



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**LA CREACIÓN DE UN CENTRO GERIÁTRICO – GERONTOLÓGICO EN LA
CIUDAD DE QUEVEDO, COMO CONTRIBUCIÓN A LAS POLÍTICAS DEL BUEN
VIVIR DE LOS ADULTOS MAYORES".**

AUTORA:

Md. CHIRIBOGA ZAMORA NADIA JULIANA

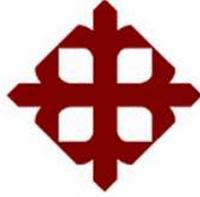
**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

TUTORA:

Ing. Zurita Fabre Adela, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Médico **Chiriboga Zamora Nadia Juliana**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs.

REVISORAS

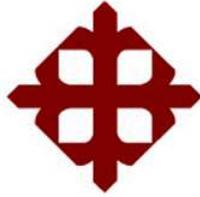
Cpa. Laura Vera Salas, Mgs.

PHD Cinthya Game Varas

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María Del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 16 días del mes de julio del 2018.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Nadia Juliana Chiriboga Zamora

DECLARO QUE:

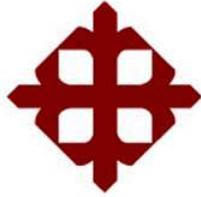
El Proyecto de Investigación **La Creación de un Centro Geriátrico – Gerontológico en la Ciudad de Quevedo, como Contribución a las Políticas del Buen Vivir de los Adultos Mayores**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas incluidas en las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía general. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 16 días del mes de julio del 2018.

LA AUTORA:

Md. Nadia Juliana Chiriboga Zamora



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

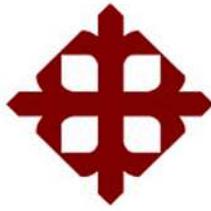
Yo, Nadia Juliana Chiriboga Zamora

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación La Creación de un Centro Geriátrico – Gerontológico en la Ciudad de Quevedo, como Contribución a las Políticas del Buen Vivir de los Adultos Mayores, previo a la obtención del grado en Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de julio del 2018.

LA AUTORA:

Md. Nadia Juliana Chiriboga Zamora



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME URKUND

The screenshot displays the Urkund web interface. The top navigation bar includes the Urkund logo and a 'Lista de fuentes' (List of sources) section. The main content area is divided into two columns. The left column contains document metadata: 'Documento: CHIRIBOGA ZAMORA NADIA.docx (D28477618)', 'Presentado: 2017-05-19 12:54 (-05:00)', 'Presentado por: adela.zurita.fabre (adela.zurita@cu.ucsg.edu.ec)', 'Recibido: adela.zurita.ucsg@analysis.orkund.com', and 'Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)'. Below this, a yellow highlight indicates '1% de esta aprox. 51 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 1 fuentes.' The right column, titled 'Lista de fuentes', contains a table with columns for 'Categoría' and 'Enlace/nombre de archivo'. It lists three sources: 'CHIRIBOGA ZAMORA NADIA.docx', 'http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm', and 'DIANA CHIRIBOGA.docx'. The bottom of the interface shows a taskbar with various application icons and a system tray with the date '13:19 19/05/2017'.

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	CHIRIBOGA ZAMORA NADIA.docx
	http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm
Fuentes alternativas	DIANA CHIRIBOGA.docx
	DIANA CHIRIBOGA.docx

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional por llenarme de salud, amor y mucha fe y enseñarme que los sueños si se hacen realidad.

A mi familia, pilar fundamental en este proceso

A mis Catedráticos, porque de cada uno aprendí, que cuando se quiere llegar lejos con mucha constancia se puede lograr, y que de nosotros depende avanzar. Que si no se tiene metas no se construye un lindo final.

Nadia Juliana Chiriboga Zamora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, a mi esposo Cristian Romero, a mi hija Camila Romero y a toda mi familia por su apoyo brindado en toda mi vida personal y universitaria.

A mi madre Carmen Zamora Gonzales por inculcarme el deseo de aprender y mostrarme que el ser humano está sujeto a evolucionar y no a quedarse estancado en el camino, le agradezco por ser mi motor fundamental, que me impulsa a seguir preparando, y demostrarle con este título, que sus palabras no fueron lanzadas al viento, que con mucho esfuerzo, dedicación y bastante sacrificio lo logre!

Nadia Juliana Chiriboga Zamora

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	2
Planteamiento Del Problema.....	3
Sistematización	6
Justificación Y Alcance.....	6
Objetivos Del Proyecto.....	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos.....	7
Capítulo I	8
Marco Teórico, Conceptual Y Legal	8
La Geriatria Y La Gerontología Como Base Para El Cuidado Del Adulto Mayor	8
Algunas Conceptualizaciones Básicas En El Campo De Esta Investigación	12
En Lo Relativo Al Ámbito Del Adulto Mayor	12
El Estudio De Factibilidad Y Sus Componentes Básicos De Mercado Y Servicio... ..	16
Definición De Transacción.....	21
El Adulto Mayor, Sus Problemas, Necesidades Y Los Servicios De Salud Destinados A Ellos	21
Complicaciones Del Adulto Mayor.....	21
Objetivos De Los Modelos Orientados A La Atención De Los Adultos Mayores.....	23
Servicios de Salud Ambulatorios Destinados a la Atención de los Adultos Mayores.....	24
Servicios Sociales Ambulatorios Destinados A Los Adultos Mayores.	25
Marco Legal	25
Capítulo II.....	34
Marco Referencial: Centros Gerontológicos Y Su Importancia En La Atención Del Adulto Mayor.....	34

Infraestructura Física Y Social Actual, En El Ámbito Nacional	34
Filosofía Institucional Y Organización Interna De Los Centros De Atención Para El	
Adulto Mayor.....	34
Requisitos De Ingreso.....	38
Centros Geriátricos Y Gerontológicos Existentes	40
Programas	41
Buenas Prácticas En El Ámbito Internacional.....	41
Capítulo III	43
Diseño Metodológico Y Análisis De Resultados	43
Hipótesis De Investigación.....	43
Metodología De La Investigación.....	44
Tipo Y Diseño De Investigación	44
Población Y Muestra.....	44
Técnicas E Instrumentos Para Recolección De Información	45
Análisis De Resultados	46
Conclusiones De La Investigación	54
Recomendaciones De La Investigación	55
Capítulo IV.....	56
Estudio De Factibilidad Para La Creación De Un Centro Gerontológico En El Cantón	
Quevedo.....	56
Diagnóstico Situacional.....	56
Análisis Foda.....	56
Misión	57
Visión	57
Valores Institucionales	57

Objetivos Institucionales.....	57
Modelo De Atención – Estrategias.....	58
Capacidades Y Habilidades De Los Profesionales	58
Se Compartirán Decisiones Entre Pacientes, Familiares Y Profesionales:.....	58
Acercar A Los Pacientes A Través De Sus Experiencias.....	58
Organizar Acciones En La Comunidad Para Incluir A Los Adultos Mayores.....	59
Utilizar Un Lenguaje Familiar Claro	59
Comportamiento Comprensivo Sin Agresiones De Ningún Tipo	59
Requisitos De Admisión	60
Características Del Servicio.....	60
Elementos Tangibles	60
Fiabilidad	60
Capacidad De Respuesta	61
Seguridad	61
Paciencia Y Empatía	61
Componentes Del Centro.....	62
Estructura Organizacional Y Descripción De Funciones.....	63
Plano De Distribución	65
Permisos De Funcionamiento	65
Análisis Financiero	67
Inversión En Activos Fijos, Diferidos Y Capital De Trabajo.....	67
Fuentes De Financiamiento	69
Ingresos Y Egresos	69
Estados Financieros proyectados.....	73
Punto De Equilibrio	75

Criterios De Evaluación Financiera	77
Análisis Ambiental	78
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
Referencias Bibliográficas	82
Apéndice.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Centros Gerontológicos de Atención Directa del MIES	12
Tabla 2. Centros Gerontológicos a nivel nacional.....	40
Tabla 3. Fichas de Valoración Índice de Barthel	41
Tabla 4. Operacionalización de las variables de investigación	43
Tabla 5. Variables de la muestra	45
Tabla 6. Edad de los encuestados.....	46
Tabla 7. Número de adultas mayores que integran la familia	47
Tabla 8. Calificación de los centros de cuidado del adulto mayor.....	48
Tabla 9. Conocimiento de algún Centro de Cuidado al adulto mayor.....	49
Tabla 10. Frecuencia de contratación del servicio	49
Tabla 11. Calificación de desempeño.....	50
Tabla 12. Contratación de los servicios de un Centro Geriátrico.....	50
Tabla 13. Servicios esenciales dentro de un Centro Gerontológico.....	51
Tabla 14. Factor determinante para elegir un Centro Geriátrico.....	52
Tabla 15. Precios para recibir el servicio.....	53
Tabla 16. Personal Médico	64
Tabla 17. Presupuesto de Inversión.....	67

Tabla 18. Inversiones requeridas	68
Tabla 19. Financiamiento de activos fijos	68
Tabla 20. Financiamiento de capital de trabajo	68
Tabla 21. Resumen de inversiones	68
Tabla 22. Tablas de Amortización	69
Tabla 23. Valores de recaudación.....	70
Tabla 24. Presupuesto de gastos administrativos.....	71
Tabla 25. Personal en Rol.....	72
Tabla 26. Estado de pérdidas y ganancias proyectado- Año 2016-2016	73
Tabla 27. Presupuesto de Gastos Administrativos.....	74
Tabla 28. Datos básicos para el Punto de Equilibrio	76
Tabla 29. Indicadores Financieros.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. El envejecimiento fisiológico.....	13
Figura 2. Composición del mercado	18
Figura 3. Análisis FODA	20
Figura 4. Estructura Administrativa de cada centro.....	36
Figura 5. Distribución porcentual de los encuestados, según la edad	46
Figura 6. Distribución porcentual de adultos mayores que integran la familia.....	47
Figura 7. Distribución porcentual de los encuestados, según opinión sobre centros de cuidado	48
Figura 8. Distribución porcentual de encuestados que conocen sobre centros de cuidado	49
Figura 9. Distribución porcentual de encuestados, que haya contratado un centro de cuidado	49
Figura 10. Distribución porcentual de los encuestados, según calificación del centro de ciudad.	50
Figura 11. Distribución porcentual de los encuestados, que contratarían un centro de cuidado	51
Figura 12. Distribución porcentual de los encuestados, respecto a servicios de un centro de cuidado	51
Figura 13. Distribución porcentual de los encuestados, según la edad	52
Figura 14. Distribución porcentual de los encuestados, según la edad	53
Figura 15. Organigrama	63
Figura 16. Plano de Distribución	65
Figura 17. Punto de Equilibrio.....	75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal desarrollar una propuesta de creación de un Centro Geriátrico - Gerontológico mediante un análisis de las necesidades básicas de los adultos mayores a fin de mejorar la calidad de vida de los mismos en la ciudad de Quevedo. Como consecuencia del envejecimiento los adultos mayores tienden a sufrir distintas enfermedades tanto mentales como físicas que deterioran su calidad de vida y en ciertos casos sufren de abusos al considerarlos como una carga dentro del seno familiar, sin embargo estas personas pueden ser miembros activos de la sociedad aportando con su conocimiento y con su vitalidad por lo que es necesario crear centros que se dediquen a la atención integral y especializada de estos miembros prioritarios de la población en donde se priorice su salud, su felicidad y su integración a la sociedad. El estudio comprobó a través de la investigación de mercados que el 82% tiene un adulto mayor en sus hogares y el 64% de los encuestados que no han contratados servicios de un Centro de Gerontología mencionaron que si han pensado en requerir de estos servicios. Por otro lado las fortalezas y oportunidades mitigan el riesgo de mercado. El estudio de factibilidad arrojó una TIR del 66,40% siendo muy atractiva económicamente hablando y el retorno se la inversión inicial se obtendrá en el primer año. Finalmente se concluye que el proyecto se debe aplicar debido a la necesidad existente, aportando con el ámbito social y por otro lado es rentable a través del tiempo.

Palabras claves: Centro Geriátrico-Gerontológico, adulto mayor, investigación de mercados.

ABSTRACT

The main objective of this research was to develop a proposal for the creation of a geriatric center through an analysis of the basic needs of the elderly in order to improve their quality of life in the city of Quevedo. As a consequence of aging, older adults tend to suffer from both mental and physical illnesses that impair their quality of life and in certain cases suffer from abuse as a burden within the family, however these people may be active members of society contributing with their knowledge and vitality so it is necessary to create centers dedicated to the integral and specialized attention of these priority members of the population where their health, their happiness and their integration to society are prioritized. The study found through market research that 82% have an older adult in their homes and 64% of respondents who have not contracted services from a Gerontology Center mentioned that they have thought of requiring these services. On the other hand, strengths and opportunities mitigate market risk. The feasibility study yielded an IRR of 66.40% being very attractive economically speaking and the return will be the initial investment will be obtained in the first year. Finally it is concluded that the project must be applied due to the existing need, contributing with the social field and on the other hand is profitable over time.

Keywords: Geriatric Center - Gerontology, elderly, market research.

INTRODUCCIÓN

El ser humano pasa por distintas etapas durante su vida, desde que comienza a crecer, aprender, producir y finalmente hasta que sus funciones inician un descenso dado el avance de su edad, es decir, ingresa a un proceso de envejecimiento, sin que esta transición sea una alternativa; es una etapa de *regresión* en la que comienza a depender de otras personas para satisfacer sus necesidades vitales, unos con mayor dependencia que otros, pero al final, requieren de un espacio propio en donde reciban toda la atención y ayuda necesaria para aliviar sus carencias físicas y/o de salud.

En la sociedad actual, muchos envejecientes tratan de salir adelante con su propio esfuerzo, otros cuentan con familias que los cuidan en su mismo entorno, hay quienes tienen medios y recursos para ingresar a un centro especializado en donde están siendo acompañados en todo momento y se les otorga un cuidado permanente y además se encuentran con otras personas que están en condiciones parecidas, contribuyendo de esta manera a su desarrollo socio-afectivo ya que las necesidades humanas son permanentes independientemente de la edad y la condición social.

Dada la importancia que tiene otorgar un trato apropiado y justo a los adultos mayores, se ha creado instituciones que se dedican a su cuidado y acompañamiento; estos centros, públicos o privados, están adecuados específicamente con personal y equipos que colaboran a que la etapa de envejecimiento sea lo más llevadera posible y con proyección a mejorar el estilo de vida de estas personas, como aporte importante al mejoramiento social de las comunidades, como respuesta a los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir mediante. En este ámbito del cuidado al adulto mayor se desarrolló este proyecto de investigación cuyos resultados han sido organizados como sigue:

- Capítulo I. Marco Teórico, conceptual y legal, relacionado con el cuidado del adulto mayor;

3,8% de la población adulta mayor, debido a ello el 1% de los ancianos abusan de fármacos, y un 25% corresponde a muertes por daños auto infligidos (suicidios); aparte de que, la misma condición y comportamiento de los ancianos, hace que éstos sean más reacios a buscar ayuda profesional.

En Ecuador, de acuerdo al último censo realizado el año 2010 por el INEC (2010), la población del país ascendía a los 14'483.499 habitantes; por otro lado, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2014) el 6.496% estaba conformado por 940.905 adultos mayores, porcentaje que para el año 2050 ascenderá al 18% del total de habitantes.

Con los datos generales expuestos, cabe centrarse en el espacio de estudio de esta investigación que es el cantón Quevedo, mismo que se encuentra ubicado en la costa ecuatoriana y que pertenece a la provincia de Los Ríos. Este cantón se ubica como el noveno importante del Ecuador, considerado la arteria económica y comercial principal de “Los Ríos”, figurando su puesto marítimo entre los más importantes del Ecuador (EcosTravel, 2009).

De acuerdo a cifras del INEC (2010), en la Provincia de Los Ríos el 5,9% de los habitantes corresponde a adultos mayores y el total de población de Quevedo para el año 2010 ascendió a 173.6 mil personas (SENPLADES, 2014), por tanto, se estima que en Quevedo hay alrededor de 10.242 adultos mayores (el 5,9% de adultos mayores de un total de 173.600 personas; adicionalmente, es importante mencionar que en esta provincia existe gran cantidad de adultos mayores en estado de abandono por ello es que el MIES tiene activos centros gerontológicos en dicha provincia, donde los adultos mayores son atendidos con calidad y calidez para garantizarles una vida digna, sin embargo el número de centros no es suficiente para abastecer la demanda existente (El Ciudadano, 2014).

Siendo que el proceso de envejecimiento es natural, no sólo afecta a las personas que lo viven, sino a las personas del entorno y en general a las poblaciones, esto resulta en lo que se

denomina envejecimiento demográfico. Este se denomina de dicha forma debido a que se produce un aumento del total de adultos mayores que posee una zona, lo cual también influye en la reducción del porcentaje o índice de natalidad al registrarse más personas de la tercera edad que jóvenes. Esto ocurre en América Latina y en Ecuador de forma más acelerada, siendo necesario que se lleven a cabo acciones que permitan que los adultos mayores se reincorporen a la sociedad, como estrategia para mantener un buen desarrollo económico y social garantizando el cuidado del adulto mayor para asegurarle una vida digna, con acceso a la salud y a oportunidades como cualquier otro ciudadano.

La geriatría es una rama de la medicina, enfocada en los problemas y enfermedades de los adultos mayores, ayudando e informando sobre prevención y manejo de las mismas. Ésta, no sólo tiene su enfoque en el aspecto médico, lo tiene también en aspectos psicológicos y sociales que se presentan durante el envejecimiento; por lo general atiende demencia, caídas, la depresión y otros problemas (Clínica Los Condes, 2015).

Como contribución al mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor, este proyecto está orientado a realizar un estudio de factibilidad para la creación de un centro geriátrico-gerontológico en este cantón, enfocado en la atención de los ancianos que sufren complicaciones a causa de su estado de salud física y mental causado por el envejecimiento, además de aportar al bienestar de los adultos mayores, asegurando su inclusión social en actividades que aporten al desarrollo del país, dado que hay gran cantidad de habitantes adultos mayores en esta zona y pocos centros de atención especializados, lo que genera insatisfacción en la atención hacia este segmento de la población mayor de los 60 años de edad. Surge, entonces, la siguiente interrogante: ¿Cómo influye la creación de un centro geriátrico-gerontológico en la calidad de vida del adulto mayor en la ciudad de Quevedo?

Se establece la necesidad de realizar un estudio de factibilidad que sustente la creación de un centro geriátrico-gerontológico para la atención médica especializada, principalmente,

en demencia senil, caídas, incontinencia urinaria, osteoporosis y depresión, el cual influirá positivamente en la calidad de vida del adulto mayor, aportando con el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes después de los 60 años.

SISTEMATIZACIÓN

¿Cómo están estructurados los centros gerontológicos?

Los centros gerontológicos actuales ¿satisfacen las necesidades de los usuarios?

¿Se cuenta con el personal adecuado y suficiente para realizar el trabajo de cuidado al adulto mayor?

¿Qué tipo de leyes regulan la creación de centro gerontológico?

¿Cuál es la estadística de la población geriátrica?

¿Cuál es el presupuesto para la implementación de la propuesta?

JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE

La presente investigación se justifica en el aporte que provee para el cumplimiento de los objetivos gubernamentales. De acuerdo al Plan Nacional de desarrollo para el Buen Vivir, este estudio está ligado al objetivo N° 3 que consiste en “Mejorar la calidad de vida de la población” debido a que mediante la creación de este centro se podrán ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud a los adultos mayores (SENPLADES, 2014). Por otro lado, esta investigación se rige a lo establecido por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) respecto a los estándares de calidad establecidos para el cuidado integral de los Adultos mayores y la regulación de los centros gerontológicos públicos y privados a escala nacional en donde se establece que este grupo de atención prioritaria deberá tener una participación y protección social en donde prevalezca su salud mediante una atención y cuidado de personas especializadas en gerontología (MIES, 2014).

La modernización de la gerontología fomenta la vinculación de las personas de la tercera edad a la vida activa y comunitaria, a su vez incorpora estrategias de mediano y largo

plazo para el desarrollo y consolidación de la calidad de vida. Con la implementación de una empresa que se encargue de la gestión gerontológica en Quevedo se podrán beneficiar a estas personas de atención prioritaria como lo establece en la constitución; puesto que según datos obtenidos en el último censo poblacional realizado por el INEC en el año 2010 aproximadamente el 5,9% de la población de la Provincia de Los Ríos está en edades comprendidas entre los 65 hasta los 95 años y más, dándoles un servicio de calidad integrándolos a un nuevo estilo de vida que promueva su salud y aumente su esperanza de vida.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Como contribución para resolver la problemática expuesta, se orientará los esfuerzos investigativos hacia el logro de los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar las necesidades de atención y cuidado de los adultos mayores a fin de crear un Centro Geriátrico-Gerontológico en la ciudad de Quevedo.

