



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**



MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD

2014 - 2016

**Informe final de Tesis para optar al Título de Máster
en Administración en Salud.**

**ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA EN
PACIENTES ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL SAN FELIPE EN
TEGUCIGALPA 2016.**

Autora:

**Mariela Gissell Guardado Murillo
Doctora en Química y Farmacia**

Tutora:

**MSC. Rosario Hernández García
Docente Investigadora**

Nueva Segovia Ocotal, Nicaragua, mayo de 2016.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la accesibilidad que tienen los pacientes con cáncer a los servicios de Quimioterapia del Hospital San Felipe. Abril 2016.

Diseño: Descriptivo de corte Transversal. El estudio fue realizado en el Servicio de Quimioterapia Hospital San Felipe. El Universo está constituido por todos los pacientes con cáncer que asisten a tratamiento de Quimioterapia, al Hospital San Felipe, en el estudio participaron 45 pacientes.

Resultados: La mayor afectación de cáncer está siendo representada en el sexo femenino partir de la tabla se sostiene que los estudios participaron (28.9%) hombres y (71.1%) mujeres; un 91.9% de los participantes sostuvieron que para trasladarse desde su lugar de origen hacia la ciudad capital se tardan un día o menos de un día; el 40% gastan de 100 a 300 Lps en gastos de traslado, un 22.2% tienen un gasto aproximado de 400 a 600 Lps; un 7.35 el tiempo de espera es adecuado y un 26.7% afirman que es mucho tiempo. En términos generales son las mujeres las que más requieren de este servicio de Quimioterapia, El 17.8% de los participantes corresponden a Tegucigalpa como su lugar de procedencia, en cambio el 82.2% su lugar de procedencia es fuera de Tegucigalpa. un 31.1% sostuvo que sus costos de medicamentos giraban en menos de los L. 1,000.00, entre tanto un 28.9% sostiene que sus costos están entre L. 1,000.00 a 2,500.00 L. Finalmente un 24.4% de los participantes sostiene que sus costos son superiores a L. 5,800.00, lo cual es un valor cercano al salario mínimo vigente en el país.

Palabras Claves: Acceso, Quimioterapia, Cáncer.

AGRADECIMIENTO

A mis Docentes: Master. Rosario Hernández García. Docente Investigadora y Master Marcia Ibarra Docente Investigadora por su dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador.

Agradezco a mi tía Lic. Marleny Rosibel Murillo por motivarme a iniciar mis estudios de Maestría junto a ella, y apoyarme en este proceso, ha sido un bello tiempo de estudio.

Mariela Guardado Murillo

DEDICATORIA

A mi Madre Dulce María, que con su ejemplo me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

Mariela Guardado Murillo

Contenido

RESUMEN

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V. OBJETIVOS.....	5
VI. MARCO TEÓRICO	6
VII. DISEÑO METODOLOGICO	15
VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	19
IX. CONCLUSIONES	39
X.RECOMENDACIONES.....	40
XI. BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS	47

I. INTRODUCCION

En el presente documento se describe la información brindada por los pacientes que demandan servicios de quimioterapia en el Hospital San Felipe ubicado en Tegucigalpa Honduras, con el fin de mejorar el acceso a la atención y reducir las disparidades en los resultados, es necesario identificar, comprender y abordar dichas barreras, estas difieren según la localización y la población, pero en general pueden clasificarse como estructurales, socioculturales, personales y financieras. Crear conciencia y disminuir barreras para acceder a los servicios de atención del cáncer puede mejorar los resultados de las pacientes, a condición de que se cuente con establecimientos para diagnóstico y tratamiento que sean apropiados, accesibles y aceptables.

Las barreras para la utilización de los servicios de atención que influyen negativamente sobre los resultados del cáncer. Entre las barreras estructurales están la ubicación geográfica de los servicios, las necesidades de transporte, los servicios de diagnóstico o de tratamiento limitado, la escasez de medicamentos esenciales. También incluyen servicios ineficientes o mal coordinados, que requieren múltiples consultas para iniciar un diagnóstico definitivo; redes de derivación deficientes; y navegación de pacientes inadecuada.

El presente estudio determina la accesibilidad que tienen los pacientes con cáncer al servicio de Quimioterapia en el hospital San Felipe en la ciudad de Tegucigalpa Honduras abril 2016. El propósito del estudio es dar a conocer los obstáculos o barreras que enfrentan los pacientes con diagnóstico de cáncer para asistir a su quimioterapia y que al presentar el estudio sirva para mejorar el acceso a este servicio.

II. ANTECEDENTES

Según la organización mundial de la salud (OMS), el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, en la actualidad hay más de 10 millones de casos nuevos y más de 6 millones de muertes anualmente provocadas por esta enfermedad alrededor del mundo.

Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en países con ingresos económicos bajos y medios. En Honduras existe información dispersa en diferentes instituciones y sub registros estadísticos de la situación del cáncer que no permiten evidenciar tasas reales de incidencia, prevalencia, mortalidad y supervivencia.

En la década de 1969-1979 se publicaron los estudios de tesis realizados por los doctores Bueso y Castillo, "Se registraron 11,840 casos de cáncer en Honduras, con una tasa de 39.9/100,000 habitantes para el año 1979. La distribución por sexo demuestra una franca predominancia por lo femenino a la cual corresponde el 70.8% de los casos, contra 29.2% para los hombres, lo cual hace una relación de 2.4:1. En relación a la edad, lo encontrado muestra una franca y significativa predisposición por los adultos 96.4% contra solamente 3.6% para los niños (Bueso y Castillo, 1979)

De acuerdo al documento "Indicadores Básicos", en el año 2005 se reportaron 4.237 casos de cáncer, la tasa de morbilidad por tumores malignos es de 60.3 x 100,000 habitantes. En Honduras, al igual que en otros países latinoamericanos el cáncer más frecuente es localizado en el cuello del útero, representando el 40% de todos los cánceres y el 50% de los tumores malignos que afectan a la población femenina.

La OMS sugiere a los gobiernos considerar el cáncer como un problema de salud pública. En Honduras no se han realizado estudios sobre acceso de pacientes a tratamientos contra el cáncer.

III. JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio fue realizado para dar a conocer las barreras a las que se enfrentan los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe, para poder recibir los servicios de quimioterapia, algunas de estas barreras son sociodemográficas, geográficas, económicas e institucionales.

Es importante identificar lo que implican las condiciones que tiene que pasar el paciente y sus familiares para poder recibir la atención.

Con este estudio se pretende beneficiar al paciente, identificando las dificultades que tienen que vencer para asistir a su servicio de quimioterapia, y así poder mejorar la accesibilidad de estos servicios a los pacientes oncológicos.

El realizar este estudio es una opción para conocer el punto de vista de los pacientes, su opinión ayudará a mejorar estos servicios para brindar apoyo, con el objetivo que exista una mejora en la atención a los pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pocas enfermedades como el cáncer se han identificado tanto con la muerte inevitable, su alta incidencia y su curso prolongado y doloroso, lo han hecho un padecimiento de interés para expertos y profanos. Aunque los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico no indefectiblemente fatal de la enfermedad, el cáncer sigue siendo un problema primordial de la salud pública. En el caso de la quimioterapia, aún sigue siendo una importante limitante el acceso a una pronta terapia que aporte a una recuperación de estos pacientes, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué accesibilidad tienen los pacientes diagnosticados con cáncer a los servicios de quimioterapia del Hospital San Felipe en abril 2016?

Así mismo se encuentran las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características Sociodemográficas de los pacientes con cáncer que acuden a su quimioterapia en el Hospital San Felipe?
2. ¿Cómo es la accesibilidad geográfica que tienen al servicio de quimioterapia, los pacientes oncológicos en el Hospital San Felipe?
3. ¿Cuál es la accesibilidad económica en paciente oncológico en el Hospital San Felipe?
4. ¿Cuál es la accesibilidad institucional que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar la accesibilidad que tienen los pacientes con cáncer a los servicios de quimioterapia del Hospital San Felipe Tegucigalpa Honduras. Abril 2016.

5.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar Socio demográficamente los pacientes con cáncer que asisten a su quimioterapia en el Hospital San Felipe.
2. Identificar la accesibilidad geográfica que tienen al servicio de quimioterapia los pacientes oncológicos en el Hospital San Felipe.
3. Precisar la accesibilidad económica que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe.
4. Describir la accesibilidad institucional que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe.

VI. MARCO TEÓRICO.

6.1 Conceptualización

6.1.2 Salud

La salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Desde una perspectiva más general se reconoce la salud como un activo que los individuos poseen y que a la vez es un factor importante para el desarrollo económico (OMS, 2001).

6.1.2 Acceso a los Servicios

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente" (2006).

La Real Academia Española (2001) define acceso en lo general (es decir, sin la particularidad del tema de salud) como la "acción de llegar o acercarse" y como la "entrada al trato o comunicación con alguien".

Para Andersen, el acceso a los servicios de salud se trata de la "capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario" (Andersen, 1995); para Cromley y McLafferty el acceso es el "poder de disponer de los recursos del servicio de salud" (Cromley y McLafferty, 2002).

Por su parte, en salud Whitehead (1992) plantea que las inequidades deben ser entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas, las cuales descansan sobre la existencia de barreras para que las personas obtengan condiciones favorables, impidiendo el logro del potencial en salud a partir de acuerdos sociales que restringen la libertad.

En teoría, un sistema de salud debe garantizar el acceso, independientemente de la condición socioeconómica y el grupo étnico del individuo, asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos (Goddard, 2001), sin embargo, la evidencia muestra que la mortalidad por cánceres prevenibles, en poblaciones vulnerables, se puede atribuir, entre otros factores, a que no reciben un diagnóstico y un tratamiento oportuno (Hairon, 2008).

Aún existen desigualdades en el estado de salud, en la oferta de servicios, acceso y financiamiento; estas diferencias se presentan entre los países, entre regiones al interior de los países y entre distintos grupos sociales definidos por nivel socioeconómico, etnia, género y edad (Almeida, 2005).

6.2 Evidencia empírica de Estudios Similares

Existe evidencia empírica que ha demostrado que la salud está determinada por la posición social del individuo (Navarro, 2009), llevando a la OMS y a diferentes países a reconocer la existencia de determinantes sociales de la salud (OMS, 2001).

6.2.1 A nivel mundial

Entre las investigaciones sobre barreras y facilidades del acceso se destaca a nivel internacional la revisión sistemática de Hirmas Aday (2013).

