



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

TEMA:

Estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil.

AUTOR:

Daniel Alejandro Ruiz Rey

Previo a la obtención del grado Académico de:

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTORA:

Econ. Priscilla Carrazco Corral, MGS.

Guayaquil, Ecuador

2022



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Licenciado Daniel Alejandro Ruiz Rey** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Priscilla Carrasco Corral, MGS.

REVISOR

Econ. Andrés Navarro Orellana, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de Los Ángeles Nuñez, Mgs.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo del año 2022



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Daniel Alejandro Ruiz Rey

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. 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 14 días del mes de Marzo del año 2022

EL AUTOR



Firmado electrónicamente por:

**DANIEL
ALEJANDRO**

Daniel Alejandro Ruiz Rey



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Daniel Alejandro Ruiz Rey**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de Marzo de 2022

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:

**DANIEL
ALEJANDRO**

Daniel Alejandro Ruiz Rey



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

URKUND

URKUND

Documento	PROYECTO FINAL_RUIZ REY DANIEL.docx (D129637999)
Presentado	2022-03-07 07:36 (-05:00)
Presentado por	daru823@hotmail.com
Recibido	maria.lapo.ucsg@analysis.arkund.com
Mensaje	Proyecto Final - Daniel Ruiz Rey Mostrar el mensaje completo 4% de estas 57 páginas, se componen de texto presente en 9 fuentes.

50% # 1 Activo

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Licenciado en Enfermería Daniel Alejandro Ruiz Rey como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
_____ (Nombres, apellidos)

REVISOR(ES)

_____ (Nombres, apellidos)

DIRECTORA DEL PROGRAMA _____ Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD.

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año 2021 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres quienes me motivaron a culminar mis estudios pese a toda adversidad que se presentaba, al sistema de programa de posgrado Maestría en Gerencia en servicios de la salud de Universidad Católica Santiago de Guayaquil quienes me guiaron y me enriquecieron con su conocimiento plasmándolos en este trabajo de investigación realizado.

A mi tutora Econ. Priscilla Carrasco Corral Mgs, por su profesionalismo en la elaboración de esta investigación.

Daniel Alejandro Ruiz Rey

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se la dedico a Víctor Ruiz Rey mi ángel del cielo quien es mi hermano, aquel hermano luchador que me motivó a superarme cada día, a mis padres quienes me inculcaban la importancia de estudiar y superarse día a día.

A mis hijos y a mis sobrinos quienes me ven como un gran profesional y son mi fuente de inspiración.

Daniel Alejandro Ruiz Rey

Resumen

El actual trabajo de investigación contiene como objetivo principal realizar un estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil, este estudio realizado es de tipo analítico, descriptivo que se enfoca como investigación aplicada en donde se analizan temas con enfoque a los componentes del estudio de factibilidad como el estudio técnico y financiero. El estudio técnico del proyecto, toma como base el contexto geográfico, demográfico y epidemiológico de la Provincia, así como los requerimientos técnicos para su creación. Se aplicará una encuesta a familiares de pacientes con enfermedades terminales. El principal resultado encontrado muestra que es necesario crear un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil. Además, se realizó un estudio económico y financiero, se logró determinar los costos y gastos de operación del proyecto y realizar una evaluación económica al proyecto desde un punto gerencial, analizando los dos indicadores básicos como el TIR y el VAN. En base a los resultados de este estudio se determinó, que, si es factible la realización del Centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil debido a su relación costo/beneficio, por lo cual se propone un plan para su creación.

Palabras Claves: factibilidad, cuidados paliativos, costo, beneficio, centros de atención

Abstract

The main objective of the current research work is to carry out a feasibility study for the creation of a palliative care center in the city of Guayaquil, this study is analytical, descriptive and focuses as applied research where issues with focus on the components of the feasibility study such as the technical and financial study. The technical study of the project is based on the geographical, demographic and epidemiological context of the Province, as well as the technical requirements for its creation. A survey will be applied to relatives of patients with terminal illnesses. The main result found shows that it is necessary to create a palliative care center in the city of Guayaquil. In addition, an economic and financial study was carried out, it was possible to determine the costs and operating expenses of the project and carry out an economic evaluation of the project from a managerial point of view, analyzing the two basic indicators such as the IRR and the NPV. Based on the results of this study, it was determined that, if it is feasible to carry out the Palliative Care Center in the city of Guayaquil due to its cost/benefit ratio, for which a plan for its creation is proposed.

Keywords: feasibility, palliative care, cost, benefit, care centers

Índice general

Introducción	1
Antecedentes	4
Problema de investigación	7
Formulación del Problema	10
Justificación.....	10
Preguntas de investigación	12
Objetivos de la investigación	12
Objetivo general.	12
Objetivo Específicos.	12
Capítulo I.....	13
Marco Teórico	13
Cuidados Paliativos	13
Modalidades de atención en cuidados paliativos.	15
Atención hospitalaria.....	16
Atención domiciliaria.....	17
Necesidades de Maslow aplicadas en pacientes.....	19
Servicios de salud.....	19
Gerencia de servicios en salud	20
Calidad en la atención de salud.	21
Conceptos financieros aplicables a los servicios de salud.	21
Estudio de Factibilidad.....	23
Tipos de Estudio de Factibilidad.....	25
Capítulo II	27

Marco referencial	27
Argentina.....	27
Brasil	28
Chile	30
Colombia	32
Ecuador.....	33
Marco legal.....	36
CAPÍTULO III	42
METODOLOGÍA Y RESULTADOS	42
Diseño de investigación	42
Alcance de la investigación.....	42
Marco muestral.....	43
Materiales y métodos	44
Instrumentos	45
Técnicas estadísticas aplicadas.....	45
RESULTADOS	45
Capítulo IV	69
PROPUESTA	69
Marco Organizacional	69
Misión.....	69
Visión	69
Filosofía.....	70
Objetivos del Centro de Cuidados Paliativos.....	70
Organigrama estructural de dirección	71
Organigrama laboral.....	73
Funciones del personal médico	75
FODA	80

Estudio de Mercado.....	81
Oferta.....	81
Mercado.....	83
Precios del servicio.....	83
Comercialización.....	86
Estudio Técnico.....	87
Cronograma.....	87
Localización.....	88
Lay-out.....	88
Cartera de servicios.....	91
Turnos de trabajo.....	92
Cargos del personal, número de personas por categoría y salarios....	92
Estudio económico-financiero.....	93
Inversión.....	94
Gastos.....	94
Gastos de operación.....	95
Capital de trabajo.....	96
Ingresos.....	100
Estados financieros proyectados.....	102
Factibilidad.....	106
TMAR.....	107
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES.....	111
REFERENCIAS.....	111
APÉNDICE.....	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Política sanitaria	30
Tabla 2. Inversión en salud pública (2000-2018).....	31
Tabla 3. Datos para el cálculo de la muestra de estudio	44
Tabla 4. Distribución de la muestra de familiares y cuidadores	46
Tabla 5. Distribución de género de los encuestados	46
Tabla 6. Rango de edad de los encuestados	47
Tabla 7. Ciudad de origen de los encuestados.....	48
Tabla 8. Distribución de nivel de estudio de los encuestados.....	49
Tabla 9. Estado civil de los encuestados.....	50
Tabla 10. Sector de vivienda de los encuestados	50
Tabla 11. Plan de seguro de salud.....	51
Tabla 12. Tiene familiares con enfermedad crónica y/o degenerativa.....	52
Tabla 13. Edad del paciente con enfermedad crónica y/o degenerativa	53
Tabla 14. Parentesco familiar-paciente	54
Tabla 15. Enfermedades de los pacientes	55
Tabla 16. Movilización del paciente	56
Tabla 17. Cuentan con cuidados especiales de enfermería o cuidadores especiales.....	57
Tabla 18. Resultados de la Escala de Likert.....	58

Tabla 19. Frecuencia supuesta de utilización de un centro de cuidados paliativos	59
Tabla 20. Frecuencia de pago de servicios especiales a domicilio	60
Tabla 21. Costo por turno de 24 horas	61
Tabla 22. Pago mensual por servicios de enfermería a domicilio.....	62
Tabla 23. Servicios incluidos en el servicio a domicilio	63
Tabla 24. Ubicación del centro de Cuidados Paliativos.....	64
Tabla 25. Medio de comunicación preferido	65
Tabla 26. Red social más usada	66
Tabla 27. FODA del centro de Cuidados Paliativos “Living”	80
Tabla 28. Precio promedio de los servicios ofertados.....	84
Tabla 29. Paquetes ofertados.....	85
Tabla 30 Cronograma de ejecución del proyecto.....	88
Tabla 31. Turnos de Trabajo	92
Tabla 32. Personal y Salarios.....	92
Tabla 33. Activos fijos	94
Tabla 34. Gastos pre-operativos.....	95
Tabla 35. Mano de Obra Directa	96
Tabla 36. Gastos indirectos	96
Tabla 37. Gastos de operación	96
Tabla 38. Gastos administrativos totales.....	98

Tabla 39. Gastos de ventas (Promoción/publicidad)	99
Tabla 40. Capital de trabajo	99
Tabla 41. Inversión inicial.....	99
Tabla 42. Financiamiento.....	100
Tabla 43. Ingresos	101
Tabla 44. Ingresos proyectados	102
Tabla 45. Tabla 45. Estado de Resultado Proyectado	102
Tabla 46. Estimación de la demanda en la ciudad de Guayaquil	103
Tabla 47. Estado de Situación Financiera proyectado	104
Tabla 48. TIR Y VAN	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de género.....	47
Figura 2. Rango de edades de los encuestados	48
Figura 3. Ciudad de origen de los encuestados	48
Figura 4. Nivel de estudio de los encuestados	49
Figura 5. Estado civil.....	50
Figura 6. Sector de vivienda del encuestado.....	51
Figura 7. . Plan de seguro de salud.....	52
Figura 8. Familiares con enfermedad crónica y/o degenerativa.....	53
Figura 9. Edad del paciente que presenta la enfermedad crónica y/o degenerativa	54
Figura 10. Parentesco del encuestado con el paciente.....	55
Figura 11. Enfermedad del paciente	56
Figura 12. Movilización del paciente.....	56
Figura 13. Cuentan con cuidados especiales o cuidadores	57
Figura 14. Importancia de necesidades para los encuestados	59
Figura 15. Frecuencia supuesta de utilización de un centro de cuidados paliativos	60
Figura 16. Pago de cuidados de enfermería a domicilio	61
Figura 17. Valor monetario pagado al personal de enfermería en 24 horas de servicio.....	62
Figura 18. Pago mensual al personal de enfermería	63
Figura 19. Servicios que cubría el valor monetario de los servicios de enfermería.	64

Figura 20. Ubicación de preferencia de un centro de cuidados paliativos supuesto	65
Figura 21. . Medio de comunicación más usado por los encuestados	66
Figura 22. Red social más utilizada por los encuestadores.....	67
Figura 23. Organigrama Estructural de Dirección.	72
Figura 24. Organigrama Laboral	74
Figura 25. Bosquejo del edificio vista exterior.....	89
Figura 26. Ubicación en Google Maps	89
Figura 27. Lay-Out planta baja	90
Figura 28. Lay-Out piso 1.....	90
Figura 29. Lay-Out piso 2	91
Figura 30. Incidencia de cánceres. Hospital de SOLCA – Guayaquil. Período 2015 -2017	103

Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos cuidados especializados que mejoran la calidad de vida de pacientes con enfermedades potencialmente mortales, estos cuidados se enfocan en brindar apoyo espiritual, social y psicológico al paciente y a sus familiares, desde el diagnóstico de su patología hasta el final de la vida, previniendo o tratando los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Los cuidados paliativos proporcionan un sistema de soporte que ayuda a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo. La importancia de los cuidados paliativos está en prolongar la vida durante la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación precoz, evaluación minuciosa del dolor, proporcionar los cuidados humanizados correctos y abordar otras problemáticas en el paciente tanto físicas, psicológicas y espirituales, su objetivo no es alargar la vida ni acelerar la muerte sino cuidar y acompañar al paciente para que tenga la máxima calidad de vida posible.

Las enfermedades que requieren cuidados paliativos son todas aquellas diagnosticadas en etapas graves, enfermedades recurrentes al tener una edad avanzada como (a) cáncer (b) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), (c) neurológicas, (d) problemas cardiológicos, (e) enfermedades respiratorias incluye enfermedad por SARS Cov-2/COVID-19 (f) Enfermedad renal crónica terminal; para ellos, la única opción de tratamiento realista es el alivio del dolor y los cuidados paliativos (Dirección de Investigación del Gobierno de México, 2017).

Los servicios de atención integral en cuidados paliativos atienden a pacientes que viven con enfermedades crónicas avanzadas con pronóstico de vida limitado; a

nivel de Latinoamérica los Cuidados Paliativos se han ido desarrollando progresivamente, sumando un total de 922 servicios en toda la región, lo que significa 1.63% servicios/unidades/equipos de Cuidados Paliativos por 1.000.000 habitantes (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno , 2013).

Según el Diario de Sevilla (2019), un claro ejemplo de falta de atención en esta área es en España, donde existen más de cuatro millones de personas que presentan una discapacidad física, es decir, un aproximado del 10% de la población que vive en este país necesitan recibir cuidados paliativos ya que cuentan con secuelas producto de las enfermedades que le ha producido la discapacidad presente en ellos, de éstos, el 50 % de las personas que necesitan con urgencia los cuidados paliativos no los reciben, y lamentablemente el 75 % muere con dolor emocional por falta de atención psicosocial; en otro diario del mismo país se menciona que "La inmensa mayoría de pacientes que requerirían cuidados paliativos al final de su vida no los reciben". (Carmona, 2021), además enfatiza que es importante que haya una cobertura global de cuidados paliativos para todo el que lo necesite.

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública, con la participación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), elaboró la Política Nacional de Cuidados Paliativos, estos son el apoyo y soporte médico que se da para mejorar la calidad de vida y tratar el dolor en los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o con pronóstico de vida limitado y de sus familias. Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) las condiciones de vida de los pacientes con enfermedades terminales se encuentran en una fase avanzada evidenciado cuando un profesional de salud los visita por primera vez. En este contexto se evidencia que en muchos pacientes se dificulta el acceso a los sistemas de

salud, siendo las causas más frecuentes la movilización y transporte para recibir una atención integral.

En Ecuador el enfoque de la atención integral es parte de una estrategia integral que está incluida en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FS) creado por el Ministerio de Salud Pública el mismo que reconoce el acceso a los servicios de salud y a la salud como un derecho humano, afirmando que el cuidado de salud debe ser gratuito, universal y solidario. Los cuidados paliativos se enfocan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral al individuo que se encuentra en fase terminal del proceso de enfermedad, con el fin de atender las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir tanto del paciente como de la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo hasta en el proceso de duelo. Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y sociedad (Subsecretaría Nacional de Gobernanzade la Salud Pública del Ecuador, 2012)

La investigación tiene como objetivo general realizar un estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil que permita brindar una atención integral a pacientes con enfermedades terminales. Con la finalidad de obtener una mayor comprensión sobre el tema objeto de investigación se presentan los capítulos que componen el presente trabajo: Asimismo, en el Capítulo I se basó en el marco teórico donde se mostraron las

diversas definiciones y teorías necesarias para la comprensión de la investigación. Los temas tratados fueron: (a) estudio de factibilidad, (b) proyecto, (c) recursos, (d) estructura organizacional, (e) factibilidad, (f) cuidados paliativos, y (g) elementos terapéuticos. Como último ítem se incluye el marco conceptual con los conceptos más importantes que ayuden a reforzar la información comprendida en este capítulo.

En el Capítulo II se desarrolló el marco referencial, el cual se basa en la recopilación de información de la realidad de los cuidados paliativos en varios países de la región, se incluye también el marco legal, esto permite tener una mayor perspectiva en realizar un estudio factibilidad para la creación de centros de cuidados paliativos.

En el Capítulo III se determina la metodología del estudio a fin de identificar la demanda y el mercado meta de la presente propuesta, asimismo, se describe el método y las técnicas de recogida de información a fin de explorar sobre los factores que influyen o envuelven a la problemática.

En el Capítulo IV se realiza el análisis técnico mediante el estudio de mercado con el fin de determinar la factibilidad y viabilidad de la creación del centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil.

Antecedentes

Los pacientes con enfermedades terminales necesitan medidas inmediatas para el alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad como objetivo principal del tratamiento. El cáncer es una enfermedad que se beneficia del tratamiento paliativo, esta patología es un factor muy importante de la carga mundial de morbilidad y seguirá siendo referencia para recibir atención por muchos años más. Se estima que a

nivel mundial el número anual de casos nuevos pasara de los 10 millones registrados en el año 2000 y 15 millones antes del 2020, cerca del 60% de estos casos se presentaran en las regiones menos desarrolladas del planeta (Morales Navarro, Rodríguez Lay, & García Jordán, 2009).

La Organización mundial de la salud (OMS) afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados. Se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50% de estos pacientes no pueden costear los servicios o la medicación que requieren. Los recursos y la experiencia en investigación son limitados, la formación de profesionales en tema de cuidados paliativos en pregrado representa menos del 15% (OMS, 2020). Según la Organización Panamericana de la Salud (2017), en la región de las Américas y en nuestro país, el cáncer es un problema de salud pública, por su incidencia que va en aumento y el daño que ocasiona en la población, así como por el gran número de pacientes afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, por ser causa de incapacidad prematura, su complejidad y el elevado costo de tratamientos instaurados, los datos reportados mencionan que el cáncer afecta cada año a casi 3 millones de personas, y causa 1,3 millones de muertes, de las cuales el 45% ocurren en personas de edades menores a 70 años y a nivel global el sistema de salud enfrenta crisis debido al elevado costo de las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población, por eso los gobiernos provinciales y territoriales tratan de invertir recursos que ayuden a fortalecer sus sistemas de atención de la salud, principalmente brindando apoyo a los servicios de atención domiciliaria, los cuidados paliativos y la salud mental.

En general, en Latinoamérica, se cuenta con más de 900 servicios, siendo Chile, México y Cuba los países con mayor cantidad de servicios de cuidado paliativos domiciliario, mientras que, Argentina y Chile, más con enfoque hospitalario. En la década de los 90s, desde el servicio prestado, Chile contaba con equipos exclusivos de atención, con profesionales de salud y voluntarios, entre lo que se destaca la atención al servicio entregado a la enfermedad de cáncer avanzado. El desarrollo de cuidados paliativos, en el país colombiano, está centrado en lo hospitalario, con escasos equipos y servicios en comunidad y aunque existe alrededor de 60 programas de atención domiciliaria, no existe entrenamiento específico (Roque & Rubio, 2019).

La disponibilidad de centros de atención integral en cuidados paliativos es fundamental para mejorar la calidad de vida demostrando efectividad, eficiencia y satisfacción, al contar con diversos indicadores de calidad, así como de modelos de evaluación suficiente para implementarlo en los niveles del sistema sanitario. Los servicios paliativos se pueden proporcionar en instituciones de salud y cuidados a domicilio, permitiendo que los pacientes permanezcan en sus hogares y reciban cuidados al final de la vida por un equipo de salud integral que realice las visitas. Es responsabilidad del estado ofrecer un sistema de salud efectivo e integral que cuida a sus ciudadanos hasta el final de la vida.

Quito y Guayaquil son las dos ciudades del Ecuador con mayor densidad poblacional, y en las cuales se concentran la mayor parte de los servicios de salud; en Guayaquil la tasa de incidencia de cáncer en hombres es de 142.1 y mujeres 165.5, mientras que en Quito en hombres es 228.1 por cada 100 mil habitantes, y 230.1 en mujeres por cada 100 mil (Vallejo Martínez, Lino, & Quinto, 2017), los individuos al

encontrarse en situación crítica no reciben una atención integral de cuidados paliativos por falta de centros especializados, demanda de pacientes, escasa preparación de profesionales de especialistas en cuidados paliativos, baja inversión del sistema de salud por parte del gobierno y sus responsables (OMS, 2020).

Problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (2020) estima que actualmente alrededor de 20 millones de personas en el mundo requieren Cuidados Paliativos para paliar el sufrimiento durante la última etapa de su enfermedad, de los cuales el 6 % son niños. El 80 % de los pacientes con cáncer en etapa terminal y aproximadamente el 50 % de los pacientes con SIDA necesitarán la intervención de esta disciplina en algún momento del curso de su enfermedad y proceden principalmente de países de ingresos económicos medios y bajos (OMS, 2020), en los cuales los enfermos prefieren morir en casa, por lo que la atención domiciliaria es aceptada y apoyada ya que posee una mayor accesibilidad.

El principal objetivo de los Cuidados Paliativos es proporcionar confort y apoyo a los pacientes y a sus familias en la última etapa de una enfermedad terminal, consiguiendo que sus últimos días se encuentren libres de dolor, con un control adecuado de síntomas adicionales; emocional y espiritualmente adaptados a su realidad, labor que puede llevarse a cabo en centros de atención integral en cuidados paliativos, aquellos lugares son espacios diseñados para dar bienestar bio-psico-espiritual al enfermo rodeado de su familia y amigos en un ambiente acogedor sin

intentar prolongar la vida de los pacientes, ni tampoco acelerar la muerte de los mismos, sino de alcanzar una muerte digna en el tiempo (Lewandowski, 2015).

El sistema de salud del Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al MSP, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012), implementó el Modelo de Atención Integrada de Salud (MAIS) que se enfoca en el desarrollo de sistemas de salud para el mejoramiento de la calidad de salud mediante estrategias, como es la promoción de la salud enfocándolo en una atención integral, donde la promoción y prevención son ejes fundamentales. El MAIS en contextos educativos (2018) ha generado condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y organizaciones sociales tengan el control sobre sus derechos a través de información, educación permanente y activa participación.

En Ecuador el sistema de salud es fragmentado, existen establecimientos con una capacidad de resolución una cartera de servicios diferenciada para el primer, segundo y tercer nivel de atención. En el contexto de servicios de cuidados paliativos en las diferentes tipologías de establecimiento de salud existen únicamente tres instituciones que brindan servicio de cuidados paliativos dentro del primer nivel de atención, en hospitales de segundo nivel de atención no existen y en hospital de tercer nivel el Hospital de la sociedad de lucha contra el cancer (SOLCA) brindan apoyo con equipo intrdisciplinario (MSP, 2013).

En el Ecuador los Cuidados Paliativos se inician en la ciudad de Quito con los Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) en el año de 1973, cuyo servicio inicialmente era brindado a personas con enfermedades crónicas y adultos mayores; años más tarde fue creada La Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL) por el religioso de la orden Camiliana, padre Alberto Radaelli ofreciendo el servicio de consulta externa y visitas domiciliarias a partir del año de 1997 (Fundación ABEI, 2013).

La Constitución de la República del Ecuador en el año 2008 obliga la atención de Cuidados Paliativos en el Sistema de Salud Público, por lo que es necesario que los profesionales de salud desarrollen competencias en los diferentes niveles de atención asegurando su disponibilidad y acceso. El MSP con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención paliativa y sus familias, expidió el Acuerdo Ministerial número 101, el 9 de febrero de 2011 en el que se establece “Organizar en el Marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la Conformación y Funcionamiento de Servicios de Cuidados Paliativos Integrales con Enfoque Intercultural, por lo que ha decidido elaborar el Plan Nacional de Cuidados paliativos”.

Según datos del INEC Ecuador (2010), el 36 % del total de defunciones están relacionados a pacientes con necesidad de Cuidados Paliativos, de los cuales el 16 % del total de fallecimientos corresponden a causas oncológicas y el 20 % a las patologías no oncológicas, además existen cinco provincias con mayor mortalidad por enfermedades que ameritan Cuidados Paliativos son: Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Azuay (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno , 2013), de donde deriva la

importancia de realizar estudios de factibilidad para la implementación de centros de cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se encuentran desarrollando políticas de implementación dirigidas hacia la obtención de calidad en las prestaciones de salud a nivel de los países latinoamericanos y el Caribe (Gómez Batiste-Alentorn, Blay Pueyo, Roca Casas, Fontanals de Nadal, & Calsina-Berna, 2014). Los cuidados paliativos constituyen una característica indispensable dentro del proceso de la enfermedad, y en el área de salud donde la calidad está dirigida a un grupo de atención vulnerable los cuales por su condición y el componente multidisciplinar que engloba su atención requieren de un actuar intelectual, social, técnico y espiritual del más alto nivel con la finalidad de cubrir sus expectativas y las de su familia de la mejor forma posible, es por eso que la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil sería de mucha importancia, para contribuir a los ciudadanos que requieren y merecen atención de calidad.

Formulación del Problema

¿Cuál es la demanda en el mercado acerca de servicios de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil?

Justificación

Los cuidados paliativos surgen para la atención de pacientes con enfermedades mortales y la afectación a sus familiares, pudiendo brindarse en un centro integral para mejorar la calidad de vida y disminuir las hospitalizaciones

innecesarias, Los cuidados paliativos que en un inicio se enfocaron en un ámbito institucional se han ido expandiendo a otros entornos, adquiriendo cada vez más impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente como para sus seres queridos. La atención a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tales como las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa un problema global a nivel mundial, es por eso que es importante que exista un centro de cuidados paliativos que contribuyan a la sociedad en el difícil proceso del final de la enfermedad con el fin de garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas; así como se menciona en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 (SENPLADES, 2017).

En Ecuador a lo largo del tiempo se ha tratado mejorar y concienciar el maltrato y el abandono que podrían pasar los pacientes en etapas terminales de sus enfermedades, ya sea por parte de personas externas o familiares cercanos. La creación del centro también ayudará a sobrellevar y compartir el cuidado de quienes lo necesiten ya que en la actualidad los familiares no poseen el tiempo necesario para brindar y dar la atención que necesitan los individuos que atraviesan esta difícil situación. Por medio del Desarrollo de la misma se busca brindar-igualdad en base a la atención y producir una mejor calidad de vida a los pacientes con enfermedades terminales que han sido afectados. El trabajo de estudio cumple con la línea de investigación Planeamiento Estratégico en Organizaciones de Salud de la Maestría en Gerencia de los Servicios de la Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Preguntas de investigación

- ✓ ¿Cuáles son los términos conceptuales necesarios para realizar un estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos?
- ✓ ¿Cuál es la realidad de los centros de cuidados paliativos a nivel mundial?
- ✓ ¿Cuál es la demanda potencial y las necesidades actuales de la población que requiere la atención en un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil?
- ✓ ¿Cuáles son los recursos técnicos y económicos para la creación de un centro de atención integral en cuidados paliativos?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

- ✓ Evaluar la factibilidad del mercado mediante el levantamiento de información primaria que permita conocer la demanda de servicios de cuidados paliativos para la creación de un centro de atención integral en cuidados paliativos.

