



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**“ESTUDIO DE LA DEMANDA SOCIAL PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO
ESPECIALIZADO EN TRAUMATOLOGÍA PARA EL ADULTO MAYOR,
UBICADO EN EL SECTOR SUR DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO”**

AUTORA:

CLAUDIA RAQUEL ONTANEDA CORDERO

Previo a la obtención del título de:

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTORA:

Econ. Lapo Maza María del Carmen, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2016



**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 la Médico **Claudia Raquel Ontaneda Cordero**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

.DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Econ. Lapo Maza María del Carmen, Mgs.

REVISORAS:

C.P.A. Laura Vera Salas

Mg. Cinthya Game Varas.

DIRECTORA DEL PROGRAMA:

Econ. Lapo Maza María del Carmen, Mgs.

Guayaquil, a los 21 días del mes de Julio del año 2016



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

Yo, Claudia Raquel Ontaneda Cordero

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **“Estudio de la Demanda Social para la Creación de un Centro Especializado en Traumatología para el Adulto Mayor, ubicado en el sector Sur del Distrito Metropolitano de Quito”**, previa a la obtención del Grado Académico **de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado 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 en mención.

Guayaquil, a los 21 días del mes de Julio del año 2016

LA AUTORA

Claudia Raquel Ontaneda Cordero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, Claudia Raquel Ontaneda Cordero

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, titulado “**Estudio de la Demanda Social para la Creación de un Centro Especializado en Traumatología para el Adulto Mayor, ubicado en el sector Sur del Distrito Metropolitano de Quito**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de Julio del año 2016

LA AUTORA

Claudia Raquel Ontaneda Cordero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME URKUND

URKUND

Documento: [correccion junio 2016 para urkund.docx \(D20862841\)](#)

Presentado: 2016-06-14 09:47 (-05:00)

Presentado por: claudia_ontanedarc@hotmail.com

Recibido: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: P. INV. Claudia Ontaneda [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de esta aprox. 67 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 7 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+	📄	http://www.eluniverso.com/2005/09/23/0001/10/AEFCF832D604908B9304C0877DCA42A.html
+	📄	http://www.slideshare.net/ruddyplacenciofranco/ec-ley-organicasalud2
+	📄	http://www.ecuadorencifras.gob.ec/quito-el-canton-mas-poblado-del-ecuador-en-el-2020/
+	📄	http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/
+	📄	http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a06
+	📄	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0213-91112013000100014

100% #2 Activo

Mgs. Guayaquil, Ecuador 2016 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

la Médico Claudia Raquel Ontaneda Cordero,

como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico

Master en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Econ. Lapo Maza María del Carmen, Mgs. REVISORAS: C.P.A. Laura Vera Salas Mg. Cinthya Game Varas. DIRECTOR DEL PROGRAMA: Econ. Lapo Maza María

del Carmen, Mgs. Guayaquil, a los 18 días del mes de Marzo del año 2016 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME URKUND

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, Claudia Raquel Ontaneda Cordero DECLARO QUE: El Proyecto de Investigación "Estudio

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / DIANA CHIRIBOGA.docx **100%**

Mgs. Guayaquil, Ecuador 2016 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,

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Jehová Dios por darme la vida y salud, fuerza y aguante para haber culminado con éxito el presente Proyecto de Investigación, pese a todas las dificultades en el camino.

A mis padres y familiares por la confianza y apoyo.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante los tres años estuvieron a mi lado apoyándome y lograr que éste sueño se haga realidad.

A mi Tutora de Proyecto de Investigación, Ec. María del Carmen Lapo, por su paciencia, guía y apoyo.

A todas las personas que me ayudaron de una u otra manera a culminar éste proyecto, con su positivismo, apoyo incondicional y guía, sin escatimar su propio tiempo ni esfuerzos, a todas ellas muchas Gracias, Dios recompensará grandemente con dádivas.

A todas las personas que de una u otra manera con sus ausencias y negativas me ayudaron a esforzarme y a aprender más.

Gracias a todos.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado con todo mi amor y afecto a todas las personas especiales que compartieron con migo el tren de la vida y otras que aún permanecen en él. Personas que en su momento han influenciado grandemente en mi vida dándome los mejores consejos, guiándome y haciéndome una persona de bien, que de una manera u otra aportaron con un granito de arena para mi crecimiento profesional, personal y espiritual.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
Justificación e Importancia de la Investigación	4
El Problema de la Investigación	8
Planteamiento del problema de investigación	8
Pregunta de Investigación:	15
Delimitación del Problema	15
Objetivos del Proyecto de Investigación	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	17
Variables del Proyecto de Investigación	17
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL	19
1.1. Marco Referencial	19
1.2. Antecedentes del estudio	24
1.3. Marco conceptual	31
1.3.1. Teoría de la población o transición demográfica	31
1.3.2. Problemas Sociales que afrontan los Adultos Mayores	36
1.4. Marco legal	42
CAPITULO II: ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO	59
2.1. Análisis PEST	60
2.2. Análisis FODA	63
2.3. Las 5 Fuerzas de Porter	64
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	68
2.4. Alcance de la Investigación	68
2.5. Tipo de Estudio	68
2.6. Método	69
2.7. Técnicas de Recopilación de Información	69
2.8. Procesamiento de Datos	70
2.9. Población	72