6.2.2 En América Latina

Existen evidencias de estudios en América latina, por ejemplo Restrepo (2007) se señala que existen barreras de tipo económico o geográfico para acceder al servicio de la citología vaginal, por dificultades para llegar al sitio de atención y por tener que asumir costos de transporte elevados y tiempos de espera, entre otros, lo cual es corroborado por el trabajo de Palacio-Mejía (2003), en el que se encuentra la influencia de las inequidades en la mortalidad por cáncer cervicouterino en México y por Lucumi y Gómez (2004), que resalta la inequidad que produce la marginalidad en la realización de actividades de diagnóstico precoz. Finalmente, el de McCoy

(2004), que muestra que cuando estas barreras se modifican favorablemente para el paciente oncológico, el pronóstico de su enfermedad mejora.

6.3 Barreras para el acceso a la Salud

De igual forma, uno de los aspectos que afectan en mayor medida el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, motivada tanto por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación (WHO, 2011).

6.3.1 Falta de conocimiento sobre derechos y deberes personales

La falta de información lleva a que los usuarios no soliciten servicios sobre los cuales no reconocen el derecho o que lleven a cabo acciones sobre otros que congestionan el sistema (Restrepo, et al., 2014).

El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

6.3.2 Barreras geográficas.

Es importante considerar las influencias ambientales y geográficas. Es más difícil llegar a un centro de salud si los caminos se hacen intransitables durante la época de las lluvias. El ambiente también es importante. Es relativamente difícil mantener buenas prácticas sanitarias cuando la comunidad local dispone de malas condiciones de saneamiento y suministro de agua. Las comunidades suelen compartir valores y normas similares, que, a través de la presión de los demás, desempeñan a menudo un importante papel en la conformación de las conductas sanitarias (Woolcock y Narayan, 2000).

Los pobres tienen mayores probabilidades de estar en desventaja a nivel tanto de comunidad como de domicilio. Por ejemplo, tienen mayores probabilidades de vivir en zonas aisladas. Además, en las comunidades pobres, las presiones sociales entre los adolescentes tienden a ser más fuertes y las actitudes hacia las mujeres menos favorables a los buenos resultados sanitarios (Woolcock y Narayan, 2000).

La calidad o, más exactamente, la calidad percibida, también incrementa la demanda de servicios de salud (Panisy Lillard, 1994; Wong, Popkin, Guilkey y Akin, 1987; Alderman, 1996, Akin y Hutchinson, 1999). Los pobres están en desventaja en la mayoría de estas áreas. Tienden a tener que viajar más lejos (Akin y Hutchinson, 1999) y durante más tiempo con el fin de llegar a los servicios de salud. La calidad de la atención, interpretada en un sentido amplio, que además de la calidad técnica incluye el servicio y las comodidades, también tiende a ser comparativamente menor en los servicios a disposición de los pobres (Thomas, Lavy y Strauss, 1996).

La dispersión geográfica y las grandes distancias que debe recorrer la población rural para acceder a los servicios de salud, en donde una gran proporción de personas no demanda la atención e incluso pasa años sin acudir, se ve potenciada por la situación que padecen los habitantes urbanos, para los cuales los grandes desplazamientos de una a otra, para la complementación diagnóstica y terapéutica, se convierten en una barrera de acceso por la carga económica adicional que conllevan, muchas veces imposible de asumir (Vargas y Molina, 2009).

El lugar de residencia puede ser una barrera geográfica, como lo sugieren Kroeger (1983); Kloos (1990); Fournier y Haddad (1995). El estudio en Rabinal demuestra que la fijación de una tarifa para los servicios de salud es una barrera de acceso.

Como dice Goldman (2002) es verdad que los indígenas tienen que hacer sacrificios para pagar los costos médicos.

Las barreras geográficas se mueven en dos escenarios, las que se experimentan en las grandes urbes y las que se presentan en la ruralidad. Adicionalmente, se ven afectadas de forma diferencial por el contexto centro versus periferia. Hacen alusión al fraccionamiento de los servicios ofrecidos por las aseguradoras en diferentes instituciones en una misma ciudad o en varias ciudades (Vargas y Molina, 2009).

Esta situación obliga a las mujeres a realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o entre diferentes municipios (Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

En esta subcategoría se mezclan las restricciones económicas, las grandes distancias recorridas, las dificultades de transporte y las condiciones de salud de las mujeres con cáncer de mama (Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

Existen barreras relacionadas con los desplazamientos desde las zonas rurales, generando problemáticas adicionales, en comparación con las mujeres residentes en zonas urbanas. Se presentan barreras geográficas en las mujeres que habitan en áreas rurales y que deben emprender grandes viajes con cada paso que el itinerario terapéutico y burocrático les impone.

Es importante anotar que la distancia no solo es espacial, sino que también puede ser económica o social, debido a falta de recursos o al desconocimiento de cómo desenvolverse en ciertas zonas de la ciudad (Restrepo, et al., 2014)

6.3.3 Barreras Económicas

Los pobres, que son los usuarios de los servicios de salud más sensibles al precio, se enfrentan frecuentemente a un mayor precio en el punto de uso debido a que tienen menos probabilidades de disponer de seguros, sean privados (Gertler y Sturm, 1997) o públicos. A veces esta tendencia es anulada por los sistemas de exención de honorarios, aunque en la práctica estos suelen tener el efecto de eximir a los casi pobres, más que a los pobres (Gilson, 1997,).

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas (Wagstaff, 2002).

La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares (Bloom, 1998) y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria (Eastwood, 1999).

Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud (Pritchett, 1996). De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza.

Diferentes investigadores han demostrado cómo el estatus de salud o enfermedad tiene una estrecha relación con las condiciones socio-económicas del individuo, que a su vez están determinadas por la estructura política y el modelo de acumulación de capital (Navarro, 2009; Acero, 2013).

En relación con la discriminación social, podemos encontrar en la literatura diferentes trabajos que han estudiado este fenómeno, y que han mostrado la existencia de un gradiente producto de condiciones socioeconómicas que determinan diferencias en atención y acceso (Moore, 2013, Balaam, 2013).

Muchas referencias al contexto económico fueron señaladas como auténticas limitaciones para el acceso a la salud. El sometimiento a las fuerzas del mercado ha creado dificultades para la financiación de los servicios para los pobres, entre las cuales se destacan las siguientes (Vargas y Molina, 2009):

- a) Carencia de empleo y vivir en el nivel 4;
- b) Altos costos de la atención y falta de recursos para pagar las contribuciones;
- c) Períodos de carencia;
- d) Barreras económicas para la población más vulnerable;
- e) Altos costos en transporte en las regiones marginadas.

Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

Se han encontrado invidencias de estudios que mencionan que las condiciones de pobreza constituyen un obstáculo para recibir atención. Los obstáculos que tiene la gente de la comunidad es la escasez de recursos. Porque a veces no tienen ni un solo centavo para venir aquí al centro de salud (Vissandjee, Hautecoeur y Zunzunegui, 2007).

La situación más evidente se relaciona con la falta de capacidad de pago, ya que, a pesar de estar aseguradas, muchas de estas pacientes, buscando lograr la atención, deben realizar pagos adicionales al sistema y asumir costos indirectos, a pesar de que ellas, en su mayoría, no contaban con recursos para hacerlo. En consecuencia, esta falta de capacidad de pago retrasa la atención, puesto que es imposible para muchas de ellas, cubrir los costos para la realización de exámenes diagnósticos o del tratamiento inicial (Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

6.3.3.1 Personas Menor nivel socioeconómico

Las siguientes barreras más recurrentes, que suelen afectar en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico (Restrepo, et al., 2014):

- 1) costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes;

- 2) temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud;
- 3) desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y
- 4) estigma social, creencias y mitos.

6.3.4. Barreras Organizacionales

Barreras organizacionales diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

El sistema establece otras limitaciones al acceso determinadas entre otros por barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no pos, inequidad entre los regímenes, interpretación a conveniencia de los planes de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos. Desde la perspectiva institucional, los entrevistados observaron situaciones atribuibles a los responsables del aseguramiento y a los prestadores de servicios de salud de todos los niveles, que pasan por la excesiva demanda en puestos de salud, largas filas para la asignación de citas, restricciones para los procedimientos electivos, insuficiente oferta de especialistas (Vargas y Molina, 2009).

6.3.5. Barreras sociales y culturales.

Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

La diversidad cultural de las ciudades estudiadas y las diferentes concepciones del proceso salud enfermedad no parecen haber sido consultadas para el diseño de los planes de beneficios; adicionalmente, la asimetría en la información que sobre derechos, deberes y acciones en salud tienen las personas, se convierte en barrera cultural para el acceso (Vargas y Molina, 2009).

6.3.6 Las barreras laborales

Las barreras laborales están relacionadas con el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables y la posibilidad de acceder a una pensión, entre otros. El empleo de las participantes se convirtió, en la mayoría de los casos, en una barrera para acceder al tratamiento, por lo cual muchas decidieron abandonarlo y otras, ante la enfermedad, les fue imposible la consecución de uno. La renuncia a sus empleos se realizó como una forma de evitar dificultades con sus empleadores y compañeros por el alto número de incapacidades (Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

6.4. Consecuencias de los problemas de acceso

Las limitaciones para el acceso anteriormente enunciadas denotaron consecuencias en la atención en salud, sobre los distintos actores, a saber:

Los pacientes sufren la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la inoperancia de las entidades de control (Vargas y Molina, 2009).

Se generan gastos adicionales para los hogares, así como el incremento en las complicaciones por falta de medicamentos. Son congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y el trámite manía para acceder a consulta externa. Adicionalmente se informó sobre el insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias (Vargas y Molina, 2009).

Hay pérdida de calidad en la atención, dado que los profesionales asumen responsabilidades superiores a sus capacidades y recursos, lo cual lleva a disminuir la calidad del acto médico y genera desconcierto laboral entre los servidores de la salud

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

a. Tipo de Estudio

Descriptivo de corte Transversal.

b. Área de estudio

El estudio fue realizado en el servicio de quimioterapia en el Hospital San Felipe., Tegucigalpa Honduras.

c. Universo

Está constituido por todos los pacientes que asistieron a tratamiento de quimioterapia, diagnosticados con cáncer que asisten al Hospital San Felipe en el mes de abril 2016.

d. Muestra

Por conveniencia se realizó en 45 pacientes que demandan el servicio de quimioterapia en el Hospital San Felipe y que asistieron en el periodo de recolección de la información.

e. Unidad de análisis

Los pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento de quimioterapia.

f. Criterios de Selección

Criterios de inclusión

Todos los pacientes oncológicos que demandan los servicios de quimioterapia en el Hospital San Felipe, pacientes que aceptaron participar del estudio, independientemente si es primera sesión o subsecuente.