Objetivos específicos

- 1.** Identificar las necesidades de atención al adulto mayor en la ciudad de Quevedo, a través de un diagnóstico de oferta y demanda, que permita establecer los parámetros a ser incluidos en el estudio de factibilidad
- 2.** Analizar las prácticas existentes a nivel nacional, mediante una revisión de programas y proyectos que se desarrollan por otros centros, con el fin de obtener elementos básicos para el estudio
- 3.** Realizar un estudio de factibilidad financiera, tomando la información analizada, que facilite la toma de decisiones en cuanto a la implementación de un centro geriátrico-gerontológico en el cantón Quevedo.

Capítulo I

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y LEGAL

Para tener una visión más amplia de lo relacionado con el adulto mayor y las características básicas para un cuidado y acompañamiento de calidad, orientados a mejorar sus condiciones de vida, se incluye en este capítulo algunas teorías, principios y normativas establecidas desde y hacia la geriatría y gerontología como sustento de un compromiso establecido para la protección de la última etapa de vida de las personas.

1.1 LA GERIATRÍA Y LA GERONTOLOGÍA COMO BASE PARA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

La gerontología, cuyo término proviene del griego *geron* equivalente a viejo, y *logos* que significa estudio, está encaminada al estudio de los ancianos. Se debe mencionar que como ciencia esta se enfoca en el estudio del envejecimiento de una persona en todos sus aspectos que incluyen las ciencias médicas, psicológicas, biológicas y sociológicas para reducir los efectos del envejecimiento en los adultos mayores, permitiéndoles sobrellevar de la mejor manera esta etapa final de la vida de todo ser humano. De acuerdo con el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED), este término aparece en 1903 y fue propuesto por Michel Elie Metchnikoff (1845-1916), mismo que se desenvolvía como biólogo y sociólogo de nacionalidad rusa, siendo sucesor de Pasteur y ganando un Premio Nobel en la categoría de Medicina y Fisiología en 1908. Él fue quien propuso la gerontología como una ciencia y cuyo fin sería el estudio del envejecimiento para mejorar la calidad de vida de las personas que entran en esta etapa final (CITED, 2016).

El término geriatría, proveniente de la combinación de *geron* que significa viejo e *iatrikos* que es igual a tratamiento médico, este término fue acuñado por Ignatius Nascher al mencionarlo en su obra titulada *geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento*

y que fue publicada en 1907. A través de esto fue que logró catapultarse como un eminente geriatra, de nacional estadounidense, siendo fundador del primer departamento de Geriátría y que estaría ubicado en el Hospital Mont Sinai de la ciudad de Nueva York; reconociendo a la geriátría como una rama de la Gerontología y la Medicina cuyo enfoque está en los aspectos terapéuticos, clínicos, sociales y preventivos en la enfermedad y la salud de quienes se son considerados adultos mayores (CITED, 2016).

En 1914 aparece la Gerontología social, término que fue establecido por Eduardo Sthiglitz y que la direccionó como una ciencia que se encarga del ser humano como organismo social, el cual existe en un ambiente social aceptado (CITED, 2016). Cabe indicar que a inicios del siglo XX se realizaron estudios acerca del envejecimiento pero las hipótesis no daban resultados suficientemente válidos, sin embargo a partir de los años 30 se empezaron a desarrollar conceptos válidos para la gerontología.

En 1935, la Dra. Marjory Warren inicia sus labores en geriátría moderna dentro de un hospital para adultos mayores en Londres en donde se analizaron las consecuencias del envejecimiento, del resultado de este trabajo surgen algunas afirmaciones con respecto a la geriátría, tales como:

- Al hablar de la vejez no se puede decir que es una enfermedad.
- Es necesario y esencial que se proporcione un tratamiento óptimo al adulto mayor.
- No todas las enfermedades de la vejez son incurables, siendo un gran porcentaje capaz de ello.
- Un reposo injustificado es considerado peligroso para el adulto mayor.

A partir de esa fecha aparecen estudio de peso llevados a cabo por instituciones como el Club enfocado en la Investigación de Problemas Relacionados al Envejecimiento durante el año 1943, la creación de la Sociedad Internacional de Gerontología en Lieja, Bélgica (1950), con la finalidad de promover las investigaciones gerontológicas; así, fue incrementando la

preocupación de las naciones respecto al fenómeno del envejecimiento quedando una entidad a cargo de ello, denominándose Asamblea Especial sobre Envejecimiento en las Naciones Unidas, creada en Viena durante el año 1982 y que diseñó un plan de acción para el adulto mayor, mismo que fue evaluado en Estados Unidos durante el año 1992 (CITED, 2016).

Como se puede observar, esta especialidad alcanzó su desarrollo en los 80 y 90. El interés hacia esta ciencia ha intensificado el progreso de la misma dentro de muchos países, sin dejar atrás a América Latina, siendo aquí en donde se constituyó el Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología seguido por la Federación de Sociedades de Gerontología y Geriatría de América Latina.

En el caso de Ecuador, los adultos mayores vivían en la desigualdad y el olvido, pero con el Programa de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores creado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2007, aparecieron las primeras *Políticas Integrales de Salud para el Adulto Mayor*, para manejo del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) revolucionando el área de salud de esta población, este programa está conformado por varios subprogramas que contribuyen al cuidado del adulto mayor (CNII, 2014):

- Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor: creado con el objetivo de promocionar la salud, mejorar la calidad de vida de este grupo y reducir la carga de la enfermedad crónica y la discapacidad mediante la atención personalizada;
- Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Hospitales: presentado como un instrumento para facilitar y orientar la atención para todos los adultos mayores en los servicios hospitalarios del Sistema Nacional de Salud alrededor del país; y,
- Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Instituciones Sociales: consiste en la creación de centros y la adaptación de los existentes para que ofrezcan un mejor cuidado a los adultos mayores.

De acuerdo con el CNII, la esperanza de vida en el Ecuador en las mujeres ecuatorianas es de 78 años y para los hombres es de 72, de la misma forma durante esta etapa última etapa de la vida del ser humano, la mayoría de los adultos se dirigen a los hospitales, subcentros y consultorios médicos en general; tan solo un 30% está en la capacidad de asumir sus propios gastos médicos y solo un 21% recibe ayuda de sus hijos o hijas en estos desembolsos, es decir que un 49% no está en la capacidad de asumir sus gastos, lo cual produce un deterioro en la salud de este grupo de edad (CNII, 2014).

En Ecuador, un 33% de los adultos mayores están cubiertos por algún seguro de salud, pero si se menciona el hecho que el 43,3% de mujeres y el 30,6% de hombres en esta edad sufren caídas que les ocasionan fracturas e inmovilidad en las personas, se puede determinar que parte de los afectados no podrán acceder a una atención adecuada, eso, si es que reciben algún tipo de atención (CNII, 2014).

Por otro lado, el MIES es el encargado de salvaguardar los derechos y la integridad de los adultos mayores, a través de 14 Centros de Atención Directa (Tabla 1) alrededor del país, sumadas a los 300 centros geriátricos especializados existentes de los cuales 144 han concretado convenios de los 428 convenios de cooperación que el MIES posee con instituciones tanto públicas como privadas para atender a personas adultas mayores, logrando una cobertura de 70.881 adultos mayores atendidos (MIES, 2015).

Tabla 1. *Centros Gerontológicos de Atención Directa del MIES*

Zonas	Centro Gerontológico	Distrito	Tipo de servicio
1	San Lorenzo	San Lorenzo	Residencia-diurno
2	Cayambe	Cayambe	Residencia
3	Patate	Patate	Residencia, diurno, espacios alternativos y visitas domiciliarias
4	Guano	Guano	Residencia, diurno, espacios alternativos y visitas domiciliarias
5	Portoviejo.	Portoviejo	Residencia, diurno, espacios alternativos
6	Santo Domingo de los Tsáchilas	Santo Domingo	Residencia, diurno, espacios alternativos y visitas domiciliarias
7	Pedernales.	Pedernales	Residencia, diurno, espacios alternativos y visitas domiciliarias
8	Milagro.	Milagro	Residencia, diurno, visitas domiciliarias
9	Guaranda.	Guaranda	Residencia
10	Babahoyo.	Babahoyo	Residencia-diurno
11	Quevedo	Quevedo	Residencia-diurno
12	Miespacio	Cuenca	Espacios alternativos
13	Zaruma	Piñas	Residencia, espacios alternativos y visitas domiciliarias
14	Huaquillas		Espacios alternativos y atención domiciliaria

Nota: Tomado de *MIES* (2015)

1.2 ALGUNAS CONCEPTUALIZACIONES BÁSICAS EN EL CAMPO DE ESTA INVESTIGACIÓN

En este documento se maneja algunos términos que uso común, y mayormente conocidos, sin embargo sí es necesario hacer algunas revisiones específicas aplicables al ámbito de esta investigación.

1.2.1 En lo relativo al ámbito del adulto mayor

El **envejecimiento** es entendido como... “proceso progresivo e irreversible de deterioro, característico de la mayoría de los sistemas vivientes, que en su suceder se acompaña de aumento... de la probabilidad de muerte, ya sea de una célula, un tejido, un órgano o del individuo” (Payares, 2008, pág. 798); es un proceso intrínseco, progresivo y universal; todo ser humano envejece bajo condiciones establecidas por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénicos, dietéticos y sanitarios; se entiende al envejecimiento como el deterioro del rendimiento funcional, lo cual ocasiona que el individuo no pueda adaptarse de forma correcta a situaciones con sobrecargas biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y

sociales (Macías, 2005, pág. 15); a su vez se produce una disminución en las capacidades de tipo funcional del ser humano afectando su desenvolvimiento.

El envejecimiento puede ser explicado desde varias teorías, una de ellas es la **teoría exógena** en donde se menciona que éste produce una serie de cambios ocasionados por factores ambientales, ya sea también la dieta o el propio metabolismo de la persona, por otro lado la **teoría genética** menciona que existe un genotipo que ocasiona que se produzcan los cambios con el avance de la edad y que el mismo está programado para ser progresivo; finalmente, la **teoría mixta** indica que los genes del ser humano en general están programados para envejecer pero con el tiempo aparecen factores exógenos que ocasionan que dichos genes aceleran el envejecimiento (Macías, 2005); tomando como base las teorías mencionadas surge la idea de envejecimiento fisiológico, el cual está relacionado a la aparición de enfermedades o falla del organismo (Figura 1).



Figura 1. *El envejecimiento fisiológico*
Tomado de Macías Núñez (2005, pág. 16)

El **envejecimiento fisiológico** es normal, pero es necesario que se garantice el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las condiciones del individuo a lo largo de su existencia; si, durante el envejecimiento fisiológico se presentan enfermedades, toma la característica de **envejecimiento patológico**.

Durante el envejecimiento los sistemas orgánicos del individuo cambian de forma diferente entre sí y no ocurre de igual forma entre uno y otro adulto mayor. Los cambios

estructurales y funcionales, en mayor o menor medida en cada persona, pueden ser

(Navaratnarajah & Jackson, 2013):

- El tejido conjuntivo reduce su capacidad de regeneración; aparecen las cataratas, con disminución del tamaño pupilar, con alteraciones en los músculos oculares;
- En la masa muscular se produce una pérdida global al igual que la reducción de la fuerza muscular y el envejecimiento de tendones;
- La piel se deshidrata, se hace menos elástica y vascularizada, y la grasa subcutánea disminuye, ocasionando que existan mayores arrugas, fragilidad capilar;
- La presión arterial aumenta, se reduce la reserva cardíaca; así como la función renal y órganos relacionados;
- El riesgo de infecciones aumenta dada la disminución de su capacidad vital; en hombres aumenta el tamaño de la próstata, con presencia de incontinencia urinaria; en las mujeres se producen alteraciones en la función sexual, hemorragias, infecciones y vaginitis atróficas;
- El aparato digestivo sufre con presencia de estreñimiento, incontinencia fecal y diverticulosis;
- Alteraciones en la boca y dientes, principalmente en papilas, lengua y encías; pérdida gradual del sentido auditivo; modificaciones en los niveles hormonales, así como cambio en la respuesta de insulina lo cual altera los niveles de glucosa en la sangre.
- Se reducen las reacciones inmunológicas, al igual que la memoria, produciendo lentitud mental y otros males ligados a sustancias neurotransmisoras como el Parkinson, Alzheimer y Corea de Huntington.

De acuerdo a Monteagudo, Amigo & Del Valle (2014) **el envejecimiento** se produce debido al transcurso del tiempo generando que el cuerpo presente cambios o atraviere etapas, siendo esta última la vejez. Entre las declaraciones que da el autor están el hecho de que no

todos envejecen a un mismo ritmo y que en los adultos mayores, si han llevado un buen estilo de vida, pueden presentar incluso una mejor salud que otros jóvenes.

Ante estas alteraciones que se presentan en el envejeciente, y como forma de buscar su tratamiento, surge la necesidad de una rama de la medicina que se especialice con el estudio de las enfermedades provocadas por la vejez, aparece el término **geriatría**, con el propósito de mejorar la atención de los ancianos; en la actualidad es considerada como una disciplina científicamente consolidada con temas propiamente geriátricos, tanto clínicos como asistenciales y de doctrina, que se ocupa del aspecto físico, psicológico, funcional y social del anciano enfermo; el atraso en asumirla como una especialidad se debe a diferencias de opiniones en su concepto, ya que la aceptación de la geriatría es cuestión de la evolución cultural y de sensibilidad. De acuerdo con Macías Núñez (2005, pág. 15), hasta el año 2005 se estimó un gran número de hospitales geriátricos en todo el mundo, siendo 300 en el Reino Unido, 150 en Alemania y casi 1000 en Estados Unidos.

Por otro lado, la **gerontología** es definida como una ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, incluyendo las modificaciones fisiológicas, las psicológicas y las sociales que sufren los adultos mientras envejecen (Álvarez & Martínez, 2008). Cuando se hablan de **centros geriátricos gerontológicos** no se hace referencia a un asilo para ancianos sino a una institución enfocada en proporcionar cuidados especiales y atención médica enfocada en evitar o ayudar a sobrellevar complicaciones en los adultos mayores, además de proporcionar cuidados especialmente a quienes poseen un mayor grado de dependencia.

La vejez no debe ser establecida como una enfermedad, no hay que relacionar el hecho de que exista un alto porcentaje de adultos en esta etapa que desarrollan discapacidades por parte de enfermedades que se producen por el envejecimiento, lo que hay que hacer es tomar en cuenta enfermedades que se van desarrollando en la vida del ser humano antes de llegar a la etapa de vejez. La senectud por lo general provoca que los cambios climáticos impacten

fuertemente en los adultos mayores, por ejemplo un cambio de clima provocaría en los jóvenes un resfriado pero en un adulto mayor puede provocar hasta bronquitis o neumonía, en lo que hay que preocuparse en un buen cuidado y alimentación que puede proporcionarse con la gerontología en conjunción con la geriatría.

Con respecto al término **adulto mayor**, cabe indicar que existen diferentes términos identificatorios; por ejemplo, de acuerdo a la OMS (2000), las personas entre 60 y 74 años son de *edad avanzada*, entre 75 a 90 años se las denomina *viejas o ancianas*, y mayores a 90 son *longevos*; es así que a toda persona mayor de 60 años se le llamará *de la tercera edad*. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años en adelante para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En Ecuador una persona anciana es la que tiene 65 años o más (OMS, 2013), y se la identifica como adulto mayor de acuerdo con el artículo 1 de la Ley del Anciano, capítulo I, a “... las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras, que se encuentren legalmente establecidas en el país (H. Congreso Nacional, 2011). Por lo tanto, toda persona que tenga 65 años de edad o más, y que sus habilidades físicas, psicológicas y sociales se encuentren en deterioro, puede ser llamada adulta mayor (en Ecuador) o anciano.

1.2.2 El estudio de factibilidad y sus componentes básicos de mercado y servicio

Otros elementos a ser considerados en el actual proyecto de investigación, son necesarios de mencionar con algunas consideraciones relativas a los resultados esperados en esta investigación, por ejemplo, se incluye a continuación conceptualizaciones relacionadas con estudio de factibilidad, mercado, investigación de mercado.

Un **estudio de factibilidad** se realiza cuando se quiere verificar si un proyecto es o no realizable; en este estudio deben participar personas especializadas en diversas áreas así como considerar el supuesto de que se va a obtener los fondos pertinentes para su realización. Un estudio de este tipo debe contener: una definición plena y concreta del proyecto a través del

estudio de mercado, en el caso de las empresas debe incluir la definición de su tamaño, donde se ubicarán y la tecnología a seleccionar; el diseño del modelo administrativo para cada una de las etapas de realización del proyecto; un estimado de las inversiones necesarias y una cronología, además debe incluir costos de operación y un cálculo de ingresos; la identificación plena de las fuentes de financiamiento del proyecto y la descripción del personal comprometido junto a su participación en el proyecto; la definición de los términos de adquisición de los equipos y otros recursos necesarios para la puesta en marcha del proyecto; en caso de que requiera una construcción, el proyecto debe ser sometido a análisis de autoridades de planeación y ambiente; la identificación de criterios de evaluación financiera, económica, social, ambiental que permitan una decisión pertinente.

Finalmente, desde el punto de vista social y económico, se deberá analizar su conveniencia y las ventajas que se obtendrá para los beneficiarios de un mercado que, directa e indirectamente, van a recibir el servicio para el cual se realiza el estudio.

Se define al **mercado** como al conjunto de clientes reales y potenciales de un producto o servicio. Lo cierto es estos compradores comparten una necesidad o deseo particular que puede ser satisfecho a través del intercambio, es decir transacciones o procesos de venta en el cual se intercambian valores (Kotler & Armstrong, 2013, pág. 8). El marketing tiene la tarea de gestionar los mercados para poder desarrollar relaciones rentables con los clientes pero la creación de esas relaciones requiere trabajo. Para lograr que un mercado adquiera determinados productos, los vendedores deben encontrarlo, identificar las necesidades que poseen, diseñar la oferta en forma atractiva, fijarle un precio, promoverlas (comunicarlas), almacenarlos y entregarlas.

Para lograr captar mercado una empresa debe desarrollar varias actividades inherentes al marketing, la investigación de mercados, desarrollo de productos y/o servicios, comunicación, procesos de distribución, fijación de precios acorde a los costos, gastos y

utilidad en la fabricación y/o generación de los mismos, todas estas son actividades centrales del marketing.

El **marketing** como tal se define como un proceso social y directivo por el cual individuos u organizaciones obtienen aquello que necesitan y desean a través de la creación e intercambio de valores con los demás, intercambio que debe ser rentable y cargadas de valor para el cliente. Una empresa que piensa en el futuro no sólo pregunta ¿Cómo llegar al mercado? sino ¿Cómo el mercado debería llegar a nosotros? Lo cierto es que dentro del mercado existen competidores, los cuales investigan el mercado e interactúan en el mismo para lograr atender de forma más efectiva sus necesidades.

Como medio para captar mercado las empresas investigan, crean su oferta y las envían junto a mensajes a los consumidores ya sea en forma directa o por intermediarios.



Figura 2. *Composición del mercado*
Tomado de Kotler & Armstrong (2013, pág. 8)

La investigación de marketing o denominada investigación de mercados, es de gran importancia para que un producto o servicio logre ser introducido en un determinado mercado a lo largo de su vida. Pero esto no solo se enfoca en los productos, tiene otras aplicaciones en la obtención de información relacionada a los segmentos potenciales del mercado, marcas, publicidad, precios o cualquier otro aspecto del marketing.

La competencia, el miedo a cometer errores en la aplicación de estrategias y la complejidad de los mercados actuales exigen a las empresas adquirir información oportuna sobre estos (Kotler & Armstrong, 2013, pág. 177), ya que no basta con creer que existen necesidades insatisfechas en un mercado, la intuición no justifica inversiones de gran peso

para una empresa, en especial cuando de dicha inversión depende su correcto funcionamiento.

La investigación de mercados permite en estos casos obtener un panorama mucho más claro sobre dicha necesidad, identificarla y describirla de forma exacta, es decir saber quién las tiene y si ese conjunto es relevante.

Además de identificar si existe o no una necesidad insatisfecha es necesario saber qué producto se debe usar para satisfacerla, a qué precio se debe ofrecer, cómo se debe informar al público de la existencia de dicho producto y cómo hacer para que ese llegue al alcance de dicho mercado; qué hacen los competidores actuales y potenciales, las estrategias que ellos usan, su porción de mercado y la forma como afectarán en el desarrollo de estrategias en la empresa; las expectativas de los consumidores, si los productos o servicios que han adquirido han estado acorde a la oferta prometida, si los productos que adquirido lograron cumplir con sus requerimientos; en conclusión, se puede definir en forma clara a la investigación de mercado como un conjunto de actividades que le permiten a una organización obtener información que necesita para la toma de decisiones relacionadas al ambiente en el que se desempeña, la mezcla del marketing y el mercado. Incluye tres pasos que son el desarrollo de la información (búsqueda), interpretación de la información (análisis) y comunicación de la información (darla a conocer a los interesados) permitiendo facilitar la toma de decisiones en todas las fases del proceso de marketing (Kotler & Armstrong, 2013).