2.10. Muestra	74
2.11. Encuestas.	77
2.12. Entrevistas.	99
2.13. Análisis de los Resultados	104
CAPITULO IV: PROPUESTA	108
4.1. Objetivos de la Propuesta	108
4.2. Misión	109
4.3. Visión	109
4.4. Tipología	109
4.5. Diseño de la propuesta	110
4.6. Modelo de atención	114
4.7. Valores	115
4.8. Principios éticos	116
4.9. Localización	117
4.10. Capacidad instalada	118
4.11. Cartera de servicios con precios	122
4.12. Espacio físico - Distribución de áreas.	122
4.13. Plan de Marketing	124
4.14. Plan Estratégico de Mercado	129
CAPITULO V: FACTIBILIDAD FINANCIERA	131
CONCLUSIONES	145
RECOMENDACIONES	147
BIBLIOGRAFÍA	148
APENDICE A	153
APENDICE B	154
APENDICE C	158
APENDICE D	168
APENDICE E	172

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Variables de la Investigación</i>	18
Tabla 2. <i>Atenciones de acuerdo al Servicio de Traumatología del Hospital General Enrique Garcés del Sur del Distrito Metropolitano de Quito</i>	23
Tabla 3. <i>Patologías de resolución quirúrgica más frecuentes en el servicio de Traumatología del Hospital General Enrique Garcés del Sur del Distrito Metropolitano de Quito</i>	30
Tabla 4. <i>Unidades de atención médica del sur del Distrito Metropolitano de Quito</i>	60
Tabla 5. <i>Análisis PORTER</i>	66
Tabla 6. <i>Calificación de Riesgos</i>	67
Tabla 7. <i>Población</i>	74
Tabla 8. <i>Cálculo de la muestra</i>	75
Tabla 9. <i>Variables de la formula</i>	76
Tabla 10. <i>Sector</i>	77
Tabla 11. <i>Actividad Socioeconómica</i>	78
Tabla 12. <i>Nivel de Estudio</i>	80
Tabla 13. <i>Promedio de Ingresos Mensuales</i>	81
Tabla 14. <i>Cargas Familiares</i>	82
Tabla 15. <i>Seguro</i>	83
Tabla 16. <i>Importancia del cuidado de los padres al envejecer</i>	84
Tabla 17. <i>Necesidad de implementar el Centro de Atención</i>	86
Tabla 18. <i>Lugar donde le gustaría que esté ubicado el centro de atención</i>	87
Tabla 19. <i>Servicios</i>	88
Tabla 20. <i>Frecuencia en que se realiza chequeos médicos</i>	89
Tabla 21. <i>Tratamientos de Fisioterapia</i>	91

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>El envejecimiento fisiológico</i>	26
Figura 2. <i>Ponderación de adultos mayores en Ecuador por edades</i>	27
Figura 3. <i>Evolución demográfica de Ecuador</i>	28
Figura 4. <i>Transición demográfica</i>	33
Figura 5. <i>Sector de residencia</i>	77
Figura 6. <i>Actividad Socio Económica</i>	79
Figura 7. <i>Nivel de Estudio</i>	80
Figura 8. <i>Promedio de Ingresos Mensuales</i>	81
Figura 9. <i>Cargas Familiares</i>	82
Figura 10. <i>Seguro</i>	83
Figura 11. <i>Importancia del cuidado de los padres al envejecer</i>	85
Figura 12. <i>Necesidad de implementar el Centro de Atención.</i>	86
Figura 13. <i>Lugar donde le gustaría que esté ubicado el centro de atención</i>	87
Figura 14. <i>Servicios</i>	88
Figura 15. <i>Frecuencia en que se realiza chequeos médicos</i>	90
Figura 16. <i>Tratamientos de Fisioterapia.</i>	91
Figura 17. <i>Calificación de Tratamientos de Fisioterapia recibido</i>	92
Figura 18. <i>Actividades físicas frecuentes.</i>	93
Figura 19. <i>Actividades que pueden reducir enfermedades en la edad adulta</i>	95
Figura 20. <i>Lesión en los músculos o huesos</i>	96
Figura 21. <i>Dolores articulares.</i>	97
Figura 22. <i>Cadena de valor de los procesos hospitalarios</i>	111
Figura 23. <i>Mapa de resumen de gestión de procesos</i>	112
Figura 24. <i>Estructura Orgánica.</i>	113

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo analizar la demanda social que permita conocer la viabilidad del servicio para la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito. La investigación se la realizó a todos los habitantes del área urbana y rural del Distrito Metropolitano de Quito. Como metodología de la investigación se utilizó el tipo de investigación de alcance cuantitativo y no cuantitativo de diseño no experimental, ya que permitió concluir las necesidades de unos en base a las ofertas de otros. El análisis partió con la revisión de la literatura y el marco conceptual, estos dos acápites permitieron identificar los factores que inciden en las necesidades de salud de ese grupo etario y así plantear soluciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el sector poblacional escogido. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la encuesta y una guía de entrevistas. Las encuestas fueron dirigidas a los familiares de los Adultos Mayores y las entrevistas a profesionales de la salud. Los resultados indican que no existen centros especializados en Traumatología en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito y que existe la demanda social esperada. La factibilidad financiera partiendo de los requerimientos de recursos materiales, humanos y financieros fueron positivos.