Pacientes que reciben quimioterapia en el período de estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes que no acepten participar del estudio.

Pacientes que reciben quimioterapia en periodo fuera de estudio.

Pacientes que se encuentren en estado de salud crítico, y no puedan brindar información debido a su estado.

g. Variables por Objetivo

Variables:

Del objetivo 1: Describir las Características Sociodemográficas de los pacientes de oncología que asisten al hospital san Felipe.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Nivel académico
- Estado civil

Del objetivo 2: Identificar la accesibilidad geográfica que tienen al servicio de quimioterapia en el hospital San Felipe.

- Localidad
- Distancias en kilómetros.
- Tiempo en horas o días
- Medios de transportes que utiliza

Del objetivo 3: Precisar la accesibilidad económica que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe.

- El costo de traslado de su residencia al Hospital.
- El costo de gastos por los días de permanencia en el traslado hacia hospital, de los pacientes y el familiar.

- Costos de alimentación
- El costo de compras de algunos Medicamentos.

Del Objetivo 4: Describir la accesibilidad Institucional que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe.

- Tiempo de espera para aplicación de quimioterapia: horas-días
- Horarios de atención
- Tipo de Atención

h. Fuente de Información

La fuente de información es primaria, es los pacientes a quienes se les hizo la entrevista.

i. Técnica de Recolección de Información

Consistió en una entrevista al usuario del programa de quimioterapia en el período de abril 2016.

j. Instrumento de Recolección de Información

El instrumento de recolección de la información es una entrevista el cual contiene datos de relevancia.

La entrevista consta de los siguientes datos:

Características Sociodemográficas

Características Geográficas

Características Económicas

k. Procesamiento de la Información

En el análisis de los datos recolectados en las encuestas fue analizado con el programa SPSS versión 20, el documento es en Word versión 2016; para la presentación de resultados se elaboraron gráficas y tablas de las variables de interés, el cual nos ayuda a obtener un análisis estadístico y organizar la información para la elaboración de una matriz que muestre los factores principales en la toma

de decisiones. El producto será un informe lo bastante concreto y de fácil acceso para futuras investigaciones referentes al tema de accesibilidad a la quimioterapia.

L. Consideraciones Éticas

Se hizo previa explicación de la finalidad del estudio donde se dice que la información es estrictamente confidencial no se requiere de nombre y apellidos y los resultados son utilizados única y estrictamente para fines del estudio. Se preguntó la aceptación a participar y la investigadora llenó el instrumento a quienes consintieron en participar.

La información recolectada para este estudio será usada de manera confidencial y utilizada exclusivamente para fines educativos, se gestionará el debido permiso en la institución para la autorización del mismo.

m. Trabajo de Campo

Para la elaboración del presente estudio se solicitó la autorización al Jefe Médico Director del Hospital San Felipe Tegucigalpa Honduras.

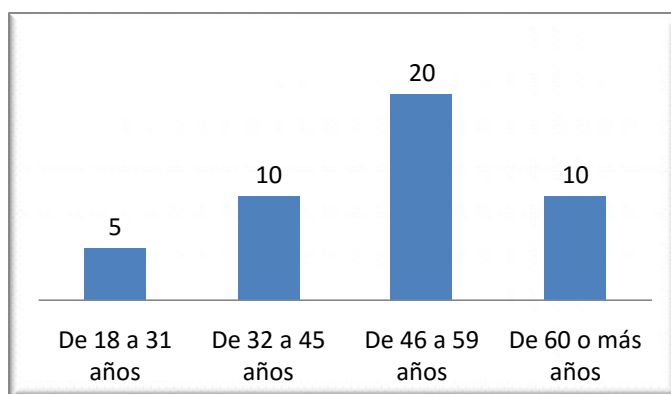
Los pacientes fueron abordados en la Farmacia Oncológica del Hospital San Felipe, para la entrevista, se recopiló datos en un periodo de 30 días en horarios de 7 am hasta las 2 pm. Se brindó privacidad al paciente al momento de realizar la entrevista.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

OBJETIVO 1:

A continuación, se presentan los resultados del estudio sobre la accesibilidad a los servicios de quimioterapia en pacientes oncológicos del Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras.

Figura No 1: Distribución de los pacientes según grupo etario, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016



Fuente: Encuesta

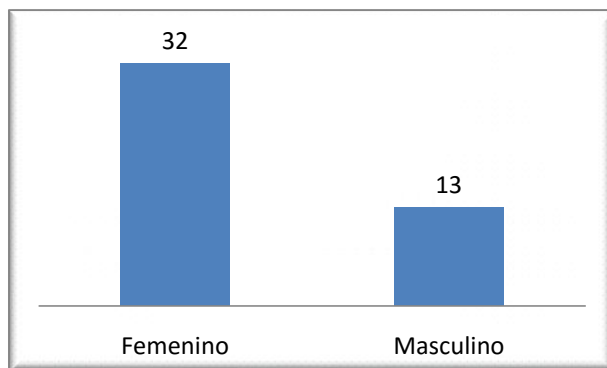
En relación a la edad, el 44% se encuentran en el rango de 46 a 59 años, un total de 15 pacientes el 33% están en el rango de 18-45 años, el 22% son población mayor de 60 años

A partir de los resultados mostrados en la figura 1 podemos observar que es alto el porcentaje de personas relativamente jóvenes y edad productiva las que demandan servicios de quimioterapia en este centro asistencial.

La variable edad es significativa, a medida que aumenta la edad se incrementa la probabilidad de acceso dado que las personas en edad avanzada presentan mayores deterioros físicos, mentales, así como enfermedades características del

envejecimiento que conducen a un incremento en la demanda de los servicios de salud (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

Figura No 2: Distribución según Sexo, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016.



Fuente: Encuesta

En relación al sexo el 71.1%, corresponde al femenino y un 28.9% son del sexo masculino.

Esto indica que la mayor demanda se da en sexo femenino 32 personas de 45 encuestadas. Estos datos son relevantes debido a que en términos generales son las mujeres son las más afectadas por la enfermedad.

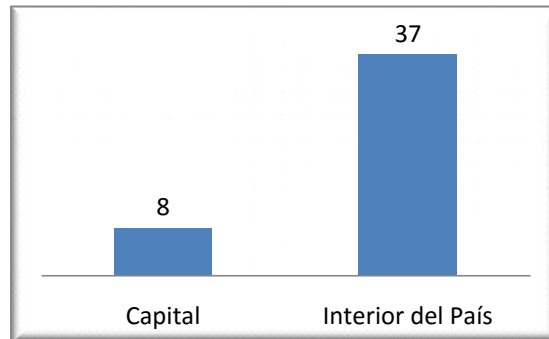
Que las mujeres tengan acceso a la salud es de mucha importancia, debido a que son las mujeres las que frecuentemente quienes toman las decisiones sobre salud en el grupo familiar (OMS, 2001).

Por otro lado, el acceso a servicios de salud esenciales y a intervenciones adecuadas puede salvar la vida de muchas mujeres y mejorar el estado de salud de las familia, ya que en nuestro país un gran número de hogares está conformado por madres solteras.

Finalmente, el acceso a la atención a través de la cobertura universal en salud es una parte clave de la protección y empoderamiento de las mujeres, garantizando su

derecho a la salud, y que les permita contribuir al desarrollo de sus países (OMS, 2001).

Figura No 3: Distribución según lugar de procedencia, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016.



Fuente: Encuesta

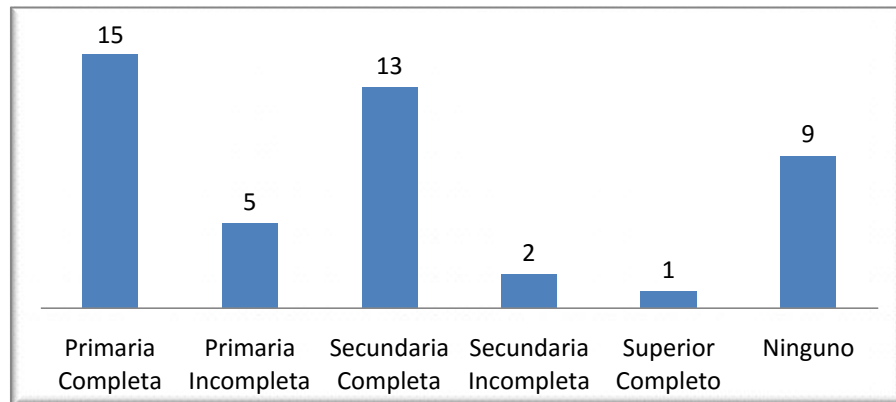
El 82.2%(37) proceden del interior del país

Esto refleja que la mayoría de pacientes proceden de regiones fuera de Tegucigalpa, esto se relaciona con que este es el único Hospital Nacional de referencia para tratamientos oncológicos en el país.

Estos datos son relevantes debido a que existe la barrera relacionada con los desplazamientos desde zonas muy alejadas a la capital, generando gastos significativos de traslado, en comparación con los pacientes que son residentes en zonas urbanas de la ciudad de Tegucigalpa.

Estos resultados son congruentes con lo planteado por Vargas y Molina (2009), quienes sostienen que en la mayoría de los países de América Latina existe una enorme dispersión geográfica y grandes distancias que debe recorrer la población rural para acceder a los servicios de salud, en donde una gran proporción de personas no demanda la atención e incluso pasa años sin acudir.

Figura No 4: Escolaridad de los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe 2016



Fuente: Encuesta

En relación a la escolaridad el 33.3% tienen educación primaria completa, un 28.9% culminaron la secundaria un porcentaje alto del 20% no tiene ninguna escolaridad finalmente, solo 2% tiene educación completa.

