa color: _____ Punto de Referencia: _____
9. Número de Teléfono: _____ número de Celular: _____

ANEXO 25. COTIZACIONES SEGUROS ONCOLÓGICOS



Banca de
Personas



Banca
Privada



Banca Corporativa
y Empresarial



Banca
PyME



Banca
Hipotecaria



Tarjetas de
Crédito



Remesas

Banca de Personas | Banca Seguros | Seguros en Cuentas Bancarias | Seguro Oncológico

Seguro Oncológico

Seguro diseñado para planificar una vida con menos preocupaciones. En caso de una situación inesperada permite que seamos un respaldo, ofreciéndole cobertura en caso de Cáncer.

Beneficios

- Se indemnizará en VIDA al asegurado en un solo pago cuando sea diagnosticado con CANCER de cualquier clase por primera vez, la indemnización es de libre disponibilidad.
- Puede contratar el seguro como un complemento a otro seguro de gastos médicos que tenga.

Cobertura

- Diagnostico de Cáncer por primera vez.

Requisitos

- Tener entre 18 y 59 años de edad con 364 días y cobertura hasta los 64 años y 364 días.
- Tener al menos una cuenta de ahorro o monetaria

Excepciones

- Sometimiento del Asegurado a radiación permanente, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

[SOLICÍTALO AQUÍ](#)

Tarjetas de Crédito

Las Tarjetas con más beneficios en Honduras

Aquí encontrarás una tarjeta para cada una de tus necesidades, que además te brindan los mejores beneficios por su uso y acceso permanente a grandes descuentos y promociones.

[MÁS INFORMACIÓN](#)

Contáctanos



Comunícate con nosotros.

[/Ficohsa](#)

[@Ficohsa](#)

Seguro de Protección Contra el Cáncer

Este seguro le dará en un solo pago la suma asegurada de acuerdo al plan suscrito, si al asegurado se le diagnostica por primera vez el padecimiento de Cáncer.

SOLICITELO AQUÍ

BENEFICIOS CONDICIONES REQUISITOS

Beneficios



Puede hacer frente a los tratamientos o compra de medicinas, con el valor pagado por el seguro



Se carga automáticamente cada mes a tu tarjeta de crédito o tarjeta de débito



El beneficiario obtiene de inmediato la suma asegurada, de acuerdo con el plan suscrito con solo el diagnóstico de cáncer



Aplica para cualquier tipo de cáncer que sea diagnosticado



Se renueva cada año en forma automática y sin trámites