Palabras claves: Demanda social, viabilidad, centro de traumatología, adultos mayores.

ABSTRACT

This research project aimed to analyze the social demand as to show the viability of the service for the creation of a trauma center to elderly people in the South Metropolitan District of Quito. The research was made to all the inhabitants of urban and rural areas of the Metropolitan District of Quito. As research methodology type was used a quantitative and not quantitative research with a non -experimental design to allow us to conclude about the needs based on other offers. The analysis started with the literature review and conceptual framework, these two headings allowed to identify the factors that affect the health needs of this age group and after that propose solutions to improve the quality of life of the elderly people in the population sector chosen. The instruments used in this study were the survey and interview guide. The surveys were directed to the families of the Elderly people and interviews with health professionals. The results indicate that there are no specialized centers for Traumatology in Southern Metropolitan District of Quito and exist a social demand expected. The financial feasibility based on the requirements of material, human and financial resources were positive.

Keywords: social demand, viability trauma center, seniors.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se ha estudiado continuamente el comportamiento demográfico poblacional por edades, observándose en el siglo pasado un aumento significativo del envejecimiento de la población, aumento que viene siendo similar en el siglo XXI. En el censo del año 2000 y la proyección al 2050, se muestra que la población mundial de más de 60 años se duplicará y pasará de aproximadamente el 11% al 22% (CEPAL, 2014). En Ecuador, de acuerdo con los últimos estudios demográficos a escala nacional, en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas, mostrándonos una inversión total de dicha pirámide con mayor cantidad de población adulta mayor (CEPAL, 2014).

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es una ciudad con una población de 2'239.191 personas, de las cuales según el Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Censos, el 26,42% de su población se encuentra entre los 31 y 64 años, seguido de los jóvenes comprendidos entre 18 a 30 años (16,65%); niños y niñas de entre 0 y 11 años (15,59%) y la población adulta mayores (65 años en adelante) alcanza el 0,4% de habitantes (INEC, 2010). Teniendo en consideración estos datos demográficos, es evidente que en los mismos se reflejan la alta incidencia de personas mayores de 60 años que requieren servicios de salud general y sobre todo especializada en la actualidad y en el futuro, y a pesar que en el país las políticas que favorecen al adulto mayor están establecidas, los centros de atención integral en salud o especializado para el mismo son escasos.

En el DMQ existen varios centros de atención primaria al adulto mayor, la gran mayoría financiadas por el municipio y ONG, y las especializadas existentes se concentran en el norte y oeste del DMQ, por lo es importante proyectar la atención en salud (atención

especializada de tercer y/o cuarto nivel) en el sur del DMQ, permitiendo que la oferta en salud para éste sector poblacional y para el target mencionado sea integral. Es decir que se brinde atención médica sin dejar de lado aspectos preventivos, clínicos, psicológicos y sociales, los mismos que son relevantes, permitiendo ayudar a preservar la independencia y autonomía del adulto mayor dentro de la comunidad (Ley del anciano, 2006).

Conociendo dichos antecedentes, a continuación se expondrá el desarrollo del proyecto de investigación en donde cada capítulo, respetando un orden lógico, permita comprender de forma amplia el por qué es importante realizar este proyecto de investigación, y responder a la interrogante de si existe demanda social para el mismo, que a la vez nos permita determinar la necesidad real para la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor, en base a la demanda encontrada. Es así que la información en los cinco capítulos se desarrolla de la siguiente manera:

En el capítulo I se exponen estudios de referencia que permiten analizar el presente proyecto de investigación con objetividad, considerando las teorías y los antecedentes demográficos, los cambios en la composición de las poblaciones desde lo general a lo particular, de forma retrospectiva y prospectiva, las particularidades que provocan deterioro de la salud en los adultos mayores y sus consecuencias, datos estadísticos de la más grande unidad médica existente en el Sur del DMQ, que nos permite analizar la necesidad de servicios de salud en el sector escogido, se analizan las teorías y conceptos que ayudan a comprender las variables de la investigación. Se explican y mencionan la terminología más importante relacionada al presente proyecto de investigación, así como también se exponen ciertos artículos de diferentes ámbitos legales que amparan a los Adultos Mayores y que influyen positivamente a la presente propuesta.

En el capítulo II se realiza un consolidado de la oferta en servicios de salud en el sector geográfico y poblacional objetivo del presente proyecto de investigación, esto motiva

además la realización de un análisis considerando los factores internos y externos que influyen positiva o negativamente en el presente proyecto de investigación, por lo que se presentan los análisis PEST, FODA y las 5 Fuerzas de Porter, lo que además servirá para en los siguientes capítulos presentar un plan de Marketing y estrategias para captar mercado.

En el capítulo III se detalla el alcance, tipo y método de estudio usados en la realización del presente proyecto de investigación, así como también las técnicas de recopilación de información y el tipo de procesamiento de datos. Se detalla además la población escogida y su ubicación geográfica, en base a estos datos se realiza el cálculo de la muestra para la realización de las encuestas, las mismas que se detallan una a una con las respectivas gráficas de resultados en el presente capítulo. A través de las herramientas usadas tales como las encuestas a los potenciales clientes y las entrevistas a expertos profesionales médicos y administradores de quienes se aprovecha el análisis de los antecedentes que ayudan a entender parte del problema y necesidades de target escogido, se realiza el respectivo análisis de la viabilidad y la demanda social existente para el presente proyecto de investigación.