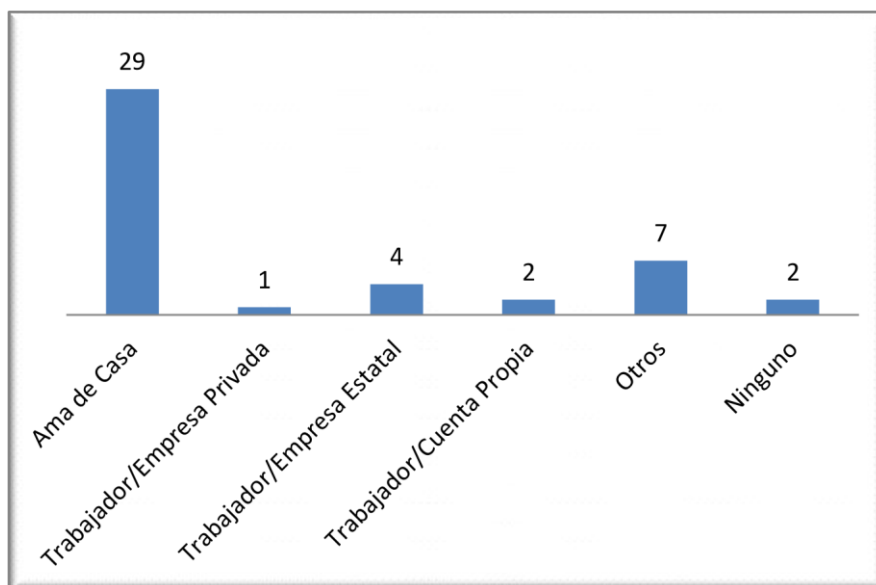
Se fortalece la idea que un nivel de educación más alto mejora las probabilidades de acceso y la tendencia que al mejorar el estado de salud se busca mayor atención por prevención como una forma de demanda por capital salud.

El mayor grado de escolaridad influye en las oportunidades que tiene el paciente para poder desarrollar actividades que le permitan una mejor situación económica y estabilidad familiar y por ende tener una buena alimentación y un buen estilo de vida.

El efecto positivo de una mayor educación sobre la probabilidad de acceso a servicios curativos y preventivos puede explicarse no solo a través del efecto indirecto derivado de un mayor nivel de ingresos de los hogares sino también de forma directa, puesto que tienen mayor disponibilidad de información acerca del control y tratamiento de enfermedades.

La manera como la educación puede determinar el destino en salud de un individuo puede ser explicada a través de diferentes mecanismos que escapan al alcance de esta investigación. Sin embargo, se puede afirmar que los individuos mejor educados tendrán mejores oportunidades laborales, trabajo formal, afiliación al sistema de salud pública (IHSS).

Figura No 5: Ocupación de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe abril 2016.



Fuente: Encuesta

A partir de los datos de la tabla 5 el porcentaje más alto 64 % son amas de casa el 31% tienen algún empleo remunerado un 4% no trabaja lo que significa que el 68% de estos pacientes dependen económicamente de algún familiar.

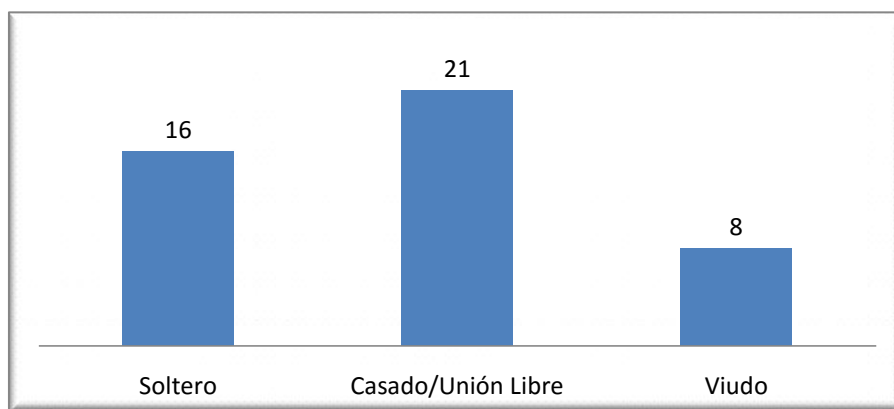
Estos datos reflejan que son las amas de casa las que más requieren el servicio, o el tratamiento de quimioterapia, lo cual coincide con los resultados de la variable sexo, en donde se observó una mayor cantidad de mujeres.

Lo relevante de estos resultados es que la teoría nos dice que en América Latina existe evidencia que las mujeres reciben una atención diferenciada producto de una

serie de circunstancias que determinan el acceso, y dentro de las que vale la pena mencionar las relaciones sociales, la procedencia (rural o urbana), el estrato socioeconómico, la apariencia, la ocupación y el nivel adquisitivo; configurando una serie de patrones que determinan el acceso (Sánchez, et al., 2014).

Por otro lado, las barreras laborales están relacionadas con el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables y la posibilidad de acceder a una pensión, entre otros. El empleo de las mujeres puede convertirse, en la mayoría de los casos, en una barrera para acceder al tratamiento, por lo cual muchas deciden abandonar su tratamiento y otras, ante la enfermedad, les es imposible tener acceso a uno. Así mismo se observa que en algunos casos la mujer debe renunciar a sus empleos como una forma de evitar dificultades con sus empleadores y compañeros por el alto número de incapacidades (Gerend, 2008).

Figura No 6: Estado Civil de los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe 2016:



Fuente: Encuesta

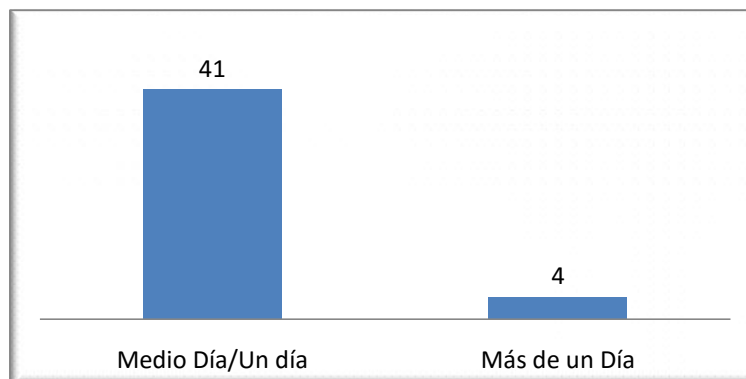
En lo que corresponde al estado civil un 46.7% (21 personas) están en su condición de Casados o en unión estable, un 35.6% de ellos están solteros y un 17.8% están viudos sumando estos dos últimos un 53%.

El estado civil soltera y viudo es un factor importante, probablemente el paciente que enfrenta la enfermedad solo, un gran número de ellos depende económicamente de sus familiares.

Por otro lado, según algunos autores el estado civil condiciona determinados hábitos de vida (Heywood, et al, 1996) que podrían repercutir sobre los indicadores de riesgo para contraer una enfermedad bien para saber convivir con la misma. Así, por ejemplo, la circunstancia de estar casado, soltero, viudo o separado implicaría diferencias en la dieta, actividad física, horas de sueño y consumo de alcohol y tabaco (Orth-Gomer, 2000).

OBJETIVO 2: Identificar la accesibilidad geográfica que tienen al servicio de quimioterapia los pacientes oncológicos en el Hospital San Felipe.

Figura No 7: Tiempo de traslado de los Pacientes Oncológicos hacia el Hospital San Felipe.



Fuente: Encuesta

El 91.1% tardan menos de día en trasladarse hacia el Hospital y un 8.9% tardan más de un día en el trasladarse.

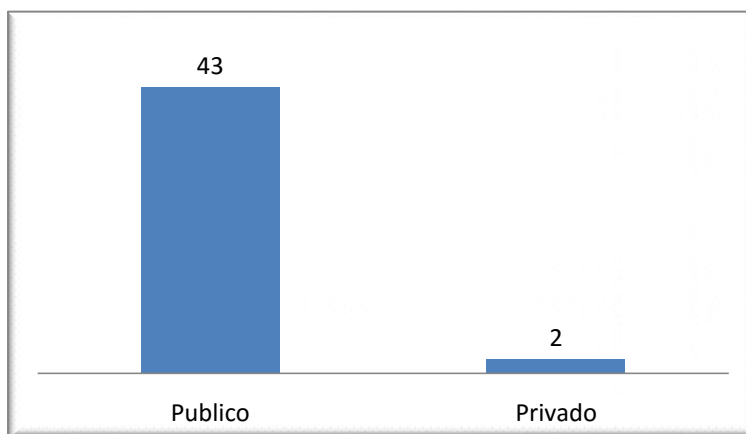
Estos datos reflejan que es bastante el tiempo de traslado, que tienen que realizar los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe para recibir los servicios de quimioterapia. Además, hay una serie de costos que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, entre otros.

Los pacientes presentan barreras geográficas, los que habitan en áreas rurales y que deben emprender largos viajes con cada paso que el itinerario terapéutico y burocrático les impone.

Los grandes desplazamientos de una a otra, para la complementación diagnóstica y terapéutica, se convierten en una barrera de acceso por la carga económica adicional que conllevan, muchas veces imposible de asumir (Vargas y Molina, 2009).

Aquí se deja en evidencia la existencia de barreras relacionadas con los desplazamientos desde las zonas rurales, generando problemáticas adicionales, en comparación con las mujeres residentes en zonas urbanas. Se presentan barreras geográficas en las mujeres que habitan en áreas rurales y que deben emprender grandes viajes con cada paso que el itinerario terapéutico y burocrático les impone ((Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

Figura No 8: Medio de Transporte que Utilizan para trasladarse los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe:



Fuente: Encuesta

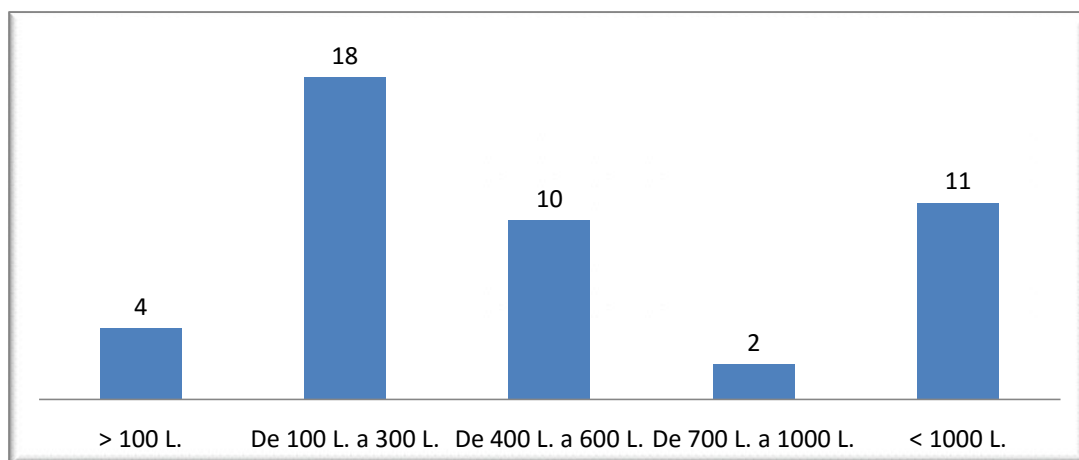
En relación al transporte que los pacientes utilizan para su traslado. El 95.6% utilizan medio de transporte público y apenas un 4.4% (2 personas) utiliza transporte privado.