Objetivo Específicos.

- ✓ Analizar el marco teórico relacionado a los cuidados paliativos en salud y conceptos esenciales para la elaboración de un estudio de factibilidad de mercado.
- ✓ Determinar la necesidad de contar con un centro de atención integral de cuidados paliativos en Ecuador mediante el análisis de este tipo de centros a nivel mundial.
- ✓ Determinar la demanda de servicios de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil mediante el levantamiento de información primaria.

- ✓ Identificar los recursos necesarios para la creación de un centro de cuidado paliativos para su evaluación económica – financiera.

Capítulo I

Marco Teórico

En el presente capítulo se amplía los principales conceptos relacionados al análisis de factibilidad y su importancia. En el mismo contexto se expone puntos importantes para conocer si es realizable o no un proyecto de inversión. Además, se revisó sistemáticamente literatura internacional con temas relacionados al tema de estudio. No obstante, se presenta el marco legal con la finalidad de respaldar este estudio.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son un enfoque de la medicina que consisten en dar la debida atención al dolor y sufrimiento del paciente, independiente del pronóstico de la enfermedad que le aqueja. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estima que 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, 78% de estas personas pertenecen a países de mediano y bajo ingreso (OMS, 2020).

Los cuidados paliativos se definen como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y

tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales (Sepúlveda, 2019).

El enfoque de la Organización Mundial de la Salud sobre cuidados paliativos es amplio, abarca la atención desde el inicio del manejo de las enfermedades crónicas por lo que hoy, se reconoce que los cuidados paliativos deben aplicarse tan pronto como sea posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y no en la etapa final de la enfermedad. Este cambio surgió de un nuevo entendimiento sobre que los problemas del fin de la vida tienen sus orígenes en etapas previas en la trayectoria de la enfermedad (Sepúlveda , Marlin, & Tokuo, 2002).

Alcances de los cuidados Paliativos (Franco M. , 2014):

- Proporcional alivio del dolor y otros síntomas
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte
- Integran en el cuidado del paciente, los aspectos espirituales y psicológicos.
- Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo
- Mejoran la calidad de vida y pueden influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma conjunta con otros tratamientos que pueden prolongar la vida tales como quimioterapia o radioterapia.

Los cuidados paliativos, integrados a los cuidados generales no se limitan a un tiempo de supervivencia, un órgano, la edad o la patología, están en relación con una evaluación del pronóstico probable y con un enfoque a una oferta de atención integral en respuesta a las necesidades individuales de la persona y de su familia.

En el 2015 la Organización Mundial de Salud consideró como otros obstáculos de la asistencia paliativa, al desconocimiento de los planificadores de políticas, los profesionales de la salud y el público en general, sobre el concepto de asistencia paliativa y los beneficios que esta puede ofrecer a los pacientes y a los sistemas de salud. Por tanto, los cuidados paliativos como una respuesta sanitaria organizada no se limitan a los últimos días de vida, sino debieran aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

El objetivo de la medicina paliativa es el control de los síntomas para conseguir una mejora del bienestar de la persona. Se busca actuar directamente sobre las complicaciones, aunque la causa no esté controlada.

El enfermo tiene derecho a recibir cuidados paliativos en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en centros socio sanitario. Es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad (Pereira Arana, 2016)

Modalidades de atención en cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año mueren alrededor de 50 millones de personas a causa de enfermedades fatales, de las cuales el 85% se

encuentran en países en vías de desarrollo como el Ecuador, de éstos corresponden 6 millones a defunciones ocasionadas a causa de enfermedades oncológicas, aspecto en el cual los cuidados paliativos constituyen una forma innovadora de brindar atención a pacientes para los cuales la curación ya no es una opción (OMS, 2021).

El Observatorio Internacional para el final de la vida estima que sólo el 15% de los países en el mundo han integrado servicios de Cuidados Paliativos en los sistemas de atención sanitaria. La gran mayoría de los países (150) cuenta con algún tipo de servicios paliativos, pero en forma fragmentada y con muy limitada accesibilidad (Noboa & Zapata Zara, 2016).

En la ideología de trabajo del inicio de los cuidados paliativos se fueron expandiendo de manera progresiva lo que permitió obtener una mayor cobertura en el ámbito económico y asistencial. teniendo como referencia que en los años 70 persistía una modalidad de tipo hospitalaria denominada Hospice, luego en los años 80 se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de dispositivos y equipos móviles de atención intrahospitalaria y de forma ambulatoria (Palma & Del Río, 2013).

Atención hospitalaria.

La atención hospitalaria como su nombre lo indica se trata de los servicios recibidos a nivel de la unidad de salud en donde el individuo acude ya sea por sus medios o por medio de la ayuda de sus familiares o cuidadores, en lo que respecta a la medicina convencional éste tipo de atención cuenta con los insumos y equipos necesarios así como de espacio físico, infraestructura y profesionales capacitados, generalmente se trata de lugares públicos o privados regidos a su máximo

representante nacional y por lo tanto normados bajo normativas, leyes y estatutos a los cuales los usuarios deben ajustarse de manera directa. En Cuidados Paliativos con la finalidad de brindar una atención lo más satisfactoria y humana posible se han roto los estereotipos de la atención tradicional y en su lugar el paciente y su familia son los amos y señores en donde sus deseos y peticiones son el principal punto a tomar en cuenta en el manejo (Noboa & Zapata Zara, 2016).

En este país la Federación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos con su institución especializada Hospice San Camilo se han ajustado de la manera más cercana posible a la corriente de los hospices europeos, en donde más que tratarse de una casa de salud fría y rígida con servicios convencionales, se trata de una acogedora casa en donde a más de brindar todas las facilidades de una institución de salud se centra en el modelo de hogar tanto para el paciente como su familia. Entre los servicios que ofrece la institución se encuentran: servicio espiritual, fisioterapia, restaurant, espacios verdes, psicología, servicio social, voluntariado, servicio médico, terapias grupales (Noboa & Zapata Zara, 2016).

Atención domiciliaria.

La modalidad domiciliaria de atención fue documentada por primera vez en el año de 1947 en Nueva York, Estados Unidos; dentro de los motivos para su creación se citan la descongestión de las unidades hospitalarias y por otro lado el confort del paciente brindándole una estadía que contemple humanidad que le ayudaría a su proceso de curación y recuperación al encontrarse rodeado de sus seres queridos.

En Europa en 1951 se creó el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria. Debido al coste que genera la utilización de los servicios hospitalarios, la atención domiciliaria representa un método para lograr una participación familiar más amplia, mejorando así la atención del paciente, incrementando el grado de satisfacción experimentado por el enfermo al encontrarse en su hogar y reduciendo gastos innecesarios en la mayoría de las veces, mismos que pudieran ser usados de una forma más efectiva. La importancia de la ejecución de la atención domiciliaria radica en que ésta brinde al paciente una atención médica y de enfermería de igual calidad a la brindada en una unidad hospitalaria con la finalidad de brindarle los mayores beneficios que sean posibles (Cotta, Morales, Gonzalez, Real, & Días, 2001).

Dentro de los limitantes en la atención domiciliaria se encuentran el desconocimiento de la familia de la persona enferma y por otro lado la resistencia voluntaria o involuntaria del personal de salud en sugerirla y tenerla en cuenta como opción. La atención domiciliaria en el área de los cuidados paliativos requiere una coordinación entre el sistema de salud, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario.

Por otro lado, ya en 1990 la Organización Mundial de la Salud, resaltó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida (Pereira Arana, 2016).

Necesidades de Maslow aplicadas en pacientes.

Los seres humanos tenemos una serie de necesidades que tratamos de satisfacer a lo largo de toda nuestra vida. La famosa pirámide de Maslow define todas estas necesidades (físicas, sociales, de reconocimiento y de autorrealización).

Cuando una persona está enferma sus necesidades se incrementan, se intensifican. La Organización Mundial de la Salud, de acuerdo al concepto de esta pirámide, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan de: seguridad (buscar en quien apoyarse), la sensación de pertenencia (demostrar que no son una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo) (Fundación Génesis Care, s.f.), también requieren sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor). El impacto del cáncer sobre el paciente y su entorno es inmenso. El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno social y laboral y con el personal sanitario (Patiño Aguilera, 2008).

Servicios de salud.

La palabra servicio tiene varias connotaciones de acuerdo al área que hace referencia, por ejemplo, servicio militar, servicio social, etc. Su significado indica una acción, según la real academia de la lengua española, significa la prestación de un trabajo que una persona realiza para otra. En el área de salud es realizar un trabajo con el fin de cubrir y satisfacer la necesidad de mantener y cuidar la salud de una comunidad o prevenir de una situación que ponga en riesgo la salud humana.

Los encargados de llevar a cabo este tipo de servicio son los *profesionales de la salud*, también llamado *personal sanitario*, y todos aquellos que indirectamente se involucran para cumplir con el proceso (Franco Á. , 2015).

Gerencia de servicios en salud

Gerencia, es la acción que realiza un *gerente*, quien es aquella persona que tiene bajo su cargo la dirección de la organización, institución o empresa, o bien una parte de ella. El gerenciamiento en si es administrar una organización considerando las funciones básicas de planear, organizar, dirigir y controlar, de acuerdo con el nivel de dirección y en base a los objetivos de la empresa (Drucker, 1992).

A continuación, una breve definición, adaptada de Drucker quien es considerado un Filósofo de la Administración del siglo XX.

1.- Planeación. -Es una función de todos los gerentes, ésta varía con la autoridad de cada uno y con la naturaleza de las políticas y consiste en fijar los objetivos y las acciones para lograrlo.

2.- Organización. - Es aquella parte de la administración que implica establecer una estructura intencional de papeles o roles que las personas desempeñarán en una empresa.

3. Dirección. - Consiste en interpretar los planes de la empresa para otras personas y dar las instrucciones sobre cómo ponerlos en práctica. Para esto el gerente requiere de comunicar, liderar y motivar.

4.- Control. - Se puede definir como la acción a todo nivel jerárquico que los administradores emplean para vigilar, verificar y evaluar el cumplimiento de los

planes establecidos por los objetivos de la organización, institución o empresa con el fin de medir, comparar y corregir los procesos en el trayecto.

En consecuencia, se podría afirmar que la gerencia en salud es ejercer todas las funciones administrativas aplicadas a una institución o centro de salud con el fin de brindar un servicio de calidad que aporte al cuidado de salud de la comunidad sin olvidar la atención integral.

Calidad en la atención de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad en la atención es la apropiada ejecución de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición. Son varios los conceptos de calidad, sin embargo, de acuerdo con los conceptos descritos anteriormente se puede resumir que calidad en la atención de salud es un servicio que por sus características confiere un impacto positivo en el bienestar del individuo de tal forma que satisface sus necesidades y expectativas (MSP, 2015) .

Conceptos financieros aplicables a los servicios de salud.

La gerencia de servicios de salud, como una profesión, se ocupa de la gestión del talento humano, facilidades físicas y de recursos de información para alcanzar las metas y objetivos de la organización. La supervivencia de una organización de salud en un ambiente competitivo, así como las características de su sostenimiento, envuelve múltiples factores, incluyendo la capacidad gerencial. El desafío es generar

servicios a los pacientes y comunidad en general, bajo un desempeño que se enfoque en la necesidad del paciente y en sostener la operación de la empresa

En las organizaciones de salud, la gerencia ejecuta diferentes funciones, cada una con definiciones diferentes en cuanto a su competencia básica. La gerencia de recursos humanos enfrenta diferentes desafíos que la de planificación, mercadeo o la gerencia financiera. Así también, diferentes tipos de organizaciones de salud requieren distintos tipos de gerencia, un Laboratorio de análisis clínico requiere de diferentes habilidades que el gerente de un hospital público. Pero también los requerimientos de habilidades gerenciales pueden cambiar, si los objetivos institucionales cambian, por lo que se hace necesario disponer de un amplio repertorio de habilidades, acorde con la dinámica en que se desenvuelven los servicios de salud (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Financieramente se puede además diseñar el rendimiento de los servicios, mediante una mezcla adecuada de recursos humanos, físicos y de información para brindar el servicio, y realizar estimaciones de cuánto de cada uno se requiere para proveer el servicio. El diseñar un proceso de trabajo o rediseñar uno existente, también requiere de una cuantificación financiera que se enfoque en el desempeño de una capacidad instalada. Finalmente, el proceso de implementación necesita de habilidades gerenciales que permitan llevar a la práctica lo planificado, de forma que cumpla con los objetivos financieros, para la sostenibilidad a largo plazo o por lo menos alcanzar el punto de equilibrio de la operatividad.

Estudio de Factibilidad

Los estudios de factibilidad se definen como una revisión precisa de datos para determinar la mejor alternativa de inversión de distintas opciones. El término estudio de factibilidad es una expresión de las ciencias económicas y contables que apareció a mediados del siglo XX, para determinar diferentes alternativas de inversión a través del cálculo costo-beneficio de cada una.

Estas evidencias científicas demuestran la relevancia que tiene la realización de un estudio de factibilidad para la implementación de un centro de atención integral a pacientes en la ciudad de Guayaquil. El análisis de factibilidad de un proyecto de inversión permite identificar los posibles problemas que se pueden presentar en el transcurso de la ejecución del proyecto. Se trata de estudiar una serie de aproximaciones a partir de suposiciones y estimaciones, por lo que, los resultados del proyecto dependen en gran medida de la calidad de la información y la confiabilidad de los estudios técnicos previos, ya sean económicos, financieros, de mercado u otros (Pérez, 2021). Durante cada fase del proyecto se deben precisar con detalle los aspectos y variables que puedan optimizar el proyecto, así como también pueden surgir recomendaciones de revisión del proyecto original, los estudios de factibilidad incluyen una serie de procesos determinándose cuatro etapas principales: Idea, Pre inversión, Inversión, Ejecución.

La etapa idea, es el punto de partida en donde la entidad u organización identifica problemas que tengan vías de solución u oportunidades para resolverlos. En general, se podría señalar que la idea de un proyecto, es una forma o una oportunidad para resolver un problema, consiste en la realización de un diagnóstico inicial del problema que a la vez identifica las alternativas de solución.

La pre inversión es la etapa que señala el inicio de la evaluación del proyecto. Consta de tres sub etapas: el perfil, la pre factibilidad y la factibilidad como tal. El perfil del proyecto, utiliza la información existente para su elaboración, además se basa en el sentido común y la experiencia de los autores del perfil del proyecto, pues en esta sub etapa son seleccionadas las mejores opciones para las propuestas de solución del problema planteado y plasmado en un proyecto, así como también se definen las especificaciones técnicas del servicio o del producto que se desea crear como solución (Albis, 2014).

La Inversión es definida por el manual de Proyectos de Desarrollo Económico de las Naciones Unidas, como un conjunto de antecedentes que permiten estimar las ventajas y desventajas económicas que se derivan de asignar ciertos recursos de un país para la producción de determinados bienes o servicios. Los estudios preliminares al proyecto permiten evaluar la viabilidad técnica y económica, que no incluye los antecedentes detallados, definitivos y suficientes para tomar la decisión, tan solo suministran información para continuar con estudios más profundos, descartar, o eliminar potenciales proyectos (Peña, 2009).

La fase de ejecución es una de las más relevantes, ya que una vez se ha planificado un proyecto, el siguiente paso es accionarlo. Es decir, convertir en real las ideas plasmadas y, monitorear el proceso para corregir en caso necesario (Rus, 2021).

En cuanto a las siguientes sub etapas, la pre factibilidad profundiza aún más en la información existente y utiliza fuentes adicionales para aproximarse más al problema, a las variables intervinientes en el problema y la necesidad de recursos financieros.

En resumen, se realizan estimaciones sobre las posibles inversiones a realizar, los costos probables de la ejecución del proyecto y las fuentes de financiamiento necesarios para su realización. Por último, en la sub etapa de factibilidad se culminan los estudios y se profundizan los mismos con información de calidad. Comprende una serie de actividades referentes a la evaluación y aprobación de las inversiones a realizarse, con el fin de que el proyecto se encuentre plenamente justificado tanto técnica como financieramente, así como que la solución planteada sea la más beneficiosa para la entidad o institución requirente.

Tipos de Estudio de Factibilidad.

Para realizar un adecuado estudio de Factibilidad de un proyecto de inversión público o privado se debe plantear la necesidad de realizar por lo menos tres tipos de estudio previos como son: Estudio de Mercado, Estudio Técnico y Estudio Económico-Financiero.

Estudio financiero: este estudio requerirá de la cuantificación de los beneficios y costos monetarios, para lo cual se evaluará los bienes y servicios producidos, los cuales deberán cumplir con las expectativas de los usuarios que requieran este servicio. Efectivamente, éstos se precisarán definiendo las inversiones del proyecto y los costos e ingresos de operación a generarse en el período de evaluación. Todo proyecto necesita definir el lugar de ubicación; además, clasificará según corresponda a los bienes necesarios, como son terrenos, estructuras físicas, equipamiento del centro, consultorios y algún otro bien que sea necesario para determinar la inversión que se va a utilizar (Nassi, 2008).

Estudio económico: en el estudio económico se evalúan las ventajas de los bienes a adquirirse, instalaciones físicas para el desarrollo de la producción y comercialización de los servicios de atención equipos y maquinarias que sean tecnificadas y su manera de aprovechar, incluido el costo de adquisición; inversión, capital de trabajo, tasas de interés, servicios básicos, personal y recursos en general los que serán de mucha importancia para el estudio propuesto. También se determina el impacto del proyecto al interior de la economía ecuatoriana y de la zona en particular, por la relación directa con una gran cantidad de pacientes con el perfil que se atendería en el centro de atención de cuidados paliativos.

Estudio de mercado: para que un producto satisfaga las necesidades de los consumidores, se determinara y cuantificará la demanda y oferta, el análisis de precios y estudio de comercialización que con anterioridad se ha establecido. Se responderá a la pregunta “¿existe un mercado viable para el centro de atención de cuidados paliativos que se pretende implementar? Si la respuesta es positiva, el estudio de factibilidad continúa caso contrario se verá la posibilidad de un nuevo estudio más preciso y confiable.

Estudio técnico, organizacional y legal: La parte técnica del estudio consiste en realizar una descripción completa de las operaciones diarias realizadas de todas las áreas involucradas relevantes del centro, incluyendo el nivel de calidad y su seguimiento periódico. Así mismo su enfoque organizacional de los recursos dentro de la parte operativa, teniendo en cuenta el contexto legal necesario para mantener las referencias importantes en el desarrollo del proyecto y a su vez no debe infringir alguna norma o ley establecida a nivel local (Nassir, 2003).

Capítulo II

Marco referencial

Este acápite tiene como objetivo de analizar la realidad de los centros de cuidados paliativos a nivel mundial. Así mismo identificar y conocer los factores determinantes de los centros de atención en cuidados paliativos.

Argentina

En 1982 el médico Wenk comenzó a prestar cuidados paliativos domiciliarios y posteriormente en 1983 creó el Programa Argentino de Medicina Paliativa en la Liga Argentina de la Lucha contra el Cáncer (LALCEC) en San Nicolás. En 1985 la Fundación Prager Bild creó el Programa de Cuidados Paliativos con Alvaro Sauri y Rosa María Germ, a cargo de cuidados paliativos pediátricos.

Los primeros equipos hospitalarios nacieron a finales de los 80, a esto, siguió en 1991 el Programa Pallium liderado por Gustavo de Simone. En 1992 se crearon equipos de cuidados paliativos pediátricos en el Hospital Gutiérrez y Hospital Garrahan. En 1994 la Fundación FEMEBA y el Programa Argentino iniciaron un programa de asistencia, educación e investigación. En 1994 se creó la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2021). Argentina en el 2018 mantuvo una población de 44688900 habitantes, en el 2015; 39.9 médicos /100000 habitantes ,6,7 Enfermeros/100000 habitantes, teniendo un índice de cobertura sanitaria universal en el 2017 del 76% (OMS, 2021). En la provisión de cuidados paliativos se estima que existen “482 recursos totales de estos 58 son equipos de cuidados paliativos pediátricos, 411 equipos móviles, 11 unidades de cuidados paliativos,25 recursos de

primer nivel, 21 equipos mixtos y 14 hospices” (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2021).

El gobierno a afianzo la potenciación en los cuidados paliativos desde el cumplimiento de la Ley Básica de Salud de la ciudad de Buenos Aires (Ley 153/99), en su artículo cuatro, inciso uno, se enuncia como un derecho de todas las personas en relación con el sistema de salud, a la atención que se preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento en el caso de enfermedades terminales y en su artículo 48; inciso 3-b, menciona el uso de medicamentos y de tecnología sanitaria que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura y el uso de genéricos (Mertnoff, 2017).

Existe en Argentina una estrategia nacional de cuidados paliativos, pero no existe una Ley nacional específica para cuidados paliativos, actualmente cuentan con el apoyo de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), así como, la especialización de área de salud impartido desde la academia.

Brasil

“En 1980 se anexó el primer servicio de cuidados paliativos al servicio de Dolor en el Hospital de Clínicas de PortoAlegre coordinado por Miriam Martetele”
En 1983 Antonio Camargo creó el servicio ambulatorio de Santa Casa de Misericordia en São Paulo. En el Instituto Nacional de Cáncer en Rio de Janeiro Evaldo Abreu creó el Programa Programa de Atendimento ao Paciente Fora de

Possibilidade Terapêutica (1986), que se transformó en Unidad de Cuidados (Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2012).

Paliativos en 1998 por el liderazgo de Rezende. En el mismo año Tereza Schoeller abrió el Servicio de Cuidados Paliativos do Cepom en Florianópolis. En el 2002 se incluyeron los Cuidados Paliativos en el Sistema Único de Salud, que obliga la prestación de cuidados paliativos en los servicios oncológicos. En 1997 se fundó la Associação Brasileira de Cuidados Paliativos y en 1997 la Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2021).

En el año 2018 la población de Brasil incremento a 210.868,000 habitantes, teniendo una población de 18,9 Médicos/100000 habitantes y 12 Enfermeros/100000 habitantes y un índice de cobertura sanitaria universal en el 2017 del 79% para su población. En Brasil existen 198 recursos totales de estos 14 son equipos de cuidados paliativos pediátricos 114 equipos mixtos 25 unidades de cuidados paliativos 43 equipos móviles, 9 recursos de primer nivel y 7 hospicios (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2021).

Tabla 1 Política Sanitaria

País	Ley Nacional	Programa/ Plan Nacional	Auditoría, monitoreo, evaluación	Programa Nacional de Cáncer (incluye CP)		Programa Nacional de HIV/SIDA (incluye CP)		Programa Nacional de Atención Primaria (incluye CP)		Recursos para desarrollo	Recursos para investigación	Opioides: Colaboración entre prescriptores y reguladores
				Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(No)			
Argentina	No*	No	No	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(No)	No	Si ⁵	4.0
Bolivia	No	No	No	No	--	Si	(No)	Si	(No)	No	No	1.0
Brasil	No	Si ⁺	No	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(Si)	No	No	3.5
Chile	Si	Si ⁺	Si	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	No	4.0
Colombia	Si ⁺	No	No	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(No)	No	Si	3.5
Costa Rica	No	No	Si	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	No	5.0
Cuba	No	Si ⁺	Si	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	Si	4.0
Ecuador	No	No	No	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(No)	No	No	3.0
El Salvador	No	No	No	Si	(No)	Si	(No)	Si	(No)	No	No	2.0
Guatemala	No	No	No	No	--	Si	(No)	Si	(No)	No	No	2.0
Honduras	No	No	No	Si	(No)	Si	(No)	Si	(No)	No	No	1.3
México	Si	Si	No	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(No)	No	Si	3.0
Nicaragua	No	No	No	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(No)	No	No	1.5
Panamá	Si	Si	Si	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(Si)	Si	No	3.5
Paraguay	No	No	No	No	--	Si	(No)	Si	(No)	No	No	1.5
Perú	No	Si ⁺	No	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(Si)	Si	No	3.0
República Dominicana	No	No	No	Si	(No)	Si	(No)	Si	(No)	No	No	3.0
Uruguay	No	No	No	Si	(Si)	Si	(Si)	Si	(Si)	No	No	3.7
Venezuela	No*	Si ⁺	Si	Si	(Si)	Si	(No)	Si	(Si)	No	No	3.0

Nota: Tomando Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenclas, J., Monti, C., Rocafort, J., & Centeno, C. (2012). Atlas Cuidado Paliativos en Latioamérica (Primera). Atlas Cuidado Paliativos en Latinoamérica. p. 11
https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/03_Analisis_Regional.pdf

Existe una Estrategia nacional de cuidados paliativos y se encuentra en proceso una ley nacional específica para cuidados paliativos, cuentan con el apoyo de la asociación nacional de la Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) y la acreditación oficial de la especialización en medicina paliativa.

Chile

A finales de los 80 surgieron equipos aislados con Bernardo Lilallú (Temuco), Eduardo Rabat (Coquimbo/La Serena) y Lea Derio y Raúl Vásquez (Hospital Barros Luco). En 1990 Agustín Espejo y Maritza Velasco crearon la Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital Militar (Santiago). En el mismo año Ángela Fernández, Germán Acuña y Pedro Urrea (Concepción-Arauco) iniciaron la

red de médicos generalistas, cuidados domiciliarios y los hospitales Coronel, Lota y Arauco. Posteriormente se incorporaron el Hogar de Cristo y el Hospital Grant Benavente. Para el 2005 se incluyó CP en la ley de Garantías Explícitas en Salud para pacientes con patología oncológica. En 1990 se creó la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. Chile 2005 Ley 19966, Ley de Garantías Explícitas en Salud, incluye en el capítulo 4 Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos (Rozo, 2016).

El país cuenta con un 10.3% personal médico especializado por 10000 habitantes, además, es uno de los países con más alta tasa de inversión en salud, alcanzado para el 2010 un \$5.893.906.301 y para 2018 un incremento del 1.81%, de mismo modo, que incrementaron los programas de sociales para el cuidado paliativo, los mismos, que desde la academia perseguían el profesionalismo y la especialización de área (Lenz-Alcayaga & Páez-Pizarro, 2021).