Como elemento de soporte para realizar un análisis en el ámbito del mercado, existe la metodología **FODA**, que si bien es realizado para obtener un diagnóstico situacional de una empresa en funcionamiento, también es aplicable a proyectos de negocio; esta metodología permite la evaluación general de las fortalezas (F), oportunidades (O), debilidades (D) y amenazas (A) de la empresa o proyecto (Kotler & Armstrong, 2013, pág. 54).



Figura 3. *Análisis FODA*

Tomado de *Kotler & Armstrong* (2013, pág. 55)

Las fortalezas y las debilidades son aspectos controlables, internos de la empresa, las primeras están relacionadas con las capacidades, recursos y factores de la empresa y que pueden ser potenciadas, las segundas son las limitaciones que podrían afectar el logro de objetivos.; por otro lado, las oportunidades y las amenazas son factores externos, no controlables pero sí deben ser tomadas en cuenta para con las fortalezas de la empresa poder desarrollar estrategias que permitan aprovechar esas oportunidades para hacer frente a las amenazas encontradas y que podrían traducirse en desafíos para el desempeño de la empresa.

El análisis del mercado y el entorno de una empresa permiten encontrar oportunidades atractivas y a su vez las amenazas que podrían incidir en el buen desempeño de las actividades de la empresa. A su vez También debe analizar las fortalezas y las debilidades de la empresa así como las acciones actuales y posibles para identificar qué oportunidad pueden aprovechar mejor con sus fortalezas actuales. La meta de toda empresa es que sus fortalezas se conjuguen con oportunidades atractivas del entorno externo, mientras que las debilidades son superadas y las amenazas minimizadas.

El FODA como tal es una herramienta de análisis situacional muy utilizada, especialmente para el análisis de negocios.

Con respecto al servicio, dentro de los fines del marketing, *Kotler & Armstrong* (2013, pág. 301), reconocen los siguientes elementos:

- **Propósito u objetivo fundamental de la transacción:** relativo a todos los servicios que se generan y ofrecen a otros, mediante la transferencia de un bien o el que está relacionado con una atención directa para el usuario final, todo ello a cambio de otro bien que en este caso es el dinero; y,
- **Servicios que apoyan o facilitan la venta de un bien o servicio:** son todo tipo de servicios adicionales que se ofertan con la finalidad de que se haga uso del servicio principal; se denominan de apoyo o complementarios porque solo pueden contratarse con la transferencia del servicio principal.

1.2.3 Definición de transacción

La palabra transacción se define como la acción y efecto de negociar en donde dos personas realizan un trato o un convenio y se cumple lo pactado (Real Academia Española, 2014). En este caso el servicio se considera como una transacción en donde en Centro se compromete a brindar atención integral y los representantes del adulto mayor cancelan un monto por el servicio.

Cabe indicar que uno de los servicios que ofrecerá el establecimiento será el de psicología, definido como una ciencia que estudia el alma y la mente, analizando así las causas y consecuencias de la conducta de las personas con el fin de proporcionar un debido tratamiento, siendo en este caso adultos mayores (Real Academia Española, 2014).

1.2.4 El adulto mayor, sus problemas, necesidades y los servicios de salud destinados a ellos.

1.2.4.1. *Complicaciones del adulto mayor.*

Según García, Gutiérrez & Arango (2012) debido a las condiciones del adulto mayor respecto a su edad, estado físico y mental atraviesan una serie de inconvenientes en distintos niveles:

A nivel de la salud se pueden mencionar la falta de coordinación de los servicios que se ofrecen, la poca capacitación de los profesionales que lo brindan, los recursos disponibles, el alcance de dichos servicios, el desconocimiento de los familiares respecto al servicio que mejor favorecerá al adulto mayor, así mismo el control del tratamiento que debe recibir no es rígido y por último la asistencia constante de adulto mayores por emergencia en unidades ambulatorias, ya sea necesario o no.

A nivel social los problemas se centran principalmente en la ausencia de familiares o disfunción familiar de quienes cuentan con adultos mayores, la soledad que deben atravesar por el estado de viudez en algunos casos, la dependencia económica del adulto mayor en relación a sus familiares y los gastos que genera el cuidado del mismo, la disminución de contacto social, los inconvenientes en la arquitectura del hogar respecto a estructuras para reducir el riesgo de caídas y por último, el riesgo al maltrato por parte de sus cuidadores, voluntario o involuntario.

De acuerdo a Gurrola (2012) los problemas que pueden afrontar los adultos mayores en la parte social son la falta de trabajo, la reducción de sus ingresos, se disminuye su participación social o la misma sociedad aporta a ello, entre otros. De forma específica los cambios son los siguientes:

Complicaciones físicas, entre ellas está el desgaste del sistema locomotor acompañada de la reducción de la capacidad sensorial tales como la auditiva, visual, táctil, gustativa y olfativa. Cabe mencionar que el sistema inmunológico también se debilita por lo que los adultos mayores se vuelven vulnerables a enfermedades, siendo principalmente las alergias y cualquier otra enfermedad originada por un virus o bacterias.

Las complicaciones psicológicas tales como la pérdida de memoria, pudiéndose originar en los adultos mayores el Alzheimer. Cabe indicar que pueden producirse cambios de ánimo y de personalidad.

Las complicaciones sociales, los cuales se producen por personas alrededor del adulto mayor, mismas que les restan responsabilidades y limitan sus funciones provocando un pérdida de iniciativa en la toma de decisiones del adulto mayor, acelerando a su vez la pérdida de independencia.

Las complicaciones de tipo laboral generadas debido a que el adulto mayor deja de ser un trabajador, pasando a ser un jubilado en una parte de los casos. Esto provoca que el mismo tenga más tiempo libre pero a su vez puede provocar cambios en el estado de ánimo y pérdida de motivación.

1.2.4.2. *Objetivos de los modelos orientados a la atención de los adultos mayores.*

Uno de los objetivos que deben cumplir los modelos de atención social destinados a los adultos mayores debe ser el asegurar la calidad de vida adecuada del anciano mediante la provisión de los recursos y capacitación necesaria a los cuidadores. Además de ello, el atender las necesidades del adulto mayor de forma adecuada, en el momento oportuno.

Se debe tener en consideración que el modelo no solo debe proporcionar el cuidado al anciano sino también orientar al paciente y a sus familiares para el uso de los recursos disponibles de una forma óptima, evitando que el adulto mayor sea visto como una carga. En caso de la institucionalización del anciano, el modelo de atención social debe tener como objetivo adicional el bienestar del cuidador para evitar fatiga, maltrato o rechazo del mismo hacia el paciente.

Cada modelo implementado debe ser evaluado de forma periódica para determinar si cumple de forma adecuada con su funcionamiento, acorde a las necesidades, deseos, requerimientos y preferencias de los adultos mayores e interesados. Los modelos suelen implementarse sin considerar al anciano y lo que el mismo quiere, generando un desfase entre lo que necesita y lo que se le ofrece.

Los programas o modelos destinados a los adultos mayores incluyen los siguientes:

- Promoción de la salud, enfocado en la preparación de familiares y del paciente para la reducción del riesgo de enfermedades u complicaciones.
- Educación, destinada a los adultos mayores dándole a conocer la forma adecuada para sobrellevar el retiro laboral, el uso de su tiempo y cómo mantener su bienestar tanto social, físico y psicológico.
- Recreación, siendo uno de los que se usa con mayor frecuencia para fortalecer los lazos sociales del adulto mayor y estimularlo, esto gracias al uso creativo del tiempo
- Prevención de capacidades, cuyo objetivo es la detección de discapacidades oportunamente o reducir el riesgo de padecer alguna de éstas.
- Información y capacitación, enfocado al público para el conocimiento del proceso normal del envejecimiento buscando eliminar mitos negativos, además de proporcionar parámetros para el cuidado del adulto mayor pero direccionado al personal de instituciones que brinden el servicios.

1.2.4.3. *Servicios de salud ambulatorios destinados a la atención de los adultos mayores.*

Entre los servicios que se ofrecen a los adultos mayores están:

- Consulta externa, siendo la más común y que comprende la prestación de servicios médicos en unidades especializadas por 24 horas.
- Atención domiciliaria, la misma que es ofrecida al adulto mayor dentro del núcleo familiar y ofrecido por un tercero para evitar la institucionalización
- Hospital del día, siendo aquella institución ligada a aquellas que ofrecen consultas externa, pero solo durante 8 horas diurnas entre 5 o 6 días en la semana. Su estructura abarca la atención médica, rehabilitación, enfermería y cirugía menor.

- Centro día, cuyo fin es el mantener a los adultos mayores vinculados a actividades recreativas y ocupacionales, ayudando a que sus capacidades no se vean afectadas. También ofrecen atención médica básica.

1.2.4.4. *Servicios sociales ambulatorios destinados a los adultos mayores.*

Entre estos servicios se encuentran los siguientes:

- Comedores, los cuales brindan servicios de alimentación y nutrición para adultos mayores siendo sus principales usuarios aquellos en estado de alto riesgo como indigentes.
- Familias sustitutas, es aquel donde los adultos mayores reciben cuidado, habitación y alimentación en hogares designados y cuyos costos son asumidos por fundaciones o agentes gubernamentales.
- Hospedajes, dormitorios comedores o albergues, siendo aquellos que brindan servicios para adultos mayores independientes. Les ofrecen ayuda en la higiene, habitación y alimentación.
- Agrupaciones, realizando aquí actividades recreativas, educativas y de servicio social, promovidas por los adultos mayores y conformadas por personas voluntarias que brindan asistencia.
- Clubes de ancianos, siendo lugares donde los adultos mayores se reúnen para realizar determinadas actividades con o sin supervisión profesional.

1.3 MARCO LEGAL

En Ecuador, según el censo del 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) hay 14.483.499 habitantes de los que 940.905 son mayores de 65 años o el equivalente al 6,5% de la población nacional, de los que el 53% son mujeres y el 47% son (INEC, 2011).

Uno de los documentos legales que sustentan el cuidado del adulto mayor es el **Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir**, elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) que se constituye en una guía que el gobierno ha seguido desde el año 2013, estableciendo objetivos entre los cuales se menciona (SENPLADES, 2013):

Objetivo 2. “Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”, en donde se busca el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos a través de la creación de políticas de igualdad que fomenten la convivencia social y política sin ocasionar la exclusión de individuos, alcanzando una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social, atención especializada y protección especial. Esta vida digna e inclusión se garantiza en todos los ciclos de vida del ser humano, siendo una de estas etapas, la vejez.

Objetivo 3. “Mejorar la calidad de vida de la población”, el cual se constituye en un reto amplio del para el fortalecimiento de políticas que garanticen la Inclusión y Equidad Social, aquí se incluyen la ampliación de servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas, siendo los principales beneficiarios del proyecto los adultos mayores del cantón Quevedo.

La **Ley del Anciano** presenta algunas disposiciones (MIES, 2014):

Art. 1.- Serán beneficiarios de la presente ley aquellas personas que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, ya sean nacionales o extranjeros.

Art. 2.- Como objetivo garantiza el derecho de un nivel de vida, asegurando la salud corporal y psicológica, alimentación, vivienda, vestimenta, asistencia médica, atención geriátrica gerontológica integral.

Art. 3.- “El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana”

Art. 4.- Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano, en todas y cada una de las provincias del país;
- b) Coordinar con la Secretaría de Comunicación Social, Consejos Provinciales, Concejos Municipales, en los diversos programas de atención al anciano;
- c) Otorgar asesoría y capacitación permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y, Ley del Anciano
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

Art. 9.- Establéese la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económico – sociales y reclamaciones legales del anciano.

Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social, facilitará la infraestructura necesaria.

Los ancianos abandonados recibirán ayuda obligatoria en los hogares de protección estatal, mientras se resuelva la pensión de alimentos y si no fuere posible determinar familiares que asuman la pensión alimenticia, estos continuarán en los referidos hogares de protección.

Art. 12.- El monto de las donaciones registradas en el Ministerio de Bienestar Social, que efectuaren personas naturales o jurídicas a instituciones o programas de atención a la población mayor de sesenta y cinco años, será deducible del impuesto a la renta conforme a la Ley.

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeran en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización de los Ministerios de Bienestar Social y

Art. 14.- Exoneración de Impuestos.- Toda persona mayor de sesenta y cinco años de edad y con ingresos mensuales estimados en un máximo de cinco remuneraciones básicas unificadas o que tuviera un patrimonio que no exceda de quinientas remuneraciones básicas unificadas, estará exonerada del pago de toda clase de impuestos fiscales y municipales.

Para la aplicación de este beneficio no se requerirá de declaración administrativa previa, provincial o municipal.

Si la renta o patrimonio excede de las cantidades determinadas en el inciso primero, los impuestos se pagarán únicamente por la diferencia o excedente.

Art. 15.- Las personas mayores de 65 años, gozarán de la exoneración del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial, y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales.

Art. 20.- Para financiar los programas contemplados en esta Ley, créase el “Fondo Nacional del Anciano” (FONAN) que estará constituido por:

- a) El equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Bienestar Social; y,
- b) Los recursos provenientes de préstamos internos o externos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especies de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

Art. 21.- Del Fondo señalado en el artículo anterior, se destinará hasta el 10% para el funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

Art. 22.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad;
- f) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos, en la prestación

de servicios a personas de la Tercera Edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley; y,

- g) El incumplimiento por parte de los empresarios de transporte aéreo o terrestre, de empresas artísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales, en dar cumplimiento a las rebajas previstas en el artículo 15 de esta Ley.

Art. 23.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con:

- a) Amonestación;
- b) Multa;
- c) Suspensión temporal o definitiva de los permisos de operación de las empresas privadas; y,
- d) Destitución del servidor público infractor.

Por su parte, y con el propósito de fortalecer la atención y el cuidado del adulto mayor, el MIES orienta sus esfuerzos hacia una *ciudadanía activa y envejecimiento positivo* para que el adulto mayor tenga una vida digna y saludable, a través de tres ejes principales (MIES, 2014):

- **Inclusión y participación social**, con el adulto mayor como parte del cambio social;
- **Protección social**, para prevenir o reducir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social; y
- **Atención y cuidado**, como parte constitutiva de los servicios de un centro gerontológico.

El MIES, en su **Acuerdo Ministerial 154**, Capítulo I “del direccionamiento estratégico”, artículo 1, trabaja por:

... establecer y ejecutar políticas, regulaciones, programas y servicios para la inclusión social y atención al ciclo de vida de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, **adultos**

mayores, personas con discapacidad y aquellos que se encuentran en situación de pobreza, a fin de aportar a su movilidad social y salida de la pobreza (MIES, 2014).

En su artículo 2 determina su visión como sigue: “Ser la entidad pública que ejerce la rectoría y ejecuta políticas, regulaciones, programas y servicios para la inclusión social y atención durante el ciclo de vida con prioridad en la población de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad y aquellos y aquellas que se encuentran en situación de pobreza, a fin de aportar a su movilidad Social y salida de la pobreza”

El artículo 8 menciona los “Objetivos estratégicos”: Los objetivos estratégicos que guían la gestión del MIES son los siguientes (se tomaron los numerales referentes al adulto mayor): 4. Aportar al desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y la integración e interacción social de las personas con discapacidad, en sus diversas etapas del ciclo de vida, mediante servicios de cuidado e inclusión social.

El artículo 9 de las “Atribuciones” indica (se tomaron los numerales referentes al adulto mayor): numeral 1. Ejercer la rectoría de las Políticas Públicas en materia de Inclusión y Movilidad Social para: primera infancia, adolescencia, juventud, adultos mayores, protección especial al ciclo de vida, personas con discapacidad y aseguramiento no contributivo; numeral 10. Promover la atención integral de la población a lo largo de su ciclo de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultos, adultos mayores), priorizando sus acciones a aquellas personas o grupos que se encuentran en estado de discriminación, exclusión, vulnerabilidad o pobreza.

Entre las responsabilidades con respecto a la población adulta mayor, se establecen las siguientes:

- a. Diseñar estrategias que aporten al fortalecimiento y creación de políticas orientadas a las personas caracterizadas como adultos mayores;

- b. Promover a que se formulen políticas de carácter público enfocadas en la atención prioritaria del adulto mayor;
- c. Promover la creación de insumos y el aseguramiento de la implementación de programas, planes y proyectos que ayuden a que se protejan los derechos de las personas adultas mayores;
- d. Articular y a su vez coordinar estrategias tanto intersectoriales e interinstitucionales, siempre y cuando se encuentren orientadas a mejorar la calidad de vida de adultos mayores;
- e. Asegurar que se diseñen y gestionen en forma adecuados los servicios para adultos mayores, que protejan sus derechos;
- f. Que se formulen normativas e instrumentos para asegurar la atención prioritaria del adulto mayor;
- g. Que se coordinen de forma óptima la implementación de normativas para mejorar los servicios tanto públicos como privados direccionados al adulto mayor;
- h. Regular que se operen los servicios dirigidos al adulto mayor en forma correcta según la normativa.
- i. Realizar un control de calidad de los servicios al adulto mayor y certificarlo según su calidad;
- j. Que se gestionen adecuadamente las políticas dirigidas a los adultos mayores fomentándolas por redes sociales;
- k. Gestionar tanto la formulación como la evaluación de políticas de carácter público, al igual que la ejecución de proyectos y planes para el adulto mayor;
- l. Asesorar a las autoridades en todos sus niveles sobre el estado de la población adulta mayor;

- m. Elaborar un plan operativo y aprobar los informes técnicos que realice el personal de la Dirección;
- n. Realizar actividades de dirección y control que formen parte de las competencias de la Dirección;
- o. Realizar propuestas al Subsecretario/a de Atención Intergeneracional para que se implementen normas y lineamientos de carácter técnico, mismas que ayudarán a la gestión de la población adulta mayor;
- p. Encargarse el establecimiento de metas e indicadores de gestión e impacto.
- q. Elaborar y presentar informes de carácter técnico sobre la gestión de la Dirección a nivel nacional.
- r. Estar presente y participar en la planificación estratégica realizada por el Viceministerio de Inclusión Social, Ciclo de Vida y Familia;
- s. Estar a cargo de la dirección para la elaboración de insumos para establecer normas que permitan diseñar políticas públicas de adulto mayor;
- t. Encargarse de la evaluación del cumplimiento de aquellos planes de capacitación y difusión de políticas de carácter público direccionadas al adulto mayor;
- u. Encargarse de las demás atribuciones que establezca la ley según el marco jurídico vigente

Existen regulaciones que protegen al adulto mayor, garantizando su cuidado, igualdad de derechos y una vida digna. El estado para asegurar el cumplimiento de los derechos de los ancianos, ha delegado al MIES la tarea de salvaguardar a esta población que debido a sus condiciones tanto físicas y mentales, requieren de una mayor atención.

Capítulo II

MARCO REFERENCIAL: CENTROS GERONTOLÓGICOS Y SU IMPORTANCIA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Para establecer el contexto en el que se desarrolla esta investigación, cabe hacer una revisión de la estructura administrativa, funcional y operativa a nivel nacional que ha sido diseñada para el funcionamiento de los centros de cuidado del adulto mayor, sea a nivel particular como público.

2.1 INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SOCIAL ACTUAL, EN EL ÁMBITO NACIONAL

De acuerdo con la Guía Operativa del Modelo de Atención de los Centros Diurnos del Buen Vivir para El Adulto Mayor (MIES, 2014), se define como atención diurna a la modalidad a través de la cual se persigue el bienestar de las personas adultas mayores, lugares (denominados centros) en donde se llevan a cabo actividades de tipo sociales y recreativas enfocadas en el fomento de la autonomía, el entretenimiento y formación del adulto mayor mediante la integración de éstos con otras personas en su misma condición y entorno.

El objetivo de estos centros es la participación, convivencia, solidaridad y relación de los adultos mayores con el medio social pero para ello requieren de su participación directa.

2.1.1 Filosofía institucional y organización interna de los centros de atención para el adulto mayor

Estos centros creados para ofrecer una atención digna al adulto mayor tiene definida su misión, visión, políticas de funcionamiento y una estructura administrativa orientada a cumplir con su razón de ser.

La misión y visión de los centros de atención para el adulto mayor son (MIES, 2014);

- **Misión:** “brindar una atención de calidad y calidez personalizada a través de un equipo multidisciplinario, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la

calidad de vida de las personas adultas mayores, en especial de las que se encuentran en situación de abandono, o indigentes, o que carecieren de familia”.

- **Visión:** “ser una institución que brinda una atención integral con calidez, calidad, eficiencia y eficacia a los Adultos Mayores, resaltando permanentemente la importancia del respeto a los derechos humanos y la inclusión social, para un envejecimiento digno, activo y saludable”.