El mayor porcentaje de pacientes oncológicos del Hospital San Felipe viajan en autobús por lo que su viaje se retrasa un poco más y debido a los efectos de estos tratamientos se vuelve más complicado su viaje.

Para resolver la barrera geográfica, los pacientes deben buscar maneras de financiar los desplazamientos para llegar al lugar donde se presta el servicio. En muchas ocasiones recurren al apoyo de conocidos y familiares, ya sea para que proporcionen el transporte, la compañía o el préstamo del dinero necesario para el desplazamiento. Asimismo, hay usuarios que deciden pagar algunos exámenes de manera particular, ya que el desplazamiento al Hospital puede salir más costoso por los tiempos y por los gastos de desplazamiento (Restrepo, et al., 2014).

Objetivo 3: Precisar la accesibilidad económica que tiene el paciente oncológico en el hospital San Felipe.

Figura No 9: Costos de traslado de su residencia hacia el Hospital San Felipe.



Fuente: Encuesta

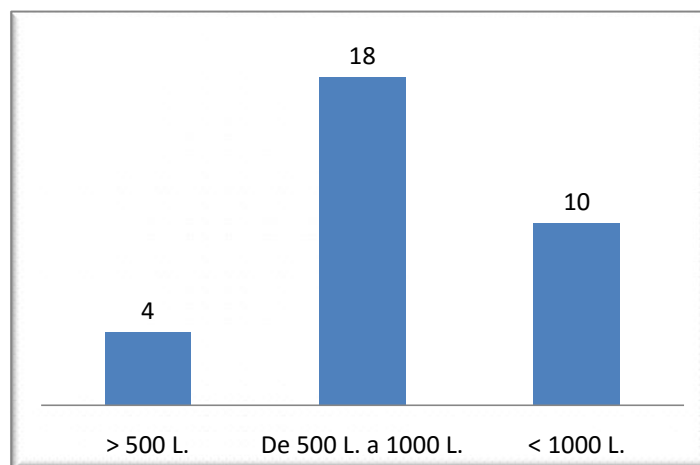
El 40% gastan entre 100.00 a 300.00 Lps. en traslado, un 24.4 % tienen un gasto superior a 1,000.00 Lps, un 26 % gastan entre 400 a 1,000.00 Lps y solo el 8% es inferior a 100.00 Lps.

El costo de traslado de los pacientes oncológicos hacia Hospital San Felipe Tegucigalpa es alto el costo se duplica cuando ellos vienen con acompañantes. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta, tales como los gastos de transporte. Tomando en cuenta el salario mínimo que hay en el país estos gastos son considerables para los pacientes (Goldman, 2002).

La concentración de los servicios en las principales ciudades del país, obliga a los pacientes a realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o entre diferentes municipios. En esta subcategoría se mezclan las restricciones económicas, las grandes distancias recorridas, las dificultades de transporte y las condiciones de salud propias de la enfermedad que padecen.

Los datos confirman los resultados de Mejía, Sánchez y Tamayo (2009) quienes encontraron que las condiciones de acceso son insuficientes e inequitativas, ya que la mayoría de las personas de bajos recursos que no accedieron al servicio de salud frente a una necesidad no lo hacían por su incapacidad de cubrir los costos de los servicios, lo cual hace pensar que si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la atención médica para todas las personas sin importar su nivel socioeconómico, éstos en realidad son puramente formales.

Figura No 10: Gastos de Permanencia en Tegucigalpa de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016:



Fuente: Encuesta

En relación a los gastos de permanencia en Tegucigalpa durante reciben los servicios de quimioterapia apenas el 8% gastan menos de 500.00 Lps diarios y un 40% gastan alrededor de 500 a 1,000 Lps, finalmente el 22.5% gasta más 1,000.00 Lps

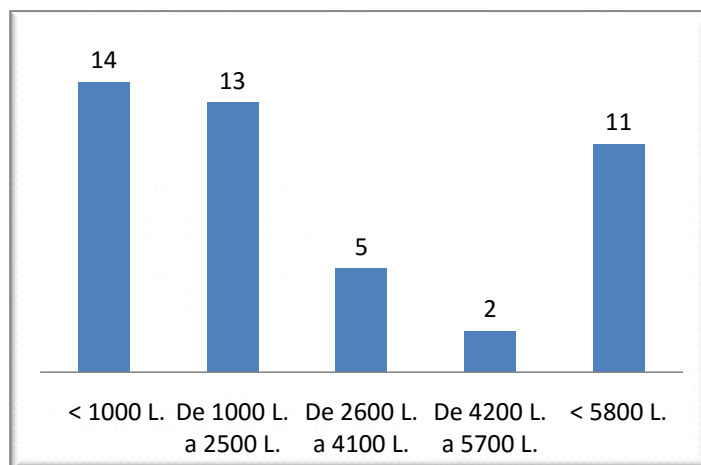
Si el paciente no tiene o no utiliza los hogares de familiares o amigos en Tegucigalpa para hospedarse y si no accede al programa de albergues, debe disponer de unos recursos mínimos (García y Quintero, 2008).

Es conveniente buscar otras alternativas de alojamiento y soporte a la permanencia en la ciudad de Tegucigalpa, para obtener costos más razonables y mejores condiciones, que faciliten el acceso al tratamiento.

Al no existir esta alternativa, los costos para acceder al mismo se incrementen notoriamente y por lo tanto es de suponer que un gran número de pacientes decide no desplazarse a la ciudad de Tegucigalpa, sino limitarse a los tratamientos que se puedan ofrecer a nivel regional, de tal manera que esta limitación puede estar influyendo notablemente en el aumento del índice de mortalidad por cáncer, debido a las barreras ocultas de acceso al tratamiento.

En este sentido, un primer escenario que resulta indispensable en el corto plazo, es crear albergues o casas de familia que acojan a enfermos a los pacientes.

Figura No 11: Costo de los Medicamentos que tienen que adquirir los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016



Fuente: Encuesta

El 31.1% sostuvo que sus costos de medicamentos giraban en menos de los L. 1,000.00, entre tanto un 28.9% sostiene que sus costos están entre L. 1,000.00 a 2,500.00 L. finalmente, un 24.4% de los pacientes sostiene que sus costos son superiores a L. 5,800.00, lo cual es un valor cercano al salario mínimo vigente en el país.

El alto costo de los medicamentos se relaciona con la falta de capacidad de pago, ya que, a pesar de ser un servicio gratuito, muchos de estas pacientes, buscando lograr la atención, deben realizar pagos adicionales al sistema y asumir costos indirectos, a pesar de que ellos, en su mayoría, no cuentan con recursos para hacerlo. En consecuencia, esta falta de capacidad de pago retrasa la atención, puesto que es imposible para muchos de ellos, cubrir los costos para la realización de exámenes diagnósticos o del tratamiento inicial.

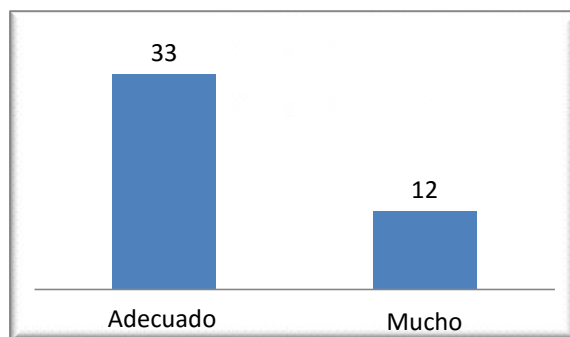
De allí que se considera que el acceso a los Servicios de Salud, se relaciona con el nivel adquisitivo, lo cual no coincide con los principios de equidad en salud y con la realidad social de la mayoría de la población hondureña.

Para las personas que viven en comunidades por debajo del índice de pobreza, las tarifas de los servicios de salud son una gran carga para la economía familiar. Además de las consultas están los gastos de medicamentos y transporte que hay

que pagar en efectivo. Sin ingreso, las familias deben pedir prestado o vender sus bienes y en casos graves, los gastos en salud pueden ser superiores al ingreso anual (Gertler y Sturm, 1997; Gilson, 1997).

Objetivo 4: Describir la accesibilidad institucional que tiene el paciente oncológico en el Hospital San Felipe.

Figura No 12: Tiempo de atención para la aplicación de quimioterapia, de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016.



Fuente: Encuesta

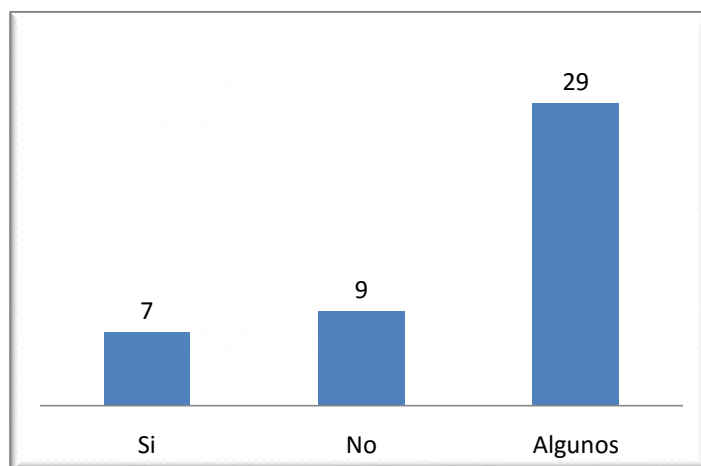
Un 73.3%(33/45 personas) consideran que el tiempo de espera es adecuado y el 26.7%(12/45 personas) afirman que es mucho tiempo.

Los datos reflejan que para los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe el tiempo de atención para recibir los servicios de quimioterapia es el adecuado, pero hay porcentaje considerable que se encuentran insatisfechos ya que el tiempo de espera es considerado como mucho tiempo, entre la referencia del médico especialista tratante y el inicio de quimioterapia el promedio oscila entre una y dos semanas.

Esta limitación se considera como barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos, inequidad entre los regímenes, interpretación a

conveniencia de los planes de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos (Vargas y Molina, 2009).

Figura No 13: Disponibilidad de medicamentos de pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016.