Tabla 2. Inversión en salud pública (2000-2018)

Año	FONASA	αFONASA	ISAPRE	αISAPRE	Total Sistema	Periodo Presidencial
2000	\$1 681 548 282	59,2%	\$1 160 219 593	40,8%	\$2 841 767 875	Ricardo Lagos
2001	\$1 842 463 603	60,9%	\$1 181 425 472	39,1%	\$3 023 889 075	
2002	\$1 837 684 592	60,6%	\$1 195 288 482	39,4%	\$3 032 973 074	
2003	\$1 958 595 473	61,3%	\$1 233 877 420	38,7%	\$3 192 472 893	
2004	\$2 118 055 103	62,2%	\$1 286 062 696	37,8%	\$3 404 117 800	
2005	\$2 297 851 818	63,4%	\$1 325 885 118	36,6%	\$3 623 736 936	Michelle Bachelet I
2006	\$2 600 106 756	65,4%	\$1 377 715 155	34,6%	\$3 977 821 911	
2007	\$2 790 165 191	65,8%	\$1 450 643 024	34,2%	\$4 240 808 215	
2008	\$3 036 312 858	66,2%	\$1 551 108 987	33,8%	\$4 587 421 846	
2009	\$3 938 889 184	70,4%	\$1 655 997 848	29,6%	\$5 594 887 032	
2010	\$4 126 091 517	70,0%	\$1 767 814 783	30,0%	\$5 893 906 301	Sebastián Piñera I
2011	\$4 232 786 690	69,0%	\$1 904 248 631	31,0%	\$6 137 035 320	
2012	\$4 609 331 791	69,3%	\$2 042 440 131	30,7%	\$6 651 771 921	
2013	\$5 049 977 956	69,8%	\$2 182 843 840	30,2%	\$7 232 821 796	
2014	\$5 455 236 395	70,3%	\$2 303 405 505	29,7%	\$7 758 641 900	Michelle Bachelet II
2015	\$6 045 750 336	71,3%	\$2 436 377 746	28,7%	\$8 482 128 081	
2016	\$6 553 278 549	71,6%	\$2 604 171 076	28,4%	\$9 157 449 625	
2017	\$7 360 283 680	73,2%	\$2 699 775 046	26,8%	\$10 060 058 727	
2018	\$7 902 917 546	74,0%	\$2 774 716 606	26,0%	\$10 677 634 152	Sebastián Piñera II

Nota: Tomando de Lenz-Alcayaga, R., & Páez-Pizarro, L. (2021). Evolución del

gasto de la seguridad social de salud en Chile: Revisión de agregados financieros entre 2000 y 2018. *Medwave*, 21(01). secc resultados.
[phttps://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8117](https://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8117)

Colombia

Tiberio Álvarez fundó en 1980 la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia) en Medellín, dando comienzo a los cuidados paliativos en el país y la región. En 1987 Isa Fonnegra creó la Fundación Omega para brindar apoyo a familiares y pacientes con enfermedades terminales en Bogotá. En 1988 Liliana De Lima creó el primer hospicio en La Viga (Cali) con el apoyo de Pedro Bejarano. El Instituto Nacional de Cancerología comenzó en 1995 la primera especialidad médica en Cuidados Paliativos de la región. En 1996 se creó la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. Apoyo de gobierno (Uribe, Amado, Rueda, & Mantilla, 2018).

Colombia 2010 Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Desde la academia el gobierno busca la aportación tanto de docentes y de la formación de profesionales desde el planteamiento formativo aplicado un modelo integrador, sociedad-médico(académico)-gobierno, con enfoque humanista hacia la mejora de la calidad de la entrega del servicio de salud, la Universidad de la Sabana de Colombia con base en competencias que integren el cuidado paliativo a fin de entregar a la sociedad profesionales con amplias competencias (León Delgado, Flores Rojas, Trujillo Gómez, & Castilla Luna, 2009)

Desde el aspecto legal, Colombia es uno de los países de la región latinoamericana. Ley aprobada en 2014, busca “regular los servicios de los ciudadanos paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” De la misma manera, se desarrollaron diversos programas de atención especializada al cuidado paliativo a fin de cumplimiento de la norma. Aún en la deficiencia de la ejecución del Ley, el Gobierno Colombia expidió una adicional denominada Ley Consuelo Devis Saavedra.

Ecuador

En 1995 el Padre Alberto Redaelli inició la Unidad de Cuidados Paliativos en la Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables en Quito y en 1997 creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y el Centro Médico San Camilo (2000). En 1998 Nancy Lino inició la enseñanza de Cuidados Paliativos en la Universidad Estatal de Guayaquil y en el 2000 convirtió el Servicio de Tratamiento de Dolor del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil en el Servicio de Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor. En el 2018 la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos recibió la personería jurídica (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, 2021).

El Ecuador, ha reconocido los derechos de los pacientes con enfermedades catastróficas sin embargo no existe en la actual legislación, un reconocimiento sobre el derecho de los pacientes con enfermedades terminales, la Ley Orgánica de Salud, ni si quiera menciona a las personas que sufren una enfermedad terminal, ya que para muchos es un proceso natural que debe seguir su curso sin la intervención del Estado,

ya que no puede garantizar la vida. Existe una Estrategia nacional de cuidados paliativos, pero no existe una ley nacional específica para cuidados paliativos (SENPLADES, 2020).

El Ministerio de Salud Pública -Subsecretaría Nacional de Gobernanza y Dirección de Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial de la Salud- con ayuda de la Comisión Interinstitucional de Cuidados Paliativos ha iniciado el proceso de desarrollar un plan para la prestación de Cuidados Paliativos a nivel nacional (Omaza, 2021).

La Subsecretaría Nacional de Gobernanza es la responsable de formular las políticas de atención en Cuidados Paliativos y la Dirección Nacional de Discapacidades es la responsable de coordinar, planificar y monitorear la prestación de Cuidados Paliativos. En este momento se está negociando la financiación.

Ecuador y el reconocimiento al derecho a la salud y a la vida digna (Senplades, 2020). En el Ecuador, desde 1971 se expide la Ley Orgánica de Salud, la misma que hoy en día se encuentra con algunas falencias ya que no representa lo que el Estado quiere garantizar según la nueva Constitución del 2008, esta ley contiene disposiciones desactualizadas, ya que no tiene relación tampoco con los avances en derechos humanos, en la ciencia y la tecnología y sobre todo en la situación actual de salud de los habitantes del Estado Ecuatoriano.

En conclusión, las situaciones límites en el ejercicio de la medicina y de los servicios de salud, y dentro de ellas, como caso típico, la atención a los pacientes terminales, pueden inscribirse dentro de los llamados “problemas complejos y mal estructurados”, en los que intervienen un conjunto de variables, de las cuales no todas son conocidas, y de aquellas conocidas, no podemos precisar cuál es el peso relativo

de cada una de ellas en la producción de los fenómenos bajo estudio. La Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (SECUP) desde su creación ha celebrado el Día Mundial de los Cuidados Paliativos en coordinación con todas las instituciones que realizan y promocionan esta disciplina. Otras instituciones como Asociación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI), Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), Fundación Jersey, Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA).

Luego de hacer un repaso por los varios conceptos que han llegado a ser parte de este estudio, el derecho a la salud y el derecho a una vida digna, encontramos que muchos Estados, respetan y garantizan los derechos de quienes pueden tener un pronóstico de vida largo o que por lo menos da la certeza que ese pronóstico posiblemente sea curativo. Está claro que cuando un enfermo en etapa terminal, no recibe una atención en salud curativa, debe el Estado promover y garantizar el derecho a un cuidado médico integral, que se acople a las necesidades del paciente y la familia. Estos derechos se encuentran enunciados y se irán revisando en este trabajo. Cuando hablamos que el paciente tiene derecho a mantener su dignidad y su autonomía, las mismas que han sido reconocidas en muchas normas internacionales.

Sin embargo, se han realizado algunas reformas con el fin que la misma pueda ir incorporando nuevas tendencias, procesos científicos, además del claro reconocimiento de los derechos de los ciudadanos como tal, el Ecuador, ha suscrito y rectificado tratados internacionales en donde se reafirma el compromiso de cooperación con otros estados. Dentro de la ley orgánica de salud, se analizará ciertos artículos, se analizará la ley de derechos y amparo del paciente, para poder entender cómo es que el Ecuador, a más de la Constitución, garantiza la vida digna y la salud.

Marco legal

El Ministerio de Salud Pública, siendo el rector del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, se rige bajo artículos que se encuentran en la Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, entre otros, para cumplir sus objetivos trazados. Todos estos impulsando el buen vivir, incorporando la atención en cuidados paliativos en el sistema nacional de salud y estableciendo criterios para su ejecución con la norma de atención de cuidado paliativos a fin de establecer las condiciones específicas que debe cumplir el sistema nacional de salud para brindar atención a personas con necesidad de cuidados paliativos.

Consecuentemente, la misma norma constitucional, en el Artículo 32 prescribe que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención Integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2011).

Así mismo, la referida Constitución de la República del Ecuador, en el Artículo 35 dispone que: “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres Embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes

adolesca de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención Prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”

Adicionalmente, nuestro texto constitucional, en el Artículo 50 prescribe que: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de Alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”.

La Norma Suprema, en el numeral 2 del Artículo 66 ordena que: “Se reconoce y garantizará a las personas: 2. El derecho a una vida digna que asegure la Salud”.

En el Artículo 360 de la citada Constitución de la República dispone que: “El Sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención

primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la Complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública Integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el Conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de Complementariedad”.

De conformidad con lo prescrito en el Artículo 361 de la Carta Fundamental del Estado Ecuatoriano, “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

Así mismo, en el Artículo 363 la Norma Suprema ordena que: “El Estado será

responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, Prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas Saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario”

La accesibilidad a los servicios de cuidados paliativos es un derecho esencial En el respeto por la dignidad del ser humano. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Artículo 1 dispone que: “Todos los seres humanos nacen Libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, Deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

La accesibilidad a los servicios de salud y su universalidad son elementos Esenciales del derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible. El derecho a la Salud ha sido reconocido como tal en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, de 1946, donde se establece que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda Lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de Raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

La OMS en sus recomendaciones a los gobiernos en 1990, acerca del alivio del dolor en cáncer y cuidados paliativos, determinó que: “Los gobiernos deben establecer políticas y programas nacionales de Cuidados Paliativos. Los gobiernos de los estados miembros deben velar porque los programas de Cuidados Paliativos se incorporen en sus sistemas de atención de salud existentes; los sistemas separados De atención no son ni necesarios, ni deseables”.

Por su parte, la Ley Orgánica de Salud, en su Artículo 6, dispone que: “Es Responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Consecuentemente, el Artículo 10 de la citada Ley Orgánica ordena que: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud Individual y colectiva”.

La Ley *Ibidem*, en el Artículo 69, prescribe que: “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados Paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables”.

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, prescribe: “Artículo 2.-

DERECHO

A UNA ATENCION DIGNA. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.”. “Artículo 6. - DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento Médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las

Consecuencias de su decisión”.

Por su parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) plantea en el Objetivo 2: “auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y Territorial, en la diversidad”.

En el Objetivo 3: “mejorar la calidad de vida de la población”. En particular en el punto 3.3 “garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud”. Plan Nacional de Cuidados paliativos.

En este marco constitucional y legal, la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, expidió el Acuerdo Ministerial número 101, publicado en el Registro Oficial Número 415 de 29 de Marzo de 2011, con la finalidad de: “Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones.”

En el artículo 2 del citado Acuerdo se dispone: “Convocar a todas las entidades sean éstas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud del país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo.”

El Acuerdo Ministerial 101 contiene nueve artículos con el fin de garantizar la

disponibilidad y acceso de medicamentos como morfina por vía oral y educación de los profesionales.

Dando cumplimiento a este Acuerdo el Ministerio de Salud Pública, dispuso 26: que uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar Comunitario e Intercultural, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los Cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la Familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en El proceso de duelo.

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida sin posibilidad de curación y por lo tanto requerir cuidados paliativos que se deben prestar en los tres niveles de atención, de acuerdo a los Protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de Promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias, en estrecha relación con la familia y la comunidad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

METODOLOGIA

En este capítulo se describe la metodología que se utilizó, el objetivo del diseño es con la finalidad de analizar los resultados para la elaboración de la propuesta del estudio.

Diseño de investigación

Esta investigación está basada en un diseño no experimental, exploratorio y descriptivo para el análisis de mercado en donde se evalúa la necesidad de la creación de un Centro de cuidados paliativos. Además, es de diseño de corte transversal porque los datos se receptan en un periodo de tiempo para poder describir las variables.

El enfoque es de tipo mixto, cuantitativo porque se analizan varios datos numéricos como valores propuestos por la escala de Likert que ayuda a evaluar ciertas preguntas de la encuesta planteada para la recopilación de información; y cualitativo porque se describen características dentro del marco investigativo en donde los encuestados mencionan características sociodemográficas de su realidad.

Alcance de la investigación

En este proyecto, se establece un alcance descriptivo el cual es fundamental para el análisis de la muestra tomada en el estudio y para establecer los criterios que manifiesten la necesidad de la creación del centro de cuidados paliativos.

Marco muestral

La población definida para este estudio es la ciudad de Guayaquil como tal, pero se indagará a las personas que puedan presentar la necesidad de un centro de cuidados paliativos, por lo que se realizará la encuesta propuesta en los exteriores de algunos centros de salud como Solca, y el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos.

Criterios de inclusión: Hombres y Mujeres que hayan cumplido la mayoría de edad y que sean familiares o cuidadores de pacientes que presenten enfermedades crónicas

Criterios de exclusión: Menores de 18 años, pacientes con enfermedades crónicas
Luego de definir la población y luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se procedió a calcular la muestra que es la sección de la población en estudio.

La ecuación es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

n = es el tamaño de la muestra poblacional que se desea conocer.

N = es el tamaño de la población total en estudio.

σ = representa la desviación estándar de la población o en otras fuentes se describe como la probabilidad de acierto y fallo. En caso de desconocer este dato es común utilizar un valor constante que equivale a 0.5

Z = representa el nivel de confianza.

e = representa el límite aceptable de error muestral, y se considera el 5% (0.5) el valor estándar usado en las investigaciones.

En esta investigación el muestreo se lo realizó con un margen de error e = 5%, un nivel de confianza nc = 95% y con una probabilidad de acierto p = .50 y de fallo 1-p

= q = .50. Bajo estas condiciones se estableció una muestra mínima de 385 casos, basados en la Proyección de la Población Ecuatoriana, por años calendario, según cantones 2010-2020, durante el año 2019 la población de la ciudad de Guayaquil fue de de aproximadamente 2,698.000.000 habitantes (INEC, 2019).

Tabla 3. Datos para el cálculo de la muestra de estudio

Parámetro	Valor
N	2,698.000.000
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%

Materiales y métodos

Para este estudio, a los encuestados se les entregó un formato de consentimiento informado, el cual mencionaba que no era obligatorio formar parte del proyecto y que la información obtenida sería completamente confidencial.

La recolección de datos se realizó por medio de una encuesta que contenía preguntas donde el encuestado/a debía contestar con datos verdaderos y en algunas preguntas se aplicó la escala de Likert, con la finalidad de tener una perspectiva global de la opinión del individuo en cuanto su opinión de ciertas cualidades que desearían si existiera un centro de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas para establecer una propuesta de mejora en beneficio de ellos.

Instrumentos

El instrumento aplicado fue una encuesta dirigida hacia los familiares de pacientes que atraviesan enfermedades crónicas y/o degenerativas, en el área de consulta externa y hospitalización del Hospital General del Norte de Guayaquil “Los Ceibos” y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), en donde se evaluaron áreas como el perfil del cliente, en este caso es el familiar, en segundo lugar se evaluó el servicio que se requiere por los encuestados, para lo cual se usó la escala de Likert y se determinó los valores 1 al 5 para que marquen según su opinión, en donde 1 es el valor de no importante, 2 es el valor que significa poco importante, 3 quiere decir indiferente, 4 importante y 5 muy importante. Esta encuesta constó de 21 ítems (Apéndice A).

Técnicas estadísticas aplicadas

La información recopilada fue procesada en Excel 2010, para luego ser interpretada para dar a conocer los resultados del proyecto realizado. Se realizó comparaciones entre las variables de respuesta y se analizó las tendencias de la población y las correlaciones de los hallazgos encontrados.

RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados que se obtuvieron a partir de las 385 encuestas aplicadas a una muestra extraída de las áreas de consulta externa y hospitalización del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. Para iniciar se empieza observando la distribución de los encuestados, por género, rango de edad,

nivel de estudios, estado civil, zona de vivienda, entre otros aspectos, luego se aplica escala de Likert para el análisis

Los resultados de presentan de acuerdo a la metodología explicada en el anterior capítulo.

Distribución de los datos

Los datos fueron recogidos de dos áreas, una fue los exteriores del hospital de Los Ceibos y la otra área fue los exteriores de SOLCA. De acuerdo a los datos de la tabla 4 se observa la distribución de la muestra de acuerdo al género, aproximadamente el 63% de las respuestas fue dado por los usuarios de consulta externa y el 36,36% de los usuarios del área de hospitalización pediátrica.

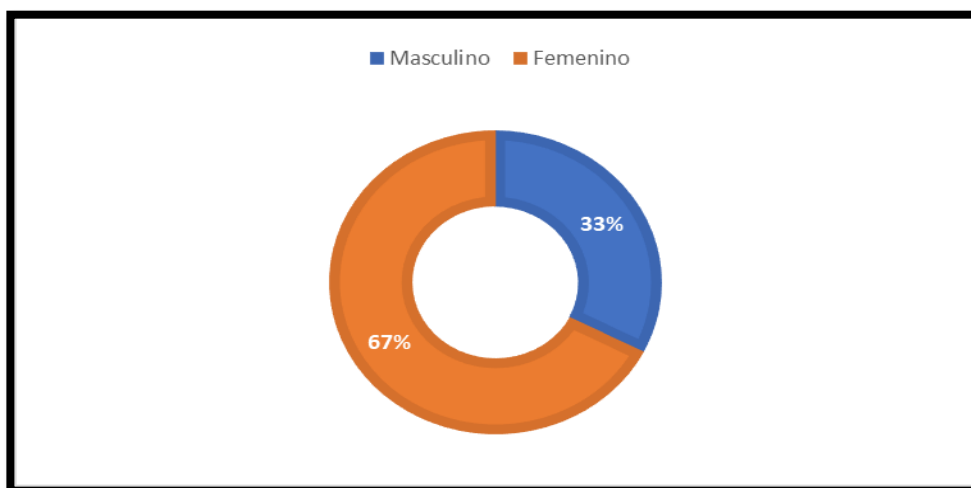
Tabla 4. Distribución de la muestra de familiares y cuidadores

ÁREA	Hombres (n)	Mujeres (n)	%
IESS CEIBOS	62	183	63,63
SOLCA	63	71	36,36
Total	125	259	100%

La distribución del grupo con respecto al género fue notable, un 33% de la población fue masculino (125 hombres) y un 66.66% fue femenino (259 mujeres), así se puede observar en la Tabla 5 y Figura 1.

Tabla 5. Distribución de género de los encuestados

Género	Encuestados	Porcentaje
Masculino	125	36.36
Femenino	259	66.66
Total	385	100%



Figural. Distribución de género

La distribución del rango de edades fue el siguiente: personas de edades entre 18 a 30 años 22 personas (6%), de edades entre 31 a 49 años 156 personas (40%), de edades entre 41 a 50 años 99 personas (26%), de edades entre 51 a 60 años 66 personas (17%) y más de 60 años 42 personas (11%). Ver tabla 6, figura 2

Tabla 6. Rango de edad de los encuestados

Edad	Encuestados	Porcentaje
18-30	22	6%
31-49	156	40%
41-50	99	26%
51-60	66	17%
Más de 60	42	11%
Total	385	100%

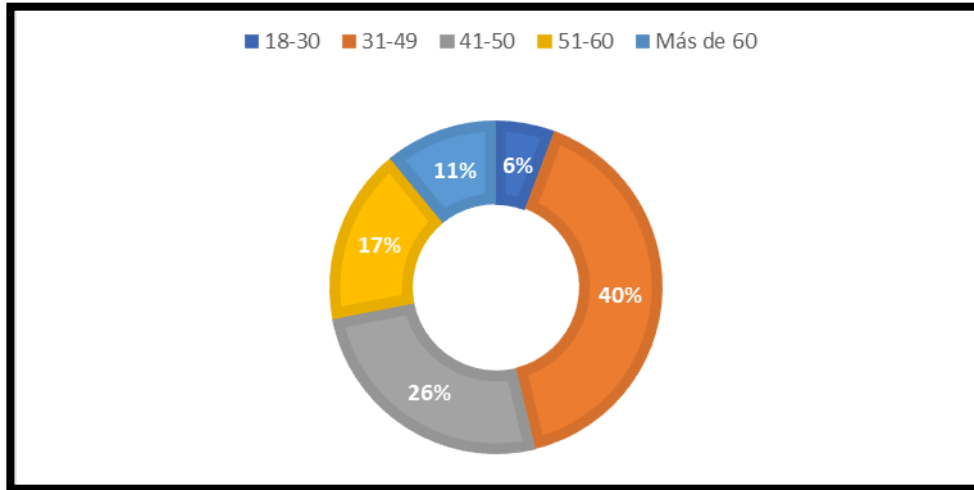


Figura 2. Rango de edades de los encuestados

De los encuestados, 253 personas (66%), pertenecen a la ciudad de Guayaquil y 132 personas a otras ciudades (34%). Ver tabla 7 y figura 3

Tabla 7. Ciudad de origen de los encuestados

Ciudades	Encuestados	Porcentaje
Guayaquil	253	66%
Otras	132	34%
Total	385	100%

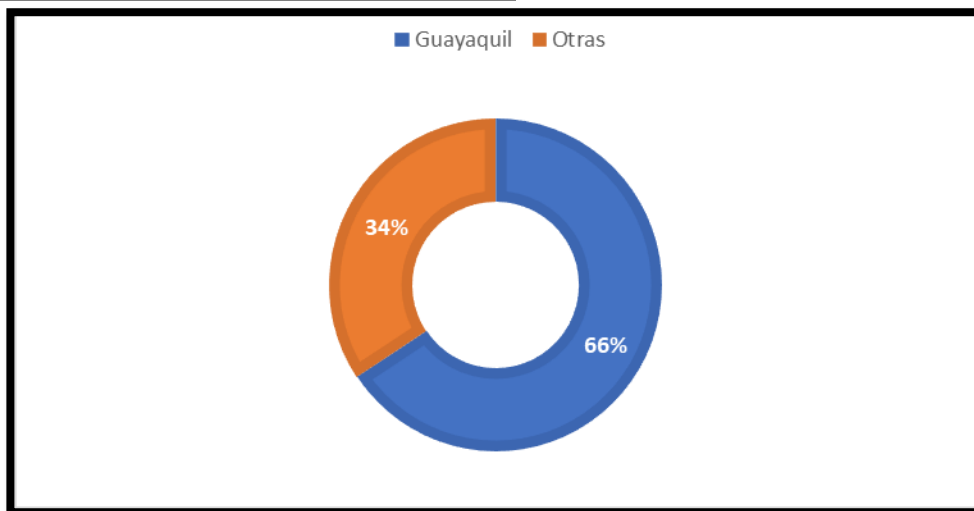


Figura 3. Ciudad de origen de los encuestados

El Nivel de estudio muestra que solo 15 personas tienen estudios primarios (4%), 188 personas cuentan con estudios secundarios (49%), 167 personas cuentan con estudios universitarios (43%) y 15 personas tienen estudios de postgrado (4%). Ver tabla 8 y figura 4.

Tabla 8. Distribución de nivel de estudio de los encuestados

Nivel de estudio	Encuestados	Porcentaje
Primario	15	4%
Secundario	188	49%
Universitario	167	43%
Postgrado	15	4%
Total	385	100%

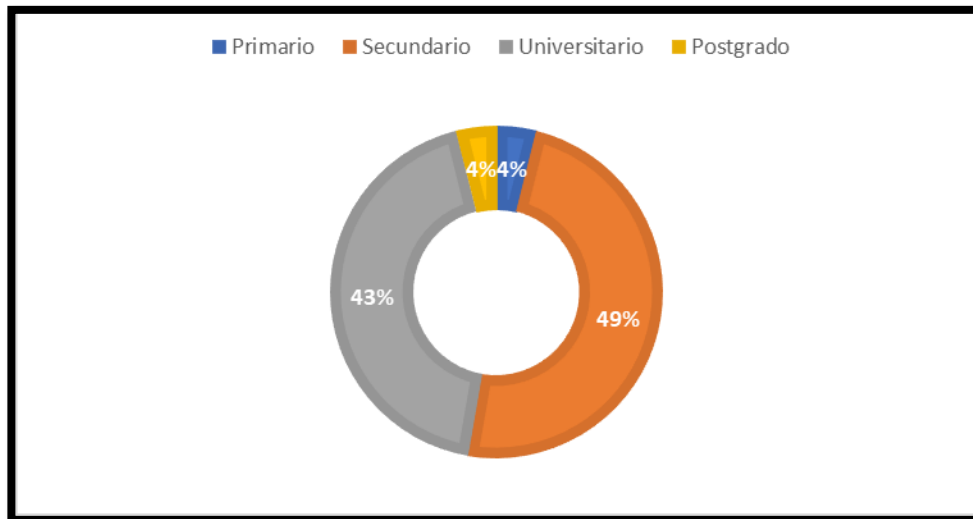


Figura 4. Nivel de estudio de los encuestados

El estado civil de los encuestados muestra que 203 personas (53% son solteros), 82 personas son casadas (21%), 7 personas son divorciadas (2%), 93 personas refieren otro estado civil lo que equivale al 24% del total. Ver tabla 9 y figura 5.

Tabla 9. Estado civil de los encuestados

Estado Civil	Encuestados	Porcentaje
Soltero	203	53%
Casado	82	21%
Divorciado	7	2%
Otro	93	24%
Total	385	100%

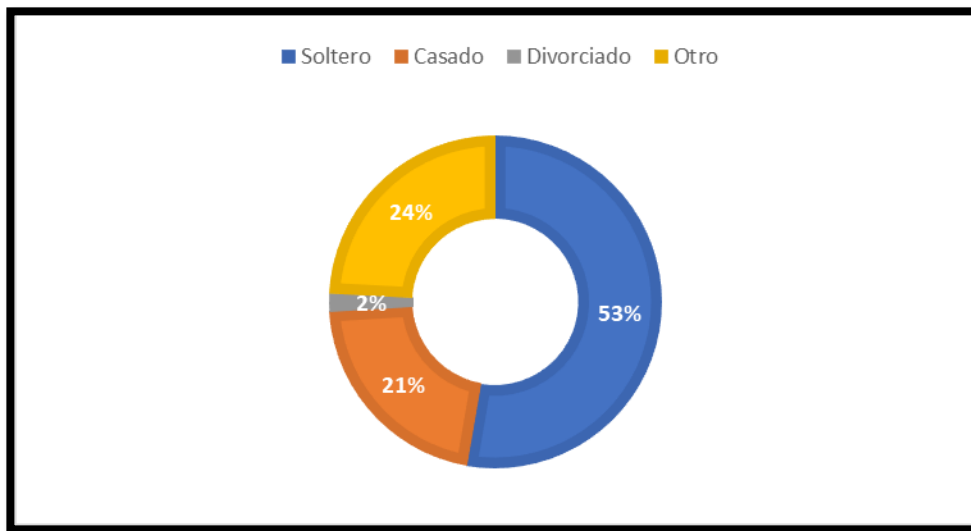


Figura 5. Estado civil

La población encuestada se encuentran en distintos sectores, dentro de la ciudad de Guayaquil, 89 personas se encuentran en el sector norte (23%), 91 personas están ubicadas en el sector sur (24%), los que viven en el centro son 53 personas (14%), 17 personas se ubican vía a Samborondón (4%), solo 3 personas de los encuestados viven vía a la costa (1%) y el 34% de los encuestados respondieron ninguna de las anteriores por lo que se infiere que son de zonas externas a la ciudad de Guayaquil. Ver tabla 10 y figura 6.