Por su lado, las políticas para el funcionamiento de los centros se centran en tres ejes:

- La **inclusión y cohesión social** buscando reducir el riesgo de los adultos mayores, mejorando su calidad de vida y garantizándoles un buen vivir.
- La **protección especial** orientada a garantizar el resguardo de los derechos de quienes son considerados adultos mayores, mismos que se encuentren en situación de amenaza o que sean víctimas de alguna violación de derechos, persiguiendo una cultura de legalidad y una sociedad basada en la justicia.
- La **participación social** con la finalidad de buscar la creación de iniciativas sociales para que los adultos mayores participen de ellas, en un espacio junto a otros grupos para realizar actividades conjuntas

Estos centros residenciales para adultos mayores, ya sean administrados por el MIES o por convenios, adquieren la denominación de *Centro del Día del Buen Vivir para Personas Adultas Mayores*; así mismo, los Centros Gerontológicos del Día, de carácter privado se denominan “Centros del Día para Personas Adultas Mayores” (MIES, 2014). Están orientados a proporcionar un espacio para que los adultos mayores puedan reunirse, socializar y recibir atención, desarrollando actividades recreativas, de integración e interacción, promoviendo una convivencia, inclusión y relación con el medio social. A través de estos centros se pretende lograr un envejecimiento activo y saludable para salvaguardar la integridad de las personas adultas mayores, a través de:

- La implementación de acciones que permitan reducir y evitar la dependencia del adulto mayor, motivando su envejecimiento activo.
- Ayudar a que los adultos mayores puedan mantener autonomía
- Asegurar a que se apoye y se cuide en la medida necesaria al adulto mayor para el desarrollo de actividades durante la vida diaria.
- Diseñar procedimientos y a su vez actividades destinadas al adulto mayor y sus familias, esto con el fin de promover su interacción.
- Promover acuerdos y diseñar procedimientos con instituciones que ofrezcan servicios sociales y de salud en la comunidad.

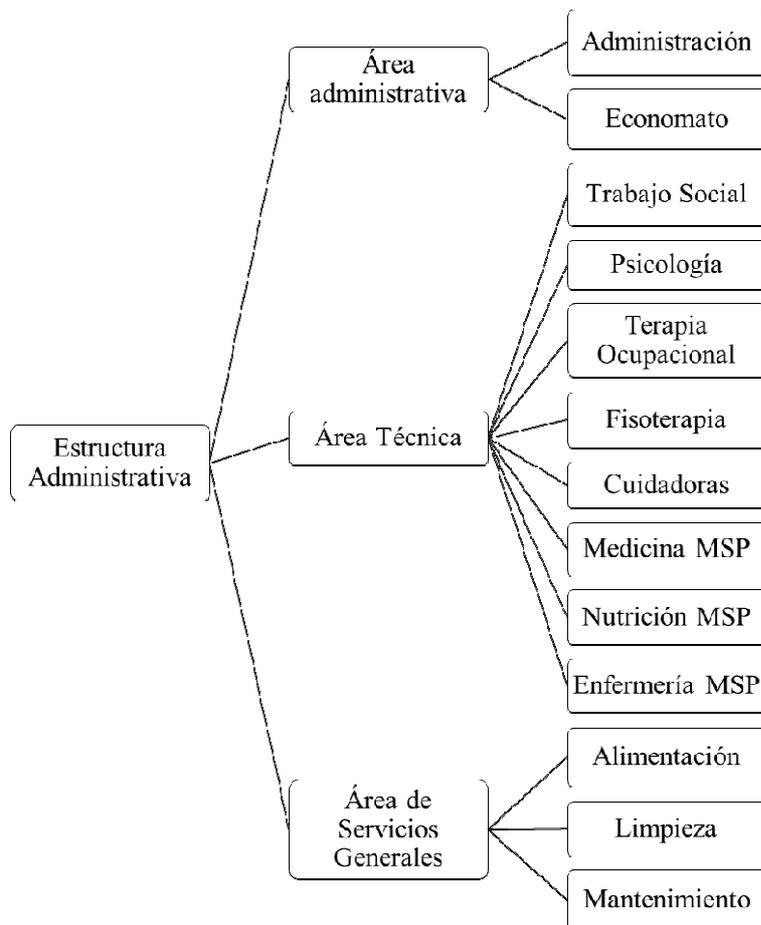


Figura 4. *Estructura Administrativa de cada centro*
Tomado de MIES (2014, pág. 42)

El área de servicios de estos centros se compone de la enfermería y primeros auxilios, áreas de cocina y de alimentación (comedor), contando también con áreas recreativa

conformadas por áreas verdes, talleres y patios, además de espacios destinados a la circulación y evacuación, bodegas de alimentos y para material didáctico, baños, área de limpieza, y mecanismos para receptor quejas y sugerencias. Por otro lado, cuentan también con un equipo profesional compuesto por:

- El director del Centro, el mismo que debe tener un título de tercer nivel con especialidad afines a esta.
- Un cuidador por cada 8 adultos mayores en el centro, que deberán estar debidamente certificados como auxiliares en enfermería.
- Se contará con un psicólogo, mismos que tendrá un título de tercer nivel; siendo su horario laboral de 10 horas semanales por cada 50 pacientes, hora que se tomará como base para calcular las horas que trabajará en caso de superar o no alcanzar ese número.
- Un terapeuta ocupacional, con título de Tecnólogo Médico; su horario de trabajo es de 15 horas semanales por cada 25 pacientes.
- Un terapeuta físico, con título de tercer nivel; cumplirá 10 horas semanales con grupos menores a 50 pacientes, si el grupo está entre 50-100 pacientes, trabajará 2 horas diarias y en caso que el grupo supere los 100 adultos, el mismo deberá trabajar 4 horas al día.
- Se necesitará también de un trabajador social, mismo que deberá contar con un título de tercer nivel, el cual desempeñará labores en un horario de 10 horas semanales, esto por cada 40 pacientes.
- Los talleristas, requieren de un título de bachiller; son los encargados de dar seguimiento a las actividades didácticas y de recreación para los pacientes.

- Por último, el centro debe contar con un auxiliar de limpieza por cada 15 personas pacientes, personal de cocina y personal de ropería (se requiere solamente un título de bachiller).

2.1.2 Requisitos de ingreso

Estos centros funcionan como centros de atención diurnos para personas adultas mayores, a los cuales podrán acceder personas que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad o más, estos centros fueron diseñados como un complemento a la vida familiar, vinculando a los adultos mayores con otros en su misma condición, con su familia y la comunidad que los rodea (MIES, 2014).

Cabe recalcar que los adultos que podrán ser entendidos en estos centros, son aquellos que poseen una autonomía leve, intermedia o moderada, mismo que requieran una atención sin necesidad de internamiento. En estos centros se promueve el desarrollo de actividades con la finalidad de los adultos mayores continúen desarrollando sus facultades físicas y mentales.

Estos centros también sirven como sitios de rehabilitación, en donde los adultos mayores pueden recuperarse de enfermedades, incluso situaciones de maltrato físico y psicológico, brindando mayores privilegios a quienes viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Los requisitos para acceder a los servicios de cada centro son:

- Vivir en estado de soledad o con personas cuya edad superen los 65 años.
- Habitar en el cantón o en zonas aledañas al mismo.
- Padecer algún tipo de trastorno mental o ser considerado una persona con capacidades especiales.
- A su vez, se debe mencionar que aquellas personas que por trabajo sean incapaces de atender al adulto mayor, podrán acceder al servicio mencionado.

Como condición del centro, se evaluará cada seis meses el estado físico y mental de los ancianos con el fin de hacer un reajuste al plan de intervención. Los servicios de los centros de este tipo varían dependiendo de ciertas condiciones de pacientes:

- Persona adulta mayor independiente: Es aquella que se encuentra en la capacidad de llevar a cabo actividades de carácter básico tales como alimentarse, darse un baño, vestirse, ir al baño a realizar sus necesidades, usar el teléfono, administrar de forma correcta su dinero, entre otras.
- Persona adulta mayor frágil: Sufre complicaciones para llevar a cabo más de una actividad diaria de las mencionadas.
- Persona adulta mayor dependiente: Necesita de una asistencia permanente para poder llevar a cabo alguna actividad diaria de tipo física, mental o funcional.

De acuerdo a las condiciones de los adultos mayores que acudan al centro se elaborará un Plan de Atención Individual (PAI), mismo que contendrá:

- El personal que se encarga o que interviene en el diseño del Plan figurando el o la fisioterapeuta, trabajadores sociales, aquellos que figuren como auxiliar de enfermería, el psicólogo y los cuidadores.
- Los datos personales básicos del usuario de dicho centro.
- Ficha de valoración gerontológica-geriátrica con la información referente a las siguientes áreas: **médica** (referente a su estado de salud, se incluye la nutrición), **funcional** (condición del paciente para desarrollar actividades, es decir su movilidad); **cognitiva** (estado mental); **social** (en qué estado vive actualmente)
- Objetivos para cada una de las áreas mencionadas, para los primeros tres meses en que los adultos se encuentran en los centros residenciales.
- Actividades concretas para conseguir los objetivos: tipo de actividades al día, dieta adecuada (con prescripción médica), cuidado del aspecto físico del adulto mayor

(tanto personal y de vestimenta), actividades recomendadas para evitar el deterioro cognitivo, tipo de actividades grupales para que el adulto participe de acuerdo a sus condiciones, y actividades relacionales (visitantes, familiares y amigos).

El plan debe ser evaluado semanalmente, al menos, y cada tres meses para comprobar su factibilidad; transcurrido este tiempo, el equipo que interviene en la elaboración del plan, se reúne para constatar si se lograron o no las metas, ya que el cuidado de cada adulto mayor, sin excepción implica: mantenimiento de salud (cuidado de la piel, higiene de los implementos de uso personal, higiene personal (uñas, piel, cara, manos, genitales, pies, etc., bucal incluyendo prótesis bucales, cuidado capilar, lavado, peinado y colonias, depilación de carácter menor y afeitado), ropa, complemento de imagen y vestimenta, ayudas técnicas y cuidados de las prótesis.

2.1.3 Centros Geriátricos y gerontológicos existentes

De acuerdo a los datos expuestos por el MIES (2015), en Ecuador existen 14 centros de este tipo suscritos a esta entidad y Quevedo solo cuenta con uno de estos centros. A continuación se muestra el detalle de los centros:

Tabla 2. *Centros Gerontológicos a nivel nacional.*

N.	Nombre del centro	Distrito	Modalidad brindada
1	Centros gerontológicos San Lorenzo	San Lorenzo	Residencia - Diurno
2	Centros gerontológicos Cayambe	Cayambe	Residencia
3	Centros gerontológicos Patate	Patate	Residencia - Diurno
4	Centros gerontológicos Guano	Guano	Residencia - Diurno
5	Centros gerontológicos Portoviejo	Portoviejo	Residencia - Diurno
6	Centros gerontológicos Santo Domingo de los Tsáchilas	Santo Domingo de los Tsáchilas	Residencia - Diurno
7	Centros gerontológicos Pedernales	Pedernales	Residencia - Diurno
8	Centros gerontológicos Milagro	Milagro	Residencia - Diurno
9	Centros gerontológicos Guaranda	Guaranda	Residencia - Diurno
10	Centros gerontológicos Babahoyo	Babahoyo	Residencia - Diurno
11	Centros gerontológicos Quevedo	Quevedo	Residencia - Diurno
12	Centros gerontológicos MIEEspacio	Cuenca	Espacios alternativos
13	Centros gerontológicos Zaruma	Piñas	Residencia
14	Centros gerontológicos Huaquillas	Piñas	Espacios alternativos

Tomado de *MIES (2015)*.

2.1.4 Programas

Estos centros desarrollan múltiples programas con el fin de mantener una calidad de vida saludable del adulto mayor, principalmente en lo que tiene que ver con la **integración familiar** a través de actividades en las cuales debe participar de forma proactiva la familia del paciente, así mismo en programas sociales, culturales; se busca que los adultos mayores puedan impartir sus conocimientos mientras se divierten, además sirve como capacitación para los cuidadores de personas mayores; la **recreación** con el fin de integrar a las personas en actividades recreativas y ocupacionales, esto a través de profesiones que diseñan cada metodología de trabajo, aquí se incluyen aquellos juegos de mesa o salón, actividades relacionadas a la música, baile, lectura, teatro, caminatas, cine y demás; la **nutrición y alimentación** buscando prevenir enfermedades mientras se promueve la salud mediante la nutrición según necesidades, ligada además a complicaciones tales como diabetes, hipertensión, etc., de igual forma se toma en cuenta la cultura y creencias de cada uno de los adultos mayores en dicho centro; finalmente, las **terapias** que incluyen tanto la psicológica, física y ocupacional buscando lograr un estímulo óptimo de la memoria, ayudando a concentración, al desarrollo de actividades relacionadas a la orientación espacio-temporal y al estímulo sensorial, además de terapias que favorezcan a la movilidad, cultura física y gimnasia (para estimular las articulaciones tomando en cuenta las condiciones y preferencias entre mujeres y hombres).

2.2 BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

De acuerdo con experiencia de centros de atención para el adulto mayor en otros países, existe una ficha denominada de *Valoración Índice de Barthel*, misma que es recomendada por el Colegio Real de Médicos de Londres y la Sociedad Geriátrica Británica, la cual permite evaluar 10 actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor (Tabla 2).

Tabla 3. *Fichas de Valoración Índice de Barthel*

Actividad	Calificación	Descripción
Comer	10, independiente	Por sí solo es capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, comer en tiempo razonable (la comida puede ser cocinada y servida por otra persona)
	5, necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
	0, dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Lavarse o bañarse	5, independiente	Estando solo, es capaz de lavarse entero, usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie, aplicar la esponja sobre todo el cuerpo, incluye entrar y salir del baño
	0, dependiente	Necesita ayuda o supervisión
Vestirse	10, independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos,, abrocharse los botones, colocarse otros complementos, sin precisar ayuda
	5, necesita ayuda	Sólo realiza al menos la mitad de las tareas, en un tiempo razonable
	0, dependiente	Necesita ayuda
Arreglarse	5, independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda, incluye lavarse manos y cara, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
	9, dependiente	Necesita alguna ayuda
Deposición	10, continente	Ningún episodio de incontinencia, si necesita enema o supositorios, es capaz de administrarse por sí solo
	5, accidente ocasional	Menos de una vez por semana, o necesita ayuda para enema o supositorio
	0, incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
Micción	10, continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche), capaz de usar cualquier dispositivo
	5, accidente ocasional	Menos de una vez por semana, o necesita ayuda para enemas o supositorios
	0, incontinente	Incluye paciente con sonda incapaz de manejarse
Ir al baño	10, independiente	Entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y jalar la cadena, capaz de sentarse y levantarse de la tasa sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse)
	5, necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo, aun es capaz de usar el retrete
	0, dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
Traslado sillón-cama	15, independiente	Sin ayuda en todas las fases, si utiliza silla de ruedas, se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya-pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba y puede volver a la silla sin ayuda
	10, mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, como la ofrecida de una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
	5, gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha resistencia para entrar a la cama, salir de ella o desplazarse

Tomado de *MIES* (2014)

Esta evaluación permite medir el grado de dependencia e independencia del adulto mayor y de esta manera tomar decisiones que permitan una buena atención al paciente.

Este capítulo abordó temas de relevancia de los Centros Gerontológicos a nivel nacional e internacional, con lo cual permitirá desarrollar la propuesta bajo estos parámetros aplicados y los requisitos previos.

Capítulo III

DISEÑO METODOLÓGICO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se describe el diseño de la investigación partiendo del planteamiento de la hipótesis, la cual va a ser comprobada al final de este estudio, a su vez se detalla la metodología a emplear para la recolección de los datos y el respectivo análisis de los mismos.

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El estudio de factibilidad para la creación de un centro geriátrico gerontológico en el cantón Quevedo nace como consecuencia a la falta de instituciones de este tipo que ofrezcan un servicio especializado para el adulto mayor, estando en condiciones de abandono y afrontando su situación sin ningún tipo de apoyo por parte de las autoridades, es así que se establece como hipótesis de investigación lo siguiente:

Si se desarrolla una propuesta de creación de un Centro Geriátrico-Gerontológico entonces se mejorará la calidad de vida del adulto mayor en la ciudad de Quevedo.

De la hipótesis establecida, se derivan las correspondientes variables de investigación, cuya Operacionalización se presenta en la Tabla 3:

- **Independiente:** Creación de un centro Gerontológico
- **Dependiente:** Mejorar la calidad de vida.

Tabla 4. *Operacionalización de las variables de investigación*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Independiente	Creación de un centro gerontológico	Servicios de salud	Atención
			Seguridad
			Rapidez
			Calidad
Dependiente	Mejorar la calidad de vida	Prevención	Servicios
			factores de riesgos
			Factores de prevención
			Factores de recuperación

3.2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para obtener la información necesaria que permita describir el fenómeno investigado y confirmar o negar la hipótesis planteada, es preciso realizar una adecuada identificación del tipo y diseño de la investigación, para luego pasar a determinar la población y la muestra y finalmente las técnicas e instrumentos que permitieron recolectar la información de base para realizar el análisis pertinente que sustenta el diseño del estudio de factibilidad objeto de esta investigación (Bernal, 2010).

3.2.1 Tipo y diseño de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que recoge la información de forma directa desde el mismo contexto en el que ocurre, es decir en la ciudad de Quevedo, mediante un cuestionario de preguntas realizadas a la colectividad mayor con el objetivo de identificar las necesidades reales, comportamientos y el nivel de satisfacción que perciben los habitantes en relación con la atención al adulto mayor, de manera que se llegue a una comprensión global de procesos y procedimientos relativos a la administración de un centro geriátrico-gerontológico (Garza, 2007).

En el presente estudio se utilizará el método descriptivo y analítico, porque permite reseñar o identificar hechos o situaciones relativas al tema investigado u objeto de estudio para realizar un análisis de cada uno de los elementos que sustentan este objeto para estudiarlos separadamente, lo que luego da paso al diseño de una propuesta para la creación de un centro para el adulto mayor (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.2.2 Población y muestra

De acuerdo con el INEC, la población del Quevedo para el último censo del año 2010 fue de 173.600 habitantes, por tanto, este dato fue tomado como la **población** como punto de partida para el establecimiento de la muestra y la decisión del tipo de muestreo a aplicar. Para

el cálculo de la muestra, y considerando que la población excede los 100.000 habitantes, se utilizó la fórmula de población infinita:

$$n = \frac{z^2 \times P \times Q}{e^2}$$

Con base en la Tabla 4, que identifica las variables de la muestra, los resultados son como sigue:

Tabla 5. *Variables de la muestra*

Variabes	Valor	Detalle
Z	1,96	Nivel más alto de confianza
N	173600	Población
n	384	Muestra
p	0,5	Probabilidad de éxito
q	0,5	Probabilidad de Fracaso
e	0,05	Margen de error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n = 384$$

De lo anterior, se establece que la muestra estuvo conformada por 384 personas a quienes se les aplicaría la encuesta. Para seleccionar a estas 384 personas se decidió acudir a los diferentes puntos de la ciudad y a centros comerciales en donde hay afluencia de personas de distinta edad, género y estatus social: el Shopping Quevedo con un total de 104 encuestados, ubicado en la parroquia 24 de mayo km 1,5 vía a Santo Domingo; el centro de la ciudad de Quevedo, con un total de 187 encuestados, en la calle 7 de Octubre y Quinta, diagonal a la Iglesia Central; en la parroquia San Camilo, con 93 encuestados, área comprendida por las calles Guayaquil y José Mejía, diagonal a Almacenes Tía.

3.2.3 Técnicas e instrumentos para recolección de información

Las fuentes de esta información fueron:

- **Primaria:** Se realizará a través técnicas directas como las encuestas y la observación. Para la presente investigación se aplicaron las encuestas como

instrumento de recolección de datos con el objetivo fundamental de definir la propuesta del estudio debido a que las encuestas también proporcionan información de carácter cualitativo porque mediante esta se puede determinar los gustos, preferencias y percepciones que tienen los potenciales clientes sobre el servicio que se piensa ofrecer en este caso el de gerontología en la creación del centro como propuesta de estudio..

- **Secundarias:** extraída de libros, revistas, periódicos y artículos.

3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los componentes de la encuesta aplicada, a continuación se presenta nueve figuras, correspondiendo la primera a la edad de los encuestados y las ocho siguientes a cada una de las preguntas que fueron incluidas en el formato (Anexo 1).