En base a los análisis previos realizados en el capítulo IV se detalla la propuesta del presente proyecto de investigación, al mismo que se le nombra como CETAM, esto permitirá visualizar y comprender el grado de importancia y magnitud del mismo, por lo que se encontrarán los objetivos de la propuesta, la Misión y Visión, se describe y explica la tipología de la unidad médica. En el diseño de la propuesta se detallan la cadena de valor y el orden jerárquico propuesto para el CETAM, los flujos organizacionales funcionales de las principales unidades y servicios médicos propuestos, el modelo de atención correspondiente, los valores y principios éticos necesarios en una institución de salud. Sumado a esto se propone la ubicación a la realización del presente proyecto de investigación, y se detallan los factores positivos y negativos que influyen en el mismo. Considerando que un centro médico

debe estar completamente equipado, se detalla el cálculo del talento humano profesional que permitiría darle operatividad a la propuesta al 100%, para lo cual además se detalla la capacidad instalada y en base a ésta la oferta de servicios considerada como la cartera de servicios, la misma que se presenta con precios acordes a la capacidad de pago de la población escogida. En éste mismo capítulo se propone mediante figuras ilustrativas (láminas), la distribución física de las diferentes áreas del centro médico, tanto ambulatorio como hospitalario, cada una con los espacios mínimos requeridos y los accesos, las láminas de dicha propuesta se adjuntan en apéndice. Y por último y sin ser menos importante se propone un plan de marketing y estrategias para captar usuarios a corto y a largo plazo.

En base a toda la información detallada en los capítulos anteriores, en el capítulo V se detalla el estudio de factibilidad económica del presente proyecto de investigación, realizado a través de los instrumentos de evaluación como lo son el TIR y el VAN, se realiza el análisis de las cifras obtenidas, considerando todos los gastos fuertes que tendría la empresa propuesta.

Finalmente se procedió a realizar las conclusiones de la investigación a fin de contestar las interrogantes de existencia o no de la demanda social para la creación de un centro de traumatología en el sur del Distrito Metropolitano de Quito, con las respectivas recomendaciones del caso.

Justificación e Importancia de la Investigación

Históricamente la atención en salud de diferente índole ha estado centrada en los niños, adolescentes y adultos, sin embargo la población adulto mayor al no representar una población productiva o que genere crecimiento socio-económico, ha sido relegada en muchos aspectos. En éste grupo de edad son más frecuentes las enfermedades que producen dependencia e incapacidad, generando gran impacto socio-económico en las familias, debido a los gastos tangibles e intangibles por la atención a los AM. Por lo que es importante dar un

giro a éstas indiferencias y analizar las necesidades en servicios de salud de éste grupo poblacional (SABE Ecuador, 2009).

Según SABE Ecuador (2009), los adultos mayores que residen en el área urbana y de igual manera los mayores de 80 años, son quienes requieren mayor ayuda y cuidado. Por otro lado, organismos de salud internacional señalan que dichas necesidades de cuidado se generan en base a las frecuentes caídas y las lesiones que éstas producen, pues las caídas representan el 75% de las muertes por accidentes en mayores de 75 años. Más de 100 mil personas adultas mayores en el país tienen la necesidad de apoyo para actividades cotidianas como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse, o actividades instrumentales como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, actividades que son tan fundamentales en nuestro diario vivir. Esta dependencia es una situación que no todas las familias pueden solventar, no tanto por el tema económico, sino por la falta de tiempo para ello, sumado a esto la falta de conocimiento en relación a los cuidados especiales y medidas generales de prevención de enfermedades y complicación de las mismas cuando se presentan. Esta situación genera la necesidad de espacios físicos que brinde servicios en salud enfocados al adulto mayor, que permitan influir en mantener o prolongar la independencia física, motora e intelectual de este target poblacional. Dicha independencia física se logra mejorando la condición física del AM, si a esto se suma la educación a los familiares y a la sociedad en general, todos éstos actores serán los principales beneficiados, principalmente debido a que recibirán acompañamiento en todos los procesos de envejecimiento antes, durante y después de los 65 años, provocando cambios socio-culturales y prolongar la autosuficiencia en el envejecimiento poblacional. En otras palabras realizar actividades que permitan prevenir y tratar profesionalmente las enfermedades y complicaciones propias del AM, provocará un

impacto positivo en la calidad de vida de la población del sector, aportando además con fuentes de trabajo (Trujillo & Escobar, 2013).

El estado ha cumplido de acuerdo a su disponibilidad de recursos, conoce que la población de adultos mayores será en un futuro cercano su prioridad, y que debe mejorar simultáneamente la calidad de la atención en salud a éste grupo poblacional que frecuentemente presenta notable deterioro físico y en muchos casos son mentalmente dependientes. Sin embargo, aunque actualmente se está dando énfasis a actividades preventivas en la población general influyendo en la realización de actividades físicas y de esparcimiento, no existen espacios reservados para el adulto mayor y peor para personas con limitaciones físicas. Las estadísticas actuales nos muestran la marcada tendencia al aumento de la población adulto mayor, la misma que en pocos años será similar o mayor a la población joven, por ende es necesario generar espacios en donde se pueda brindar la atención médica traumatológica y la rehabilitación física necesaria, que contribuya a mejorar la calidad de vida del AM, de ahí que la investigación permitirá obtener una visión general de qué tipos de servicios apoyarían a responder a las necesidades reales de salud del mercado escogido (Nuñez, 2004) (Bermejo, 2010) (Cabedo, 2014).