Fuente: Encuesta

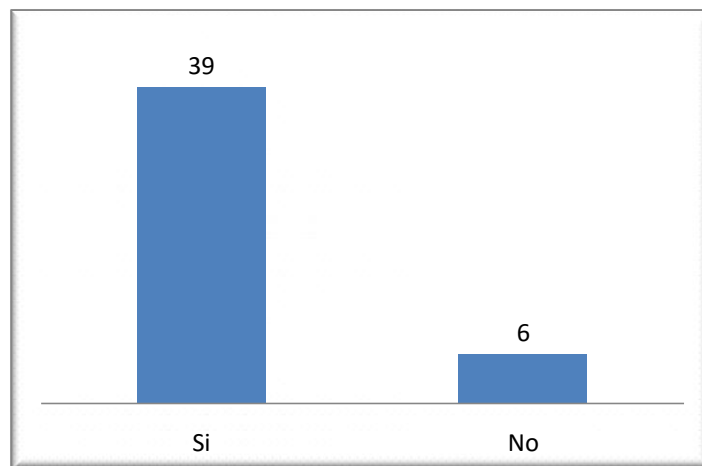
Un 64.4% (29 personas) sostienen que únicamente algunos medicamentos para su Quimioterapia están disponibles en el Hospital San Felipe Tegucigalpa Honduras, en cambio el 15.56% (7/45) sostiene que, si hay medicamentos disponibles, no obstante, el 20% (9/45) expreso que no hay disponibilidad de los medicamentos que a ellos se les prescribió.

Hay opiniones encontradas respecto a la disponibilidad de medicamentos en el Hospital.

Estos datos son congruentes con un estudio realizado por el CONADEH (2014) en donde mostro que solo un 24% de los establecimientos hospitalarios de Honduras se encuentra arriba del 80% en los niveles de abastecimiento. El resto se encuentra parcialmente abastecido o en completo desabastecimiento, con niveles disponibles por debajo de la cantidad necesaria para brindar un mejor trato a cualquier nivel de atención.

A diferencia de los otros centros de atención, los Hospitales Nacionales son los que generan la mayor carga de atención diaria de personas. Por lo tanto, la cantidad de personas desatendidas sin medicamento, es proporcional a la cantidad de personas promedio atendidas por día, lo que hace que el problema de desabastecimiento sea de mayor magnitud en esos establecimientos.

Figura No 14: Horarios de atención para pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016



Fuente: Encuesta

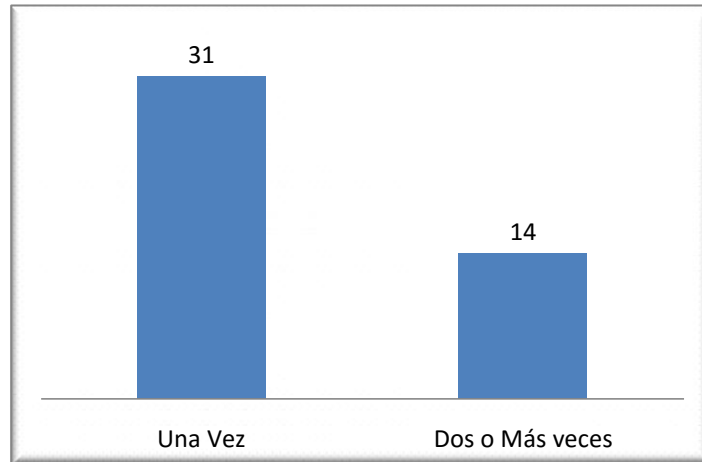
Un 86.7% (39) están de acuerdo con los horarios de atención que ofrece el Hospital y un 13.3%(6/45 personas) manifestaros no están de acuerdo con los horarios establecido.

Este dato refleja que aun siendo la mayoría del interior del país, que tienen que calcular su tiempo para estar puntual a su quimioterapia están conformes con los horarios de atención.

Se puede observar pacientes insatisfechos con los horarios de atención, lo cual es sumamente importante y está relacionado con las otras barreras, así, por ejemplo, si el paciente debe estar a una determinada hora de la mañana en las instalaciones del Hospital, pero viene desde lugares al interior del país, además utiliza el servicio

de transporte público. Esto genera que no pueda tener llegar a tiempo y su tratamiento. Lo cual se constituye en una barrera de tipo organizacional (Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

Figura No 15: Número de visitas para recibir el servicio quimioterapia de los pacientes del Hospital San Felipe



Fuente: La encuesta

El 31.1% (14) de las personas debieron asistir más de una vez para poder obtener una cita para recibir los servicios de quimioterapia. Y el 68.9% (31 personas) dijeron que viajaron una única vez para obtener la cita.

Tal como se ha observado en otros escenarios este tipo de barreras, conlleva a efectos negativos en aspectos personales, emocionales, familiares, sociales, laborales y culturales; el estrés personal, emocional y familiar, son de las situaciones más frecuentes, al igual que las dificultades laborales por permisos reiterados.

Los pacientes pueden verse afectados desde el momento en que sacan la cita y el personal administrativo que lo atiende no se dirige hacia él en forma cordial o no lo orienta adecuadamente, cuidando que el tiempo de atención sea el óptimo.

Hay ocasiones en que el paciente debe esperar demasiado porque la persona está ocupada atendiendo llamadas personales o porque abandona su puesto

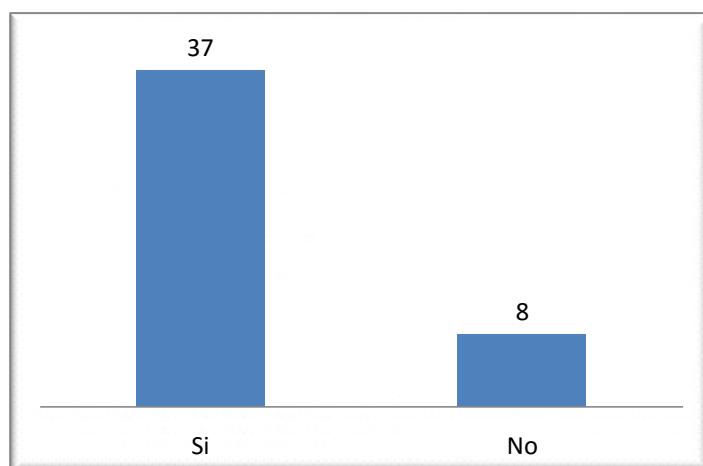
momentáneamente por un asunto personal a pesar que el área está atestada de pacientes o porque decide atender a un recién llegado por ser su familiar o amigo; estas situaciones extremas se pueden presentar si el personal no ha internalizado lo que significa “una atención de calidad”.

Disponibilidad de Cupo para recibir el servicio de Quimioterapia en los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe:

El 100% (45/45 personas) encuentran cupo Disponible para la aplicación de su Quimioterapia.

Esto refleja que se está trabajando con excelencia en la parte de organizar y brindar los cupos para aplicación de quimioterapia a los pacientes del Hospital San Felipe.

Figura No 16: Acompañante del paciente a la aplicación de su quimioterapia en el Hospital San Felipe 2016



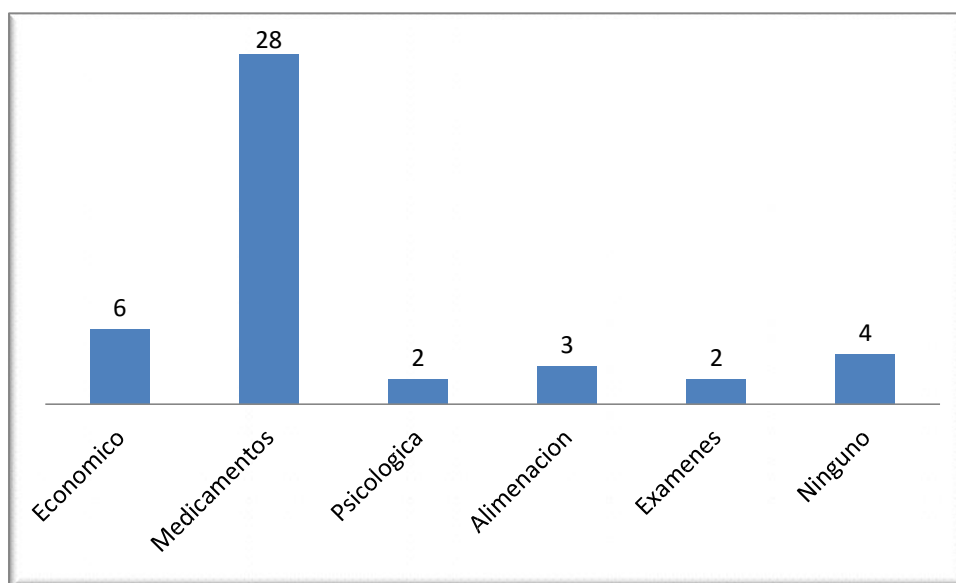
Fuente: Encuesta

El 80% (37/45) de los participantes sostiene que viene siempre acompañado, por lo general este acompañante corresponde a un familiar cercano. Solo un 17.8% (8 personas) lo hace solo.

Quizá por su estado avanzado de la enfermedad los pacientes deben viajar acompañados a su cita en el Hospital, esto tiene implicaciones económicas fuertes debido a que deben disponer de pasajes, gastos de alimentación y estadía para dos personas.

Otro factor importante a destacar es el papel del acompañante en la visita al Hospital, en la mayoría de los casos y por el avance de la enfermedad es el acompañante que tiene el conocimiento más preciso de la información busca el paciente, los horarios, los medicamentos, las áreas de atención (González y Ruiz, 2006).

Figura No 17: Apoyo que requiere de la institución el paciente oncológico del Hospital San Felipe 2016



Fuente: Encuesta

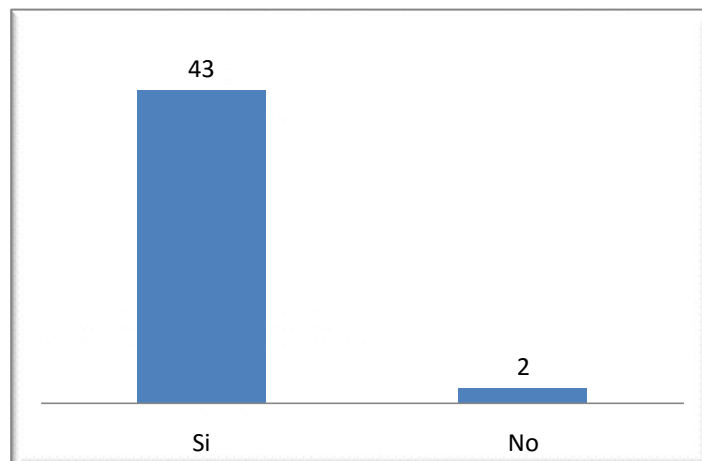
Más del 62.22% (28/45 personas) consideran que necesitan que el hospital les ayude con la adquisición de todos los medicamentos para tratar su enfermedad, seguido por un 13.3% (6 personas) que consideran que requieren de la ayuda económica, un menor porcentaje del 4.44% (4/45) sostiene que necesitan de ayuda psicológica, igual porcentaje de aquellos que requieren ayuda en alimentación. Un

8.89% (4/45) sostiene que no requiere ninguna ayuda y finalmente un 6.67% (6/45) sostiene que requiere ayuda en sus exámenes.