Tabla 6. *Edad de los encuestados*

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Menor de 40	187	49%
de 41 a 50	102	27%
de 51 a 60	74	19%
de 61 en adelante	21	5%
Total	384	100%

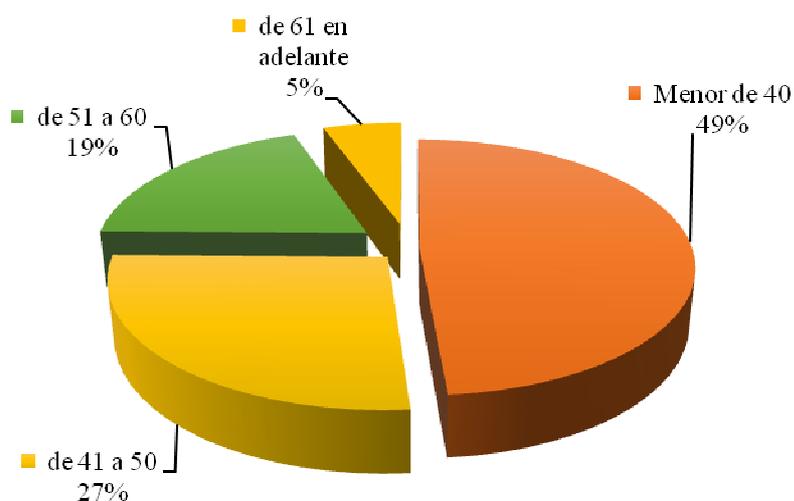


Figura 5. *Distribución porcentual de los encuestados, según la edad*

Del total de los encuestados, el 49% es menor de 40 años, el 27% se encuentra en un rango de edad entre los 41 y 50 años, el 19% es de 51 a 60 años de edad y apenas el 5% es de 61 años en adelante. Es evidente que la gran parte de los encuestados se encuentran en un rango de edad menor a 40 años, por tanto, la información recogida tiene gran validez ya que estas personas en su mayoría responden en función de lo que harían dado el momento de tomar una decisión sobre el cuidado del adulto mayor.

Pregunta 1: ¿Cuántas personas adultas mayores (de 65 años o más) viven con usted?

Tabla 7. *Número de adultas mayores que integran la familia*

Respuestas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ninguno	42	11%
1	315	82%
2	25	6%
3 o más	2	1%
Total	384	100%

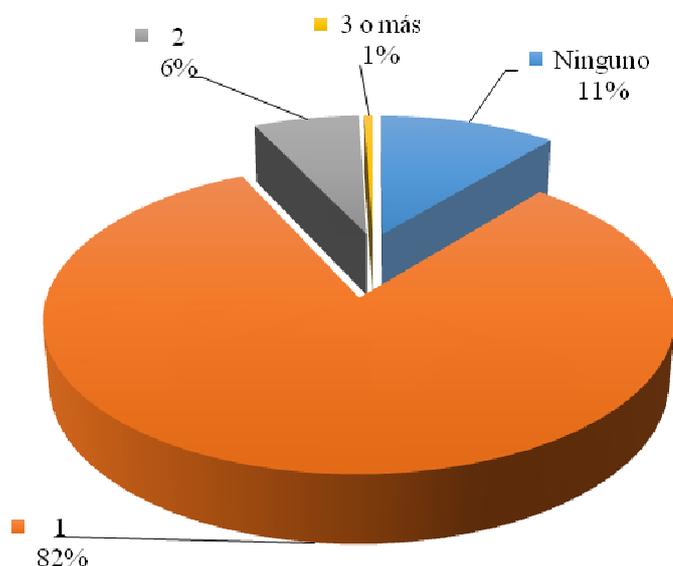


Figura 6. *Distribución porcentual de adultos mayores que integran la familia*

El 82% de los encuestados tienen por lo menos a 1 persona adulta mayor en sus hogares, el 11% no tiene ningún adulto mayor, el 6% tiene 2 personas adultas mayores y un mínimo porcentaje tiene más de 3 adultos mayores.

Pregunta 2: ¿Qué piensa usted acerca de los centros dedicados al cuidado del adulto mayor?

Tabla 8. *Calificación de los centros de cuidado del adulto mayor*

Calificación centro de cuidado	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Son centros excelentes	289	75%
Serían una de las opciones a considerar	84	22%
No son una buena opción	11	3%
Total	384	100%

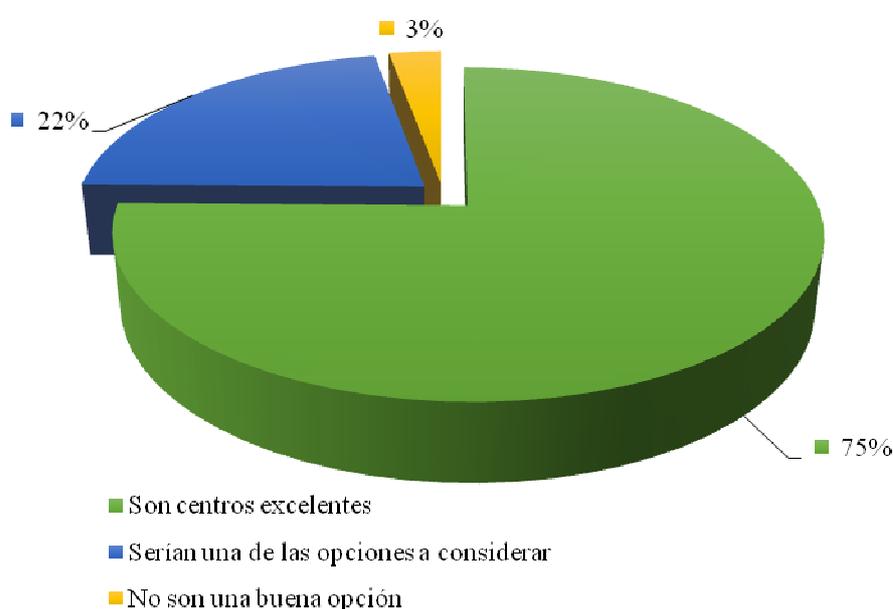


Figura 7. *Distribución porcentual de los encuestados, según opinión sobre centros de cuidado*

Del 100% de los encuestados, el 75% indicó que los centros de cuidado del adulto mayor son centros excelentes, el 22% mencionó que son una opción por considerar y apenas el 3% considera que no son una buena opción. Es evidente que existe una gran aceptación de estos centros ya que se consideran excelentes por lo que se plantea que la hipótesis establecida se cumple debido a que la mayoría de los encuestados consideran que los centros dedicados a la atención de adultos mayores son excelentes.

Pregunta 3: ¿Conoce algún centro dedicado al cuidado del adulto mayor?

Tabla 9. *Conocimiento de algún Centro de Cuidado al adulto mayor*

Conoce algún centro	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	245	64%
No	139	36%
Total	384	100%

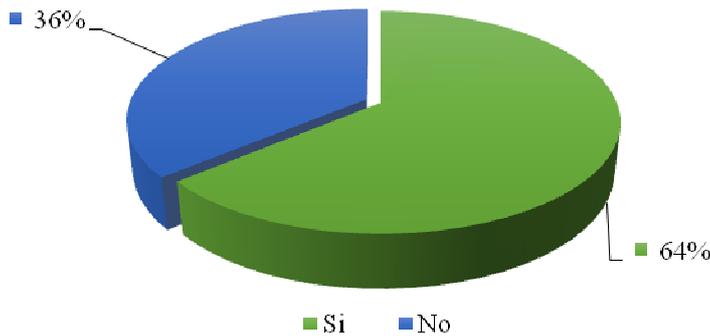


Figura 8. *Distribución porcentual de encuestados que conocen sobre centros de cuidado*

Del total de los encuestados el 64% si conoce de centros dedicados al cuidado de adultos mayores y por otro lado el 36% desconoce que exista algún centro en mención.

Pregunta 4: ¿Ha contratado los servicios de algún centro geriátrico anteriormente?

Tabla 10. *Frecuencia de contratación del servicio*

Contratación del servicio	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	234	61%
No	150	39%
Total	384	100%

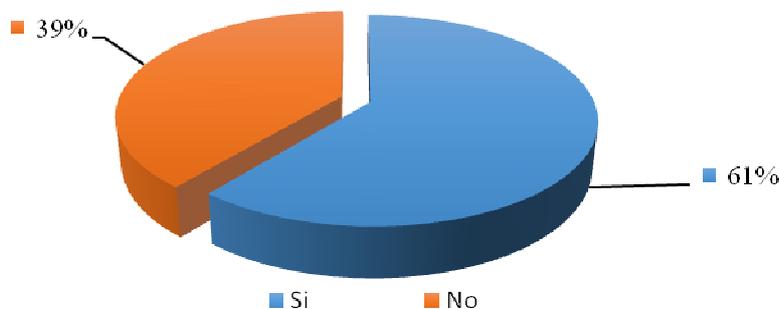


Figura 9. *Distribución porcentual de encuestados, que haya contratado un centro de cuidado*

Del total de los encuestados el 61% indico que si ha contratado los servicios de un centro de atención para el cuidado del adulto mayor y el 39% mencionó que no ha contratado estos servicios.

Pregunta 5: ¿En caso de responder sí, cómo calificaría el desempeño del centro en la labor realizada?

Tabla 11. *Calificación de desempeño*

Calificación de desempeño	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Excelente	30	13%
Bueno	33	14%
Regular	126	54%
Malo	45	19%
Total	234	100%

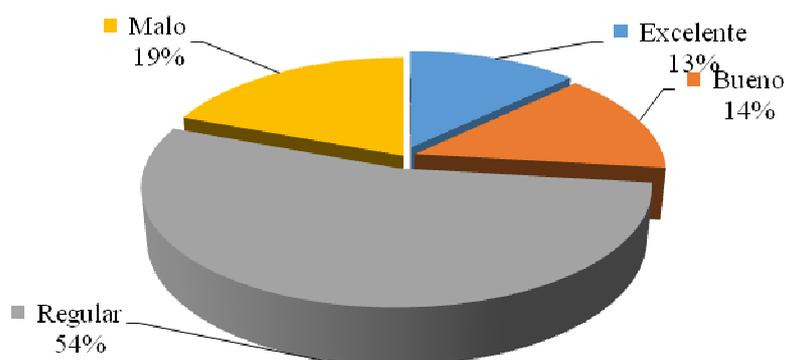


Figura 10. *Distribución porcentual de los encuestados, según calificación del centro de cuidad.*

Del total de encuestados que respondieron “si” el 54% mencionó que la atención y desempeño del centro de cuidado del adulto mayor es regular, el 19% indicó que es malo, el 13% que es excelente y el 14% que es bueno.

Pregunta 6: En caso de responder no, ¿Ha pensado en contratar alguna vez los servicios de un centro geriátrico?

Tabla 12. *Contratación de los servicios de un Centro Geriátrico.*

Contratación de servicios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	96	64%
No	54	36%
Total	150	100%

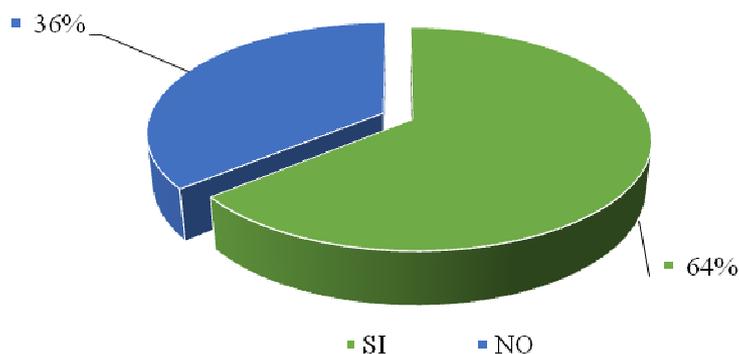


Figura 11. *Distribución porcentual de los encuestados, que contratarían un centro de cuidado*

Del total de los encuestados que indicaron que “no” mencionaron el 64% que si contrataría los servicios de un centro geriátrico, mientras que el 36% indicó que no haría uso de estos servicios.

Pregunta 7: ¿Qué servicios considera como esenciales dentro de un centro geriátrico gerontológico (elegir máximo dos)?

Tabla 13. *Servicios esenciales dentro de un Centro Gerontológico.*

Servicios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Atención médica	103	27%
Recreación	45	12%
Nutrición y alimentación	65	17%
Motivación del adulto mayor	75	19%
Psicología	42	11%
Infraestructura	54	14%
Total	384	100%

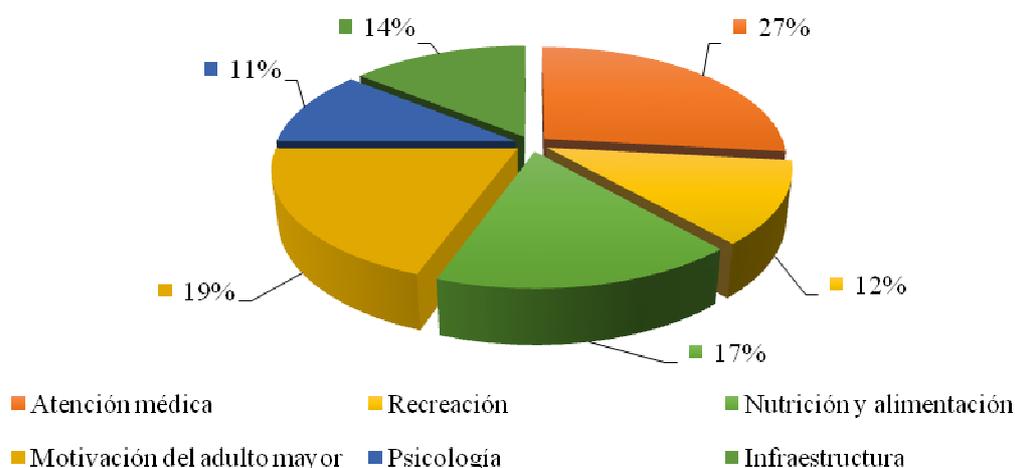


Figura 12. *Distribución porcentual de los encuestados, respecto a servicios de un centro de cuidado*

El 27% de los encuestados consideran que la atención médica es esencial dentro de un centro gerontológico. El 19% indicó que la motivación al adulto mayor es más importante, el 17% mencionó a la nutrición y alimentación como un aspecto a considerar, el 14% considera a la infraestructura como factor necesario, el 12% prefiere la recreación y el 11% la psicología.

Pregunta 8: ¿Cuál cree usted que es un factor determinante al momento de elegir un centro geriátrico?

Tabla 14. *Factor determinante para elegir un Centro Geriátrico*

Factor	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Precio	68	18%
Ubicación	94	24%
Servicios que ofrecen	168	44%
Infraestructura (imagen)	54	14%
Total	384	100%

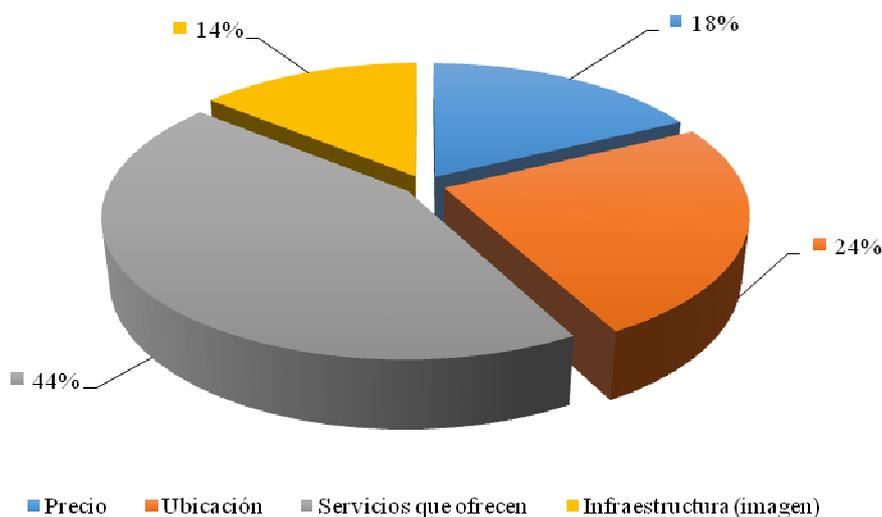


Figura 13. *Distribución porcentual de los encuestados, según la edad*

Del total de los encuestados el 44% considera al servicio como un factor determinante para elegir un centro geriátrico, el 24% mencionó a la ubicación, el 18% al precio y un 14% a la infraestructura.

La investigación de mercados permitió conocer los gustos y preferencias a fin de tener aceptación en el mercado. Es notorio que el 27% de los encuestados consideran a la atención medica como muy importante y el 96% si ha pensado en contratar los servicios de un centro Gerontológico, lo cual demuestra la viabilidad de la propuesta.

Pregunta 9: ¿Qué precio usted estaría dispuesto a cancelar por los servicios de cuidado especializado para adultos mayores que incluya el hospedaje, alimentación y servicios varios como realización de ejercicios?

Tabla 15. Precios para recibir el servicio.

Factor	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
USD \$275	161	42%
USD \$300	134	35%
USD \$325	69	18%
USD \$350	20	5%
Total	384	100%

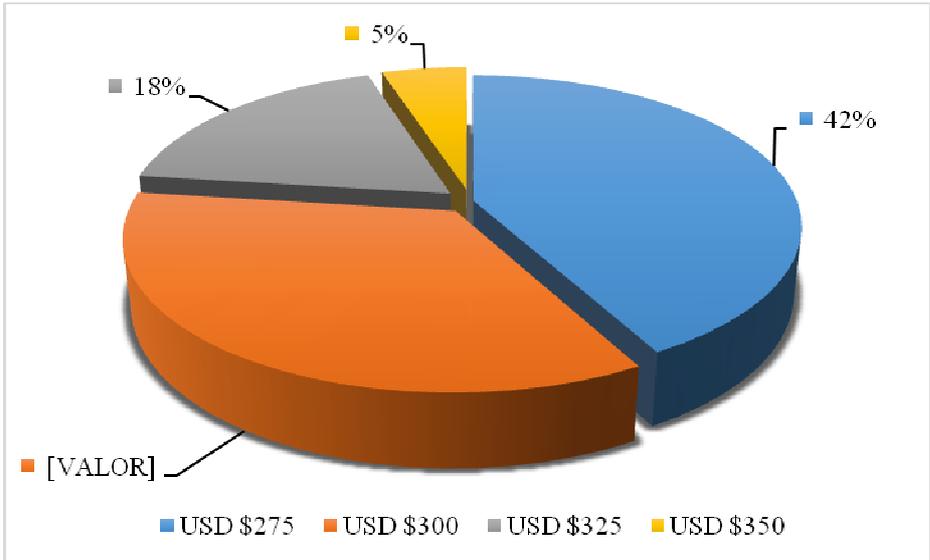


Figura 14. Distribución porcentual de los encuestados, según la edad

Del total de los encuestados el 42% estaría dispuesto a pagar el monto de \$275 para la contratación de servicios especializados de atención para adultos mayores en el centro geriátrico, un 35% opinó que \$300 dólares era el valor ideal para este tipo de servicios, un 18% respondió que \$325 es lo necesario para que sus adultos mayores reciban esta atención

mientras que solo un 5% evidenció que \$350 era el monto que estarían dispuestos pagar si el servicio era de excelente calidad.

3.4 CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la recolección de información realizada en la investigación de campo se puede constatar que los adultos mayores tienen amplias necesidades, las cuales en su gran mayoría son cuidados médicos especializados que atiendan los síntomas propios de la vejez y la acogida que sientan en el centro mediante la motivación a las actividades que se realizan y el entretenimiento por medio de dinámicas que incluyan a todos los adultos mayores del centro.

En el diagnóstico de la oferta y demanda se establece que las personas si requieren de los servicios que ofrece un centro gerontológico debido a que la mayoría de los encuestados tiene un adulto mayor a su cuidado, estas personas respondieron que los centros de este tipo deben priorizar en la integración del adulto mayor fomentando su felicidad y entretenimientos con una infraestructura de calidad, además constataron que consideraban a estos centros como excelentes establecimientos respecto a la atención integral de los adultos mayores.

Al analizar las prácticas que se realizan a nivel nacional se pudo constatar que el entretenimiento de los adultos mayores era una parte fundamental que caracterizaba estos centros en donde la persona se sienta cómoda en las instalaciones y pueda compartir amenos momentos con los demás integrantes del centro.

3.5 RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para que los adultos mayores tengan una atención especializada es necesario realizar exámenes médicos en un período establecido de tiempo se recomienda que este lapso sea de tres meses para evaluar la situación de cada miembro del centro en donde se verifique el peso de los adultos mayores y su estado psicológico principalmente en sus primeros días de estadía en el centro.

Se conoce la demanda que existe de este tipo de centros en la ciudad de Quevedo, sin embargo algunas personas no se deciden a contratar los servicios de estos centros por el temor de que el adulto mayor pueda sufrir de abusos dentro de la entidad. Es recomendable que en las redes sociales del centro se proyecte una buena imagen institucional que permita fomentar la confianza de los clientes y se podría firmar un contrato con cláusulas claras acerca del cuidado que se le dará al adulto mayor en donde las partes contratantes puedan tener un respaldo acerca de lo pactado verbalmente.

Como último punto se recomienda que se dé un especial énfasis al entretenimiento de los adultos mayores por distintos medios para que los mismos se sientan cómodos y felices con la atención brindada por lo que se podrían realizar concursos, bingos, pequeños conciertos y bailes de integración para fomentar el compañerismo y la vitalidad de los miembros del centro.

Capítulo IV

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO GERONTOLÓGICO EN EL CANTÓN QUEVEDO

Una vez realizado el análisis de los datos de la encuestas, se procede al desarrollo de la propuesta, misma que consiste en la creación de un centro geriátrico- gerontológico en el cantón Quevedo de la Provincia de “Los Ríos”.