Tabla 10. Sector de vivienda de los encuestados

Sector de vivienda	Respuestas	Porcentaje
Norte	89	23

Sur	91	24
Centro	53	14
Vía Samborondón	17	4
Vía a la costa	3	1
N/A	132	34
Total	385	100%

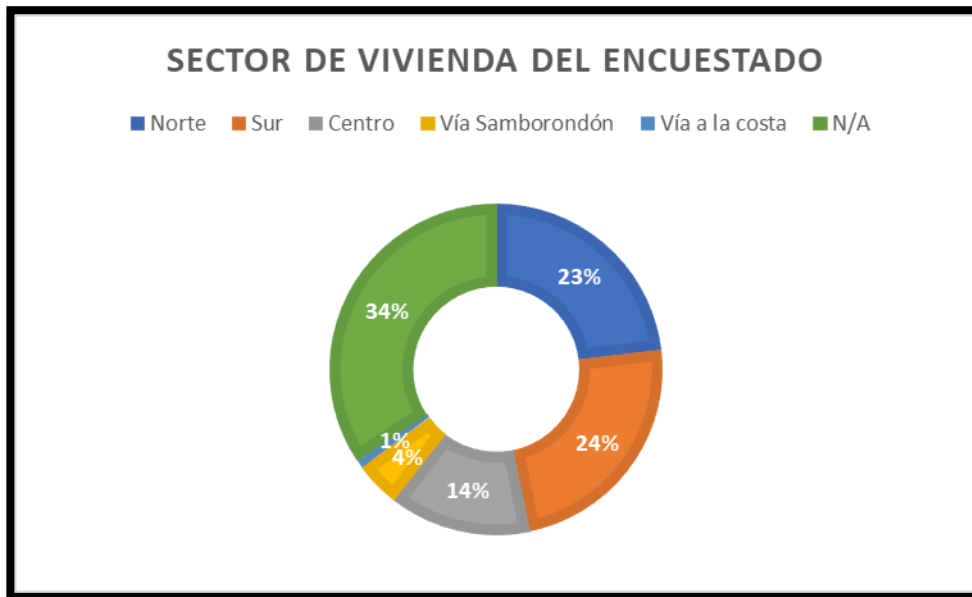


Figura 6. Sector de vivienda del encuestado

Con respecto al plan de seguro de salud, solo 32 encuestados (8%) poseen un seguro de salud individual, 28 personas (7%) poseen un seguro de salud en donde incluyen esposo e hijos, 30 personas (8%) tienen un seguro donde incluyen a sus padres, y la mayoría (77%), no posee un seguro de salud. Ver tabla 11 y figura 7.

Tabla 11. Plan de seguro de salud

Opciones	Encuestados	Porcentaje
Individual	32	8%
Familiar (esposo e hijos)	28	7%
Familiar (incluye padres)	30	8%
N/A	295	77%
Total	385	100%

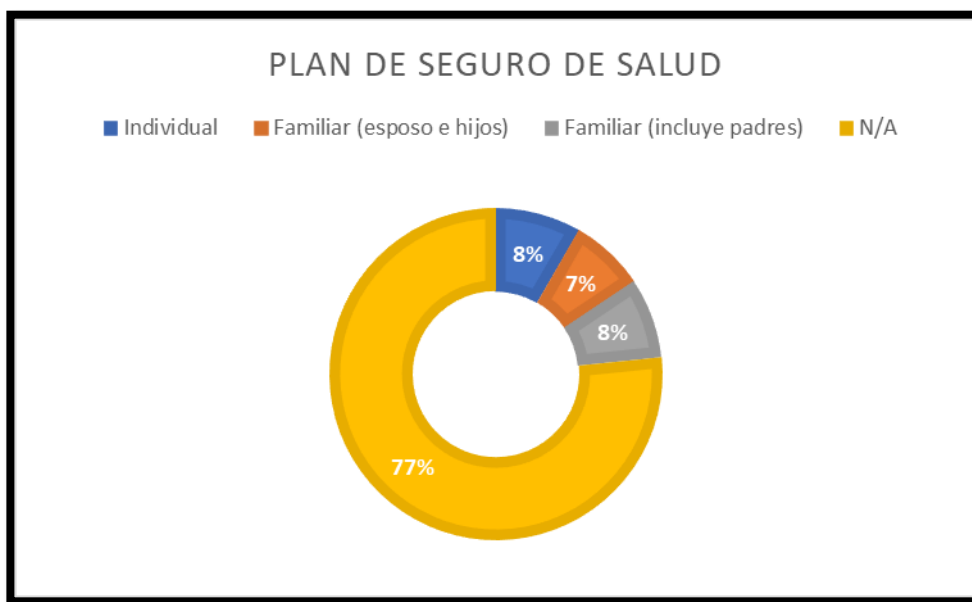


Figura 7. Plan de seguro de salud

La mayoría de los encuestados (81%) tienen bajo su responsabilidad o su tutela a familiares que presentan alguna enfermedad crónica y/o degenerativa, el resto de los encuestados (19%) son familiares cercanos pero no están a cargo de su familiar, solo colaboran con el familiar responsable oficialmente. Ver tabla 12 y figura 8.

Tabla 12. Tiene familiares con enfermedad crónica y/o degenerativa

Respuestas	Encuestados	Porcentaje
SI	310	81%
NO	75	19%

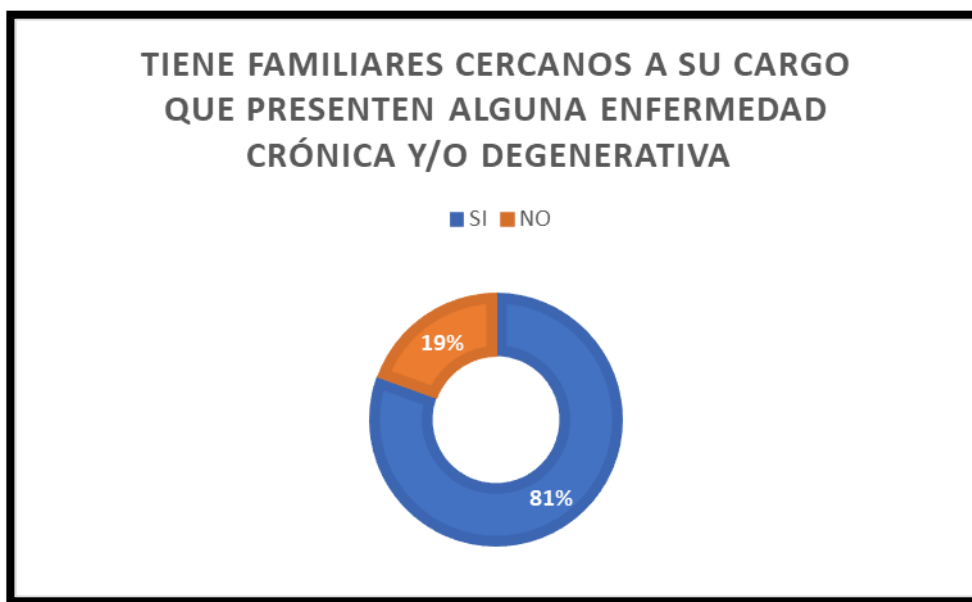


Figura 8. Familiares con enfermedad crónica y/o degenerativa

De la población encuestada 27 personas (30%), tienen familiares menores de 13 años con enfermedades crónica y/o degenerativa, 22 personas (6%) tienen familiares con rango de edad de 13 a 18 años, 65 personas (17%) tienen familiares con rango de edad de entre 19 a 39 años, 155 personas (40%), tienen familiares con rango de edad de entre 40 a 64 años, y 116 personas (30%), tienen familiares con edades de 65 años o más. Ver tabla 13 y figura 9.

Tabla 13. Edad del paciente con enfermedad crónica y/o degenerativa

LA EDAD DEL PACIENTE	Encuestados	Porcentaje
Menores de 13 años	27	7%
13-18	22	6%
19-39	65	17%
40-64	155	40%
65 o más	116	30%
Total	385	100%

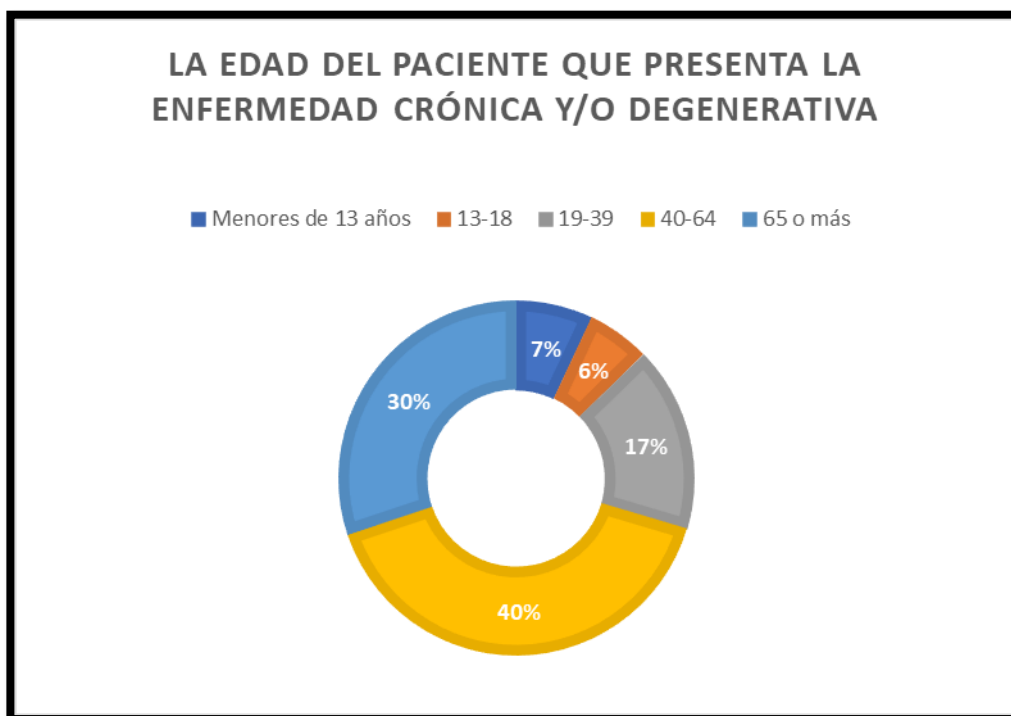


Figura 9. Edad del paciente que presenta la enfermedad crónica y/o degenerativa

Con respecto al parentesco que tiene el familiar con respecto al paciente, 95 personas (25%) refirieron ser las madres de los pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas, 32 personas (8%), dijeron que eran los padres, 100 personas(26%) dijeron que eran los hermanos, 50 personas(13%) refirieron ser los hijos, 63 personas (16%), son tíos de los pacientes enfermos y 45 personas (12%) refirió tener otro parentesco quizá más lejano. Ver tabla 14 y figura 10.

Tabla 14. Parentesco familiar-paciente

PARENTESCO	Encuestados	Porcentaje
Madre	95	25%
Padre	32	8%
Hermano/a	100	26%
Hijo/a	50	13%
Tío/Tía	63	16%
Otro	45	12%
Total	385	100%

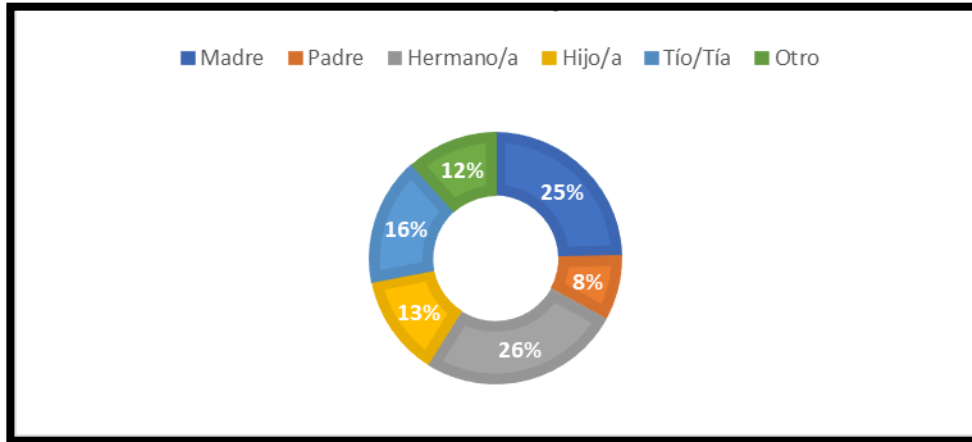


Figura 10. Parentesco del encuestado con el paciente

En la figura 11 se puede observar que la enfermedad de los pacientes mayormente es Cáncer, con 149 casos (38.7%), la otra enfermedad que predomina es enfermedad del corazón, con 89 casos (23.1%), por lo demás las complicaciones de la diabetes y el alzheimer tienen valores de casos cercanos, con 52 casos (13.5%) y 45 personas (11.7%) respectivamente, sin embargo 50 personas (13%), refirieron que su familiar padecía de otras enfermedades distintas. Ver tabla 15.

Tabla 15. Enfermedades de los pacientes.

ENFERMEDAD CRÓNICA DEL FAMILIAR	Encuestados	Porcentaje
ALZHAIMER	45	11,7
ENFERMEDAD DEL CORAZON	89	23,1
COMPLICACIONES DE LA DIABETES	52	13,5
CÁNCER	149	38,7
OTRAS	50	13,0
Total	385	100%

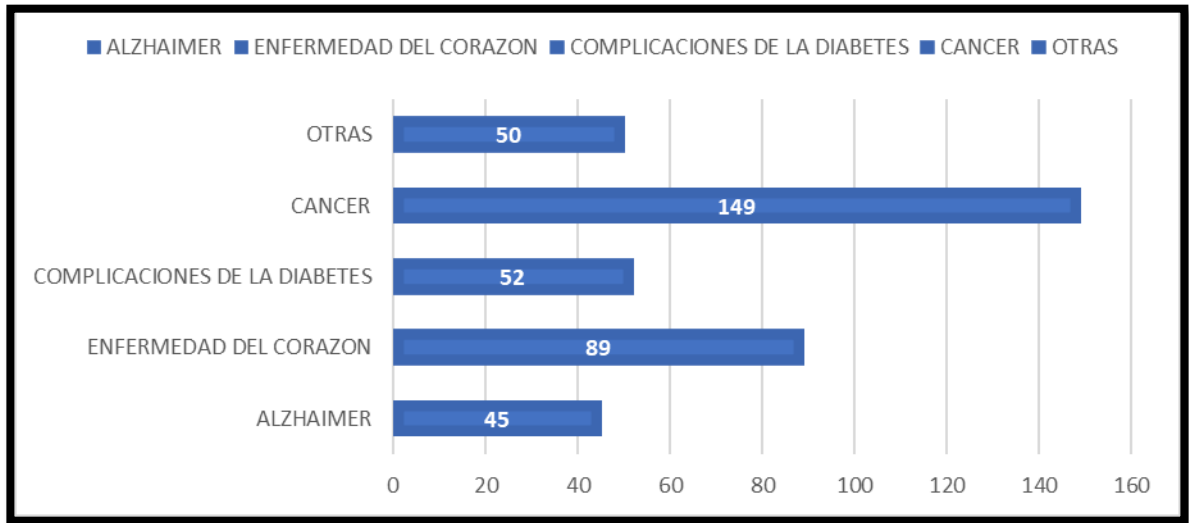


Figura 11. Enfermedad del paciente

La movilidad del paciente está dividida en 178 personas (46%), con movilidad dependiente, 97 personas (25%) con movilidad independiente y 110 personas (29%) están encamados. Ver tabla 16 y figura 13.

Tabla 16. Movilización del paciente

Movilización	Encuestados	Porcentaje
Dependiente	178	46%
Independiente	97	25%
Encamado	110	29%
Total	385	100%

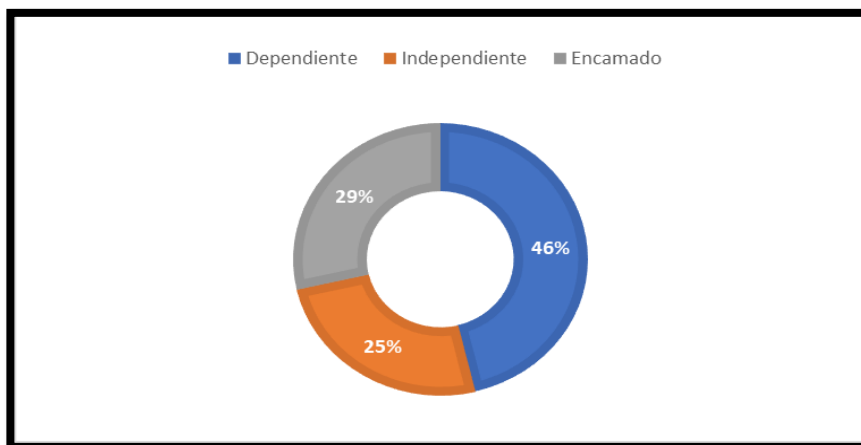


Figura 12. Movilización del paciente

La mayoría de los encuestados (91%), no cuenta con cuidados especiales de enfermería o cuidadores especiales y solo 35 personas (9%), cuenta con estos servicios. Ver tabla 17 y figura 13.

Tabla 17. Cuentan con cuidados especiales de enfermería o cuidadores especiales

Respuestas	Encuestados	Porcentaje
SI	35	9%
NO	350	91%
total	385	100%

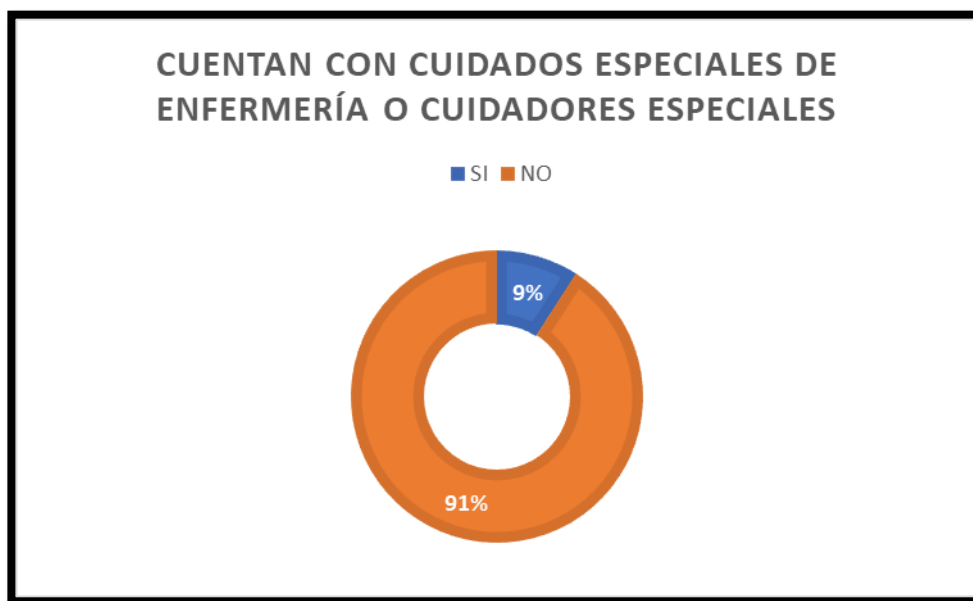


Figura 13. Cuentan con cuidados especiales o cuidadores

Ciertamente los usuarios de una entidad siempre tienen opiniones sobre aspectos que para ellos son importantes sobre los servicios que reciben,, por eso rescaté varios aspectos para que los encuestados puedan clasificar en una escala de likert, en donde encasillaron cada aspecto en orden de importancia, los valores asignados fueron de 1 al 5, en donde 1 equivale a no importante, 2 poco importante, 3 indiferente, 4 importante y 5 muy importante. En la tabla 15 se muestran la cantidad de respuestas que tuvieron los distintos aspectos con sus porcentajes y en la figura 14 se muestra

visualmente los puntos más cercanos al centro, son los menos puntuados y los más externos al centro del diagrama radial son los que obtuvieron mayor puntaje de importancia, alrededor del diagrama se muestran las opciones y por medio de los colores se puede inferir la importancia de cada aspecto que los usuarios calificaron.

Tabla 18. Resultados de la Escala de Likert

OPINIONES		1	2	3	4	5
CUIDADOS DE HOSPITALIZACIÓN LAS 24 HORAS	Respuestas	0	0	0	43	342
	Porcentaje	0%	0%	0%	11.17%	88.83%
SUMINISTRO DE MEDICINAS	Respuestas	0	0	11	22	352
	Porcentaje	0%	0%	2.86%	5.71%	91.43%
SUMINISTRO DE OXÍGENO	Respuestas	0	0	0	0	385
	Porcentaje	0%	0%	0%	0%	100%
TERAPIA RESPIRATORIA	Respuestas	0	0	0	3	382
	Porcentaje	0%	0%	0%	0.78%	99.22%
CUIDADO Y LIMPIEZA PERSONAL	Respuestas	0	0	360	25	0
	Porcentaje	0%	0%	93.51%	6.49%	0%
APOYO PSICOLÓGICO FAMILIAR	Respuestas	0	0	0	0	385
	Porcentaje	0%	0%	0%	0%	100%
REHABILITACIÓN FÍSICA	Respuestas	0	0	25	107	253
	Porcentaje	0%	0%	6.49%	27.79%	65.71%
JUEGOS Y RECREACIÓN	Respuestas	105	254	26	0	0
	Porcentaje	27.27%	65.97%	6.75%	0%	0%
COMODIDAD Y LIMPIEZA EN INFRAESTRUCTURA	Respuestas	0	10	347	28	0
	Porcentaje	0%	3.85%	90.13%	7.27%	0%
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A DOMICILIO 24 HORAS	Respuestas	0	0	24	304	57
	Porcentaje	0%	0%	6.23%	78.96%	14.81%
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA A DOMICILIO	Respuestas	0	0	0	14	371
	Porcentaje	0%	0%	0%	3.64%	96.36%

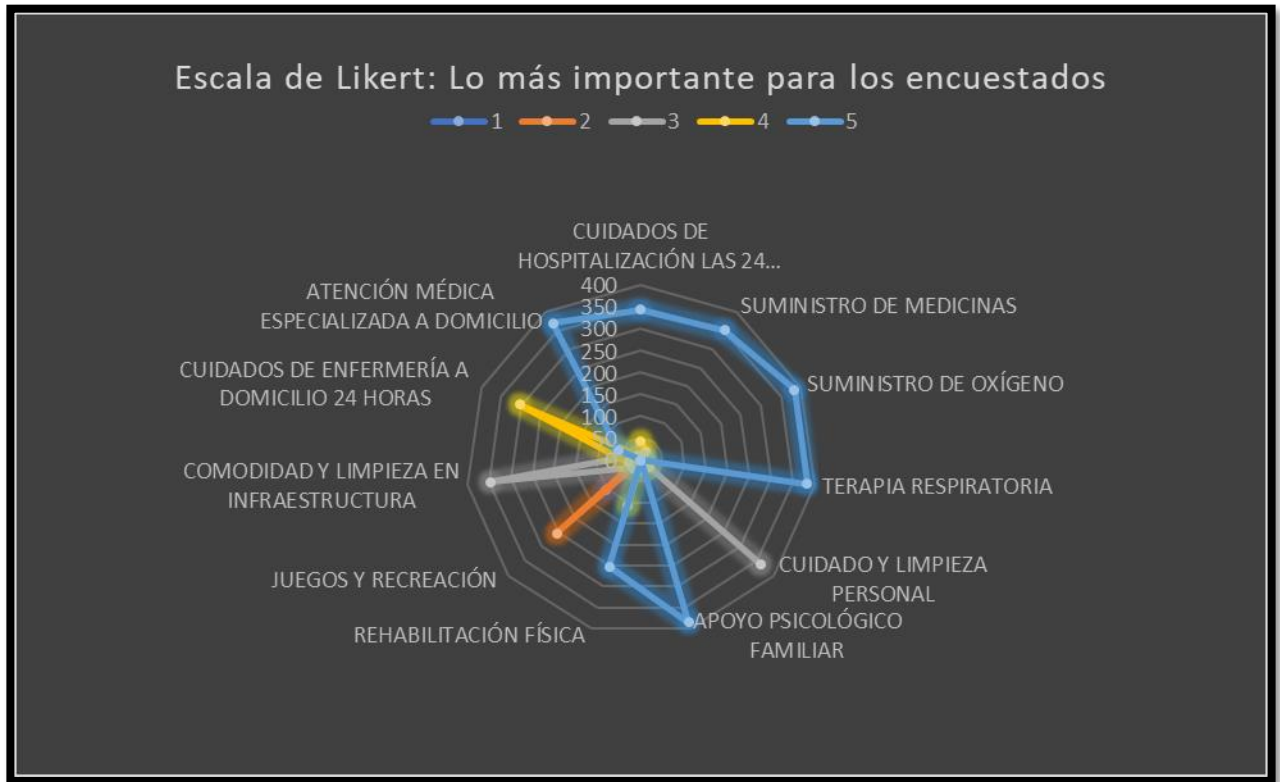


Figura 14. Importancia de necesidades para los encuestados

La mayoría de los encuestados (85%) refiere que utilizaría casi todos los días el centro de cuidados paliativos, un 5% lo utilizaría todos los días, otro 5% lo utilizaría ocasionalmente, un 2% lo utilizaría casi nunca y un 5% no lo utilizaría nunca. Ver tabla 19 y figura 15.