Actualmente en el mercado nacional la cobertura de atención en salud especializada para el adulto mayor es menor al 1%. Si se considera que es la edad en que mayores gastos en salud se producen, se necesitará solamente una década para que se generen más gastos de salud, de los que se podría gastar en prevención. Comenzando desde la autoestima y prácticas saludables a edades tempranas, lo que permitirá que las siguientes generaciones lleguen a la tercera edad con una mejor calidad de vida, conscientes de que el cuidado en la alimentación es esencial (abstinencia de ciertos alimentos, vicios, hábitos, etc.), e influirá en la salud en su vejez y en la calidad y estilo de vida que tendrá desde los 65 años en adelante. En cuanto a temas de prevención el Ministerio del Deporte y los Gobiernos Municipales están conscientes

de éstas necesidades, pues existen entidades adscritas a éstas como la Dirección Metropolitana de Deporte y Recreación, considerada como "...la instancia Distrital que construye una comunidad integrada, inclusiva, activa y saludable, a través de la organización, planificación, dirección, control y promoción de la actividad física, del deporte y la recreación en armonía con el ambiente en el Distrito Metropolitano de Quito", entidades que también aportan a un buen estado físico de la población en general, (Secretaría de Educación, Recreación y Deporte, 2015). En el caso específico de los adultos mayores éstas actividades mejoran el estado anímico, permitiéndoles sentirse útiles a la sociedad y valorados por sus familias (CNNI, 2014).

Actualmente en nuestro país se están viviendo cambios considerables socio-culturales, políticos, económicos, de equidad de derechos y justicia social. De éstos parten los planteamientos del buen vivir, los mismos que priorizan la atención a los sectores poblacionales históricamente más vulnerables. El Plan Nacional del Buen Vivir brinda alternativas para construir una sociedad más justa, en la que el centro de la acción pública sea el ser humano y la vida (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

De la misma forma en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en el artículo tres se mencionan como objetivos de este sistema generar entornos que converjan a generar estilos y condiciones de vida saludables que protejan a personas de daños a la salud (Ministerio de Salud Pública, 2002). Como algo más específico, se menciona a la Constitución de la República del Ecuador, artículo 37 y 38, en donde el estado establece que los adultos mayores deben recibir atención médica prioritaria, comprometiéndose a crear y supervisar los centros dedicados al cuidado de esta población (Asamblea Constituyente, 2008).

Todas estas razones motivan la realización del presente proyecto de investigación, evidenciando que los factores psicosociales que influyen en la recuperación de traumas físicos

de los pacientes AM vs la prevención de dichos traumas, provoca un impacto económico positivo debido a que disminuirán los gastos para atención médica por traumas geriátricos, además de una gran influencia al estado cognoscitivo y afectivo de los mismos. Uno de los grandes pilares del crecimiento empresarial es la prevención de la salud, es por eso que la empresa privada ha crecido fortaleciéndose con este tipo de servicios en el mundo, si nos basamos en éstos datos se evidencia la tendencia al aumento de la demanda social a éste tipo de servicios de salud, que nos permite tener una visión positiva de la factibilidad financiera y el impacto positivo en el grupo poblacional mencionado.

El Problema de la Investigación

Una vez que se han mencionado las justificaciones respectivas a la realización del presente proyecto de investigación, se desarrollará con mayor énfasis el problema que provoca realizar la investigación, tomando en consideración análisis de entidades concedoras del tema, las que proporcionan datos estadísticos reales y la guía necesaria en relación al mismo. Además se detallan las competencias y responsabilidades de los organismos gubernamentales nacionales y seccionales como el ministerio de salud pública y los GAD municipales, además de diferenciarlas con las actividades de las entidades de salud privadas y las oportunidades que éstas últimas tienen al aportar con sus servicios a la población en general.

Planteamiento del problema de investigación

En el pasado, la visión general de asistencia al adulto mayor (AM) estaba marcada por actividades de caridad sobre todo las acciones del Estado, estaban dirigidas a los grupos calificados antiguamente como vulnerables o en riesgo, para tal efecto la prestación de servicios se limitaba a asilos, correccionales y albergues, los mismos que se convertían en centros de hacinamiento y maltrato. Actualmente los adultos mayores (AM) cuentan con

respaldo de políticas gubernamentales que velan por sus derechos, aun así la infraestructura necesaria para brindar dicha atención es insuficiente para la gran cantidad de población adulto mayor o en camino de serlo, existiendo un desfase en la relación demanda de salud especializada y oferta de salud especializada (Ministerio de Inclusion Economica y Social , 2012). Desde éste punto se parte, identificando las causas del problema y las variables dependientes, las misma que son la carencia de infraestructura y atención de salud especializada dirigidos al AM, dicho punto mejora sustancialmente con la creación del centro de traumatología, el cual se reconoce como la variable independiente del presente proyecto de investigación.