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1.1 Análisis FODA

Este análisis se realizará para determinar la situación actual de la propuesta de creación del centro geriátrico gerontológico, de tal manera que permita determinar el riesgo y las oportunidades presentes en el mercado.

Fortalezas

- F1. Profesionales capacitados en atención geriátrica y gerontológica.
- F2. Conocimiento referente a la geriatría y gerontología por parte de administradores.
- F3. Cuenta con un terreno para la instalación del centro

Oportunidades

- O1. Incremento de la población adulta mayor en el país y sus cantones.
- O2. Existen instituciones que ofrecen créditos para emprendimiento.

Debilidades

- D1. Poco capital para financiamiento.
- D2. Los costos de operación y precios son altos en relación a los centros del MIES.
- D3. Al ser un negocio nuevo, se mantiene incertidumbre sobre su funcionamiento.

Amenazas

- A1. Existencia de un centro gerontológico del MIES (público) en el cantón Quevedo.
- A2. Los adultos mayores no suelen demandar este servicio.

4.1.2 Misión

El Centro Geriátrico Gerontológico “Nuevo Amanecer” es una Empresa que ofrece no sólo servicios de salud física, sino mental, enfocados en el cuidado del adulto mayor con confianza, responsabilidad y compromiso a través de una atención centrada en el paciente, el cual estará ubicado en el Cantón Quevedo de la provincia de Los Ríos.

4.1.3 Visión

El Centro Geriátrico Gerontológico “Nuevo Amanecer” para el cuidado del adulto mayor para el año 2020 se posicionará como un centro reconocido por su labor llena de compromiso y responsabilidad, como uno de los centros más reconocidos de la provincia de Los Ríos, ofreciendo calidad y un buen servicio a su público de forma cálida, segura y oportuna, demostrando la excelencia de los profesionales que conforman el equipo médico de este centro.

4.1.4 Valores institucionales

- Compromiso.
- Responsabilidad social.
- Responsabilidad ambiental.
- Credibilidad.

4.1.5 Objetivos institucionales

- Tener Responsabilidad Social, manteniendo la efectividad, sostenibilidad y transparencia.
- Ser un centro de asistencia Geriátrico que acoja pacientes de la tercera edad bajo el cumplimiento del objetivo número 3 del Plan Nacional del Buen Vivir.
- Mantener un sistema integrado de gestión y seguridad del paciente con los valores institucionales como la responsabilidad, compromiso y credibilidad.

4.2 MODELO DE ATENCIÓN – ESTRATEGIAS.

El modelo de atención desarrollado por el centro Geriátrico Gerontológico “Nuevo Amanecer” estará centrado en las personas:

4.2.1 Capacidades y Habilidades de los profesionales

El equipo médico estará compuesto por un médico geriatra, un médico general, dos psicólogos, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, nutriólogo y personal auxiliar. Los individuos que laboren en el centro poseerán determinadas capacidades y habilidades acorde al cargo que ocupen, de esta manera se garantiza un buen servicio a los pacientes enfocados a las necesidades de cada uno de ellos.

4.2.2 Se compartirán decisiones entre pacientes, familiares y profesionales:

En estos centros dedicados al cuidado del adulto mayor, suelen existir inconvenientes con el comportamiento de los pacientes, para ello se esencial que exista una modalidad efectiva de comunicación. De acuerdo a las condiciones del adulto mayor, se tomaran decisiones en base a tratamientos y alimentación, en algunos casos pueden ser bien tomadas por los pacientes, pero en otros casos no. Para evitar problemas, las decisiones serán tratadas con familiares de los adultos mayores, para que exista una mejor aceptación por parte de ellos a ese nuevo cambio.

En caso de que no existan familiares, como suele suceder en algunas ocasiones, las decisiones serán tomadas entre los profesionales en psicología, el médico geriatra y el paciente. Esto se plantea para lograr que la estadía del adulto mayor no se vea rodeada de malestar.

4.2.3 Acercar a los pacientes a través de sus experiencias

La naturaleza de estos centros ocasionará que los adultos mayores tengan que convivir con otros, para ello se realizarán actividades que además de distraerlos y mejorar su estado de ánimo, les permitirán que conozcan nuevas personas, contar sus experiencias y hacer amigos,

personas con igualdad de condiciones. Para ello también intervendrá el personal médico, ya que es una forma mediante la cual, los profesionales pueden demostrar su compromiso con los adultos mayores.

4.2.4 Organizar acciones en la comunidad para incluir a los adultos mayores

En el centro se organizarán actividades abiertas a la comunidad, en las cuales los adultos mayores puedan demostrar sus habilidades, sintiéndose parte de una comunidad a la que aún pueden aportar conocimientos y participar como miembros activos de la sociedad. Hay que tener en cuenta que el objetivo del gobierno es que los adultos mayores no sean excluidos, pero para lograrlo, el primer paso es hacerlos sentir parte de la sociedad.

En estas actividades participarán también los profesionales del centro y los familiares de los pacientes, como individuos que dan su apoyo a los adultos mayores del centro “Nuevo Amanecer”.

4.2.5 Utilizar un lenguaje familiar claro

Los profesionales del centro desarrollarán y emplearán un lenguaje común para garantizar que los adultos mayores puedan comprender lo que se les informa o recomienda en la institución. Esto forma parte de la atención esencial que se le debe dar al cliente, a su vez se evitan confusiones y malestares por parte del adulto mayor.

4.2.6 Comportamiento comprensivo sin agresiones de ningún tipo

Queda establecido que cualquier trato negativo hacia el paciente, familiares o cualquier persona en el centro por parte de los profesionales que desempeñan sus funciones, tendrá una sanción. Los profesionales son aquellos que deben demostrar su compromiso con el público, son la imagen de la institución y deben reflejarlo. Los adultos mayores son personas muy sensibles, y cualquier maltrato recibido podría llevarlos a la depresión y dañar su estado emocional y de ánimo.

4.3 REQUISITOS DE ADMISIÓN

Se establecen como requisitos de admisión al centro “Nuevo Amanecer”:

- Que el paciente sea un adulto mayor (65 años o más).
- Voluntad para ingresar al centro: Esto evitará que los adultos mayores sufran problemas emocionales, realicen actos de rebeldía o se enfermen por su descontento con la estadía en el centro.
- No tener algún tipo de enfermedad infecto contagiosas: Esta política se establece debido a que algún tipo de virus en el centro puede ocasionar un contagio masivo entre los pacientes, afectando su salud, la imagen de la institución e incluso la muerte de los internados en el centro.

4.4 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

4.4.1 Elementos tangibles

Este se enfoca en la apariencia de las instalaciones, demostrando una limpieza y cuidado excepcional. Hay que tener en cuenta que el sistema inmunológico de los adultos mayores es más débil, por lo cual el polvo y la suciedad pueden ocasionarles problemas respiratorios, de la misma forma son propensos a resbalones y caídas debido a la debilidad muscular que presentan en las piernas, sucesos que pueden provocar golpes, fracturas e incluso la muerte del paciente si es que no se lleva un buen mantenimiento e higiene del establecimiento.

El centro contará con equipos médicos para emergencias, instalaciones modernas, personal bien uniformado, materiales para que los adultos mayores puedan entretenerse y demás elementos que componen los elementos tangibles de un centro de este tipo.

4.4.2 Fiabilidad

No es necesario aparentar confianza sino también demostrar que se puede ser fiable, para ello el servicio del centro se enfocará en la atención del paciente con responsabilidad y

confianza. Para ello se mantendrá un cronograma de actividades para los pacientes, el mismo que estará disponible a los familiares de los mismos.

Entre estas actividades programadas se encontrarán paseos quincenales, actividades recreativas y charlas a los adultos mayores para mantenerlos con buen ánimo, demostrando compromiso.

4.4.3 Capacidad de respuesta

Los adultos mayores son propensos a sufrir accidentes, de la misma forma pueden sufrir cualquier tipo de percance en su salud a causa de la edad y enfermedades que pueden ir desarrollando con el tiempo, entre otros tipos de emergencias que podrían presentarse.

Es necesario que el centro geriátrico gerontólogo "Nuevo Amanecer" esté preparado para atender cualquier tipo de emergencia que se presente en algún momento del día y no sólo esperar a que los percances sucedan sino llevar un control médico periódico de los pacientes, tener una cobertura médica para atender cualquier emergencia y desarrollar informes diarios sobre las actividades que realizan los adultos mayores.

Es necesario que antes de exponer a los adultos mayores en la ejecución de estas actividades, se realice un chequeo para conocer su estado de salud.

4.4.4 Seguridad

Instalaciones adecuadas y en perfecto mantenimiento para evitar accidentes y caídas de los pacientes. De la misma forma se contará con un personal profesional y capacitado en gerontología, a su vez se tendrá personal médico disponible las 24 horas para atender emergencias y personal de seguridad para el resguardo del establecimiento.

4.4.5 Paciencia y empatía

Es común que los adultos mayores a causa de la edad actúen a veces de forma un poco enojada, no quieran seguir indicaciones e incluso utilicen en ciertos casos un lenguaje fuerte, para ello el personal del centro debe mostrar mucha paciencia, entender la situación de los

pacientes con empatía, cubrir las necesidades que estos presenten y ayudarlos a movilizarlos cuando sea conveniente.

La paciencia y la empatía se vuelven esenciales en la atención de los adultos mayores, siendo unos de los componentes principales del servicio que el centro brinde.

4.4.6 Componentes del centro

Se desarrollarán actividades periódicas de **integración familiar** en horarios accesibles para los familiares de los adultos mayores, con la finalidad de que ellos participen y pasen un momento agradable con sus hijos, nietos, etc. Hay que tener en cuenta que los adultos mayores suelen deprimirse y sentirse solos, esto contribuirá a que su estado de ánimo mejor.

Dentro del centro se desarrollarán actividades de **recreación** en las que involucren la participación de los profesionales y los adultos mayores, ya sean estos juegos de mesa, danza, canto, entre otros tipos de actividades que hagan sentir a los pacientes en familia y que vean al centro como un hogar.

La **nutrición y alimentación** son elementos necesarios, los adultos mayores tienen una alimentación diferente a otros grupos de edad. Ellos no pueden ingerir cierto tipo de alimentos, la preparación debe ser diferente e incluso la alimentación de los ancianos puede variar dependiendo de su condición médica.

Por ello se vuelve indispensable tener a un profesional que se encargue de esta labor, debidamente capacitado y con experiencia en tratar a este tipo de pacientes.

En cuanto a las **terapias** se debe recordar que el envejecimiento provoca que poco a poco los huesos y los músculos se debiliten, haciéndolos propensos a sufrir problemas como fracturas, desguinces, entre otras complicaciones, a su vez existe la terapia preventiva que ayudaría en el mantenimiento y atención de las áreas cognitivas, físicas y emocionales de los adultos mayores residentes.

Es necesario tener a un personal dedicado a esta actividad, que se encargue de que los adultos mayores realicen actividades para garantizar que ese deterioro físico y mental sea de menor impacto.

4.4.7 Estructura organizacional y descripción de funciones

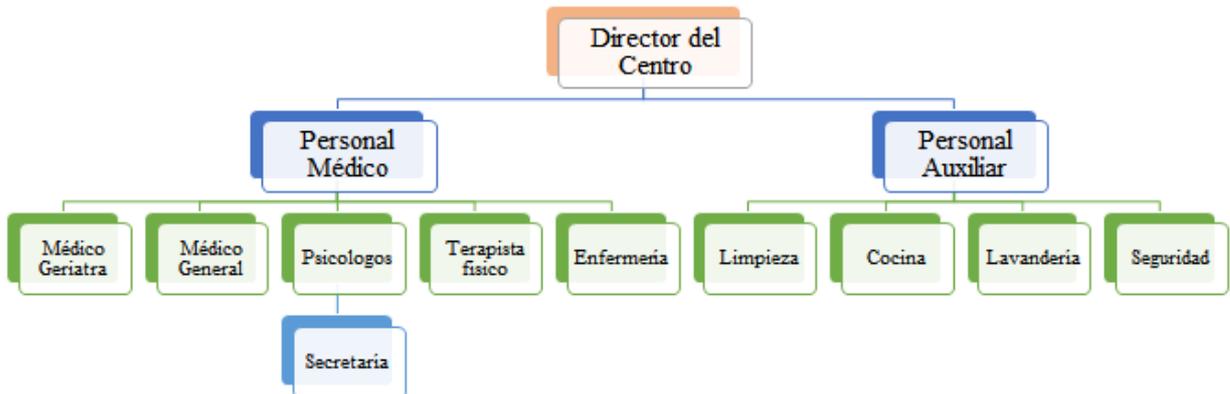


Figura 15. *Organigrama*

Las funciones del personal que conformará este centro, son las siguientes:

Director del centro. Total personas: 1

- Dirigir, planear y supervisar todas las actividades del Centro Geriátrico.
- Velar por el cumplimiento de los objetivos del Centro Geriátrico.
- Velar por la aplicación del modelo de salud integral integrando el aspecto familiar y comunitario.
- Constituir el sistema de gestión del Centro Gerontológico.
- Promover las Buenas Prácticas Médicas.
- Dar respuesta a los requerimientos de la Dirección técnica del área de salud.
- Realizar las actividades de contratación de personal.

Profesionales médicos (Medico Geriatra, Médico General, Psicólogos, Terapeuta):

- Realizar el reconocimiento médico de los pacientes.
- Atender las necesidades de los usuarios.
- Informar el estado de salud del usuario a los familiares.

- Dar seguimiento a los pacientes.
- Programar el menú de los pacientes acorde al estado.
- Supervisar el estado sanitario de las dependencias del centro.

Número de personal:

Tabla 16. *Personal Médico*

Médico	Número
Médico General	10
Médico Geriatra	8
Psicólogo	5
Terapeuta	10

Enfermería. Total personas: 20

- Atender necesidades básicas de los pacientes como aplicación de oxígeno, catéter, etc.
- Tomar el registro de los signos vitales del paciente.
- Realizar el cambio y tendido de la cama del paciente.
- Realizar actividades de atención al paciente como baño, aseo, etc.
- Realizar normas y técnicas de enfermería.
- Organizar el cuidado humano en enfermería.

Personal auxiliar de Limpieza. Total personas: 5

- Realizar diariamente cuadro de asistencias.
- Mantener limpias las áreas administrativas como las instalaciones de los pacientes.
- Recolectar los desechos sólidos y Bio infecciosos.
- Mantener limpios los sanitarios.
- Mantener limpia el área de cocina.
- Hacer uso correcto de los implementos de limpieza.

Personal auxiliar de Cocina. Total personas: 10

- Elaborar el menú acorde a los parámetros establecidos por el médico.

- Preparar alimentos sanos.
- Cumplir con los lineamientos del Centro Geriátrico.

Personal auxiliar de Lavandería. Total personas: 5

- Realizar el lavado de los uniformes de los pacientes.
- Ocuparse de la limpieza del espacio de lavandería.
- Realizar el lavado de las sábanas, cubre camas, etc., de los pacientes.

Personal auxiliar de Seguridad. Total personas: 2

- Velar por la seguridad de los pacientes y del personal de la institución.
- Realizar cualquier actividad asignada.

4.5 PLANO DE DISTRIBUCIÓN

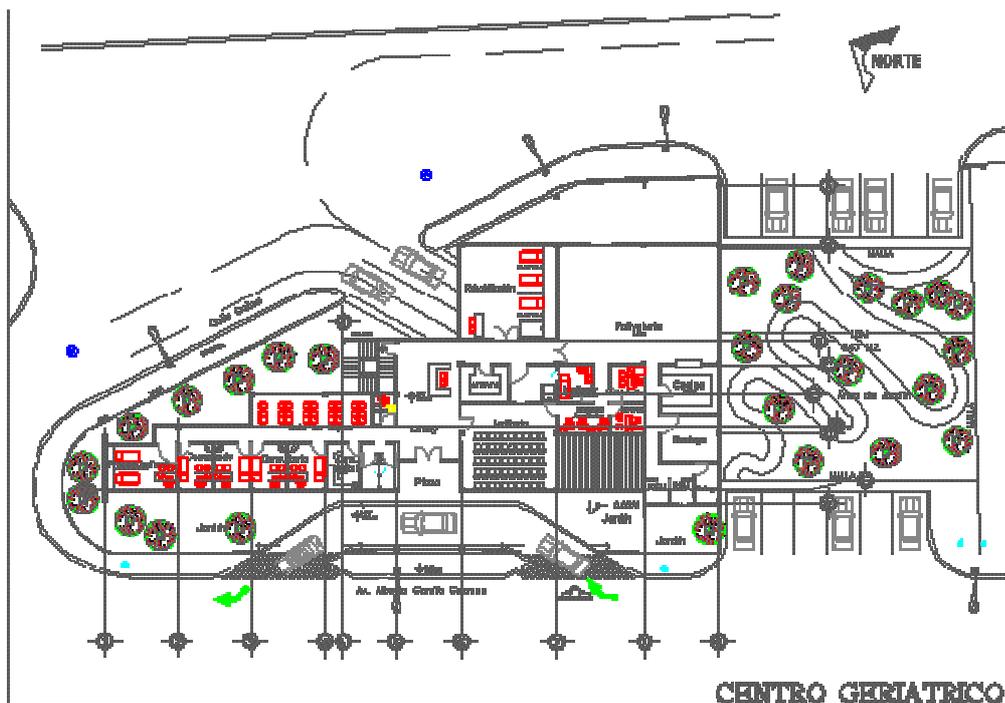


Figura 16. *Plano de Distribución*

4.6 PERMISOS DE FUNCIONAMIENTO

De acuerdo al MSP (2013) las Clínicas- Hospitales deben presentar los siguientes requisitos:

- Hoja de solicitud para otorgar el permiso de funcionamiento;

- Plano de distribución del local con escala 1.50;
- Croquis con referencias de ubicación del centro geriátrico;
- Copia del RUC del establecimiento;
- Copia del Certificado del Ministerio de Energía Renovable (en caso de tener áreas de Radiología);
- Copia de la escritura de Constitución en caso de tener personería jurídica;
- Copias de la Cédula del representante legal;
- Copias de Certificado de Votación del representante legal;
- Copia certificada o notariada del nombramiento del Director Técnico;
- Copias de la Cédula y Certificado de Votación del director técnico;
- Copias certificadas de los títulos de los profesionales de la salud (registrados en el Ministerio de Salud Pública);
- Copias de los registros de los títulos en el SENESCYT;
- Licencia de estupefacientes y psicotrópicos emitida por el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez (en caso de Clínicas y Hospitales);
- Copia de la Resolución de Aprobación del Reglamento interno emitida por la Dirección Provincial de Salud (en caso de Clínicas, Hospitales e Institutos Médicos);
- Copia de los certificados de salud ocupacional de todo el personal (técnico, administrativo y de servicios);
- Certificado del curso de manipulación de alimentos (para el personal de cocina en el caso de Clínicas y Hospitales);
- Copia del Permiso del Cuerpo Bomberos (Zona Rural);
- Licencia Única de Actividades Económicas LUAE (Distrito Metropolitano de Quito).

- Copia del certificado y calificación del manejo de desechos - Hojas de vida del personal profesional (en el caso de Medicina Prepagada)

4.7 ANÁLISIS FINANCIERO

4.7.1 Inversión en activos fijos, diferidos y capital de trabajo.

Tabla 17. *Presupuesto de Inversión*

CENTRO GERIATRICO-ORONTOLOGICO			
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN (Capital Budget)			
ACTIVOS		PASIVOS	
Activos Circulantes	\$ 151.122,52	Pasivos a Corto Plazo	\$ 71.796,63
Caja Chica	\$ 2.000,00	Documentos por Pagar	\$ 71.796,63
Bancos	\$ 149.122,52		
Activos Fijos	\$ 1.374.500,00	Pasivos a Largo Plazo	\$ 996.139,14
Terrenos	\$ 250.000,00	Préstamos Bancarios	\$ 996.139,14
Edificios	\$ 390.000,00		\$ 1.067.935,76
Equipo Electronico	\$ 42.625,00	TOTAL PASIVOS	\$ 1.067.935,76
Muebles y Enseres	\$ 41.750,00		
Equipos de Oficina	\$ 9.100,00		
Equipos Medicos	\$ 371.025,00	PATRIMONIO	\$ 457.686,75
Vehiculos	\$ 270.000,00	Capital Social	\$ 457.686,75
TOTAL ACTIVOS	\$ 1.525.622,52	PASIVOS+PATRIMONIO	\$ 1.525.622,52

Para la ejecución del presente proyecto la inversión requerida es de USD \$ 1,525,622.52 los mismos que están organizados entre las siguientes partidas: Vehículos, Equipos Médicos, Equipos de Oficina, Muebles y Enseres, Equipo Electrónico y finalmente la obra civil de construcción en la cuenta Edificios y por ende el valor de la adquisición del terreno. Cabe indicar que esta estructura de capital deberá acompañar un financiamiento el mismo que será con recursos compartidos tanto de los inversionistas como de un banco local. En el presente presupuesto de inversión por su formato podemos evidenciar como se reflejaría la

composición de la deuda con el banco, en donde se releja la porción circulante de la deuda a largo plazo. Siendo USD \$ 71,796.63 clasificados como documentos por pagar en virtud de que es el exigible inmediato a pagar dentro del 12 meses calendario con el banco del total a prestar tanto de activos fijos y capital de trabajo (estos créditos se amortizan a 10 y 3 años respectivamente) cuyo monto total es de USD \$ 1'067,935.76 valor que se detallará en la siguiente tabla.