Tabla 19. Frecuencia supuesta de utilización de un centro de cuidados paliativos

FRECUENCIA	Encuestados	Porcentaje
NUNCA	20	5%
CASI NUNCA	6	2%
OCASIONALMENTE	20	5%
CASI TODOS LOS DÍAS	319	83%
TODOS LOS DIAS	20	5%
Total	385	100%

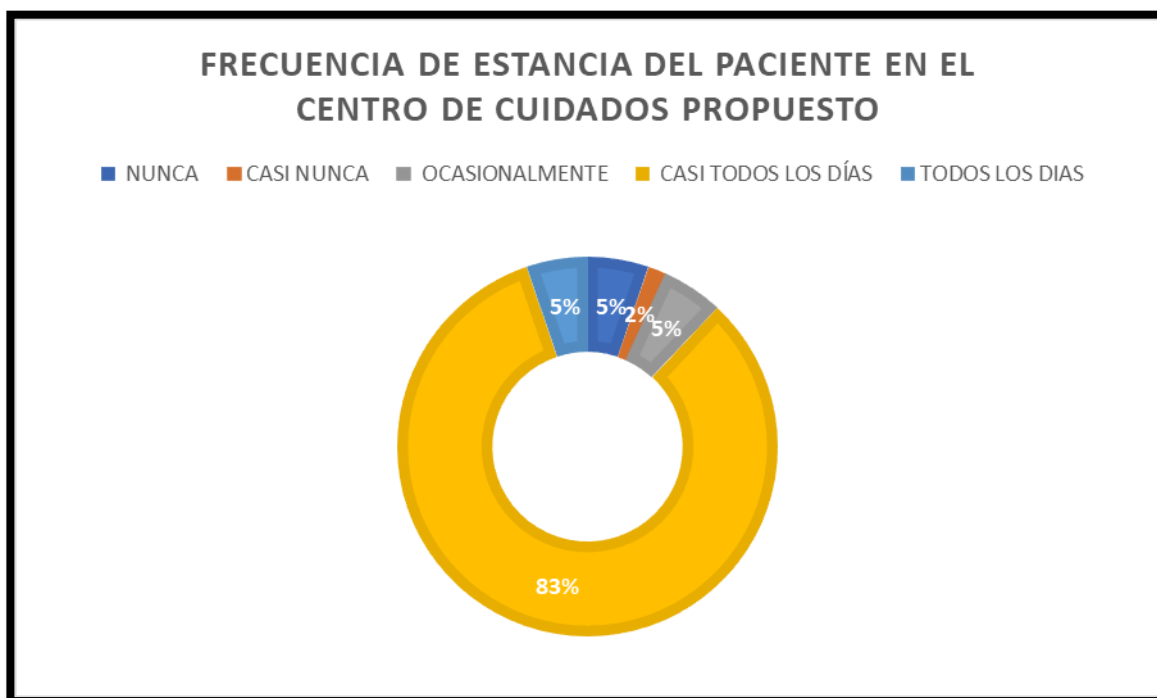


Figura 15. Frecuencia supuesta de utilización de un centro de cuidados paliativos

Se preguntó a los encuestados si alguna vez ha pagado por cuidados paliativos a domicilio y la mayoría, es decir el 46 % ha pagado por este servicio de manera ocasional, un 7% nunca ha contratado este servicio, un 8% casi nunca lo ha hecho, en escasas ocasiones si, un 21% casi siempre se ve obligado a hacerlo mientras que un 18% siempre debe mantener este servicio para sus familiares

Tabla 20. Frecuencia de pago de servicios especiales a domicilio

Frecuencia de pago	Respuestas	Porcentaje
NUNCA	27	7%
CASI NUNCA	32	8%
OCASIONALMENTE	176	46%
CASI SIEMPRE	81	21%
SIEMPRE	69	18%
Total	385	100%

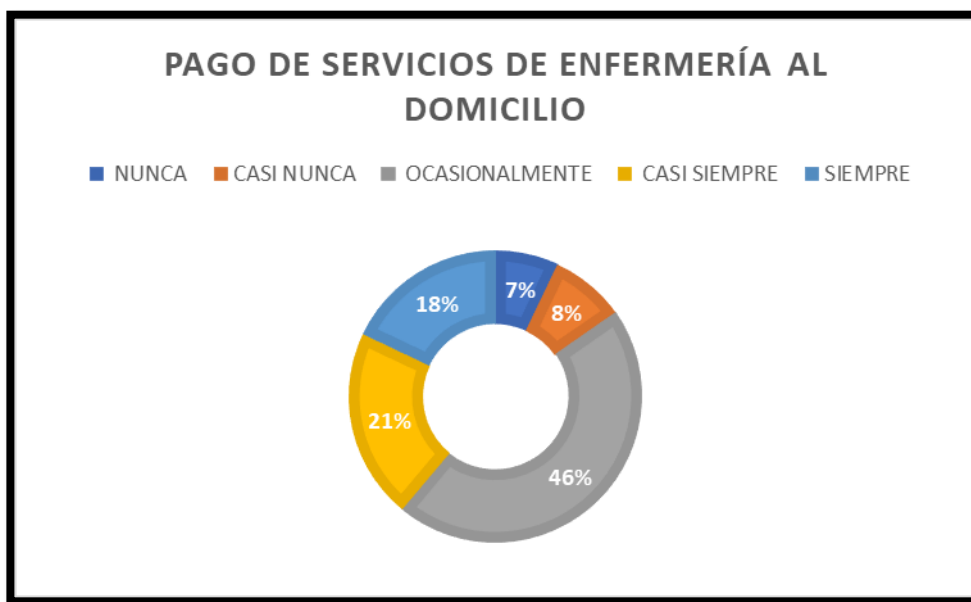


Figura 16. Pago de cuidados de enfermería a domicilio

El pago que tuvieron que pagar los que han contratado este servicio varía entre la población, la mayoría (46%), ha pagado entre 41 a 60 dólares por las 24 horas del servicio, un 24% ha pagado un valor entre 20 a 40 dólares, un 18% ha pagado valores de entre 61 a 80 dólares, mientras que un 12 % ha pagado valores de más de 80 dólares. Ver tabla 21 y figura 17.

Tabla 21. Costo por turno de 24 horas

COSTO	Encuestados	Porcentaje
De \$20 a \$40	92	24%
De \$41 a \$60	175	46%
De \$61 a \$80	71	18%
Más de \$80	47	12%
Total	385	100%

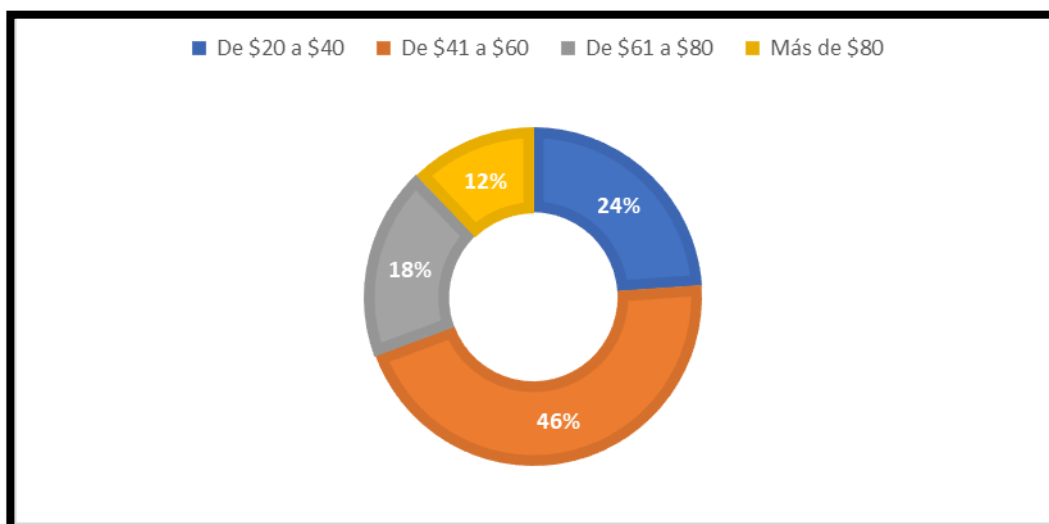


Figura 17. Valor monetario pagado al personal de enfermería en 24 horas de servicio

Por periodos mensuales el 50% de la población ha tenido que pagar un monto de entre 500 a 1000 dólares, por servicios de enfermería a domicilio, un 22% ha pagado valores de entre 1001 a 2000 dólares mientras que un 28% ha pagado más de 2001 dólares por estos servicios. Ver tabla 22 y figura 18.

Tabla 22. Pago mensual por servicios de enfermería a domicilio

COSTO	Encuestados	Porcentaje
De \$500 a \$1000	193	50%
De \$1001 a \$2000	85	22%
De \$2001 en adelante	107	28%
Total	385	100%

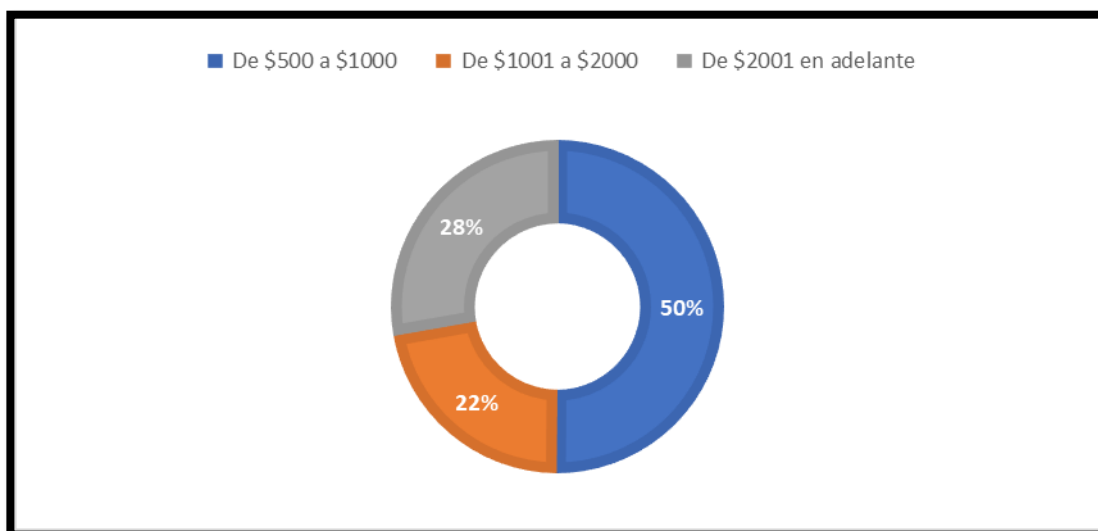


Figura 18. Pago mensual al personal de enfermería

El 46% de los encuestados refiere que el valor que pagan por el servicio a domicilio incluye los cuidados de enfermería y rehabilitación física, un 26% refiere que pagan solo por los cuidados de enfermería, un 12% declara que la medicación y el pago están incluidos en el precio y un 16% refiere que se incluyen otros servicios en el valor mensual. Ver tabla 23 y figura 19.

Tabla 23. Servicios incluidos en el servicio a domicilio

Servicios que se incluye	Encuestados	Porcentaje
Solo atención de cuidados de enfermería	99	26%
Cuidados de enfermería y rehabilitación física	176	46%
Medicación y oxígeno	48	12%
Otros	62	16%
Total	385	100%

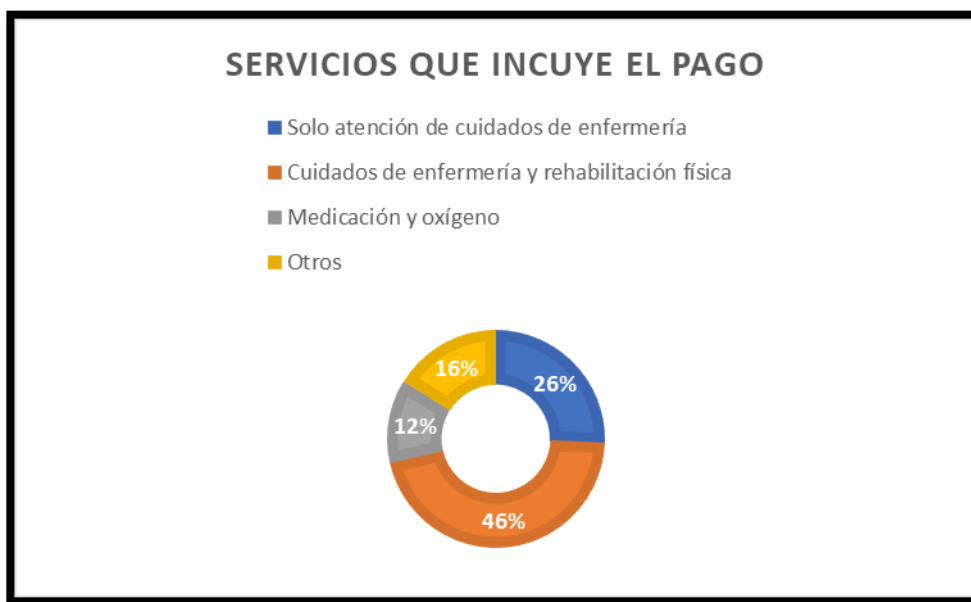


Figura 19. Servicios que cubriría el valor monetario de los servicios de enfermería

La mayoría de la población (53%) refiere que le gustaría que el centro de cuidados paliativos se ubique en vía a la costa, un 12.5% prefiere la zona sur, un 32.7% opta por la zona norte, a penas un 1.3% prefiere que esté en el centro de la ciudad y un 0.5%, vía Samborondón. Ver tabla 24 y figura 20.

Tabla 24. Ubicación del centro de Cuidados Paliativos

Zona	Encuestados	Porcentaje
Norte	126	32,7
Sur	48	12,5
Centro	5	1.3
Vía a la costa	204	53
Vía a Samborondón	2	0,5
Total	385	100%

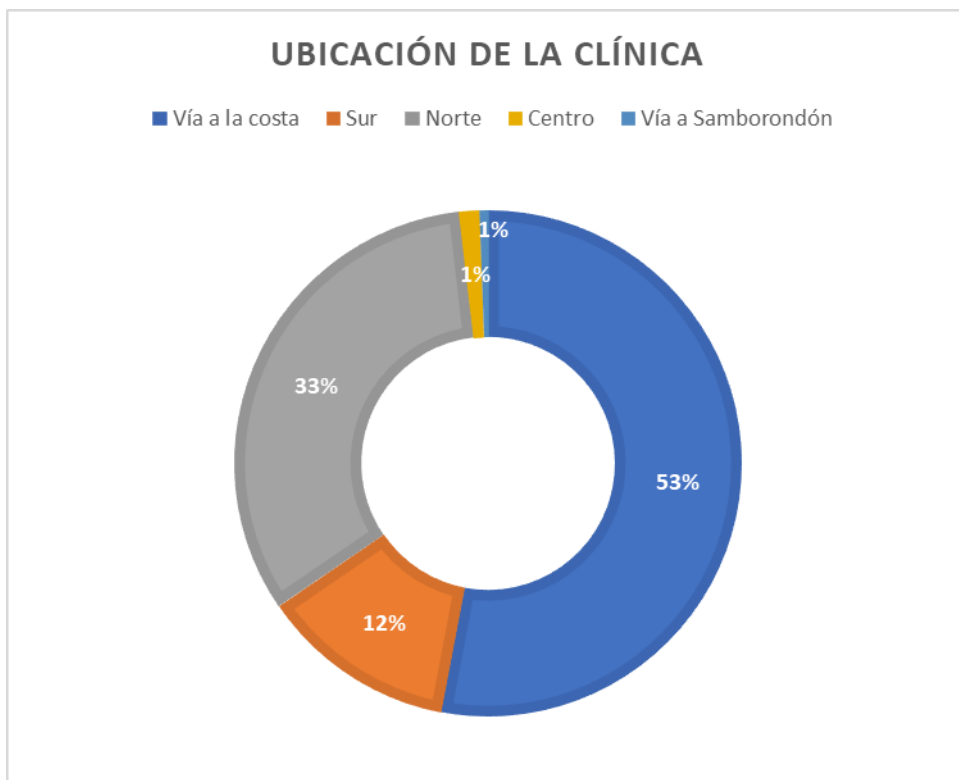


Figura 20. Ubicación de preferencia de un centro de cuidados paliativos supuesto

El medio de comunicación más usado por los encuestados fue las redes sociales con un 74% de respuestas, seguido de la televisión con un 21%, un 3% respondió que prefiere el periódico y un 2% la radio. Ver tabla 25 y figura 21.

Tabla 25. Medio de comunicación preferido

Medio de comunicación	Encuestados	Porcentaje
Radio	7	2%
Tv	81	21%
Periódico	10	3%
Redes sociales	287	74%
Total	385	100%

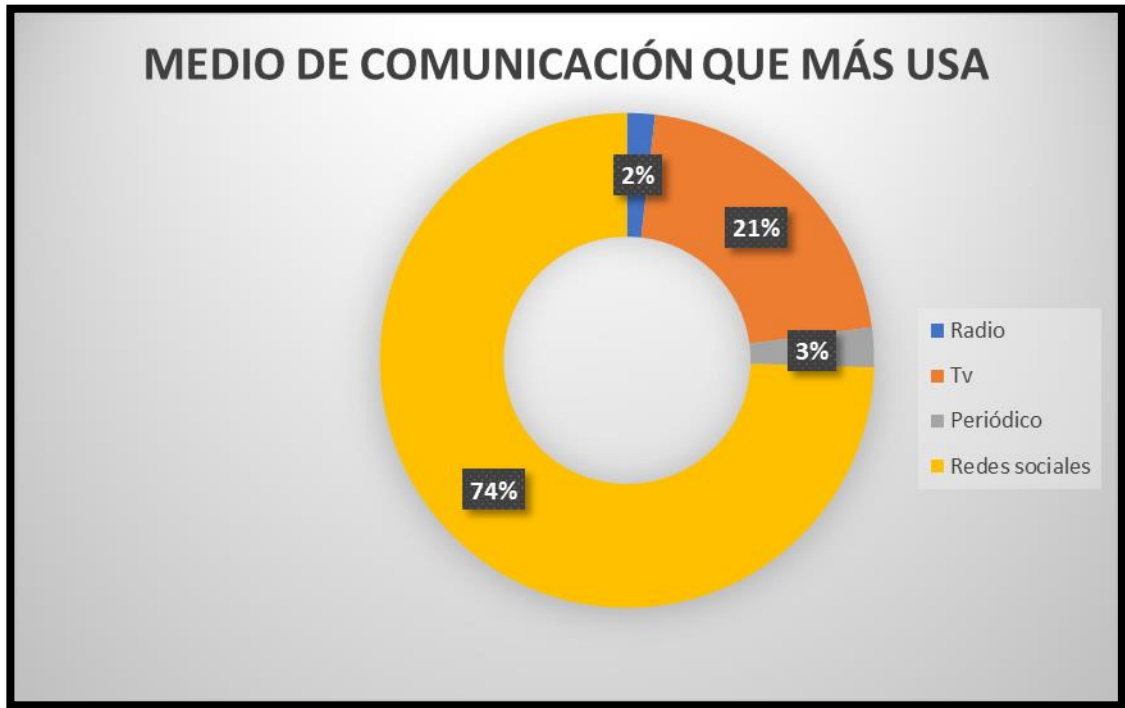


Figura 21. Medio de comunicación más usado por los encuestados

La red social que más utilizan es el facebook (78.18%), seguido de Instagram (16.62%) y finalmente twitter (5.19%). Ver tabla 26 y figura 22.

Tabla 26. Red social más usada

Red social	Respuestas	Porcentaje
Instagram	64	16,62
Facebook	301	78,18
Twitter	20	5,19
Total	385	100%

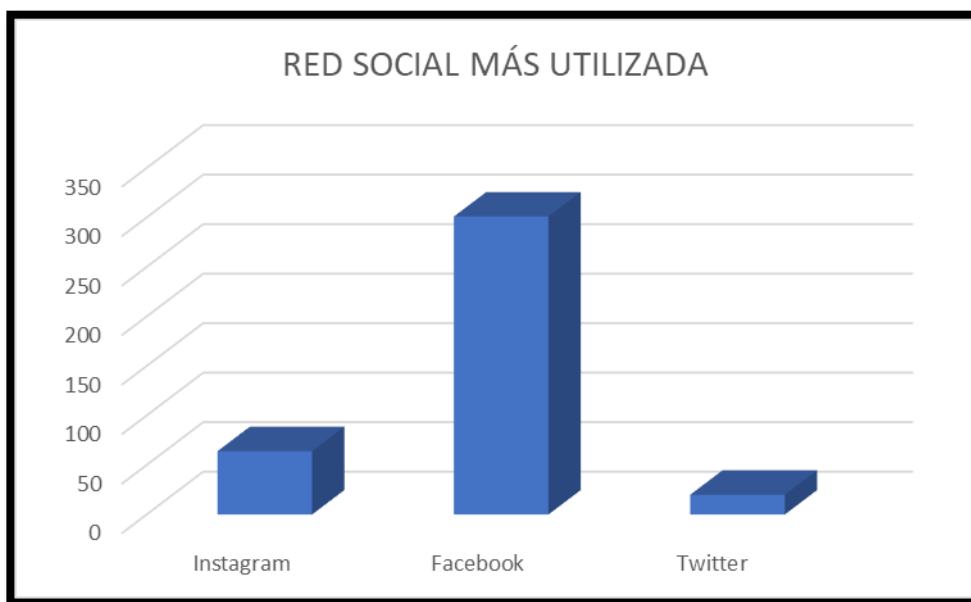


Figura 22. Red social más utilizada por los encuestadores

En conclusión de la encuesta se afirma que mayoría de la población vive en la ciudad de Guayaquil, están ubicados en el sector norte y sur y otros fuera de la ciudad, pocos poseen seguro de salud y de toda la población encuestados el 81% tiene a su cargo familiares que presentan alguna enfermedad crónica y /o degenerativa, y aunque el rango de edad del 40% del total tiene edades entre 40 a 64 años, hay un grupo importante del 7% de menores de 13 años y 30% de adultos mayores. La enfermedad de mayor prevalencia en la población encuestada fue Cáncer, seguido de enfermedades del corazón, complicaciones de la diabetes, alzheimer y un 13% otras enfermedades, solo el 25% de los pacientes tienen movilidad independiente y más del 90% no cuenta con cuidados especiales de enfermería en sus domicilios.

Entre los aspectos que consideran más importantes están el suministro de oxígeno y apoyo psicológico familiar, seguido del cuidado las 24 horas, terapia respiratoria, atención médica especializada a domicilio, suministro de medicinas y

cuidados de hospitalización las 24 horas. Más del 80% de los encuestados utilizaría el centro de cuidados paliativos propuesto en este proyecto, el medio de comunicación preferido son redes sociales y la más usada es el Facebook, medio que serviría como fuente primaria para publicidad. La zona que prefieren que se desarrolle este centro de cuidados paliativos, es la zona norte, seguido de la zona centro y finalmente la zona sur, un pequeño porcentaje respondió que prefiere la zona vía a Samborondón y una minoría de menos del 1% le gustaría que sea vía a la Costa.

Capítulo IV

PROPUESTA

Marco Organizacional

La propuesta de este proyecto de investigación es la creación del Centro de Cuidados Paliativos “Living”, el cual se plantea que cuente con profesionales de la salud capacitados en varias disciplinas médicas, además de técnicos profesionales y personal de apoyo tanto en el departamento administrativo como en las áreas de atención de salud.

Misión

El centro de cuidados paliativos “Living”, tiene como misión brindar atención integral de salud de la más alta calidad, con profesionales excelentes que brindan sus servicios de manera eficiente y que promueven el mejoramiento de su calidad de vida con su alta vocación de servicio.

Visión

El centro de cuidados paliativos “Living”, se visiona como el mejor centro del país en su clase, que brinda a la comunidad servicios médicos variados y con tecnología de última generación, además cuenta con personal técnico altamente capacitado con gran sensibilidad humana y dispuestos a contribuir con la sociedad en todo momento

Filosofía

El Centro de cuidados paliativos “Living”, tiene como filosofía proporcionarle al paciente y familiares una atención integral y exclusiva con la finalidad de brindar el apoyo médico, moral, social y facilidades económicas que necesiten dentro del proceso de las etapas más críticas de la enfermedad hasta que ocurre el inevitable fallecimiento del paciente.

- Se proporcionará cuidado integral desde el punto de vista holístico durante los procedimientos de diagnóstico y consultorías médicas en el transcurso del tratamiento del paciente.
- Se impulsará un ambiente de equidad, es por eso que se respetará las creencias religiosas, los valores y las costumbres de los usuarios y sus familiares.
- Se promoverá las capacitaciones del personal para que desarrolle sus destrezas a máxima capacidad, y de esta manera mejoren continuamente la atención en salud.

Objetivos del Centro de Cuidados Paliativos

El Centro de Cuidados Paliativos “Living” tiene como objetivos lo siguiente:

- Garantizar un servicio de calidad mediante:
 - Oferta de una atención al cliente de calidad
 - Personal calificado en todas las áreas
 - Alianzas estratégicas con otros centros de cuidados paliativos
 - Atención las 24 horas, los 7 días de la semana
 - Brindar seguridad con la infraestructura y cámaras electrónicas

- Desarrollar un plan continuo de mejoramiento de la calidad por medio de encuestas de satisfacción al usuario.
- Mantenerse a la vanguardia con las nuevas tecnologías para mejorar los servicios.
- Mantener buen control del tiempo dentro de los procesos internos de consultas y procedimientos dentro del área de hospitalización.

Para lograr con el cumplimiento de estos objetivos se desarrollarán indicadores de resultado de encuestas de satisfacción al usuario, asistencia del personal a capacitaciones en el área correspondiente y capacitaciones de innovación tecnológica

Organigrama estructural de dirección

La configuración de la estructura organizacional será simple según Mintzberg (1991):

- El ápice estratégico, lo conforman los directivos, encabezado por un director médico y quienes tengan parte como accionistas, ellos tendrán la labor de supervisar las labores del centro y crear estrategias de mejora continua
- En la línea media se encuentra el personal administrativo, quienes hacen ejecutar las actividades propuestas por los directivos, sin embargo, necesitan colaboración del núcleo de operación y el staff de apoyo.

- El staff de apoyo lo conforman el personal de marketing, tecnología de información, expertos contables, personal de recursos humanos y otros colaboradores.
- Los que conforman el núcleo operativo son los responsables de los procesos operativos, como el proceso de admisión, consultas a especialistas, internamiento y hospitalización, entre otras actividades.