En términos generales los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe necesitan que la institución les ofrezca ayuda en la adquisición de medicamentos. Esta petición que los pacientes hacen está estrechamente vinculada con las limitantes económicas, debido a que como se observó anteriormente, los pacientes gastan una cantidad considerable de recursos económicos en la compra de sus medicamentos, lo cual constituye un aspecto importante para su recuperación. Es decir, los altos costos para la compra de medicamentos de constituye en una barrera económica que deben superar constantemente.

Alineado a lo anterior, existe una falta de capacidad de pago, ya que muchos de los pacientes, a pesar de estar un sistema público de salud, deben realizar pagos adicionales y asumir costos indirectos y en su mayoría no cuentan con recursos para hacerlo. En consecuencia, esta falta de capacidad de pago retrasa la atención, puesto que es imposible para muchas de ellas, cubrir los costos para la realización de exámenes diagnósticos o del tratamiento inicial (Sánchez, Celmira y Estupiñán, 2014).

Figura No 18: Atención del personal del área de oncología hacia el paciente del Hospital San Felipe 2016



Fuente: Encuesta

El 95.6% (43/45) de las personas que participaron en el estudio consideran estar satisfechos con la atención que brinda el hospital. Únicamente dos personas mostraron su inconformidad, solo el 4.4% (2/45) consideran no estar satisfechos con la atención brindada.

Este es un dato importante, debido que en otros estudios se han identificado percepciones de insatisfacción por parte de los usuarios (dominio amplio): déficit en la orientación, irrespeto de funcionarios y falta en la continuidad de tratamientos. Situaciones de malestar similar se encontraron en estudios realizados en México, quienes reportaron mala calidad en la atención, insatisfacción relacionada con negligencia y maltrato por parte del médico (Puentes, et al., 2006; Ortiz, et al., 2004).

Algo similar se ha observado en Chile, Brasil y en países Centro-americanos, con incremento de demandas, reclamos, y exclusiones del Sistema de Salud, reflejado en obstáculos para acceder a los servicios de salud en población general, en adultos mayores, mujeres, en poblaciones vulnerables, en especial a medicamentos y citas médicas especializadas (Reveiz, et al., 2013; Da Cruz, et al., 2012; Acuña, et al., 2014).

Todas estas barreras estudiadas que no podrán ser resueltas sin tener en cuenta la existencia de enormes desigualdades sociales e inequidad y que, por lo tanto, aunque la solución deberá incluir una reforma al sistema de salud, son imperativos cambios profundos que contemplen la distribución desigual de la riqueza y los modelos de acumulación de capital de nuestra sociedad.

El mayor número de barreras encontradas en el trabajo cualitativo corresponden al acceso real, sin restar importancia a barreras del acceso potencial como la situación económica de los usuarios, las distancias geográficas y las características del contexto y de la población.

IX. CONCLUSIONES

1. Los pacientes afectados pertenecen al grupo de población económicamente activa, son mujeres, procedentes de fuera de Tegucigalpa, escolaridad que predomina, está por debajo de la educación media completa, incluyendo personas sin ningún nivel educativo; alcanza la primaria incompleta, prevaleciendo las amas de casa en esta población.
2. El tiempo de traslado para recibir los servicios de quimioterapia es amplio. Hay una serie de costos. Los que habitan en áreas rurales deben emprender grandes viajes con cada paso que el itinerario terapéutico y burocrático les impone, viajan en autobús público.
3. El costo de traslado es alto el costo se duplica cuando ellos vienen con acompañantes.
4. Los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe consideran que el tiempo de atención para recibir los servicios de quimioterapia es el adecuado. Hay opiniones encontradas respecto a la disponibilidad de medicamentos en el Hospital y están conformes con los horarios de atención. Los pacientes viajan acompañados a su cita en el Hospital, los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe necesitan que la institución les ofrezca ayuda en la adquisición de medicamentos, finalmente están complacidos con la atención que se les brinda.

X.RECOMENDACIONES

A la secretaria de Salud:

1. Creación albergues para los pacientes del interior del país: Es posible pensar en un gran centro de alojamiento para familiares y pacientes, con todas las condiciones de infraestructura y confort.
2. Creación de una farmacia especial abastecida con medicamentos para los pacientes oncológicos y a bajo costo.

Al Hospital San Felipe:

1. Realizar las gestiones correspondientes para contar con un área de psicología para los pacientes que hace uso de los servicios oncológicos.
2. Establecer un fondo de caja chica (ya sea del presupuesto del gobierno o bien un fondo de los empleados) para poder ayudar económicamente a los pacientes que viajan desde el interior del país. Incluir contratación de más recursos para químicos farmacéuticos para agilizar más atención a las pacientes ojo ponerle número no pude

Al Gobierno:

1. Incluir en el programa del bono vida mejor a todos los pacientes que requieren servicios oncológicos.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Acero M, Caro I, Henao L, Ruiz L, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2013; 31(1): 91-98.
2. Sánchez V., Laza V., Celmira; Estupiñán G., Carolina; Estupiñán G., (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(39), p. 305-313.
3. Mejía-Mejía, Aurelio; Sánchez-Gandur, Andrés F.; Tamayo-Ramírez, Juan C. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), p. 26-38.
4. Heywood, A. Firman, D. Sanson-Fisher, R. Mudge, P y Ring, I. (1996). Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking. *Prev. Med.* 25 (3), p. 268-276.
5. Orth-Gomer, K. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *J. Am. Med. Assn.* 284(23), p. 3008-3014,
6. Acuña C, Marín N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Pública*; 35(2), p. 128-135.
7. Gerend M, (2008). Social determinants of Black-White disparities in breast cancer mortality: a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 17(11), p. 2913-2923.
8. Akin J, Hutchinson P. Health care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan* 1999;14: 135–151.
9. Alderman H, Lavy V. Household responses to public health services: cost and quality tradeoffs. *World Bank Res Obs* 1996; 11:3–22.
10. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Rev Ger Pol Salud.* 2005; 4(9): 6-60.

11. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *J Health Soc Behav*; 1995; 36 (1):1-10.
11. Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, Kaiser B, Schoening E, Fredriksen AM, et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs* 2013; 69(9): 1919-1930.
12. Benefo K, Schultz T. Fertility and child mortality in Côte d'Ivoire and Ghana. *World Bank Econ Rev* 1996; 10:123–158
13. Bloom D, Sachs J. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brookings Papers on Economic Activity* 1998; 2:207–295.
14. Cromley EK, McLafferty SL. *gis and Public Health*. UK: The Guilford Press; 2002.
15. Da Cruz-Gouveia A, Morais-Duarte G, Gouveia-Figueiredo K, OliveiraDuarte P, Sousa-Macau B. (2012). Accesibilidad de los servicios básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Cien Saúde Colet*, 17(11), p. 29032912.
16. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: RAE, 2001.
17. Eastwood R, Lipton M. The impact of changes in human fertility on poverty. *J Dev Stud* 1999; 36:1–30
18. Estupiñán G., C; Laza V., C; Estupiñán G., L; Sánchez V., G; (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32() 305-313. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12031816011>
19. Gertler P, Sturm R. Private health insurance and public expenditures in Jamaica. *J Econom* 1997; 77:237–258
20. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan* 1997; 12:273–285.
21. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2001; 53(9): 1149-1162.

22. Goldman N. Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala. *Soc Sci Med* 2002; 55:1693-1712.
23. Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc Sci Med* 1995;40(6):743-753.
24. Hairon N. Report finds inequity in access to breast surgery services. *Nurs Times* 2008 104(11): 21-22.
25. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Health Care Access Barriers and Facilitators: A Qualitative Systematic Review. *Rev Panamericana Salud Pública*. 2013 mar; 33(3): 223-9.
26. Kloos H. Utilization of selected hospitals, health centers and health stations in central, southern and western Ethiopia. *Soc Sci Med* 1990;31(2):101-114.
27. Kroeger A. Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Soc Sci Med* 1983;17(3) :147-161.
28. Lucumi D, Gómez L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev. Esp. Salud Pública*, mayo-jun. 2004; 78 (3): 367-377.
29. McCoy C, Pereyra M, Metsch L. A community-based breast cancer screening program for medically underserved women: its effect on disease stage at diagnosis and on hazard of death. *Rev Panam Salud Publica*, Mar. 2004; 15(3): 160-167.
30. Moore AD, Hamilton JB, Knafelz GJ, Godley PA, Carpenter WR, Bensen JT, et al. The influence of mistrust, racism, religious participation, and access to care on patient satisfaction for African American men: The North Carolina/Louisiana Prostate Cancer Project. *J Natl Med Assoc* 2013; 105(1): 59-68.
31. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services* 2009; 39(3): 423-441.

32. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2001.
33. Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Juárez S, Torres-Carreño E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Rev Esp Salud Pública; 78(4), p. 527-537.
34. Palacio-Mejía, L, Rangel-Gómez G, Hernández-Ávila M. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. Salud pública Méx, 2003; 45 (supl.3): 315-325.
35. Panis C, Lillard L. Health inputs and child mortality. J Health Econ 1994;13: 455–489.
36. Pritchett L, Summers LH. Wealthier is healthier. J Hum Resour 1996; 31:841-868
37. Puentes-Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Publica; 19(6), p.394- 402.
38. Quintero-Matallana, C S; García-Ubaque, J C; (2008). Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Revista de Salud Pública, 10() 583-592. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210408>
39. Restrepo J, Mejía A, Valencia M. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. Rev. Esp. Salud Publica, Nov-Dic. 2007; 81(6): 657-666.
40. Reveiz L, Chapman E, Torres R, FitzGerald JF, Mendoza A, Bolis M, Salgado O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Publica, 33(3), p. 213-222.
41. Tamayo-Ramírez, J C; Mejía-Mejía, A; Sánchez-Gandur, A F; (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública, 9() 26-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42290103>

42. Tamayo-Ramírez, J C; Mejía-Mejía, A; Sánchez-Gandur, A F; (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9() 26-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42290103>
43. Thomas D, Lavy V, Strauss D. Public Policy and anthropometric outcomes in the Côte d'Ivoire. *J Public Econ* 1996;61: 155–192
44. Vargas J, Julián, & Molina M, Gloria. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130. Retrieved April 17, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2009000200003&lng=en&tlng=es.
45. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2009; 27: 121-30.
46. Vissandjee, B; Hautecoeur, M; Zunzunegui, M V; (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 49(1) 86-93. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=10649202>
47. Wag staff, Adam. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 316-326. Retrieved April 17, 2016, from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000500007&lng=en&tlng=es.
48. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.
49. WHO. Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. World conference on social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO, 2011: 47.