Tabla 18. *Inversiones requeridas*

INVERSIONES REQUERIDAS	
ACTIVO FIJO	\$1.374.500,00
CAPITAL DE TRABAJO	\$ 151.122,52
TOTAL	\$1.525.622,52

Tabla 19. *Financiamiento de activos fijos*

FINANCIAMIENTO DE ACTIVOS FIJOS		
BNF	70%	\$ 962.150,00
INVERSOR	30%	\$ 412.350,00
TOTAL	100%	\$ 1.374.500,00

Tabla 20. *Financiamiento de capital de trabajo*

FINANCIAMIENTO DEL CAPITAL DE TRABAJO		
BNF	70%	\$ 105.785,76
INVERSOR	30%	\$ 45.336,75
TOTAL	100%	\$ 151.122,52

Tabla 21. *Resumen de inversiones*

RESUMEN DE INVERSIONES	
TOTAL BNF	\$1.067.935,76
TOTAL INVERSOR	\$ 457.686,75
TOTAL	\$1.525.622,52

Como se evidencia en la presente tabla, la institución financiera apertura dos líneas de crédito, a través de las cuales financiará el 70% del valor total del proyecto. En este caso el total del dinero a prestarse al banco es de USD \$ 1'067,935.67 siendo USD \$ 962,150.00 para el financiamiento de la compra de activos fijos y USD \$ 105,785.76 para financiar el capital

de trabajo. Por ende el inversionista deberá aportar con el 30% de los recursos completando el monto total de la inversión inicial de USD \$ 1'525,622.52.

4.7.2 Fuentes de financiamiento

Tabla 22. *Tablas de Amortización*

TABLAS DE AMORTIZACIÓN DE PRESTAMOS			
<i>CONDICIONES</i>	<i>BANECUADOR</i>	<i>CONDICIONES</i>	<i>BANECUADOR</i>
MONTO DEL PRÉSTAMO	\$ 962.150,00	MONTO DEL PRÉSTAMO	\$ 105.785,76
TASA EFECTIVA ANUAL (%)	10,35%	TASA EFECTIVA ANUAL (%)	10,35%
AÑOS	10	AÑOS	3
FRECUENCIA DE PAGOS	12	FRECUENCIA DE PAGOS	12
TASA PERIODO (%)	0,86%	TASA PERIODO (%)	0,86%
Nº DE PAGOS A EFECTUAR	120	Nº DE PAGOS A EFECTUAR	36

En las presentes tablas se reflejan las condiciones de los créditos a convenir con el Banco Nacional de Fomento para la adquisición de todos los activos fijos y la tenencia del suficiente efectivo para pagar costos y asumir gastos operativos del primer mes de trabajo.

4.7.3 Ingresos y egresos

Acorde al estudio de mercado que se efectuó existen 173.600 adultos mayores en Quevedo, por lo cual este es nuestro universo de análisis. Se consideró como una meta comercial y conservadora que el centro de atención solamente logrará cubrir el 0,4% de la demanda total por lo cual se tendría una cantidad de clientes potenciales de 694 adultos mayores en el arranque del 1er año de operación. (Tabla 20).

Tabla 23. *Valores de recaudación*

POBLACIÓN N		173.600						
OBJETIVO COMERCIAL		0,400%						
CLIENTES POTENCIALES		694						
RUBROS	CANTIDAD MENSUAL	PVP	INGRESOS TOTALES	COSTO	COSTO TOTAL	MARGE BRUTO	INGRESO ANUAL	COSTO ANUAL
HOSPEDAJE GERIATRICO	694	\$ 150,00	\$ 104.160,00	\$ 45,00	\$ 31.248,00	\$ 72.912,00	\$ 1.249.920,00	\$ 374.976,00
ALIMENTACIÓN	694	\$ 150,00	\$ 104.160,00	\$ 45,00	\$ 31.248,00	\$ 72.912,00	\$ 1.249.920,00	\$ 374.976,00
ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO Y REREACION	694	\$ 105,00	\$ 72.912,00	\$ 31,50	\$ 21.873,60	\$ 51.038,40	\$ 874.944,00	\$ 262.483,20
PROGAMA DE EJERCICIOS	694	\$ 45,00	\$ 31.248,00	\$ 13,50	\$ 9.374,40	\$ 21.873,60	\$ 374.976,00	\$ 112.492,80
CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL	417	\$ 25,00	\$ 75,00	\$ 7,50	\$ 3.124,80	\$ -3.049,80	\$ 900,00	\$ 37.497,60
CONSULTA EXTERNA MEDICO GERIATRICO	312	\$ 60,00	\$ 18.748,80	\$ 18,00	\$ 5.624,64	\$ 13.124,16	\$ 224.985,60	\$ 67.495,68
VALORES DE RECAUDACIÓN MENSUAL			\$ 331.303,80	\$ 160,50	\$ 102.493,44	\$ 228.810,36	\$ 3.975.645,60	\$ 1.229.921,28
VALORES DE RECAUDACIÓN ANUAL			\$ 3.975.645,60	\$ 1.926,00	\$ 1.229.921,28	\$ 2.745.724,32	\$ 3.750.660,00	\$ 1.162.425,60

Se debe indicar que por actividades de esparcimiento y recreación se hace referencia a aquellas relacionadas al ocio y entretenimiento de pacientes cuyo fin es lograr que los mismos interactúen entre sí y se distraigan, lo cual influye de forma positiva en su estado anímico.

Una vez efectuados los cálculos se determinó que los posibles ingresos anuales del centro de salud estarían en USD \$ 3.750.660,00 dado que existen varios rubros tales como: hospedaje geriátrico, alimentación, ocio y entretenimiento, programa de ejercicios y emergencias.

Tabla 24. *Presupuesto de gastos administrativos*

CENTRO GERIATRICO-ORONTOLOGICO													
PRESUPUESTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS													
2016													
CUENTAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
Sueldos	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 99.500,00	\$ 1.194.000,00
13 sueldo	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 8.291,67	\$ 99.500,00
14 sueldo	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 2.301,00	\$ 27.612,00
Vacaciones	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 4.145,83	\$ 49.750,00
Fondos Reserva	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Aporte Patronal	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 12.089,25	\$ 145.071,00
Servicios Básicos	\$ 11.000,00	\$ 11.055,00	\$ 11.110,28	\$ 11.165,83	\$ 11.221,66	\$ 11.277,76	\$ 11.334,15	\$ 11.390,82	\$ 11.447,78	\$ 11.505,02	\$ 11.562,54	\$ 11.620,35	\$ 135.691,19
Suministros	\$ 75,00	\$ 75,38	\$ 75,75	\$ 76,13	\$ 76,51	\$ 76,89	\$ 77,28	\$ 77,66	\$ 78,05	\$ 78,44	\$ 78,84	\$ 79,23	\$ 925,17
Arriendos	\$ 1.500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 7.000,00
Alimentación del Hospital	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 26.785,44
Depreciación A/F	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 7.987,65	\$ 95.851,75
TOTAL	\$ 149.122,52	\$ 148.177,89	\$ 148.233,54	\$ 148.289,47	\$ 148.345,68	\$ 148.402,17	\$ 148.458,95	\$ 148.516,00	\$ 148.573,35	\$ 148.630,98	\$ 148.688,89	\$ 148.747,10	\$ 1.782.186,54
Inflación Proyectada		0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	

Los gastos Administrativos a final del primer año de operaciones registran acorde a la proyección USD \$ 1.782.186,54 contemplando todos los beneficios de ley para el personal.

Se efectuó la proyección de los gastos en donde se contempla el uso del personal contratado, el mismo que se describe en la presente tabla a continuación:

Tabla 25. *Personal en Rol*

PERSONAL EN ROL	Personas	Sueldo	Total
Director Hospitalario	1	\$ 3.500,00	\$ 3.500,00
Asistente de Gerencia	2	\$ 800,00	\$ 1.600,00
Médicos Geriatras	8	\$ 2.600,00	\$ 20.800,00
Médicos Generales	10	\$ 2.000,00	\$ 20.000,00
Psicólogo	5	\$ 1.200,00	\$ 6.000,00
Enfermeras	20	\$ 800,00	\$ 16.000,00
Guardia	2	\$ 800,00	\$ 1.600,00
Terapistas	10	\$ 1.400,00	\$ 14.000,00
Asistentes de Lavandería	5	\$ 800,00	\$ 4.000,00
Asistentes de Cocina	10	\$ 800,00	\$ 8.000,00
Auxiliar de Limpieza	5	\$ 800,00	\$ 4.000,00
Personas	78	Total	\$ 99.500,00

4.7.4 Estados financieros proyectados

Tabla 26. *Estado de pérdidas y ganancias proyectado- Año 2016-2016*

CENTRO GERIATRICO-ORONTOLOGICO										
ESTADO DE RESULTADOS O PERDIDAS Y GANANCIAS PROYECTADO - AÑOS 2016 AL 2026										
INGRESOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HOSPEDAJE GERIATRICO	\$ 1.249.920,00	\$ 1.312.416,00	\$ 1.378.036,80	\$ 1.446.938,64	\$ 1.519.285,57	\$ 1.595.249,85	\$ 1.675.012,34	\$ 1.758.762,96	\$ 1.846.701,11	\$ 1.939.036,16
ALIMENTACIÓN ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO Y REREACION	\$ 1.249.920,00	\$ 1.312.416,00	\$ 1.378.036,80	\$ 1.446.938,64	\$ 1.519.285,57	\$ 1.595.249,85	\$ 1.675.012,34	\$ 1.758.762,96	\$ 1.846.701,11	\$ 1.939.036,16
PROGAMA DE EJERCICIOS	\$ 874.944,00	\$ 918.691,20	\$ 964.625,76	\$ 1.012.857,05	\$ 1.063.499,90	\$ 1.116.674,90	\$ 1.172.508,64	\$ 1.231.134,07	\$ 1.292.690,78	\$ 1.357.325,31
CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL	\$ 374.976,00	\$ 393.724,80	\$ 413.411,04	\$ 434.081,59	\$ 455.785,67	\$ 478.574,96	\$ 502.503,70	\$ 527.628,89	\$ 554.010,33	\$ 581.710,85
TOTAL DE INGRESOS	\$ 3.750.660,00	\$ 3.938.193,00	\$ 4.135.102,65	\$ 4.341.857,78	\$ 4.558.950,67	\$ 4.786.898,21	\$ 5.026.243,12	\$ 5.277.555,27	\$ 5.541.433,03	\$ 5.818.504,69
HOSPEDAJE GERIATRICO	\$ 374.976,00	\$ 393.724,80	\$ 413.411,04	\$ 434.081,59	\$ 455.785,67	\$ 478.574,96	\$ 502.503,70	\$ 527.628,89	\$ 554.010,33	\$ 581.710,85
ALIMENTACIÓN ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO Y REREACION	\$ 374.976,00	\$ 393.724,80	\$ 413.411,04	\$ 434.081,59	\$ 455.785,67	\$ 478.574,96	\$ 502.503,70	\$ 527.628,89	\$ 554.010,33	\$ 581.710,85
PROGAMA DE EJERCICIOS	\$ 262.483,20	\$ 275.607,36	\$ 289.387,73	\$ 303.857,11	\$ 319.049,97	\$ 335.002,47	\$ 351.752,59	\$ 369.340,22	\$ 387.807,23	\$ 407.197,59
CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL	\$ 112.492,80	\$ 118.117,44	\$ 124.023,31	\$ 130.224,48	\$ 136.735,70	\$ 143.572,49	\$ 150.751,11	\$ 158.288,67	\$ 166.203,10	\$ 174.513,25
TOTAL COSTO SOBRE INGRESOS	\$ 37.497,60	\$ 39.372,48	\$ 41.341,10	\$ 43.408,16	\$ 45.578,57	\$ 47.857,50	\$ 50.250,37	\$ 52.762,89	\$ 55.401,03	\$ 58.171,08
(-) UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	\$ 1.162.425,60	\$ 1.220.546,88	\$ 1.281.574,22	\$ 1.345.652,94	\$ 1.412.935,58	\$ 1.483.582,36	\$ 1.557.761,48	\$ 1.635.649,55	\$ 1.717.432,03	\$ 1.803.303,63
(-) Gastos Operativos	\$ 2.588.234,40	\$ 2.717.646,12	\$ 2.853.528,43	\$ 2.996.204,85	\$ 3.146.015,09	\$ 3.303.315,84	\$ 3.468.481,64	\$ 3.641.905,72	\$ 3.824.001,00	\$ 4.015.201,05
Gastos Administrativos	\$ 1.797.086,54	\$ 1.886.940,87	\$ 1.981.287,91	\$ 2.080.352,31	\$ 2.184.369,93	\$ 2.293.588,42	\$ 2.408.267,84	\$ 2.528.681,23	\$ 2.655.115,30	\$ 2.787.871,06
Gastos Ventas	\$ 1.782.186,54	\$ 1.871.295,87	\$ 1.964.860,66	\$ 2.063.103,70	\$ 2.166.258,88	\$ 2.274.571,83	\$ 2.388.300,42	\$ 2.507.715,44	\$ 2.633.101,21	\$ 2.764.756,27
UTILIDAD OPERACIONAL	\$ 14.900,00	\$ 15.645,00	\$ 16.427,25	\$ 17.248,61	\$ 18.111,04	\$ 19.016,60	\$ 19.967,43	\$ 20.965,80	\$ 22.014,09	\$ 23.114,79
(-) Gastos Financieros	\$ 791.147,86	\$ 830.705,25	\$ 872.240,51	\$ 915.852,54	\$ 961.645,16	\$ 1.009.727,42	\$ 1.060.213,79	\$ 1.113.224,48	\$ 1.168.885,71	\$ 1.227.329,99
Utilidad antes de Reparto 15% a Trabajadores	\$ 108.931,64	\$ 96.243,11	\$ 81.388,24	\$ 68.539,71	\$ 58.062,30	\$ 47.584,90	\$ 37.107,49	\$ 26.630,08	\$ 26.630,08	\$ 16.152,67
Utilidad antes de Reservas	\$ 682.216,22	\$ 734.462,14	\$ 790.852,27	\$ 847.312,82	\$ 903.582,86	\$ 962.142,53	\$ 1.023.106,31	\$ 1.086.594,40	\$ 1.142.255,63	\$ 1.211.177,32
(-) 25% Imppto. Renta	\$ 102.332,43	\$ 110.169,32	\$ 118.627,84	\$ 127.096,92	\$ 135.537,43	\$ 144.321,38	\$ 153.465,95	\$ 162.989,16	\$ 171.338,34	\$ 181.676,60
Utilidad antes de Imppto/Renta	\$ 579.883,78	\$ 624.292,82	\$ 672.224,43	\$ 720.215,90	\$ 768.045,43	\$ 817.821,15	\$ 869.640,36	\$ 923.605,24	\$ 970.917,28	\$ 1.029.500,72
(-) 10% Reserva Legal	\$ 144.970,95	\$ 156.073,20	\$ 168.056,11	\$ 180.053,98	\$ 192.011,36	\$ 204.455,29	\$ 217.410,09	\$ 230.901,31	\$ 242.729,32	\$ 257.375,18
Utilidad antes de Reservas	\$ 434.912,84	\$ 468.219,61	\$ 504.168,32	\$ 540.161,93	\$ 576.034,07	\$ 613.365,86	\$ 652.230,27	\$ 692.703,93	\$ 728.187,96	\$ 772.125,54
(-) 10% Reserva Legal	\$ 43.491,28	\$ 46.821,96	\$ 50.416,83	\$ 54.016,19	\$ 57.603,41	\$ 61.336,59	\$ 65.223,03	\$ 69.270,39	\$ 72.818,80	\$ 77.212,55

En la presente tabla se evidencia la utilidad final del ejercicio económico proyectado para los primeros diez años del centro Geriátrico – Ortológico. La utilidad en el primer año estaría ubicándose en los USD \$245,086.39; cabe indicar que esta cifra es neta dado que ya se han contemplado el pago de todos gastos, pagos de interés, amortización de capital por los préstamos con las instituciones financieras y los beneficios de ley necesarios. Cabe destacar que la utilidad del último año es de USD \$ 467,899.11.

Tabla 27. *Presupuesto de Gastos Administrativos*

FLUJO DE CAJA PROYECTADO -		CENTRO GERIATRICO-ORONTOLOGICO									
AÑOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Ingresos Operacionales		\$ 3.750.660,00	\$ 3.938.193,00	\$ 4.135.102,65	\$ 4.341.857,78	\$ 4.558.950,67	\$ 4.786.898,21	\$ 5.026.243,12	\$ 5.277.555,27	\$ 5.541.433,03	\$ 5.818.504,69
Recuperación de Ventas		\$ 3.750.660,00	\$ 3.938.193,00	\$ 4.135.102,65	\$ 4.341.857,78	\$ 4.558.950,67	\$ 4.786.898,21	\$ 5.026.243,12	\$ 5.277.555,27	\$ 5.541.433,03	\$ 5.818.504,69
b) Egresos Operacionales		\$ 2.959.512,14	\$ 3.107.487,75	\$ 3.262.862,14	\$ 3.426.005,24	\$ 3.597.305,51	\$ 3.777.170,78	\$ 3.966.029,32	\$ 4.164.330,79	\$ 4.372.547,33	\$ 4.591.174,69
Costo de Producción		\$ 1.162.425,60	\$ 1.220.546,88	\$ 1.281.574,22	\$ 1.345.652,94	\$ 1.412.935,58	\$ 1.483.582,36	\$ 1.557.761,48	\$ 1.635.649,55	\$ 1.717.432,03	\$ 1.803.303,63
Gastos Administrativos		\$ 1.782.186,54	\$ 1.871.295,87	\$ 1.964.860,66	\$ 2.063.103,70	\$ 2.166.258,88	\$ 2.274.571,83	\$ 2.388.300,42	\$ 2.507.715,44	\$ 2.633.101,21	\$ 2.764.756,27
Gastos de Ventas		\$ 14.900,00	\$ 15.645,00	\$ 16.427,25	\$ 17.248,61	\$ 18.111,04	\$ 19.016,60	\$ 19.967,43	\$ 20.965,80	\$ 22.014,09	\$ 23.114,79
Otros		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
c) Flujo de Caja Operacional (a-b)		\$ 791.147,86	\$ 830.705,25	\$ 872.240,51	\$ 915.852,54	\$ 961.645,16	\$ 1.009.727,42	\$ 1.060.213,79	\$ 1.113.224,48	\$ 1.168.885,71	\$ 1.227.329,99
d) Ingresos NO Operacionales	\$ 1.525.622,52	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Aportación de Accionistas	\$ 457.686,75	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Préstamos Bancarios	\$ 1.067.935,76	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Otros	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
e) Egresos NO Operacional	\$ 1.275.622,52	\$ 155.185,30	\$ 446.585,30	\$ 454.442,22	\$ 460.507,37	\$ 470.249,83	\$ 490.647,72	\$ 511.875,60	\$ 533.974,97	\$ 556.989,40	\$ 577.166,60
Gastos Financieros		\$ 101.622,62	\$ 92.156,55	\$ 81.074,32	\$ 70.156,06	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56
Amortización de Capital		\$ 53.562,68	\$ 107.125,37	\$ 107.125,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37
Beneficios de los Trabajadores			\$ 102.332,43	\$ 110.169,32	\$ 118.627,84	\$ 127.096,92	\$ 135.537,43	\$ 144.321,38	\$ 153.465,95	\$ 162.989,16	\$ 171.338,34
Impuestos - SRI			\$ 144.970,95	\$ 156.073,20	\$ 168.056,11	\$ 180.053,98	\$ 192.011,36	\$ 204.455,29	\$ 217.410,09	\$ 230.901,31	\$ 242.729,32
Presupuesto de Capital Inicial:	\$ 1.275.622,52	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Activos Fijos	\$ 1.124.500,00										
Capital de Trabajo	\$ 151.122,52										
Activos Diferidos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
F) Flujo de Caja NO Operacional (d-e)	\$ 250.000,00	\$ (155.185,30)	\$ (446.585,30)	\$ (454.442,22)	\$ (460.507,37)	\$ (470.249,83)	\$ (490.647,72)	\$ (511.875,60)	\$ (533.974,97)	\$ (556.989,40)	\$ (577.166,60)
G) Flujo de Caja NETO (c+f)		\$ 635.962,55	\$ 384.119,95	\$ 417.798,29	\$ 455.345,16	\$ 491.395,33	\$ 519.079,70	\$ 548.338,19	\$ 579.249,51	\$ 611.896,30	\$ 650.163,39
h) Flujo de Caja Inicial		\$ -	\$ 635.962,55	\$ 1.020.082,51	\$ 1.437.880,80	\$ 1.893.225,97	\$ 2.384.621,30	\$ 2.903.701,00	\$ 3.452.039,20	\$ 4.031.288,71	\$ 4.643.185,01
i) Flujo de Caja Final (g+h)	0	\$ 635.962,55	\$ 1.020.082,51	\$ 1.437.880,80	\$ 1.893.225,97	\$ 2.384.621,30	\$ 2.903.701,00	\$ 3.452.039,20	\$ 4.031.288,71	\$ 4.643.185,01	\$ 5.293.348,41

En el presente flujo de caja acumulado de diez años se registran los valores proyectados los mismos que muestran un comportamiento muy favorable dado que en cada uno de los años existen valores en positivo. Se logran pagar los sueldos y salarios y no existen valores negativos dentro de los flujos venideros. El flujo de caja final para el año diez es de USD \$ 5.293.348,41.