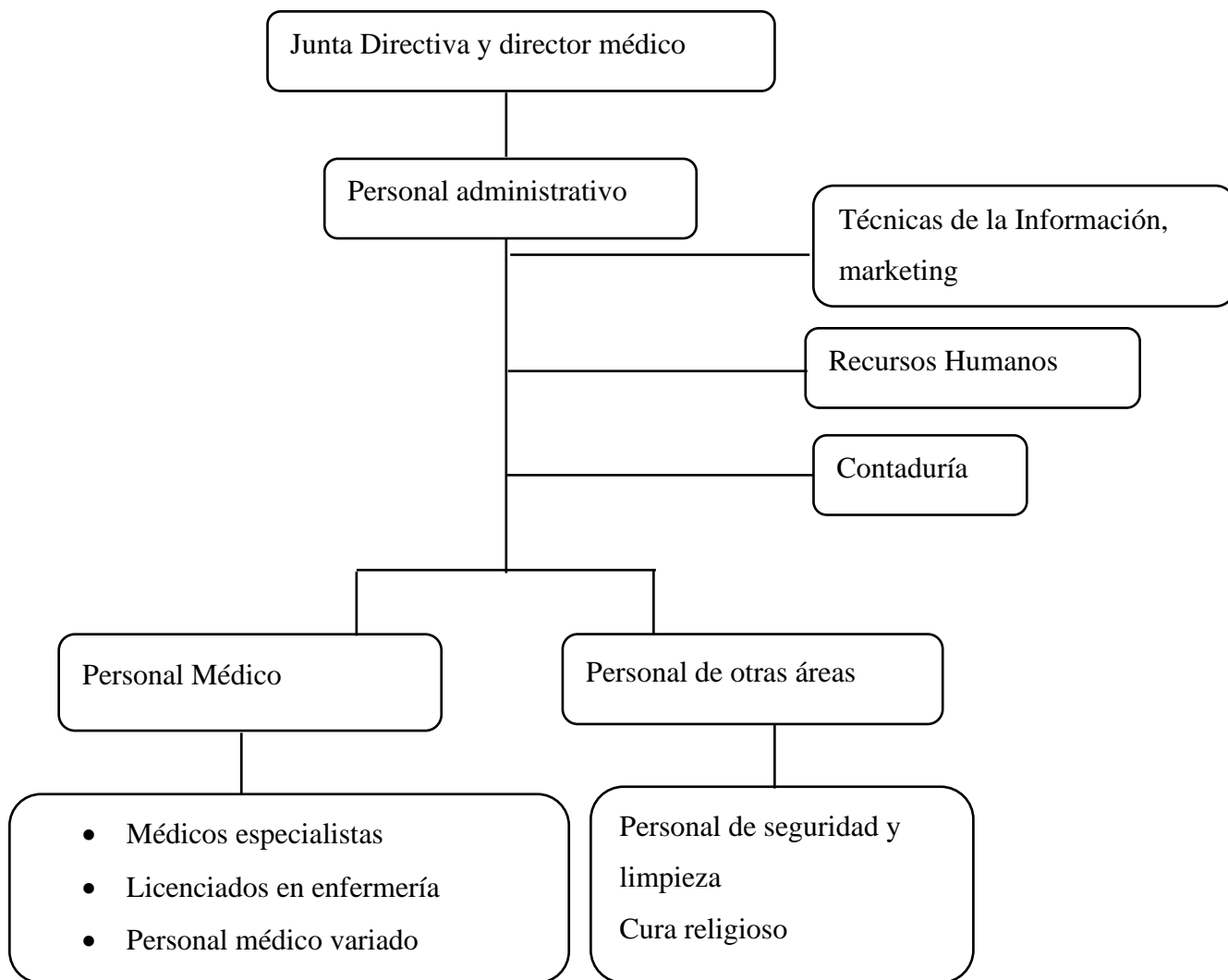


Figura 23. Organigrama Estructural de Dirección

Organigrama laboral

Una vez comprendida la estructura, se describe que el personal lo conforman, la dirección, compuesta por cinco accionistas, una coordinadora general, una secretaria y una recepcionista; en el área financiera están solo un contador y un asistente contable, en la subdirección se encuentra el subdirector que es el que vigila y coordina al personal médico (un psicólogo, dos licenciados/as en Nutrición, cinco médicos en Cuidados paliativos, un ginecólogo/a, un gastroenterólogo, un endocrinólogo, dos licenciados/as en terapia respiratoria, dos oncólogos, un Jefe de laboratorio, dos laboratoristas, cuatro licenciados en enfermería, dos terapeutas Respiratorios y finalmente el personal de apoyo que está conformado por un ingeniero en Marketing, un licenciado en Recursos Humanos, dos guardias de seguridad, seis personas de limpieza y un cura religioso. Ver figura 24.

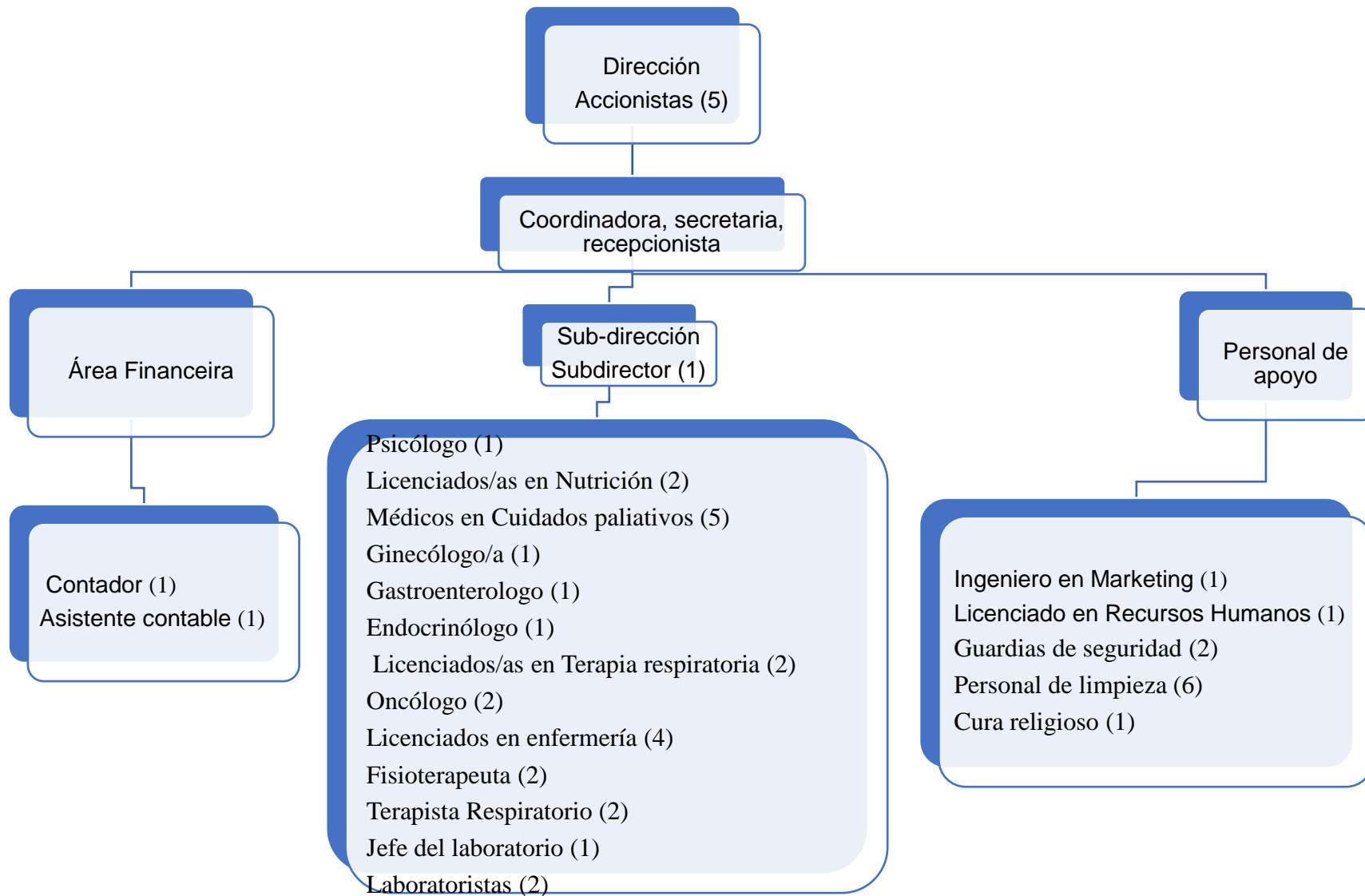


Figura 24. Organigrama Laboral

Funciones del personal médico

- **Psicólogo:** Se encarga de brindar ayuda psicológica y terapéutica a los pacientes y a familiares, tanto como consulta externa para quienes busquen tratamientos, como para todo el personal de hospitalización, para que mejoren su estado emocional en las difíciles etapas de las enfermedades crónicas y/o degenerativas (Guzmán, 2021).
- **Licenciados/as en Nutrición:** se encargan de identificar las necesidades nutricionales y realizar evaluaciones del estado nutricional a los pacientes que busquen consultas externas y tengan enfermedades crónicas, y también para los pacientes en hospitalización, el seguimiento de la alimentación dentro del hospital en las distintas circunstancias de los pacientes, para que por medio de la dieta puedan mejorar los síntomas de su enfermedad y tengan un mejor estilo de vida (Facultad de Ciencias de la Vida ESPOL, 2021).
- **Licenciados en enfermería:** Los licenciados en enfermería llegan a formar lazos emocionales con el paciente y sus familiares y son los que brindan confort y ayudan a preservar la calidad de vida, siempre tratan de dar cuidados adecuados en cada proceso de cada paciente y deben siempre respetar su dignidad. Son los encargados de mantener medidas de confort e higiene de piel y mucosas, procurar en todo momento que se desarrolle un ambiente tranquilo, observar en el paciente los signos verbales y no verbales de dolor, agitación o inquietud. Deben practicar el trato al paciente con la misma actitud de respeto de siempre, mantener en todo momento la comunicación, sin olvidar la no verbal, como tocarle, cogerle la mano, hablarle cuando se realice

algún cuidado y con respecto a la relación con la familia del paciente, se deben caracterizar por ofrecer la información verdadera y oportuna en cada momento, con respecto a los cambios dentro del proceso de cuidado del enfermo (Zabalegui Yárnoz, 2003).

- **Médicos en Cuidados paliativos:** Los médicos especialistas en cuidados paliativos, se encargan de valorar de manera global de la situación del enfermo y el origen orgánico, además realizan el bordaje integral del paciente, también se encargan de informar a la familia desde las primeras instancias de la enfermedad crónica y/o degenerativa, Reorientar los esfuerzos terapéuticos en establecer medidas de confort de acuerdo con el pronóstico; los médicos paliativistas tienen el importantísimo trabajo crear un plan de cuidados que permita valorar los aspectos importantes para sobrellevar la enfermedad en conjunto con la familia, aspectos económicos, emocionales, laborales, etc. Finalmente se encargan de verificar la atención que espera recibir del paciente en conjunto al entorno afectivo, el ambiente confortable el soporte que recibirá cuando la curación no sea posible (Loncán, Gisbert, Fernández, & Valentí, 2007).
- **Ginecólogo/a:** Se encarga de atender las patologías relacionadas con los órganos femeninos (útero, vagina, ovarios, entre otros), además de enseñar métodos para prevención de enfermedades a futuro (Clínica AISA, 2019).
- **Gastroenterólogo:** El gastroenterólogo, es el médico especialista que trata enfermedades o alteraciones de todo el tracto gastrointestinal, que va desde la boca hasta el ano. Es responsable de tratar diversas enfermedades relacionadas con la digestión como: Las principales enfermedades tratadas por el

gastroenterólogo son: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis y úlcera gástrica, piedra en la vesícula, hepatitis y cirrosis, síndrome de intestino irritable, pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal, intolerancia a la lactosa, hemorroides, entre otras (Ramírez, 2019).

- **Endocrinólogo:** Al endocrinólogo le corresponde tratar las afecciones endocrinas, problemas metabólicos y ciertos trastornos nutricionales. Además, trata de buscar nuevos tratamientos para aquellas dolencias. También monitorea los procedimientos bariátricos y trata los efectos colaterales generados (Morales, 2019).
- **Licenciados/as en Terapia respiratoria:** Existen dos síntomas que un enfermo puede experimentar, son el dolor y la disnea (dificultad para respirar), es por eso que los expertos en terapia respiratoria brindan un gigantesco apoyo al equipo médico ya que es el encargado de aminorar la falta de aire mediante distintas estrategias y acciones (Elizalde, 2019).
- **Oncólogo:** Un oncólogo es el médico que trata el cáncer y brinda atención médica para una persona diagnosticada con cáncer, sus funciones van desde explicar el diagnóstico del cáncer y la etapa, informar sobre todas las opciones de tratamiento y su elección de preferencia, dar una atención de calidad y compasiva y sobretodo ayudar al paciente a manejar los síntomas y los efectos secundarios del cáncer y el tratamiento para el cáncer (Junta Editorial de Cáncer.Net, 2018).
- **Jefe del laboratorio:** Se encarga de dirigir técnica y administrativamente el funcionamiento del laboratorio, de acuerdo a las normas institucionales establecidas, esto incluye supervisar y coordinar la toma de muestras,

ejecución de exámenes y la oportuna entrega de informes. Llevar un control para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de laboratorio, es un auxiliar en la interpretación de los resultados de los exámenes y participar en los programas de capacitación del personal de laboratorio (Secretaría de salud de Mexico, 2021).

- **Laboratorista:** Son diversas funciones que desempeña un laboratorista, algunas de ellas son (Equipo de CEMP, 2021):
 - Obtener las muestras biológicas, es decir, aquellas sobre las que se va a desarrollar el proceso de análisis clínico que corresponda en cada caso.
 - Asegurar la correcta conservación de las muestras biológicas durante todo el proceso analítico, así como su trazabilidad según el protocolo aplicable.
 - Aplicar técnicas de procesamiento preanalítico, con la finalidad de preparar y acondicionar las muestras biológicas para su análisis.
 - Aplicar las técnicas de análisis correspondientes, según el caso de que se trate. Así, esto puede implicar lo siguiente:
 - Aplicar técnicas de análisis hematológico sobre las muestras recibidas.
 - Practicar analíticas de tipo microbiológico en muestras y cultivos.
 - Aplicar técnicas inmunológicas a las muestras biológicas.
 - Realizar análisis de parámetros bioquímicos (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, bilirrubina, transaminasas, entre otros).
 - Aplicar técnicas de análisis genético a muestras biológicas y cultivos celulares.

- Verificar la aplicación de los protocolos establecidos durante el desarrollo de los análisis.
- Evaluar la fiabilidad de los resultados obtenidos en el procedimiento de análisis.
- Comunicar los resultados de las analíticas según el protocolo en vigor.
- Comprobar el adecuado funcionamiento de los equipos analíticos, así como la aplicación de las tareas de mantenimiento que sean precisas.
- Gestionar las existencias de material y suministros del laboratorio clínico.
- Identificar y evaluar los posibles riesgos en el funcionamiento del laboratorio, adoptando las medidas de prevención y corrección necesarias.

FODA

Tabla 27. FODA del centro de Cuidados Paliativos “Living”

Centro de Cuidados Paliativos “Living”	Fortalezas	Debilidades
	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de salud especializados en Cuidados Paliativos - Infraestructura de alta tecnología - Equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de camas al inicio de la construcción - Algunos tratamientos farmacológicos costosos
Oportunidades	F.O max-max	D.O min-max
<ul style="list-style-type: none"> - Convenios con otras casas de salud - Apoyo de preprofesionales de salud de las diferentes universidades del país (prácticas pre profesionales) - Demanda de pacientes - Ubicación geográfica con poco tráfico vehicular y vía en buen estado 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el equipo de salud multidisciplinario y preparado en especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de nuevos espacios físicos - Implementación de nuevos proveedores de insumos médicos que ofrezcan insumos de calidad y a menor precio - Satisfacción usuaria - Motivación laboral y social con el equipo de salud
Amenazas	FA max-min	DA min-min
<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de salud de especialidades - Accesibilidad económica para los usuarios de recursos limitados - Capacitaciones al personal autofinanciadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación y actualización continua académica y científica del talento humano hacia los servicios de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un plan estratégico para implementar nuevas especialidades para la satisfacción usuaria

Estudio de Mercado

Como se detalla en el capítulo 3, por medio de la encuesta de dio a conocer que existe un mercado activo para los cuidados paliativos, las personas encuestadas usarían el centro que se propone en este proyecto para su beneficio y mejor calidad de vida, a continuación, se presenta de manera general la oferta de varios centros similares y se detallará en las secciones contiguas cómo está planificado el centro “Living”.

Oferta

Aunque existen varios centros de cuidados paliativos a nivel de país, en Guayaquil no existen servicios de cuidados paliativos en centros de atención comunitario, el listado es el siguiente (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno , 2013):

Servicios de primer nivel de atención:

- 3 residencias de tipo hospitalario:
 - Hospice San Camilo
 - La Casa Hogar de Adultos de la Asociación de Amigos Benefactores (en Quito)
 - La Casa del Hombre Doliente (Guayaquil)
- 2 instituciones que ofrecen atención domiciliaria
 - Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL)
 - Fundación Jersey
- No existen servicios de cuidados paliativos en centros de atención comunitario

Servicios exclusivos en Hospitales de segundo nivel:

- No existen servicios/unidades de cuidados paliativos en hospitales de segundo nivel de atención

Servicios exclusivos en Hospitales de tercer nivel:

- Hay 2 unidades de cuidados paliativos que funcionan en hospitales de tercer nivel:
 - Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA-Guayaquil)
 - Hospital de la Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (SOLCA-Quito)

Servicios Equipos multinivel:

- Se identificaron 3 equipos de servicios multinivel:
 - Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA-Portoviejo)
 - Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA-Loja)
 - Hospital Universidad Técnica Particular de Loja (HUTPL)

El Centro de Cuidados Paliativos “Living”, ha sido creado pensando en los pacientes y sus familias, que se enfrentan a difíciles situaciones a consecuencia de las enfermedades; este centro contará con varias áreas como:

- Servicio de fisioterapia y rehabilitación
- Servicio de enfermería
- Programa de apoyo espiritual
- Servicio de exámenes de laboratorio

- Servicio de consulta externa (Psicología, Nutrición, Cuidado paliativo, ginecología, gastroenterología, endocrinología, terapia respiratoria, oncología)
- Servicio a domicilio cuando sea necesario

Se pretende contar con un estimado de 40 camas para adultos y 5 pediátricas, una sala de procedimientos ambulatorios, una sala de cirugías, una farmacia y un oratorio espiritual.

Mercado

Los servicios públicos en salud a pesar de los esfuerzos del gobierno no son los más eficientes a pesar de la inversión de grandes recursos para la creación y mantenimiento de centros hospitalarios y ambulatorios. Debido a esto la población se ve obligada a buscar centros privados de salud y ajustar los gastos al presupuesto familiar para poder llevar el tratamiento de sus familiares con las diversas dolencias.

Aunque cada centro de cuidados paliativos que existe tenga ventajas que le permitan competir con los demás, la comunidad siempre busca lugares que ofrezcan servicios completos, como consultas, exámenes de laboratorio, hospitalización, cafetería, entre otros.

Precios del servicio

Con respecto a los precios de los servicios, se ha considerado los valores en base a los costos de la competencia, en la tabla 28 se puede observar el precio promedio de los servicios ofertados.

Tabla 28. Precio promedio de los servicios ofertados

Productos (Consultas)	Precio promedio
• Consultas de Nutrición	25\$
• Consultas de Terapia respiratoria	25\$
• Consultas de Oncología	25\$
• Consultas de Ginecología	25\$
• Consultas de Psicología	25\$
• Consultas de Gastroenterología	25\$
• Consultas de Endocrinología	25\$
• Consultas de Traumatología	20\$
• Fisioterapia y rehabilitación	500\$ -700\$
• Cuidados paliativos	300\$-500\$

Existen 2 paquetes para los servicios de Fisioterapia y rehabilitación y 2 paquetes para los servicios de cuidados paliativos. Con respecto a el paquete simple de fisiatría y rehabilitación, los servicios que se incluye son: Exámenes de laboratorio básicos (Hemograma completo, coproparasitario y físico-químico sedimento), atención a domicilio de 5 días, programa de terapia física de 20 días y medicinas básicas para terapia del dolor, también costos de hospitalización de 10 días y en el paquete completo los servicios que recibirían son, exámenes de laboratorio básicos (Hemograma completo, coproparasitario y físico-químico sedimento) 1 radiografía en el área de la patología, 1 tomografía, atención a domicilio de 15 días, programa de terapia física de 25 días y medicinas para terapia del dolor.

El paquete de cuidados paliativos simple incluye exámenes de laboratorio básicos para control de parámetros bioquímicos, procedimientos ambulatorios de curaciones 8 veces al mes, hospitalización de 10 días si fuese necesario, atención a domicilio de 10 días, medicinas básicas para terapia del dolor y participación del programa de psicología de 15 días para el paciente y el paquete completo incluye: Exámenes de laboratorio básicos, procedimientos ambulatorios 10 veces al mes, hospitalización de 20 días de ser necesario, atención a domicilio de 10 días, medicinas básicas para terapia del dolor y participación del programa de psicología permanente para el paciente y familiares.

Tabla 29. Paquetes ofertados

Área	Paquetes	Servicios	Precio mensual
Fisiatría y rehabilitación	Paquete Simple	Exámenes de laboratorio básicos Hospitalización de 10 días Atención a domicilio de 5 días Programa de terapia física de 20 días Medicinas básicas para terapia del dolor	500
	Paquete Completo	Exámenes de laboratorio completos Hospitalización de 20 días 1 radiografía 1 tomografía Atención a domicilio de 15 días Programa de terapia física de 25 días	700

		Medicinas básicas para terapia del dolor	
Cuidados paliativos	Paquete Simple	Exámenes de laboratorio básicos Procedimientos ambulatorios 8 veces al mes Hospitalización de 10 días Atención a domicilio de 10 días Medicinas básicas para terapia del dolor Programa de Psicología de 15 días para el paciente	300
	Paquete Completo	Exámenes de laboratorio completos Procedimientos ambulatorios 10 veces al mes Hospitalización de 20 días Atención a domicilio de 10 días Medicinas básicas para terapia del dolor Programa de Psicología permanente para el paciente y familiares	500

Comercialización

Se espera que el centro de cuidados paliativos genere un excelente servicio al público en general, lo cual será una estrategia publicitaria. Ya que el enfoque será en la percepción de calidad, del servicio, factor esencial para el crecimiento de la demanda de los servicios. Se utilizará una mezcla de comunicaciones compuesta por:

Publicidad y marketing: contratación de experto en el área comercial. Esta persona será responsable de desarrollar la página web y de publicitar en las redes sociales, creando expectativa online a quienes no conocen de nuestros servicios.

- Eventos: mediante alianzas estratégicas en conjunto con clínicas especializadas en tratamientos de enfermedades crónicas y/o degenerativas, se difundirá la importancia de los cuidados paliativos.
- Marketing persona a persona: los mismos usuarios podrán referir de los servicios a la comunidad.
- Incentivo para generar referidos. Se medirá a través del indicador de referidos por cliente al año. Nuestros usuarios podrán acceder a descuentos por referir más clientes.

Publicidad escrita: folletería y brochures, publicidad en el local (banners), etc.

Estudio Técnico

Cronograma

El desarrollo de este proyecto, consta de dos fases, la primera fase corresponde a la compra del terreno y construcción del edificio que está programado para un año y la segunda fase es la recuperación de la inversión, que se estima sea de 5 años posteriores a la construcción.

Cronograma de ejecución del proyecto

Tabla 30. Cronograma de ejecución del proyecto

PRIMERA FASE												
Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Compra del terreno y elaboración del Diseño												
Construcción del edificio												
Acabados												
Instalación de equipos (Aires acondicionados, inst. eléctricas, sistema de agua, etc)												
Bienes muebles												
Instalación de equipos y sistemas informáticos												
Imprevistos												

Localización

El terreno está ubicado al pie de la vía en el Kilómetro 21 de la Vía la Costa, en Guayaquil, cerca de la Comuna Casas Viejas, al margen derecho en sentido Guayas-Villamil. Cuenta con 1500 m², el cual se pretende comprar por un valor de 1,500.000 dólares.

Lay-out

El edificio cuenta con parqueo de aproximadamente 200 metros y seguridad interna y externa las 24 horas. En el exterior frontal se encuentra el área de parqueo y en los laterales del edificio áreas verdes de recreación, también en uno de los extremos de terreno se encuentra el laboratorio de exámenes (ver figura 25).

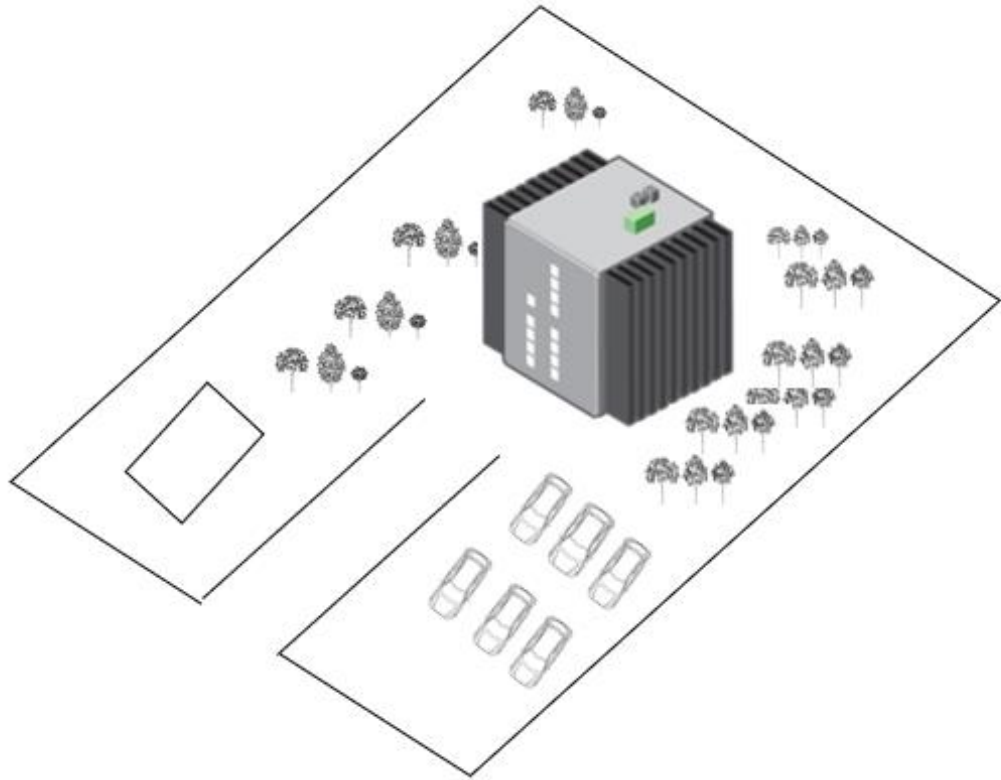


Figura 25. Bosquejo del edificio vista exterior.