La gran mayoría de familias cuentan con mínimo dos miembros familiares adultos mayores y dos más en proceso de serlo, el problema aumenta considerando que casi el 70% de las familias no destinan tiempo de calidad para atender a éstos miembros envejecidos o para atender sus necesidades diarias. Por otro lado, el 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas sin conocimiento de la necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas, indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años y aún más considerando que los mismos en muchas ocasiones presentan problemas multi-sistémicos degenerativos, debido a que al principio de la edad adulta la capacidad funcional del sistema biológico llega al máximo y luego se reduce de manera natural (Ministerio de Inclusion Economica y Social , 2012). La velocidad de ese deterioro causa limitaciones físicas, gastrointestinales, neurológicas, cardiovasculares, etc. Dichas limitaciones están determinadas, al menos en parte, por la conducta y comportamiento a lo largo de la vida de los individuos.

Las limitaciones y sus causas han sido analizadas por varios grupos de trabajo en diversas investigaciones, y todos ellos concuerdan, que la edad, el género, el estrés social, alimentación, la actividad física, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas y comorbilidades asociada a los altos niveles colesterol y triglicéridos en sangre, el exceso de peso, la correspondiente obesidad enfermedades clínicas y a traumas influyen directamente sobre la rapidez de dicho proceso de envejecimiento y sobre la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2014). Las comorbilidades más frecuentes del adulto mayor son asociadas a la diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y traumas, entre éstos los provocados por mecanismo de caídas, los mismos que llegan a ser una causa de limitante grave. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

En relación a las comorbilidades traumática, de acuerdo a Núñez (2004), el traumatismo trae consecuencias tanto físicas y psicológicas. Las consecuencias psicológicas comprenden el temor, la depresión, el aumento de la dependencia y la ansiedad, evolucionando al retraimiento social y la institucionalización. Las comorbilidades traumáticas son muchas, sin embargo únicamente las fracturas representan un 5 a 10 % de las mismas, siendo los lugares más frecuentes la cadera, la muñeca, la columna vertebral y las costillas. Como pérdidas funcionales se detallan la inmovilidad general, la disminución de la movilidad articular y reflejos, deterioro del enderezamiento, adicionándose la osteoporosis que aumenta la incidencia de fracturas y se acelera con el sedentarismo. De acuerdo al último censo poblacional INEC (2012), se indicó que las tres cuartas partes de las personas mayores de 60 años estudiadas no practican ejercicios físicos, el 61 % tiene sobrepeso y cerca de la mitad padece de obesidad, lo que repercute en el tipo de tratamiento, tiempo de hospitalización, tiempo de recuperación y calidad de vida de los mismos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012).

Considerando el aumento poblacional proyectado en base al último Censo de Población y Vivienda, el DMQ a tan solo 10 años será la provincia de mayor población a nivel nacional, lo que incluye el aumento de la población de AM y con ello sus necesidades y complicaciones (INEC, 2010). Al hablar del adulto mayor se refiere a hombres y mujeres que comprenden edades de 65 años o más independientemente de sus limitaciones físicas e intelectuales, los mismos que no disponen de centros cercanos que brinden atención médica especializada en traumatología. (Nuñez, 2004)

A nivel público en el DMQ únicamente se cuenta con el hospital del Adulto Mayor, el que brinda atención gratuita, cerrada y abierta especializada, cuya demanda es alta y su oferta es muy limitada, a nivel del Municipio está el Patronato San José, el mismo que cuenta con varios centros distribuidos en el DMQ, el mismo que está precedido por el Dr. Alberto Paz, quien en conferencia de *“Política Pública Locales sobre el Adulto Mayor”* nos cuenta el apoyo que brindan a los AM, la misma que se enfoca en atención médica de primer nivel, en crear casas hogares para brindar servicios de alimentación y cuidados a puerta abierta, cuenta con el apoyo de profesionales que realizan capacitaciones en temas de superación personal, valores y derechos de los AM. Brindan talleres de música, risa y coro en quichua, se han extendido a lo largo del DMQ, actualmente cuentan con capacidad instalada para ayudar a 12000 AM y cuentan con 10000 usuarios frecuentes, de ellos un gran porcentaje de pacientes son reinsertados en la sociedad como entes productivos. Existen muy pocos centros privados que acogen al AM, que brindan servicios asistenciales de primer nivel, los que presentan la dificultad común de altos costos generados para brindar una buena atención y servicios, por ende la problemática social es cada vez mayor y cada vez más difícil de controlar, sin embargo sin la existencia de éstos centros de apoyo al AM la problemática sería más complicada, por ende cada centro de atención al AM de primer nivel o especializado generará apoyo a dichas necesidades (Paz, 2015). Es necesario complementar dichas necesidades y

brindar atención especializada a un número mayor de personas, de forma integral y completa, cuyo lema principal sea *el envejecimiento activo*, permitiendo crear equipos de trabajo para llegar a dicho objetivo. En éste último punto se sustenta la oportunidad para la empresa privada de brindar servicios de salud, de amplio espectro o de diferentes niveles, dependiendo de sus propias capacidades, los mismos que cuentan con el respaldo de las políticas gubernamentales, pues en el Art 9 de la Ley Orgánica de Salud, menciona “Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva” (Ministerio de Salud Pública, 2002)

En relación a los servicios de salud, las competencias y actividades del Ministerio de Salud Pública (MSP) es amplio, y permite acceso a servicios de salud gratuitos e integrales, en las diferentes dependencias según el nivel de complejidad como lo menciona el Art. 69 de la Ley Orgánica de salud, que se cita textualmente “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”. Es decir los servicios en salud del MSP son completos, ya que permite el acceso a atención básica o especializada y hasta de alta complejidad a los usuarios, sean ecuatorianos o extranjeros, sin embargo presenta la dificultad que la capacidad instalada de dichas unidades de salud públicas no abastecen la gran demanda existente, sobre todo en el Sur del DMQ, en donde el único hospital existente es el Hospital General Enrique Garcés, que brinda atención de segundo nivel de complejidad a un espectro de población que excede sus capacidades, lo que provoca al final que ésta sea muy limitada por el exceso de demanda actual (Ministerio de Salud Pública, 2002) (Trujillo & Escobar, 2013).