4.7.5 Punto de equilibrio

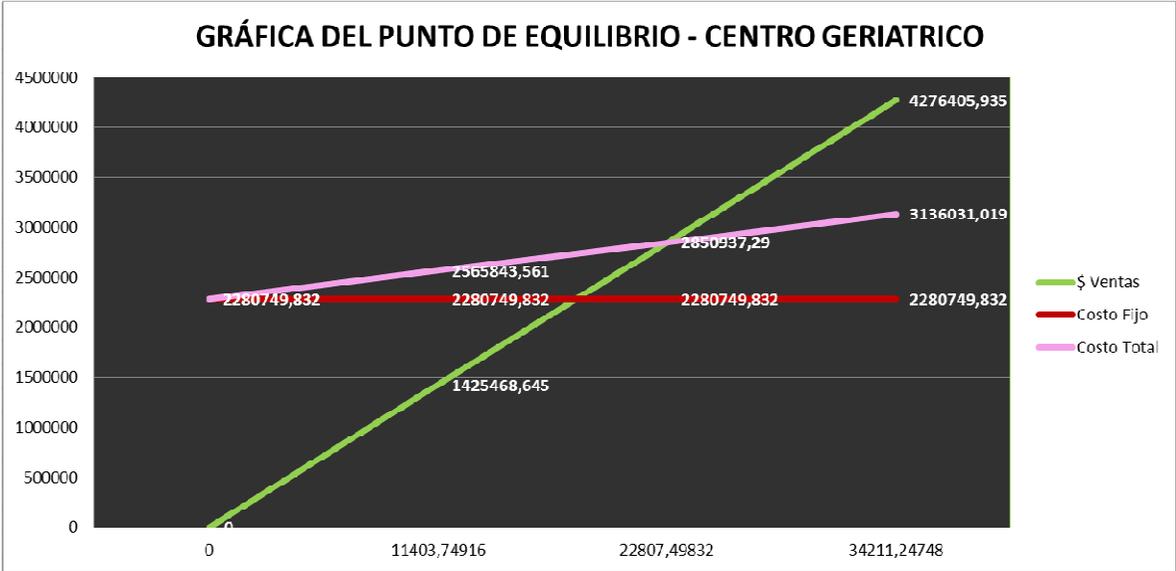


Figura 17. *Punto de Equilibrio*

En la presente grafica se evidencia el punto de equilibrio, el mismo que alcanzaría los 26,909 pacientes en un año calendario para el centro geriátrico. Esto significa que a partir del paciente N° 26,910 ya reflejaría ganancias en centro geriátrico.

Tabla 28. *Datos básicos para el Punto de Equilibrio*

TABLA DE DATOS PARA GAFICAR				
Q Ventas	0	13.455	26.909	40.364
\$ Ventas	0	\$ 1.278.192,99	\$ 2.556.385,99	\$ 3.834.578,98
Costo Variable	0	\$ 383.457,90	\$ 766.915,80	\$ 1.150.373,69
Costo Fijo	1.789.470	1.789.470	1.789.470	1.789.470
Costo Total	1.789.470	\$ 2.172.928,09	\$ 2.556.385,99	\$ 2.939.843,88
Beneficio	-1.789.470	\$ -894.735,10	\$ -	\$ 894.735,10
Para alcanzar el punto de equilibrio debes atender 26.909,33 pacientes residentes al año				

En la presente tabla se evidencia el punto de equilibrio con sus datos, adicional a esto se plantean dos escenarios, uno con tendencia positiva y otra negativa en donde se puede ver claramente los escenarios de extremo; tanto para la tendencia negativa como también para la positiva.

4.7.6 Criterios de evaluación financiera

Tabla 29. *Indicadores Financieros*

TASA INTERNA DE RETORNO FINANCIERA											
INVERSIONES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activos Fijos	\$1.124.500,00										
Capital de Trabajo	\$ 151.122,52										
Otros	\$ -										
Flujo de Caja Operativo	-	791.147,86	830.705,25	872.240,51	915.852,54	961.645,16	1.009.727,42	1.060.213,79	1.113.224,48	1.168.885,71	1.227.329,99
Flujo de Caja NETO	(1.275.622,52)	791.147,86	830.705,25	872.240,51	915.852,54	961.645,16	1.009.727,42	1.060.213,79	1.113.224,48	1.168.885,71	1.227.329,99
Flujo de Caja Acumulado	-\$1.275.622,52	-\$484.474,66	\$346.230,59	\$1.218.471,10	\$2.134.323,64	\$3.095.968,80	\$4.105.696,23	\$5.165.910,02	\$6.279.134,50	\$7.448.020,21	\$8.675.350,21

TASA INTERNA RETORNO FINANCIERA	66,40%	PERIODO DE
VALOR ACTUAL NETO, VAN	\$ 4.098.978,57	RECUPERACIÓN
PAYBACK PERIOD	AÑO 1	DE LA INVERSIÓN

El Payback Period, es una herramienta de análisis la cual nos permite determinar la fecha o el periodo en el cual se recupera una inversión; en el caso de este proyecto el periodo de recuperación de la inversión se encuentra en el 1er año. Luego de haber sido efectuada la inversión inicial; en donde el flujo de caja es positivo lo cual significa que ya se logró recuperar la inversión inicial.

Tomando en consideración herramientas de evaluación financiera como la TIR (tasa interna de retorno) y el VAN (valor actual neto) se evidencia que este proyecto tendría una rentabilidad del 66,40% en su rendimiento por cada dólar invertido. Sin embargo es necesario realizar un análisis de la recuperación del flujo inicial de inversión a través del castigo de los flujos futuros.

Esto es posible a través de una tasa de actualización denominada $k\%$ que en este caso fue del 12% (cabe indicar que esta tasa es utilizada por las Instituciones financieras de banca pública tales como: Corporación Financiera Nacional y Banecuator para evaluar proyectos de inversión). El Valor Actual Neto del proyecto es de USD \$ 4.098.978,57 el mismo que evidencia y confirma que la inversión en este proyecto es rentable y en base a los indicadores expuestos es recomendable efectuar la inversión.

4.8 ANÁLISIS AMBIENTAL

“La ISO 14001 es una norma con respecto a la cual las empresas solicitan y consiguen ser certificadas por un organismo independiente (certificador) como reconocimiento del cumplimiento de los requisitos en ella contenidos” (Sánchez, 2004, pág. 23).

Esta norma en conjunto con la UNE-ISO 14004:2004, Sistema de Gestión Ambiental, engloban a estos como un conjunto de requisitos o guías de directrices de uso, incluyen a:

- Prácticas de Gestión Ambiental.
- Ejemplos prácticos relacionados con las cuestiones que las organizaciones deben enfrentar al momento de diseñar un Sistema de Gestión Ambiental incluyendo las directrices para identificar los aspectos e impactos ambientales asociados a sus actividades, productos y servicios.
- Ayuda práctica para lograr facilitar a las organizaciones por las fases de diseño, implantación y mantenimiento de un Sistema de gestión Ambiental.

Por otro lado según Lucio (2005), esta norma aplica a cualquier organización que requiera:

- Mantener al día e implantar un sistema de gestión medioambiental.
- Asegurarse de su conformidad con su política medioambiental declarada.
- Demostrar a terceros tal conformidad.
- Procurar la certificación / registro de su sistema de gestión medioambiental por una organización externa.
- Llevar a cabo una autoevaluación y auto aclaración de conformidad con esta norma internacional.

Características

- Es voluntario, ya que no es obligatorio el contar con esta certificación.
- Es aplicable a cualquier tipo de tamaño de empresa, ya sea ésta pequeña, mediana o grande.
- Establece una metodología basada en una mejora continua.
- No define requisitos legislativos, ni estándares medioambientales.
- Es susceptible de certificarse.
- Definición de una política medioambiental.
- Implantación de un Sistema de Gestión Medioambiental (SGMA).

CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis de la oferta y demanda realizado y la información recopilada, se puede presentar las siguientes conclusiones de la investigación de campo: en donde el 81% de la muestra aseguró que convivían con un adulto mayor y el 61% de los mismos han contratado los servicios de un centro gerontológico, sin embargo más del 50% de estas personas han quedado insatisfechas con la atención que han recibido sus familiares y las que no lo han contratado anteriormente se encontraron interesadas en la contratación de un centro. Además al analizar las preferencias de los encuestados respecto a los servicios que debe ofrecer un centro geriátrico se determinó que el factor más importante es la atención médica seguida de la motivación y la nutrición al adulto mayor. Los encuestados señalaron que el precio ideal del servicio es de \$275 dólares.

Los centros geriátricos se caracterizan por la inclusión del adulto mayor a una vida proactiva por lo que con frecuencia se realizan en los mismos programas tales como la integración familiar, la recreación, la nutrición, alimentación y terapias. Estos programas permiten que el adulto mayor se desenvuelva en un nuevo ambiente, comparta con su familia y demás compañeros. Por otra parte, los proyectos impulsados por el Gobierno Nacional buscan el mismo objetivo de integrar al adulto mayor mediante la realización de ejercicio físico, la seguridad social en donde se brinde atención médica integral gratuita y el fomento de la nutrición que aporte a la calidad de vida de los adultos mayores.

El centro Gerontológico contará con profesionales que aseguren la calidad de la atención médica y del servicio al cliente del adulto mayor en donde existirá una comunicación constante con los familiares, además se priorizará la interacción entre los pacientes y los empleados para asegurar que no exista agresiones de ningún tipo. En base al estudio de financiero es económicamente factible ya que arrojó una TIR del 66,40 % y la recuperación de la inversión se obtiene en el primer año, lo cual es muy atractivo.

RECOMENDACIONES

En base a la investigación se recomienda:

- Incorporar áreas recreativas a fin de facilitar la recuperación de los Adultos mayores.
- Capacitar constantemente al personal a fin de que brinden un excelente servicio al cliente.
- Contratar especialistas en Nutrición y Alimentación ya que el mismo juega un papel indispensable en el proceso de recuperación de los pacientes.
- Implementar la propuesta debido a que el proyecto es económicamente factible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, P., & Martínez, D. (2008). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Obtenido de GUÍAS CLÍNICAS GERONTO - GERIÁTRICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR:
<https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>

Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Bogotá: Pearson Educación.

Cabedo, S. . (2014). Educación y calidad de vida en personas mayores. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.

CITED. (9 de Enero de 2016). Gerontología y Geriatria. Breve resumen histórico. Recuperado el 19 de 02 de 2016, de Biblioteca virtual en salud de Cuba:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.htm

Clínica Los Condes. (2015). Geriatria. Clínica Los Condes, págs.
<http://www.clc.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/%C2%BFQue-es-la-Geriatria-.aspx>.

CNII. (19 de Septiembre de 2014). Cuántos son. Recuperado el 2016, de Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>

EcosTravel. (2009). Quevedo Ecuador. Recuperado el 2015, de EcosTravel:
<http://www.ecostravel.com/ecuador/ciudades-destinos/quevedo.php>

El Ciudadano. (3 de Agosto de 2014). Diario El Ciudadano. Centros gerontológicos de Los Ríos se han convertido en un segundo hogar para adultos mayores (Video). Obtenido de <http://www.elciudadano.gob.ec/centros-gerontologicos-de-los-rios-se-han-convertido-en-un-segundo-hogar-para-adultos-mayores-video/>

- García, M., Gutiérrez, L., & Arango, V. (2012). Geriatria para el médico familiar. México: Manual Moderno.
- Garza, A. (2007). Manual de técnicas de investigación para estudiantes de ciencias sociales y humanidades. México D.F.: El Colegio de México.
- Gurrola, O. C. (2012). Actividad física en el adulto mayor. Bogotá: El Manual Moderno S.A.
- H. Congreso Nacional. (20 de 12 de 2011). Ley del Anciano. Codificación de la Ley del Anciano. Quito, Quito, Ecuador.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana.
- INEC. (2010). Ecuador en Cifras. Obtenido de Resultados Censo 2010: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- INEC. (2010). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de Fasciculo Provincial de Los Rios: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/los_rios.pdf
- INEC. (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2013). Fundamentos de Marketing. México: Pearson.
- KOTLER, P., & ARMSTRONG, G. (2013). Fundamentos de Marketing. México: Pearson.
- Lucio, M. (2005). ISO 14001: un sistema de gestión medioambiental. Madrid: Copyright.
- Macías, J. (2005). Geriatria desde el principio. Buenos Aires: Glosa.

MIES. (2014). Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf

MIES. (2014). Guía operativa del modelo de atención de los centros diurnos para el buen vivir para el adulto mayor. Recuperado el 16 de 02 de 2016, de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ATENCION-DIURNA.pdf>

MIES. (12 de Agosto de 2014). Ministerio de Inclusion Economica y Social. Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de Norma Tecnica Poblacion Adulta Mayor: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>

MIES. (10 de 12 de 2014). Misión Institucional. En M. d. Social, Plan Estratégico Institucional (pág. 52). Quito: S/N. Recuperado el 10 de 12 de 2014, de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <http://www.inclusion.gob.ec/valores-mision-vision/>

MIES. (2014). Política pública para población adulta mayor. En M. d. Social, Norma Técnica Población Adulta Mayor Centros y Servicios Gerontológicos Modalidad Residencia, Diurno, Espacios Alternativos y Atención domiciliaria (págs. 9-10). Quito: MIES.

MIES. (8 de Abril de 2015). Dirección Población Adulta Mayor. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

MIES. (22 de Septiembre de 2015). Ministerio de Inclusion Economica y Social. Recuperado el 19 de Mayo de 2016, de Direccion Poblacion Adulta Mayor: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

Monteagudo, M., Amigo, J., & Del Valle, R. (2014). Aportaciones del ocio al envejecimiento satisfactorio. Bilbao: Deusto Digital.

MSP. (07 de 2013). Requisitos para permisos de funcionamiento. Recuperado el 22 de 02 de 2016, de Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/requisitos-para-permisos-de-funcionamiento.pdf>

Navaratnarajah, A., & Jackson, S. (Enero de 2013). The psychology of ageing. *Medicine*, 41(1), 5-8. Recuperado el 2016, de *Medicine*: [http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(12\)00249-6/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(12)00249-6/abstract)

OMS. (2000). Envejecimiento. Recuperado el 14 de 02 de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

OMS. (28 de 06 de 2013). *catarina.udlap.mx*. Recuperado el 14 de 02 de 2014, de Organización Mundial de la Salud: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

OMS. (Septiembre de 2015). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 19 de 02 de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

OMS. (Septiembre de 2015). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Payares, K. (2008). Rehabilitación en el adulto mayor, una etapa del ciclo vital humano. En F. Salinas Durán, L. H. Lugo Agudelo, & R. Restrepo Arbeláez, *Rehabilitación en Salud* (págs. 798-814). Medellín: Universidad de Antioquia.

Real Academia Española. (17 de Octubre de 2014). Real Academia Española. Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de *Diccionario de La Lengua Española*: <http://dle.rae.es/?id=aIEpSMR>

Real Academia Española. (17 de Octubre de 2014). Real Academia Española. Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de *Diccionario de la Lengua Española*: <http://dle.rae.es/?id=UWfndCk>

Sánchez, M. (2004). Cómo implantar un sistema de gestión ambiental según la norma ISO 14001:2004. Madrid: FC Editorial.

SENPLADES. (2013). Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. Quito: SENPLADES.

SENPLADES. (28 de Mayo de 2014). Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Recuperado el 17 de Mayo de 2016, de Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

SENPLADES. (28 de Mayo de 2014). SENPLADES. Recuperado el 13 de Abril de 2016, de Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

APÉNDICE

ANEXO 1 FORMATO DE ENCUESTAS

*La información que usted provea a través de esta encuesta será utilizada para fines académicos.
Agradeceremos su apoyo.*

Edad del encuestado Menor de 40 de 41 a 50 de 51 a 60 de 61 en adelante

1. ¿Cuántas personas adultas mayores (de 65 años o más) viven con usted?

Ninguno 1 2 3 o más

1. ¿Qué piensa usted acerca de los centros dedicados al cuidado del adulto mayor?

Son centros excelentes

Serían una de las opciones a considerar

No son una buena opción

2. ¿Conoce algún centro dedicado al cuidado del adulto mayor?

Sí No

3. ¿Ha contratado los servicios de algún centro geriátrico anteriormente?

Si (Ir a la pregunta 5)

Beneficiario/s: _____

No (Ir a la pregunta 6)

4. ¿En caso de responder sí, cómo calificaría el desempeño del centro en la labor realizada?

Excelente Bueno Regular Malo

5. En caso de responder no, ¿Ha pensado en contratar alguna vez los servicios de un centro geriátrico?

Sí Beneficiario/s: _____

No ¿Por qué? _____

6. ¿Qué servicios considera como esenciales dentro de un centro geriátrico gerontológico (elegir máximo dos)?

Atención médica

Recreación

Nutrición y alimentación

Motivación del adulto mayor

Psicología

Infraestructura

Otros: _____

7. ¿Cuál cree usted que es un factor determinante al momento de elegir un centro geriátrico?

Precio

Ubicación

Servicios que ofrecen

Infraestructura (imagen)

Otros: _____

8. ¿Qué precio usted estaría dispuesto a cancelar por los servicios de cuidado especializado para adultos mayores que incluya el hospedaje, alimentación y servicios varios como realización de ejercicios?

- USD \$275
- USD \$300
- USD \$325
- USD \$350



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Chiriboga Zamora Nadia Juliana, con C.C: # 1205749425 autora del trabajo de titulación: La Creación de un Centro Geriátrico – Gerontológico en la Ciudad de Quevedo, como Contribución a las Políticas del Buen Vivir de los Adultos Mayores, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 16 de julio del 2018.

f. _____
Nombre: Chiriboga Zamora Nadia Juliana
C.C: 1205749425



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	LA CREACIÓN DE UN CENTRO GERIÁTRICO – GERONTOLÓGICO EN LA CIUDAD DE QUEVEDO, COMO CONTRIBUCIÓN A LAS POLÍTICAS DEL BUEN VIVIR DE LOS ADULTOS MAYORES		
AUTOR(ES)	Chiriboga Zamora , Nadia Juliana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cpa. Vera Laura Mgs/ Game Cinthya PHD/ Ing.Zurita Adela Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	16 julio 2018	No. DE PÁGINAS:	85
ÁREAS TEMÁTICAS:	Creación de un Centro Geriátrico – Gerontológico en la Ciudad de Quevedo		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	CENTRO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO, ADULTO MAYOR, INVESTIGACIÓN DE MERCADOS		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>El objetivo principal es desarrollar una propuesta de creación de un Centro Geriátrico - Gerontológico mediante un análisis de las necesidades básicas de los adultos mayores a fin de mejorar la calidad de vida de los mismos en la ciudad de Quevedo. Como consecuencia del envejecimiento los adultos mayores tienden a sufrir distintas enfermedades tanto mentales como físicas que deterioran su calidad de vida y en ciertos casos sufren de abusos al considerarlos como una carga dentro del seno familiar, sin embargo estas personas pueden ser miembros activos de la sociedad aportando con su conocimiento y con su vitalidad por lo que es necesario crear centros que se dediquen a la atención integral y especializada de estos miembros prioritarios de la población en donde se priorice su salud, su felicidad y su integración a la sociedad. El estudio comprobó a través de la investigación de mercados que el 82% tiene un adulto mayor en sus hogares y el 64% de los encuestados que no han contratados servicios de un Centro de Gerontología mencionaron que si han pensado en requerir de estos servicios. Por otro lado las fortalezas y oportunidades mitigan el riesgo de mercado. El estudio de factibilidad arrojó una TIR del 66,40% siendo muy atractiva económicamente hablando y el retorno se la inversión inicial se obtendrá en el primer año. Finalmente se concluye que el proyecto se debe aplicar debido a la necesidad existente, aportando con el ámbito social y por otro lado es rentable a través del tiempo.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-5-2771-084 / 0994059105	E-mail: nayu_186@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	