A continuación, se muestra la Ubicación vía Google maps:



Figura 26. Ubicación en Google Maps

El interior del edificio está distribuido en 3 plantas.

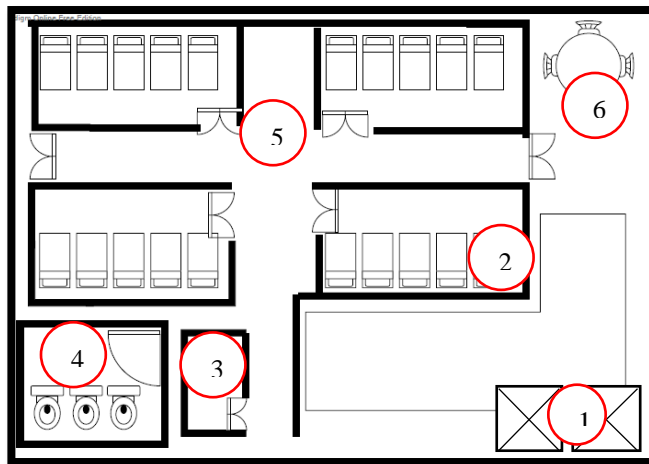
- La planta baja: Cuenta con área de recepción, oficina de trabajo social y una oficina para los directivos, también cuenta con una cafetería, secciones de descanso con sillas, una sala de fisioterapia y una gran sala de cirugía, en la parte posterior también están los elevadores. (ver figura 27).



1. Entrada
2. Recepción
3. Oficina de trabajo social
4. Oficina de directivos
5. Elevadores
6. Sala de espera
7. Cafetería
8. Sala de fisioterapia
9. Sala de Cirugías y procedimientos ambulatorios

Figura 27. Lay-Out planta baja

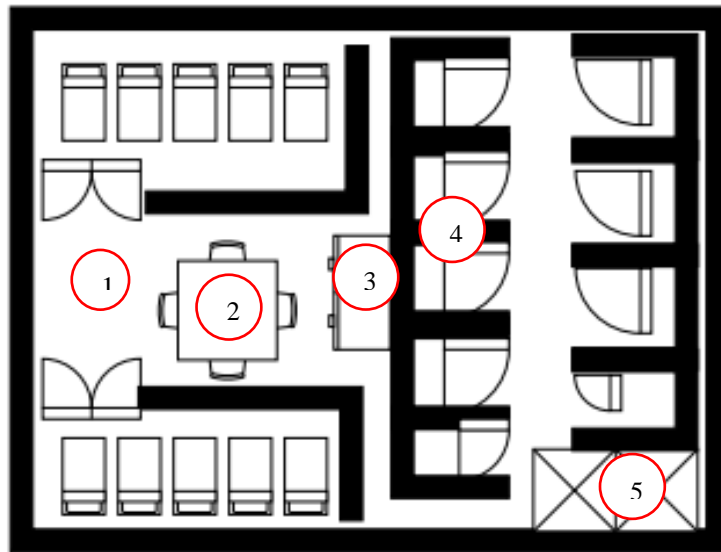
- El piso 1: Cuenta con 20 camas generales, baños, una recepción de enfermería, una sala de espera, el oratorio y los elevadores (ver figura 28).



1. Elevadores
2. Oratorio
3. Recepción de enfermería
4. Baños
5. Hospitalización general
6. Sala de espera

Figura 28. Lay-Out piso 1

- El piso 2: cuenta con 10 camas exclusivas, una sala de espera, elevadores y consultorios de las distintas especialidades (ver figura 29).



1. Hospitalización exclusiva
2. Sala de espera
3. Recepción de enfermería
4. Consultorios de especialidades

Figura 29. Lay-Out piso 2

Cartera de servicios

Entre los servicios que contará el centro de cuidados paliativos “Living”, se encuentran los siguientes:

- Psicología
- Nutrición
- Traumatología
- Oncología
- Ginecología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Psicología
- Terapia respiratoria
- Cuidados paliativos
- Fisioterapia

- Exámenes de laboratorio
- Cafetería
- Cirugías
- Trabajo Social
- Programa de ayuda espiritual
- Servicios de enfermería

Turnos de trabajo

Tabla 31. Turnos de Trabajo

	Primer turno	Segundo turno
Administrativos	8:30am-5:30pm	-----
Personal Técnico	7:00am-1:00pm	-----
Personal Médico	7:00am-1:00pm	1:00pm-7:00pm
Equipo de apoyo	7:00am-4:00pm	-----
Personal de enfermería	7:00am-7:00pm	7:00pm-7:00am

Cargos del personal, número de personas por categoría y salarios

Tabla 32. Personal y Salarios

Cargo del personal	Cantidad	Salario individual	Salario total
Sub-Director médico	1	\$3.650,00	\$3.650,00
Coordinador de servicios	1	\$1.505,48	\$1.505,48
Secretaria	1	\$ 800,00	\$ 800,00
Contador	1	\$1.091,00	\$1.091,00
Asistente contable	1	\$ 600,00	\$ 600,00
Recepcionista	2	\$ 800,00	\$1.600,00

Ingeniero en marketing	1	\$ 800,00	\$ 800,00
Guardias de seguridad	2	\$ 800,00	\$1.600,00
Personal de limpieza	6	\$ 440,84	\$2.645,04
Cura Religioso	1	\$ 800,00	\$ 800,00
Licenciado en recursos humanos	1	\$1.200,00	\$1.200,00
Especialista en Cuidados Paliativos	5	\$2.500,00	\$12.500,00
Oncólogo	2	\$1.349,23	\$ 2.698,46
Licenciados en enfermería	4	\$1.139,35	\$4.557,40
Nutricionistas	2	\$1.550,29	\$3.100,58
Terapista Respiratorio	2	\$ 695,19	\$1.390,38
Gastroenterólogo	1	\$1.461,23	\$1.461,23
Endocrinólogo	1	\$1.349,33	\$1.349,33
Ginecólogo	1	\$1.182,00	\$1.182,00
Licenciados en terapia respiratoria	2	\$1.943,25	\$3.886,50
Traumatólogo	1	\$1.922,11	\$1.922,11
Fisioterapeuta	2	\$1.560,18	\$3.120,36
Psicólogo	2	\$1.245,54	\$2.491,08
Laboratoristas	2	\$1.669,92	\$3.339,84
Jefe del laboratorio	1	\$1.800,00	\$1.800,00
TOTAL MENSUAL			\$61.090,79

Estudio económico-financiero

En esta sección se analiza el área financiera del plan de negocios. En este apartado se incluye la inversión, los costos, los gastos, los ingresos estimados, un

estado financiero proyectado y el análisis de factibilidad para la creación del Centro de Cuidados Paliativos “Living”.

Inversión

La inversión de inicio se clasificó en activos no corrientes, gastos pre-operativos y capital de trabajo. La inversión no corriente o también llamada activos fijos incluyen los valores que se pretende invertir en equipos e implementos necesarios para poder ejecutar el proyecto, se destinó un valor de \$500,000 y equipos para el área administrativa por un monto de \$30.000. dicha suma tiene un total de la inversión en activos no corrientes por \$530.000. tal como lo indica en la tabla 33, se puede observar el valor de los activos no corriente, como un estimado de vida útil y su respectiva depreciación mensual y anual. En el área administrativa se necesitan implementos que contribuyan a la organización diaria. Cabe recalcar que en esta sección se debe considerar la cantidad de empleados.

Tabla 33. Activos fijos

Activo no corriente	Valor Generalizado	Vida útil	Depreciación mensual	Depreciación anual
Equipos médicos	\$500.000	10	\$416,66	\$5.000
Muebles de oficina	\$20.000	10	\$166,66	\$2.000
Equipos de computación	\$10.000	5	\$166,66	\$2.000
Total Inversión activo no corriente	530.000		749,98	9.000

Gastos

En los gastos pre-operativos se consideran primero la compra del terreno valorado en \$1,500.000, los permisos necesarios para el funcionamiento del proyecto,

así como también los gastos de página web, gastos de constitución y gastos de infraestructura para atención al público los cuales dan un valor total de \$1,700.748

Tabla 34. Gastos pre-operativos

Gastos pre-operativos	Valor Total
Página web	\$ 300,00
Registro de Marca	\$ 208,00
Patente municipal	\$ 200,00
Permiso de bomberos	\$ 40,00
Gastos de Infraestructura	\$ 200.000,00
Gastos de compra del terreno	\$1.500.000,00
Total	\$1.700.748,00

Gastos de operación

Los gastos de operación son la suma de dos componentes como son la mano de obra directa y gastos indirectos. En la tabla 35 se visualizan el total de los gastos de la mano de obra directa (MOD), y en la tabla 36 los gastos indirectos, con proyección para de 5 años, con un incremento del 2% ambos valores.

El resultado de los gastos de MOD proviene de los sueldos del todo personal que labora en el centro “Living” (ver tabla 32), el cual asciende anualmente a \$733.089,48 y a \$793.519,63 en el quinto año (ver tabla 37), y para los costos indirectos se consideró los servicios básicos, el mantenimiento de equipos, y la depreciación de equipos, dando un valor de \$66.600 en el primer año y de \$71.918 en el quinto año (ver tabla 36). Es así que los gastos de operación resultan de sumar los sueldos y los gastos indirectos, da un total de \$799.689,48 (ver tabla 37).

Tabla 35. Mano de Obra Directa

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
MOD/MES	\$61.090,79	\$62.312,61	\$63.558,86	\$64.830,04	\$66.126,64
MOD/AÑO	\$733.089,48	\$747.751,27	\$762.706,29	\$777.960,42	\$793.519,63

Tabla 36. Gastos indirectos

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Energía eléctrica	\$ 250,00	\$255,00	\$260,10	\$265,30	\$270,61
Agua potable	\$ 150,00	\$153,00	\$156,06	\$159,18	\$162,36
Depreciación anual equipos	\$ 5.000,00	\$5.100,00	\$5.202,00	\$5.306,04	\$5.412,16
Mantenimiento de equipos	\$ 150,00	\$153,00	\$156,06	\$159,18	\$162,36
CIF mensuales	\$ 5.550,00	\$5.661,00	\$5.774,22	\$5.889,70	\$6.007,50
CIF anual	\$66.600,00	\$67.932,00	\$69.290,64	\$70.676,45	\$72.089,98

Tabla 37. Gastos de operación

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
MOD/año	\$733.089,48	\$747.751,27	\$762.706,29	\$777.960,42	\$793.519,63
Costos Indirectos operacionales	\$66.600,00	\$67.932,00	\$69.290,64	\$70.676,45	\$72.089,98
Costo operacional total	\$799.689,48	\$815.683,27	\$831.996,93	\$848.636,87	\$865.609,61

Capital de trabajo

Finalmente, el último componente para conocer el monto de la inversión fue el capital de trabajo, el cuál fue calculado en función de la proyección del costo de venta (MOD y costos indirectos) como lo indica la tabla 37, sumado a los gastos administrativos que se encuentran valores de los sueldos, servicios básicos, suministros de oficina, alquiler, internet y telefonía, renovación de permisos, depreciación de equipos y gastos preoperacionales como se puede constatar en la

tabla 38; otro valor que se suma son los gastos de venta que corresponde a los gastos por promociones publicitarias como se puede ver en la tabla 39, obtenidos del estado de resultado para posteriormente dividirlo para doce, lo cual dio como resultado un capital de trabajo necesario de \$113.536,14 (ver tabla 40).

Tabla. 38 Gastos administrativos totales

Descripción	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Sueldos/año	\$ 733.089,48	\$ 747.751,27	\$ 762.706,29	\$ 777.960,42	\$ 793.519,63
Servicios básicos	\$ 4.200,00	\$ 4.284,00	\$ 4.369,68	\$ 4.457,07	\$ 4.546,22
Suministros de oficina anual	\$ 350,00	\$ 357,00	\$ 364,14	\$ 371,42	\$ 378,85
Internet y telefonía anual	\$ 1.000,00	\$ 1.020,00	\$ 1.040,40	\$ 1.061,21	\$ 1.082,43
Renovación de permiso anual	\$ -	\$ 240,00	\$ 244,80	\$ 249,70	\$ 254,69
Depreciación equipos Anual	\$ 9.000,00	\$ 9.180,00	\$ 9.363,60	\$ 9.550,87	\$ 9.741,89
Suministros varios anual	\$ 320,00	\$ 326,40	\$ 332,93	\$ 339,59	\$ 346,38
Gastos pre.operacionales	\$1.700.748,00	\$ 1.734.762,96	\$ 1.769.458,22	\$ 1.804.847,38	\$ 1.840.944,33
Total Gastos Administrativos	\$ 2.448.707,48	\$ 2.497.921,63	\$ 2.547.880,06	\$ 2.598.837,66	\$ 2.650.814,42

Tabla. 39 Gastos de ventas (Promoción/publicidad)

Promoción	Costo anual
Facebook	\$960
Google adwords	\$2.016
Hosting anual	\$120
Total Anual	\$3.096,00
Mensual	\$258,00

Tabla. 40 Capital de trabajo

Descripción	Año 1
Costo de venta	\$733.089,48
Gastos administrativos	\$ 2.448.707,48
Gastos de venta	\$3.096,00
Capital anual	\$3.184.892,96
Capital mensual	\$265.407,75

Ya que tenemos el estimado de capital de trabajo que se necesita, ahora podemos calcular el monto que se necesita para la inversión inicial. (ver tabla 41).

Tabla 41. Inversión inicial

Inversión inicial	Valor total
Total inversión activo no corriente	\$530.000,00
Gastos pre.operacionales	\$1.700.748,00
Capital mensual	\$265.407,75
Total	\$2.496.155,75

En la tabla 42 se visualiza el financiamiento de la inversión inicial; para este caso es un aporte de 5 accionistas quienes invierten entre todos un 50% sobre el total de la inversión inicial, es decir cubren el monto de \$1.248.077,88, correspondiéndole a cada uno un valor de \$249.615,58. El valor restante se obtendrá por medio de un

préstamo bancario, el cual tendrá una tasa de interés del 9.8%, considerando que la institución estaría categorizada como pequeña empresa. En consecuencia, de manera mensual se otorgará un pago de \$7.725,13 bajo un período de 60 meses lo que abarca un tiempo anual de cinco años.

Tabla 42. Financiamiento

Inversión total	
Total inversión activo no corriente	\$530.000,00
Total gastos pre-operacionales	\$1.700.748,00
Capital de trabajo	\$265.407,75
	\$2.496.155,75
Capital de accionistas	\$1.248.077,88
Financiamiento requerido	\$1.248.077,88
Condiciones del préstamo	
Valor del préstamo	\$1.248.077,88
Periodos de pago	60 meses
Tasa de Interés	9.8%
Pago mensual	\$22.839,83

Ingresos

Los ingresos generados provienen de las consultas ofertadas en el centro de cuidados paliativos, además de los paquetes de servicios de fisioterapia y cuidados paliativos permanentes, los cuales van desde los 300\$ (Cuidados paliativos mensual), y los paquetes de rehabilitación física desde 500\$ por tratamiento. En la tabla 43 se muestran algunos valores preliminares que generarán la principal fuente de ingresos, en esta tabla no se consideran los ingresos obtenidos por procedimientos de laboratorio, cirugías y cafetería, y se pueden observar valores tentativos de los ingresos generados por mes y por año, que se consideró con respecto a los precios

ofrecidos por clínicas similares, con un tiempo estimado por consulta de 20 minutos y considerando las 8 horas laborables en una jornada y con un estimado de venta de 5 paquetes por semana tanto para fisioterapia y para cuidados paliativos. Para ciertas consultas que sean de mayor duración, se las realizará los fines de semana o previo acuerdo con el paciente, pudiendo darse el mismo día fuera del horario establecido para consultas, considerándose tiempo extra para el profesional de salud.

Tabla 43. Ingresos

Área	Costo por consulta	Cantidad de consultas por día	Total generado por día	Total generado por mes	Total generado por año
Psicología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Nutrición	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Traumatología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Oncología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Ginecología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Gastroenterología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Terapia respiratoria	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Endocrinología	\$30	25	\$750	\$19.500,00	\$234.000,00
Fisioterapia 20 Paquetes desde 500				\$10.000,00	\$120.000,00
Cuidados paliativos 20 paquetes desde 300\$ mensuales)				\$6.000,00	\$72.000,00
Hospitalización general (20 camas)			\$1.500	\$45.000,00	\$540.000,00
Hospitalización exclusiva (10 camas)			\$1.500	\$45.000,00	\$540.000,00
TOTAL				\$262.000,00	\$3.144.000,00

Tabla 44. Ingresos anuales proyectados

Ingresos	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Mensuales	\$262.000,00	\$267.240,00	\$272.584,80	\$278.036,50	\$283.597,23
Anuales	\$3.144.000,00	\$3.206.880,00	\$3.271.017,60	\$3.336.437,95	\$3.403.166,71

Estados financieros proyectados

Los estados financieros proyectados corresponden al estado de resultado de manera global y se clasifica en ventas, costos operacionales, gastos administrativos, gastos de publicidad, gastos financieros, impuestos vía participación de trabajadores e impuesto a la renta y utilidad de las actividades.

Tabla 45. Estado de Resultado Proyectado

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ventas	\$3.144.000,00	\$3.206.880,00	\$3.271.017,60	\$3.336.437,95	\$3.403.166,71
(-)Costo operacional total	\$799.689,48	\$815.683,27	\$831.996,93	\$848.636,87	\$865.609,61
(=)Utilidad Bruta	\$2.344.310,52	\$2.391.196,73	\$2.439.020,67	\$2.487.801,08	\$2.537.557,10
(-)Gastos administrativos	\$2.448.707,48	\$2.448.707,48	\$2.448.707,48	\$2.448.707,48	\$2.448.707,48
(-)Gastos de venta	\$3.096,00	\$3.157,92	\$3.221,08	\$3.285,50	\$3.351,21
(=)Utilidad Operacional	\$-107.492,96	\$-109.642,82	\$-111.835,68	\$-114.072,39	\$-116.353,84
(-)Gastos Financieros	\$ 249.795,58	\$ 254.791,49	\$ 259.887,32	\$ 265.085,07	\$ 270.386,77
(=)UAIT	\$-357.288,54	\$-364.434,31	\$-371.723,00	\$-379.157,46	\$-386.740,61
(-)Participación de trabajadores	\$733.089,48	\$747.751,27	\$762.706,29	\$777.960,42	\$793.519,63
(-)Impuesto a la Renta	\$157.200,00	\$160.344,00	\$163.550,88	\$166.821,90	\$170.158,34
(+)Capital de accionistas	\$1.248.077,88				
(+)Financiamiento	\$1.248.077,88				
Utilidad Neta	\$1.248.577,74	\$1.273.549,29	\$1.299.020,28	\$1.325.000,69	\$1.351.500,70

Con respecto al estado de situación financiera proyectado en el periodo de 5 años, se clasificó en activos, pasivos y patrimonio. El activo lo conforman las ganancias en efectivo generado por la actividad económica, en este caso son las consultas, paquetes vendidos, desde el primer periodo del activo corriente; por otro

lado, el activo no corriente está conformado por los equipos adquiridos y detallados en la inversión inicial, lo cual dio un valor de total de activo \$530.000,00.

Los pasivos se clasificaron en corrientes y no corrientes en los mismos de describe la deuda adquirida, colocando la porción menor a un año en corriente y la diferencia en no corriente dando un total de \$2.260.678,99. El patrimonio unifica los valores monetarios del capital de la empresa, los beneficios del año fiscal y los acumulados dando un valor en el primer periodo de \$3.744.733,50. (ver tabla 47)

Estimación de la demanda

Para estimar la demanda, se buscó en la web sobre la Incidencia de cánceres. Hospital de SOLCA – Guayaquil. Período 2015 – 2017 (Vallejo Martínez, Lino, & Quinto, 2017) y para ello la demanda el primer año se estimó en un 25% de los pacientes con este diagnóstico, tomando en cuenta que es solo una estimación, basada en los últimos datos recopilados hasta el año 2017, y considerando solo el cáncer como una opción de pacientes que busquen instituciones que brinden este tipo de servicios.

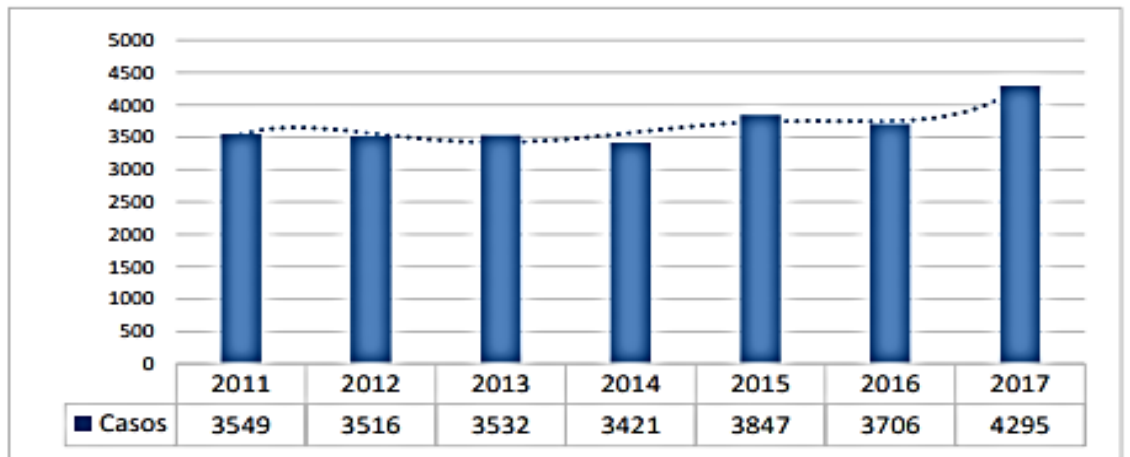


Figura 30. Incidencia de cánceres. Hospital de SOLCA – Guayaquil. Período 2015 – 2017

Tabla. 46. Estimación de la demanda en la ciudad de Guayaquil

Pacientes con diagnóstico de Cáncer (2017)	4.295 personas
Estimación de la demanda del 25%	1.074 personas

Tabla 47. Estado de Situación Financiera proyectado

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
ACTIVOS					
Activo Corriente					
Efectivo	\$ 3.144.000,00	\$ 3.206.880,00	\$ 3.271.017,60	\$ 3.336.437,95	\$ 3.403.166,71
Total Activo Corriente	\$ 3.144.000,00	\$ 3.206.880,00	\$ 3.271.017,60	\$ 3.336.437,95	\$ 3.403.166,71
Activo no corriente					
Activo no corriente	\$ 530.000,00	\$ 521.000,00	\$ 512.000,00	\$ 503.000,00	\$ 494.000,00
Total activo no corriente	\$ 530.000,00	\$ 521.000,00	\$ 512.000,00	\$ 503.000,00	\$ 494.000,00
Total Activos	\$ 3.674.000,00	\$ 3.727.880,00	\$ 3.783.017,60	\$ 3.839.437,95	\$ 3.897.166,71
PASIVOS					
Pasivo Corriente					
Porción Corriente de la deuda	\$ 274.077,90	\$ 301.485,69	\$ 331.634,26	\$ 364.797,69	\$ 401.277,46
Participación de trab por pagar	\$ 733.089,48	\$ 747.751,27	\$ 762.706,29	\$ 777.960,42	\$ 793.519,63
Imp. A la renta por pagar	\$ 157.200,00	\$ 160.344,00	\$ 163.550,88	\$ 166.821,90	\$ 170.158,34
Total pasivo corriente	\$ 1.164.367,38	\$ 1.209.580,96	\$ 1.257.891,43	\$ 1.309.580,01	\$ 1.364.955,42
Pasivo no Corriente					
Deuda a largo plazo	\$ 1.096.311,61	\$ 822.233,71	\$ 548.155,80	\$ 274.077,90	\$ -
Total Pasivo no corriente	\$ 1.096.311,61	\$ 822.233,71	\$ 548.155,80	\$ 274.077,90	\$ -
Total pasivo	\$ 2.260.678,99	\$ 2.031.814,67	\$ 1.806.047,24	\$ 1.583.657,91	\$ 1.364.955,42
PATRIMONIO					
Capital	\$ 2.496.155,76	\$ 2.496.155,76	\$ 2.496.155,76	\$ 2.496.155,76	\$ 2.496.155,76

Utilidad Retenida	\$	1.248.577,74	\$	1.273.549,29	\$	1.299.020,28	\$	1.325.000,69	\$	1.351.500,70
Total Patrimonio	\$	3.744.733,50	\$	3.769.705,05	\$	3.795.176,04	\$	3.821.156,45	\$	3.847.656,46
Total pasivo + patrimonio	\$	6.005.412,49	\$	5.801.519,72	\$	5.601.223,28	\$	5.404.814,35	\$	5.212.611,88

Factibilidad

La evaluación financiera del proyecto depende del flujo de efectivo proyectado en el cual se registran los ingresos y egresos totales para determinar los flujos de caja de las actividades de operación, inversión y financiamiento, con el objetivo de conocer los flujos netos de los periodos y poder evaluar la factibilidad del proyecto de manera satisfactoria.

Al evaluar los resultados obtenidos en los flujos netos de cada uno de los periodos proyectados se puede establecer que el plan de negocio es factible financieramente, ya que obtuvo una tasa interna de retorno (TIR) del 14%, y el valor actual neto (VAN) fue superior a cero con el monto de \$250.303,60

Una vez determinada la viabilidad financiera del plan de negocios se procede al cálculo del tiempo en que se tardará en recuperar la inversión inicial que se realizará a través de una composición de capital de 50% de 5 accionistas y el 50% financiamiento con una entidad financiera a cinco años plazo.