50. Wong E, Popkin B, Guilkey D, Akin J. Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines. *Soc Sci Med* 1987; 24:927–944
51. Woolcock M, Narayan M. Social capital: implications for development theory, research and Policy. *World Bank Res Obs* 2000; 15:225–24

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización De Variables

Objetivo1 caracterización socio demográfica

Variable	indicador	Definición operacional	valores	Escala de medición
➤ Procedencia	% población urbana % población Rural	Lugar de donde proceden las personas	. Urbana . Rural	nominal
➤ Edad	% por años	Edad Actual	Mayor de 18 años	Nominal
➤ Sexo	% por sexo	Sexo del Paciente	Hombre/ mujer	Nominal
➤ Nivel Académico	Escolaridad	Grado de conocimiento Académico	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universitario 	Ordinal

Objetivo 2: Variable Geográficas

Variable	Indicador	Definición operacional	valores	Escala de medición
Localidad	Cual lejos está la comunidad del Hospital San Felipe.	Ubicación de la Comunidad del paciente oncológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norte ▪ Sur ▪ Este ▪ Oeste de Honduras 	nominal
Distancias	Lugar que recorre desde su comunidad hasta el Hospital.	Distancia recorrida desde su comunidad hasta el hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En kilómetros 	Nominal
Tiempo	Tiempo que gastan en trasladarse al Hospital.	Cantidad de tiempo que transcurre en el traslado de su localidad hacia el hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiempo en horas ▪ Minutos 	continua
Transporte	Medios de Transporte que utiliza	Tipo de Transporte que utiliza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autobús ▪ Auto ▪ Taxi 	polifónicas

Objetivo 3: Variables Económicas

Variable	Indicador	Definición operacional	valores	Escala de medición
Costo de traslado de su residencia a el Hospital	Comentarios de los pacientes de no poseer mucho dinero por los gastos de traslado.	Costo económico de traslado de residencia.	□ Costo monetario	nominal
Costo de compra de algunos medicamentos	Retraso de aplicación de Quimioterapias por falta de Medicamentos	Costo de algunos fármacos que el paciente compra.	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 500 Lps • Más de 1000 Lps • Más de 2000 Lps 	continua
Costo de gastos por los días de permanencia en Tegucigalpa.	Utilización del albergue por los días de permanencia.	Gastos que tienen los pacientes por los días de estadía en la ciudad de Tegucigalpa	<ul style="list-style-type: none"> • 100 Lps diarios • Más de 100 Lps Diarios 	nominal
Alimentación	Costo por Alimentación	Costo por alimentación diaria de cada paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Desayuno • Almuerzo • cena 	Continua
Transporte	Tipo que transporte que utilizan	Pago por cada transporte que utiliza para trasladarse al hospital.	□ # de trasportes que utiliza su costo	continua

Objetivo 4: Variable Institucional.

Variable	Indicador	Definición operacional	valores	Escala de medición
Disponibilidad de los insumos	El paciente siempre reciba sus Quimioterapias sin interrupción por no tener medicamento.	Accesibilidad de los insumos necesarios para la Quimioterapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles • No disponibles 	nominal
Recurso Humano	Si existe un Incumplimiento de las Normas	Existe un adecuado cumplimiento de las normas para una buena atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe cumplimiento de las normas • No existe un cumplimiento de las normas. 	nominal
Tiempo de espera	Tiempo de atención Prolongado.	tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Poco tiempo • Mucho tiempo 	Nominal
Espacio de atención	Existe un espacio adecuado para la Atención de los servicios de Quimioterapia.	Espacio que tienen los pacientes al realizar sus servicios de Quimioterapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • malo 	Continuo
Horarios de Atención	Puntualidad en el inicio de aplicar sus Quimioterapias	Accesibilidad de tiempo de atención que brinda la institución a los pacientes con cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios de atención continuos • cortos 	nominal

Anexo 2:

Encuesta

Encuesta sobre Accesibilidad a los servicios de Quimioterapia en Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe, Tegucigalpa Honduras.

N. encuesta ___

EDAD _____

SEXO:

Femenino

masculino

PROCEDENCIA:

Capital

Interior del país

DIRECCION:

ESCOLARIDAD:

Primaria Completa

primaria incompleta

Secundaria Completa

Secundaria Incompleta

Superior

superior Incompleto

Ninguno

OCUPACION:

Ama de casa

Trabajador de Empresa Privada

Estudiante

Trabajador Empresa Estatal

Otros Trabajador por cuenta propia Ninguno

ESTADO CIVIL:

Soltero casado Unión libre

Separado Divorciado Viudo

¿Cuánto tiempo tarda en trasladarse de su localidad hacia el Hospital?

Medio día Un día Más de un día

2. ¿Qué medio de transporte utiliza para su traslado?

Publico Privado

3. ¿El costo de traslado desde su residencia hacia el Hospital es aproximadamente de?:_____LPS

4. ¿Cuál es el costo de gastos de permanencia en Tegucigalpa aproximadamente?:_____LPS

5. ¿Cuál el costo de algunos medicamentos que necesita comprar para su Quimioterapia? _____LPS

6. ¿Cómo considera el tiempo de espera cuando viene para la aplicación de su Quimioterapia?

Adecuado Mucho

7. ¿Cuándo usted viene a su Quimioterapia hay disponibilidad de medicamentos en el Hospital?

Si No Algunos

8. ¿Considera adecuados los horarios de atención para la aplicación de su Quimioterapia?

Sí No

9. ¿Cuántas visitas realizo para recibir los servicios de Quimioterapia por primera vez?

Una vez dos y más

10. ¿Cuenta siempre con Cupo para la aplicación de su Quimioterapia?

Sí No Algunas veces

11. ¿Al venir a su Quimioterapia viene Acompañado?

Sí No Parentesco _____

12. ¿Qué tipo de apoyo le gustaría recibir de esta institución?

13. ¿Se siente Satisfecho con la atención que le brinda el personal del Hospital?

Sí No

Anexo 3: Tablas de Resultados

Tabla No 1: Distribución de los pacientes según grupo etario, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 31 años	5	11,1
De 32 a 45 años	10	22,2
De 46 a 59 años	20	44,4
De 60 o más años	10	22,2
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Distribución según Sexo, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	71,1
Masculino	13	28,9
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 3: Distribución según lugar de procedencia, pacientes oncológicos del Hospital San Felipe en Tegucigalpa, Honduras. Abril 2016.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Capital	8	17,8
Interior del País	37	82,2
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 4: Escolaridad de los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe 2016

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	15	33,3
Primaria Incompleta	5	11,1
Secundaria Completa	13	28,9
Secundaria Incompleta	2	4,4
Superior Completo	1	2,2
Ninguno	9	20,0
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 5: Ocupación de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe abril 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	29	64,4
Trabajador/Empresa Privada	1	2,2
Trabajador/Empresa Estatal	4	8,9
Trabajador/Cuenta Propia	2	4,4
Otros	7	15,6
Ninguno	2	4,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 6: Estado Civil de los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe 2016:

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	16	35,6
Casado/Unión Libre	21	46,7
Viudo	8	17,8
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 7: Tiempo de traslado de los Pacientes Oncológicos hacia el Hospital San Felipe.

Tiempo de traslado	Frecuencia	Porcentaje
Medio Día/Un día	41	91,1
Más de un Día	4	8,9
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 8: Medio de Transporte que Utilizan para trasladarse los Pacientes Oncológicos del Hospital San Felipe:

Medio de Transporte	Frecuencia	Porcentaje
Publico	43	95,6
Privado	2	4,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 9: Costos de traslado de su residencia hacia el Hospital San Felipe.

Costo de traslado	Frecuencia	Porcentaje
> 100 L.	4	8,9
De 100 L. a 300 L.	18	40,0
De 400 L. a 600 L.	10	22,2
De 700 L. a 1000 L.	2	4,4
< 1000 L.	11	24,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 10: Gastos de Permanencia en Tegucigalpa de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016:

Costo de permanencia	Frecuencia	Porcentaje
> 500 L.	25	55,6
De 500 L. a 1000 L.	15	33,3
< 1000 L.	5	11,1
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 11: Costo de los Medicamentos que tienen que adquirir los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016

Costo de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
> 1000 L.	14	31,1
De 1000 L. a 2500 L.	13	28,9
De 2600 L. a 4100 L.	5	11,1
De 4200 L. a 5700 L.	2	4,4
< 5800 L.	11	24,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 12: Tiempo de atención para la aplicación de quimioterapia, de los pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016.

Tiempo de atención	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	33	73,3
Mucho	12	26,7
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 13: Disponibilidad de medicamentos de pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016.

Disponibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	15,6
No	9	20,0
Algunos	29	64,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 14: Horarios de atención para pacientes oncológicos del Hospital San Felipe 2016.

Horarios de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	86,7
No	6	13,3
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 15: Número de visitas para recibir el servicio quimioterapia de los pacientes del Hospital San Felipe

Número de Visitas	Frecuencia	Porcentaje
Una Vez	31	68,9
Dos o Más veces	14	31,1
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 16: Acompañante del paciente a la aplicación de su quimioterapia en el Hospital San Felipe 2016

Acompañante	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	82,2
No	8	17,8
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 17: Apoyo que requiere de la institución el paciente oncológico del Hospital San Felipe 2016

Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Económico	6	13,3
Medicamentos	28	62,2
Psicológica	2	4,4
Alimentación	3	6,7
Exámenes	2	4,4
Ninguno	4	8,9
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta

Tabla No 18: Atención del personal del área de oncología hacia el paciente del Hospital San Felipe 2016

Atención del personal	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	95,6
No	2	4,4
Total	45	100,0

Fuente: Encuesta