Por otro lado el campo de acción de los municipios abarca higiene, salubridad y servicios asistenciales, educación y cultura, entre otras y se detalla en el artículo 149 de la Ley Orgánica del Régimen Municipal Codificado, en relación a Higiene y Asistencia Social menciona dentro de sus competencias "...Planificar, ejecutar, coordinar y evaluar, con la participación activa de la comunidad, programas sociales para la atención a personas de la tercera edad, prevención y atención a la violencia doméstica." Sin embargo el campo de acción municipal es más de actividad social y de prevención, lo que abarca atención de primer nivel en algunos casos, ya sea con fondos de autogestión o fondos provenientes del gobierno central (Comisión de Legislación y Codificación, 5 de Diciembre del 2005).

En Ecuador como en otros países existe un rango amplio entre las densidades poblacionales urbanas y rurales, lo que dificulta que los planes de salud sean accesibles de forma equitativa a toda la población, aún con los esfuerzos del gobierno central por brindar salud gratuita y aumentar las unidades de salud, en vista de que los actores públicos no logran terminar con la demanda insatisfecha, de ahí la importancia de que existan más actores involucrados con la promoción y prevención de salud de las comunidades, aquí es donde entran los actores privados, quienes pueden enfocar las actividades asistenciales de acuerdo a las necesidades del sector estudiado. Aun así la descentralización puede ser poco equitativa, porque se hace difícil la redistribución entre comunidades y finalmente, aunque la responsabilidad local debe incrementar, la transferencia de recursos fiscales al nivel local puede crear más oportunidades de corrupción entre los políticos locales. (Donoso & Montalvo, Mayo 2013)

Actualmente la diversificación de los grupos poblacionales que tienen mayor oportunidad de acceso a servicios de salud con los seguros públicos y privados va en crecimiento, los procedimientos para que exista un intercambio de servicios se detallan en el Acuerdo Ministerial 00005309 de fecha 28 de Octubre 2015 (vigente), el mismo que se

convierte en una fortaleza al facilitar los trámites para que los pacientes de diferentes lugares y estratos sociales puedan acceder a atenciones en hospitales especializados, ya que dicho acuerdo permite una efectiva derivación y atención médica entre las instituciones de los diferentes subsistemas, con real beneficio de pacientes que lograron satisfacer sus necesidades de salud con oportunidad y sin pago en el momento de recibir dicho servicio en unidades de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que están representados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto Ecuatoriano de Seguridad de la Policía (ISSPOL) y Ministerio de Salud Pública (MSP); y en unidades de la Red Privada de Salud (Complementaria), la que se encuentra representada por todas las instituciones de salud diferente nivel, privadas (Dirección Nacional de Normatización, 2015). Otro punto a favor es el auge de los seguros privados que facilitarían en gran medida el implementar este tipo de servicios en el sector poblacional escogido, por ejemplo Seguros Rocafuerte, Plan Vital, Integral Kennedy S.A, Socio Medical, Salud S. A., Ecuasanitas, Medec, Cruz Blanca, Bupa, Aliada Seguros, Bmi Companies, Best Doctors, Humana Medi-ecuador, Génesis, los mismos que de acuerdo a la disponibilidad económica de las personas permite acceder a servicios de salud de diferente nivel y complejidad (Superintendencia de Bancos, 2016).

Considerando que hay mayores oportunidades de acceso a servicios de salud de la población y el aumento poblacional del adulto mayor junto con sus necesidades, se cree conveniente analizar la oferta actual en servicios de salud existente para cubrir dichas necesidades y la factibilidad para la creación de un espacio físico para la atención médica especializada en traumatológica para el adulto mayor en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito y como influir positivamente en la calidad de vida de dicho target, ya que incluye la posibilidad de brindar apoyo a los AM camino al “*envejecimiento activo*” en forma exitosa antes y después de los 60 años, usando además como fortaleza a sus familiares, a los que se

les brindará el apoyo necesario, permitiendo que se prolongue la independencia para las actividades cotidianas.

Pregunta de Investigación:

¿Cómo beneficia la creación de un centro de traumatología para los cuidados especializados en el adulto mayor?