Con base a la evaluación técnica y financiera realizada, la cual arrojó una viabilidad adecuada de acuerdo a los datos obtenidos de la tabla 45 del flujo de efectivo, se procede a recomendar la creación del centro de rehabilitación y terapia física integral avalado por el análisis numérico ejecutado que se presenta a continuación:

Tabla 48. TIR Y VAN

FLUJO DE INGRESOS	FLUJO DE EGRESOS	FLUJO NETO DE EFECTIVO
\$3.144.000,00	\$2.448.707,48	\$695.292,52
\$3.206.880,00	\$2.497.921,63	\$708.958,37
\$3.271.017,60	\$2.547.880,06	\$723.137,54
\$3.336.437,95	\$2.598.837,66	\$737.600,29
\$3.403.166,71	\$2.650.814,42	\$752.352,29
Inversión Inicial		\$2.496.155,75
VAN		\$250.303,60
TIR		14% (5 años)

TMAR

La tasa mínima aceptable de rendimiento (TMAR) o también conocida como tasa de obstáculo nos permite determinar y apoyar una decisión. En este caso, necesitamos primero establecer los porcentajes de aportación del capital que necesita la empresa, los cuales son 50% capital de 5 accionistas y 50% capital no propio que nos brinda una institución financiera. Otro valor que es importante es la inflación que se estima sea del 2% anual y el riesgo que está dado por el porcentaje de rendimiento que los accionistas piden, en este caso 10%, considerando también la tasa de interés bancaria que es el 9.8% la ecuación quedaría de la siguiente manera:

$$\text{TMAR} = \text{Costo del capital propio} + \text{Costo del capital no propio}$$

Costo del capital propio: % de aportación x (inflación + riesgo)

Costo del capital propio: $0,50 \times (0,02 + 0,10)$

$$\text{Costo del capital propio: } 0.06 = \mathbf{6\%}$$

Costo del capital no propio: % de aportación x tasa activa bancaria

Costo del capital no propio: 0.50×0.098

Costo del capital no propio: $0.049 = 4,9\%$

TMAR = $6\% + 4,9\% = 10,9\%$

Una vez determinada la tasa mínima aceptable de rendimiento, o de obstáculo, podemos compararla con la Tasa Interna de Retorno; si la TIR es $> \text{TMAR}$ = proyecto viable y si la TIR es $< \text{TMAR}$ = proyecto inviable. Como se pudo observar en la tabla 47, la TIR es del 14% y luego de realizar el cálculo, la TMAR es del 10,9%, evidenciando que el proyecto es viable.

CONCLUSIONES

Se analizó el marco teórico relacionado a los cuidados paliativos en salud y se elaboró un estudio de factibilidad de mercado. Por medio de los resultados de la encuesta aplicada, se evidenció la necesidad de contar con un centro de atención integral de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil, debido a que existen muy pocos centros de este tipo.

Se determinó la necesidad de contar con un centro de atención integral de cuidados paliativos en Ecuador mediante el análisis de la creciente demanda de estos servicios y el apoyo gubernamental en la creación de este tipo de Centros para beneficio de la población.

Se determinó la demanda de servicios de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil mediante datos existentes de una de las enfermedades de mayor incidencia como lo es el cáncer, sin embargo, considerando otras enfermedades que requieren cuidados paliativos, se estima que la demanda aumente.

Se identificó los recursos necesarios para la creación de un centro de cuidado paliativos y se elaboró un plan de negocios se considera como una guía para quienes desean invertir en un centro como este generando beneficios a la sociedad.

Para el desarrollo del análisis financiero se consideró al personal a contratar, el terreno, la infraestructura, los costos preoperatorios, los gastos administrativos, entre otros aspectos, que posteriormente reflejaron una factibilidad financiera por medio de la TIR y el VAN.

Los centros que se especializan en brindar servicios cuidados paliativos, deben ajustarse muchas veces a la población, los recursos y la cultura, entre las investigaciones realizadas se dio a conocer que una de las cosas más importante para los familiares de los pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas, es el apoyo emocional durante este duro proceso. También se pudo establecer que los encuestados quieren un servicio de calidad lo que lleva a desarrollar estrategias para mejora continua.

La metodología de la investigación aplicada al trabajo fue de diseño no experimental, enfoque cuantitativo y cualitativo de alcance exploratorio y descriptivo y la herramienta utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, la cual fue aplicada a 385 adultos y entre los resultados más relevantes estuvieron que la mayoría no cuentan con un seguro de salud y lo que más les importa es el apoyo emocional y el suministro de oxígeno.

El plan de negocios se desarrolló planteando la misión, visión, y filosofía de la empresa. Se bosquejó una estructura organizacional y se desarrolló un lay-out de cada sección tentativa del centro propuesto.

Para la ejecución del proyecto se necesitará una inversión de \$844.276,14 los cuales serán financiados en un 50% por los dueños o accionistas y el 50% por un banco público de la ciudad de Guayaquil a cinco años plazo con una tasa de interés del 9.8%, además se evidenció al momento de la determinación de la factibilidad financiera del plan de negocios, donde se obtuvo una TIR del 358% y un VAN de \$14.808.572,20 es decir el proyecto es factible con un excelente margen de ganancias. Además se comparó los valores del TIR con la TMAR la cual fue de 10,9%, ubicando este proyecto como viable.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda indagar acerca del impacto que tienen los cuidados paliativos dentro de la sociedad y el impacto en la familia.
- Se recomienda desarrollar una investigación de mercados mucho más profunda para poder aplicar estrategias de mejora continua para los usuarios.
- Sería beneficioso aplicar este proyecto en otras provincias con la finalidad de poder ser implementado para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas y sus familias.
- Se recomienda a instituciones gubernamentales que analicen esta propuesta de creación de este Centro de Cuidados Paliativos, ya que es factible y rentable, y fuente de trabajo para individuos de diversas áreas, y de alto impacto para la sociedad.

REFERENCIAS

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1).

Recuperado el 05 de 12 de 2021, de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

Albis, M. (2014). Ciclos y fases de la identificación de proyectos. Recuperado el 15

de septiembre de 2021, de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fmanglar.uninorte.edu.co%2Fbitstream%2Fhandle%2F10584%2F2202%2FCiclo%2520del%2520proyecto.pdf%3Fsequence%3D1&clen=265135

Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. (2021). Informe de gestión

2020-2021. Bogotá, Colombia. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcuidadospaliativos.org%2Fuploads%2F2021%2F3%2FInforme%2520de%2520Gestion%2520ALCP%25202020-

2021.pdf&clen=6913715&chunk=true

Carmona, F. (11 de Julio de 2021). “La inmensa mayoría de pacientes que requerirían

cuidados paliativos no los reciben”. (H. Pilar, Ed.) Recuperado el 5 de

Septiembre de 2021, de [https://www.diariodecadiz.es/cadiz/Fernando-](https://www.diariodecadiz.es/cadiz/Fernando-Carmona-mayoria-cuidados-paliativos-no-reciben_0_1590741586.html)

[Carmona-mayoria-cuidados-paliativos-no-reciben_0_1590741586.html](https://www.diariodecadiz.es/cadiz/Fernando-Carmona-mayoria-cuidados-paliativos-no-reciben_0_1590741586.html)

Clínica AISA. (2019). *¿QUÉ ES LA GINECOLOGÍA?* Recuperado el 27 de 11 de

2021, de <https://aisafiv.com/>: <https://aisafiv.com/es/que-es-la-ginecologia/>

Cotta, Morales, Gonzalez, Real, & Días. (2001). La hospitalización domiciliaria:

antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*,

10(1). Recuperado el 12 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Fpdf%2Ffrpsp%2F2001.v10n1%2F45-55%2Fes&clen=62416

Diario de Sevilla. (12 de octubre de 2019). Día de los Cuidados Paliativos: diez consejos útiles. Recuperado el 04 de septiembre de 2021, de https://www.diariodesevilla.es/salud/actualidad/cuidados-paliativos-consejos-utiles_0_1399660196.html

Dirección de Investigación del Gobierno de México. (2017). ¿Qué son los cuidados paliativos? México. Recuperado el 02 de 09 de 2021, de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html>

Drucker, P. (1992). *The Age of Discontinuity, Guidelines to Our Changing Society*. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de <https://www.routledge.com/The-Age-of-Discontinuity-Guidelines-to-Our-Changing-Society/Drucker/p/book/9781560006183>

Elizalde, J. (2019). La importancia de los profesionales de la terapia respiratoria. (J. Elizalde, Ed.) *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 33(1). Recuperado el 5 de 12 de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000100008

Equipo de CEMP. (2021). Analista clínico: funciones. España. Recuperado el 5 de 12 de 2021, de <https://cemp.es/noticias/analista-clinico-funciones/>

Facultad de Ciencias de la Vida ESPOL. (2021). <http://fcv.espol.edu.ec/>. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de <http://fcv.espol.edu.ec/es/perfil-ocupacional-y-profesional>

Franco, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria de salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), 414-424. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

Franco, M. (2014). Definición de cuidado paliativo. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de <https://asocupac.org/2014/11/02/definicion-de-cuidado-paliativo/>

Fundación ABEI. (2013). <https://www.fundacionabei.org/>. Recuperado el 22 de septiembre de 2021, de <https://www.fundacionabei.org/>

Fundación Génesis Care. (s.f.). *Genesiscare.com*. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de <https://www.genescare.com/es/la-importancia-de-hacer-visibles-las-necesidades-de-los-pacientes-con-cancer/>

Gómez Batiste-Alentorn, X., Blay Pueyo, C., Roca Casas, J., Fontanals de Nadal, M. D., & Calsina-Berna, À. (27 de octubre de 2014). Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. *Elsevier*, 1, 240. Recuperado el 23 de septiembre de 2021, de <https://www.elsevier.com/books/manual-de-atencion-integral-de-personas-con-enfermedades-cronicas-avanzadas-aspectos-generales/gomez-batiste-alentorn/978-84-9022-499-1>

Guerrero , R., Meneses, M., & De la Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. *Rev enferm Herediana*, 9(2), 133-142. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017/2967>

- Guzmán. (2021). *psicologiaymente.com*. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de <https://psicologiaymente.com/psicologia/funciones-del-psicologo>
- INEC. (2010). *Ecuadorencifras.gob.ec*. Recuperado el 22 de septiembre de 2021, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC. (2019). Proyecciones Poblacionales. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Junta Editorial de Cáncer.Net. (2018). *cancer.net*. Recuperado el 06 de 12 de 2021, de <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/conceptos-basicos-sobre-el-cancer/el-equipo-de-oncologia/tipos-de-onc%C3%B3logos>
- Lenz-Alcayaga , R., & Páez-Pizarro, L. (2021). Evolución del gasto de la seguridad social de salud en Chile: revisión de agregados financieros entre 2000 y 2018. *Medwave*, 21(1). Recuperado el 24 de septiembre de 2021, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178295>
- León Delgado, Flores Rojas, Trujillo Gómez, & Castilla Luna. (2009). Educación en cuidado paliativo para pregrado de medicina: resultados de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos. *Medicina Paliativa*, 16(1), 28-33. Recuperado el 19 de septiembre de 2021, de <https://medes.com/publication/47246>
- Lewandowski, C. M. (2015). Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS. The effects of brief mindfulness intervention on acute pain experience: An examination of individual difference. 1. doi:<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., & Valentí, R. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales Sis San Navarra*, 30(3). Recuperado el 27 de 11 de 2020, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009

Manual de Cuidados Paliativos ANCP. (2012). Brazil. Recuperado el 17 de septiembre de 2021, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fbiblioteca.cofen.gov.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F05%2FManual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf&clen=4905063>

Mertnoff, R. (2017). Cuidados paliativos y atención integral de la cronicidad avanzada. Argentina. Recuperado el 12 de septiembre de 2021, de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/cuidados-paliativos-y-atencion-integral-de-la-cronicidad-avanzada>

Mintzberg, H. (1991). La estructura de las organizaciones. Barcelona . Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fandrader0.tripod.com%2Fdocs%2Fparadigmas%2Festructuradelasorgs.pdf&clen=422375&chunk=true>

Morales Navarro, D., Rodríguez Lay, L., & García Jordán, M. (2009). Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4). Recuperado el 10 de septiembre de

2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400012&script=sci_abstract

Morales, A. (31 de 05 de 2019). La endocrinología – ¿Qué es y cuáles son sus funciones? Recuperado el 05 de 12 de 2021, de <https://imobariatica.com/la-endocrinologia-que-es-y-sus-funciones/>

MSP. (2012). Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. Quito, Ecuador. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.kimirina.org%2Fimages%2Fkimirina%2Fdocumentos%2Fpublicaciones%2FManual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf&clen=6472501&chunk=true

MSP. (junio de 2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud. Quito. Recuperado el 23 de septiembre de 2021, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.salud.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2013%2F07%2FDOCBASERED100613.pdf&clen=3859524&chunk=true>

MSP. (2015). Plan de Calidad. Recuperado el 18 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fhlgd.gob.ec%2Fprocolos_acreditacion%2FPLAN%2520DE%2520CALIDAD.pdf&clen=2875346&chunk=true

MSP. (2018). Manual de Atención Integral de Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE). Quito. Recuperado el 19 de septiembre de 2021, de <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de->

cuenca/promocionprevencion-y-atencion-familiar/mais-2018-atencion-integral-en-salud-en-contextos-educativos/14181846

- Nassi, C. (2008). El proyecto escolar en los tiempos que corren. Montevideo: Espartaco. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de <https://isbn.cloud/9789974811416/el-proyecto-escolar-en-los-tiempos-que-corren/>
- Nassir. (2003). Preparación y Evaluación de proyectos. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, de https://www.academia.edu/36800147/Preparacion_y_evaluacion_de_proyectos_6ta_edicion_Sapag
- Noboa, M., & Zapata Zara. (2016). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE. Quito, Ecuador. Recuperado el 26 de septiembre de 2021, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepositorio.puce.edu.ec%2Fbitstream%2Fhandle%2F22000%2F12835%2FTesis%2520Cuidados%2520Paliativos%2520PDF.pdf%3Fsequence%3D1&clen=1750401>
- Omaza, D. (2021). Las voluntades anticipadas como Recurso Legal para garantizar el Derecho de Autonomía de la persona en Ecuador. *La Referencia*. Recuperado el 20 de septiembre de 2021, de https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_d8d93c874d5b70ffbd282c2f49a33cce

- OMS. (20 de agosto de 2020). Cuidados paliativos. Recuperado el 12 de septiembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- OMS. (30 de noviembre de 2020). VIH/sida. Recuperado el 18 de septiembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS. (abril de 2021). Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- OMS. (13 de abril de 2021). Enfermedades no transmisibles. Recuperado el 13 de septiembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Resumen: panorama regional y perfiles de país. (OPS, Ed.) *Salud en las Américas+*. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fsalud-en-las-americas-2017%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F09%2FPrint-Version-Spanish.pdf&clen=25369553&chunk=true>
- Palma, A., & Del Río, I. (2013). Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcuidadospaliativos.org%2Fuploads%2F2013%2F10%2Fhistoria%2520de%2520CP.pdf&clen=633896&chunk=true>

Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J. J., & Centeno, C. (2013). *El Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, un estudio pionero* (Cartográfica IAHP Press. ed.). Houston. Recuperado el 03 de 09 de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcuidadospaliativos.org%2Fuploads%2F2014%2F3%2FAtlas%2520Latinoamerica%2520-%2520edicion%2520cartografica.pdf&clen=36447420&chunk=true

Patiño Aguilera, Z. (2008). El impacto del cáncer sobre el paciente y su entorno es inmenso. El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno. Cuenca. Recuperado el 12 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fdspace.uazuay.edu.ec%2Fbitstream%2Fdatos%2F6902%2F1%2F07119.pdf&clen=801774

Peña, E. (septiembre de 2009). *Proyectos de desarrollo Económico*. Bogotá. Recuperado el 16 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.esap.edu.co%2Fportal%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F10%2F3-Proyectos-de-Desarrollo.pdf&clen=2330328&chunk=true

Pereira Arana. (2016). *Cuidados paliativos*. *Dialnet*. Recuperado el 15 de septiembre de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=738942>

- Pérez, A. (22 de abril de 2021). Estudio de viabilidad de un proyecto: estructura e importancia. Recuperado el 26 de septiembre de 2021, de <https://www.obsbusiness.school/blog/estudio-de-viabilidad-de-un-proyecto-estructura-e-importancia>
- Ramírez, G. (2019). *Gastroenterólogo: qué hace y cuando acudir con él*. Recuperado el 5 de 12 de 2021, de www.tuasaude.com/: <https://www.tuasaude.com/es/gastroenterologo/>
- Roque, C., & Rubio, C. (2019). Viabilidad para la creación de una residencia de cuidados paliativos en la ciudad de Piura. Piura. Recuperado el 18 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.ucv.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12692%2F40903%2FRoque_ACV-Rubio_LCP.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&cliclen=3589191
- Rozo, G. (25 de abril de 2016). El transitar de la muerte: cuidado paliativo ¿utopía o realidad? *MedUNAB*, 19(1). doi:<https://doi.org/10.29375/01237047.2170>
- Rus, E. (12 de enero de 2021). *Ejecución de un proyecto*. Obtenido de Economipedia.com: <https://economipedia.com/definiciones/ejecucion-de-un-proyecto.html>
- Secretaría de salud de Mexico. (2021). CATÁLOGO SECTORIAL DE PUESTOS. Mexico. Recuperado el 5 de 12 de 2021, de https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/organizacion/catalogos/medica/CF41018_Jefe_de_Laboratorio_Clinico.pdf

SENPLADES. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. Quito, Ecuador. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.planificacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2017%2F10%2FPNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf&clen=9478997&chunk=true

SENPLADES. (2020). Quito, Ecuador. Recuperado el 19 de septiembre de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.planificacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2019%2F07%2F3.-PPT-Proforma-2020-Planificacion-Institucional.pdf&clen=1298767&chunk=true

Sepúlveda , C., Marlin, A., & Tokuo, Y. (agosto de 2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *PubMed*, 24(2), 91-6.
doi:10.1016/s0885-3924(02)00440-2

Sepúlveda, C. (2019). PERSPECTIVA DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CONTEXTO DE PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, de <https://es.scribd.com/document/159873101/26-Sepulveda>

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. Quito, Ecuador. Recuperado el 02 de 09 de 2021, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A

%2F%2Fwww.hgdc.gob.ec%2Fimages%2FDocumentosInstitucionales%2FM
anual_MAIS-MSP12.12.12.pdf&clen=8304906&chunk=true

Universidad Internacional de Valencia. (14 de agosto de 2018). Gerencia en salud: definición, funciones y habilidades requeridas. Valencia, España. Recuperado el 14 de septiembre de 2021, de <https://www.universidadviu.com/co/actualidad/nuestros-expertos/gerencia-en-salud-definicion-funciones-y-habilidades-requeridas>

Uribe, C., Amado, A., Rueda, A., & Mantilla, L. (2018). Cuidado paliativo en cáncer gástrico: barreras de acceso en Santander, Colombia. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 1348-1353. Recuperado el 19 de septiembre de 2021, de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1916/1866>

Vallejo Martínez, M., Lino, N., & Quinto, R. (2017). Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador. *Oncología (Ecuador)*, 27(3), 238-252.
doi:<https://doi.org/10.33821/241>

APÉNDICE



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

Estimada/o, agradecemos su valiosa colaboración al tomarse unos minutos para contestar esta encuesta.

Instructivo.

Saludos cordiales, Perteneciendo a la Maestría Gerencia en los Servicios de Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, el presente instrumento ha sido elaborado como parte de un trabajo de investigación con el objetivo de implementar un centro de atención integral de Cuidados Paliativos de Guayaquil. Es importante y necesario que sus respuestas sean sinceras pues nos servirá para un correcto análisis de información. Le aseguramos que la información otorgada será de carácter anónimo y confidencial.

Cuestionario para familiares acerca de los cuidados paliativos para pacientes con que requieren Cuidados Paliativos.

1. Datos generales:

Edad: _____

Lugar de Residencia: _____

2. Estado civil

Casado ()

Divorciado ()

Soltero ()

Viudo ()

3.- Grado de instrucción

Primaria ()

Primaria incompleta ()

Secundaria ()

Secundaria incompleta ()

Superior ()

Superior incompleta ()

4.- Sexo

Masculino () Femenino ()

ENCUESTA			
<u>OBJETIVO 1.- IDENTIFICAR EL PERFIL DEL CLIENTE</u>			
CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS			
1.-	GENERO		
	M	F	O
2.-	EDAD		
	18	30	
	31	40	
	41	50	
	51	60	
	MAS DE 60		
3.-	DE QUE CIUDAD ES		
	GUAYAQUIL	OTRAS	
4.-	NIVEL DE ESTUDIOS		
	PRIMARIO		
	SECUNDARIO		
	UNIVERSITARIO		
	POSTGRADO		
5.-	ESTADO CIVIL		
	SOLTERO		
	CASADO		
	DIVORCIADO		
	OTRO		
6.-	OCUPACIÓN		
	TRABAJADOR PUBLICO		
	TRABAJADOR PRIVADO		
	INDEPENDIENTE		
	EN DESEMPLEO		

7.-	INGRESOS		
	0	400	
	401	1000	
	1001	2000	
	2001	3000	
	3000 EN ADELANTE		
8.-	EN QUE SECTOR DE LA CIUDAD VIVE		
	NORTE		
	SUR		
	CENTRO		
	VIA SAMBORONDON		
	VIA A LA COSTA		
	N/A		
9.-	POSEE PLAN DE SEGURO DE SALUD		
	INDIVIDUAL		
	FAMILIAR (ESPOSO E HIJOS)		
	FAMILIAR (INCLUYE PADRES)		
	N/A		
10.-	TIENE FAMILIARES CERCANOS DE MAS DE 65 AÑOS		
	NO		
	1		
	2		
	3		
	4 ó MAS		
11.-	PRESENTAN ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O DEGENERATIVA		
	SI	NO	N/A
12.-	QUE ENFERMEDAD CRONICA PADECE SU FAMILIAR		

	ALZHAIMER		
	ENFERMEDAD DEL CORAZON		
	COMPLICACIONES DE LA DIABETES		
	CANCER		
	OTRAS (DETALLAR)		
13.-	LA MOVILIZACION DE SU FAMILIAR ES:		
	DEPENDIENTE		
	INDEPENDIENTE		
	ENCAMADO		
14.-	TIENEN CUIDADOS ESPECIALES DE ENFERMERIA Y/O CUIDADORES ESPECIALES		
	SI	NO	N/A
<u>OBJETIVO 2.- SERVICIO QUE SE OFERTA</u>			
1.-	<p style="text-align: center;">EN UNA ESCALA DEL 1 AL 5 EN DONDE 1 ES MENOR Y 5 MAYOR PUNTUACION, INDIQUE QUE SERVICIOS LE GUSTARIA QUE TUVIERA UNA INSTITUCION DE SALUD ESPECIALIZADA EN CUIDADOS A PACIENTES ENCAMADOS O CON ENFERMEDADES CRONICAS O DEGENERATIVAS QUE DEMANDEN CUIDADOS ESPECIALES.</p>		
	CUIDADOS DE HOSPITALIZACION LAS 24 HORAS		
	SUMINISTRO DE MEDICINAS		
	SUMINISTRO DE OXÍGENO		
	TERAPIA RESPIRATORIA		

	CUIDADO Y LIMPIEZA PERSONAL		
	APOYO PSICOLOGICO FAMILIAR		
	REHABILITACION FISICA		
	JUEGOS Y RECREACIÓN		
	COMODIDAD Y LIMPIEZA EN INFRAESTRUCTURA		
	CUIDADOS DE ENFERMERIA A DOMICILIO 24 HORAS		
	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA A DOMICILIO		
2.-	<p align="center">SI EXISTIERA UNA CLINICA ESPECIALIZADA O CENTRO DE ATENCION PARA EL CUIDADO PALIATIVO A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE FAMILIARES CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS, QUE GARANTICE SU CALIDAD DE VIDA CON LAS CARACTERISTICAS ARRIBA ESCOGIDAS POR USTED, ESTARIA DISPUESTO A DEJAR A SU FAMILIAR A CARGO DE ELLOS?</p>		
	SI	NO	POR QUE
	<u>OBJETIVO 3.- PRECIO</u>		
1.-	<p align="center">Alguna vez ha pagado por cuidados de enfermería a domicilio</p>		
	SI		
	NO		

2.-	Cuanto fue el valor por turnos de 24 horas		
		20	40
		41	60
		61	80
		más de 80	
3.-	Cual fue el valor mensual que pagó por el servicio		
		500	1000
		1001	2000
		2001	en adelante
4.-	Que incluía el valor cancelado		
	Solo atención de cuidados de enfermería		
	Cuidados de enfermería y rehabilitación física		
	Medicación y oxígeno		
	Otros		
<u>OBJETIVO 4.- PLAZA</u>			
1.-	Donde le gustaría que esté ubicada la clínica		
	Norte		
	Sur		
	Centro		
	Vía a la costa		
	Vía a samborondon		
<u>OBJETIVO 5.- PROMOCION</u>			

1.-	Qué medio de comunicación utiliza con más frecuencia		
	Radio		
	Tv		
	Periódico		
	Redes sociales		
2.-	Que red social usa con más frecuencia		
	Instagram		
	Facebook		
	Twitter		
3.-	En que horario usted usa más la red social de su preferencia		
	En la mañana		
	En la tarde		
	En la noche		

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Ruiz Rey Daniel Alejandro, con C.C: # 0926587957 autor del trabajo de titulación: *Estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil* 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, a los 14 días del mes de Marzo del año 2022



Firmado electrónicamente por:

**DANIEL
ALEJANDRO**

f. _____

Nombre: Ruiz Rey Daniel Alejandro
C.C: 0926587957

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil.	
AUTOR	Ruiz Rey Daniel Alejandro	
REVISOR/TUTOR	Navarro Orellana, Andrés / Carrasco Corral, Priscilla	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14 de marzo de 2022	No. DE PÁGINAS: 116
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cuidados Paliativos, Centro de Cuidados Paliativos, Salud.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	factibilidad, cuidados paliativos, costo, beneficio, Centros de atención	
RESUMEN	<p>El actual trabajo de investigación contiene como objetivo principal realizar un estudio de factibilidad para la creación de un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil, este estudio realizado es de tipo analítico, descriptivo que se enfoca como investigación aplicada en donde se analizan temas con enfoque a los componentes del estudio de factibilidad como el estudio técnico y financiero. El estudio técnico del proyecto, toma como base el contexto geográfico, demográfico y epidemiológico de la Provincia, así como los requerimientos técnicos para su creación. Se aplicará una encuesta a familiares de pacientes con enfermedades terminales. El principal resultado encontrado muestra que es necesario crear un centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil. Además, se realizó un estudio económico y financiero, se logró determinar los costos y gastos de operación del proyecto y realizar una evaluación económica al proyecto desde un punto gerencial, analizando los dos indicadores básicos como el TIR y el VAN. En base a los resultados de este estudio se determinó, que, si es factible la realización del Centro de cuidados paliativos en la ciudad de Guayaquil debido a su relación costo/beneficio, por lo cual se propone un plan para su creación.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 96 322 7141	E-mail: daniel.ruiz01@cu.ucsg.edu.ec / daru823@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles	
	Teléfono: 043804600 / 0997196258	
	E-mail: maria.nunez@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):	