Preguntas específicas:

1. ¿Existen en el Sur de Quito centros de tratamiento y prevención de patologías traumatológicas que enfoquen su servicio al adulto mayor?
2. ¿Tiene suficiente cobertura la atención médica de las morbilidades traumatológicas del grupo poblacional del adulto mayor?
3. ¿Los servicios de traumatología que se propone el presente trabajo de investigación, están de acuerdo con las características de la demanda de salud los habitantes del Sur del Distrito Metropolitano de Quito?
4. ¿Qué cuidados necesitan los adultos mayores para mejorar el estilo y calidad de vida de los mismos?
5. ¿Qué tan factible es la implementación de un centro de traumatología en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito?
6. ¿Existe un área de terreno geográficamente estratégico para la creación del Centro de Traumatología en el sur del Distrito Metropolitano de Quito?
7. ¿Qué recursos materiales, humanos y financieros se necesitan para ejecutar el presente trabajo?

Delimitación del Problema

Campo: Servicios de Salud.

Área: Medicina.

Aspecto: Creación de un Centro Especializado en Traumatología para el Adulto Mayor.

Tema: Estudio de la demanda social para la creación de un Centro especializado en Traumatología para el adulto mayor, ubicado en el sector Sur del Distrito Metropolitano de Quito.

Delimitación espacial: Quito - Ecuador.

Delimitación temporal: 2016.

Formulación del problema.

¿Cómo influye la creación de un Centro Integral Especializado en Traumatología para los adultos mayores del Sur del Distrito Metropolitano de Quito?

La presente investigación busca establecer la factibilidad de implementar un Centro Integral Especializado en Traumatología partiendo la existencia actual de demanda social y de la necesidad creciente por cuidar al adulto mayor.

Objetivos del Proyecto de Investigación

Objetivo general

Analizar la demanda social de servicios especializados en traumatología para adultos mayores en el sur del Distrito Metropolitano de Quito, a través de una investigación de mercados para determinar sus necesidades y establecer la viabilidad para la implementación del mismo.

Objetivos específicos

- Analizar si los servicios del centro de traumatología están de acuerdo con las características de la demanda de salud de los habitantes del Sur del Distrito Metropolitano de Quito.
- Identificar los servicios de salud que necesitan los adultos mayores que generen un impacto positivo en los cambios que sufren al envejecer para mejorar el estilo y calidad de vida de los mismos.
- Realizar el estudio técnico a fin de establecer la viabilidad financiera y económica contemplando las necesidades de infraestructura, equipamiento y recurso humano para la implementación de un centro de traumatología para el adulto mayor.

Variables del Proyecto de Investigación

Definir las variables del proyecto de investigación es muy importante, puesto que nos permite diferenciar cual es la problemática y el enfoque de la investigación. En éste sentido saber la asociación que existe entre las actividades de vida y lo que aspira el adulto mayor en el tiempo que se supone debe dedicar a satisfacer sus necesidades personales, luego de haber dedicado mucho tiempo de su vida a sus familias y a su trabajo. Es por eso que se adjunta una tabla, donde se muestra los indicadores que nos van a permitir medir cada variable que se observó necesario para la realización del presente proyecto.

Tabla 1.
Variables de la Investigación

Pregunta de investigación	Variables		Definición de Marco Teórico	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Instrumentos	
Como beneficia la creación de un centro de traumatología en las necesidades de cuidados especializados en el adulto mayor.	DEPENDIENTE	necesidades de cuidados especializados en el adulto mayor.	Batthyány, K (2008), sintetiza conceptos de la literatura especializada, definiendo como cuidado o apoyo informal los cuidados que se prestan por familiares, amigos, vecinos, se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación, no está necesariamente profesionalizado y no se realiza de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso. Los cuidados formales son los que se realizan en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etc.)	Promoción	Marketing Mix/ producto, precio, plaza, promoción	>=80% Alto 50%-79% Medio <49% Bajo	Encuestas	
				Sector externo	proveedores	>=80% Alto 50%-79% Medio <49% Bajo	Encuestas	
					distribuidores			
					clientes			
	Necesidades	Enfermedades principales	>=80% Alto 50%-79% Medio <49% Bajo	Encuestas				
		Precios						
	INDEPENDIENTE	Creación de un centro de traumatología para el adulto mayor	Se los define así a los establecimientos o instituciones que ofrecen servicios de salud especializados en traumatología (Zurro, Cano, & Badia, 2014).	Demanda	Número de personas adultas mayores	>=80% Alto 50%-79% Medio <49% Bajo	Estrategias y tácticas	Encuestas, Entrevistas y Estudio financiero
					Ingresos mensuales			
					Necesidades			
				Herramientas de Administración y Marketing	Aceptación			
FODA								
Plan de Marketing								
Estudio de factibilidad financiera	PORTER	>=15% Inversión alta 7%-14% Inversión media <57% Inversión Baja	Encuestas, Entrevistas y Estudio financiero					
	PESTLE							
	TIR							
	VAN							
	Payback period							

Elaborado por: El autor

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

En éste capítulo se analizará información que permita comprender la decisión de realizar el presente proyecto de investigación, tomando como referencia trabajos que aportan al desarrollo de las variables e información relevante que permite analizar la situación actual de los adultos mayores desde varios puntos de vista, por ende es pertinente mencionar que el grupo poblacional objeto del presente proyecto de investigación son los adultos mayores.

1.1. Marco Referencial

En el Ecuador, los adultos mayores son considerados un grupo etario que tienen edad igual o mayor a 65 años (MIESS , 2012), en éste grupo de población son muy frecuentes las enfermedades que producen dependencia e incapacidad, ya sea por deterioro biológico, secundario a enfermedades o secundario a traumas, el tipo de involución del adulto mayor está determinado en gran porcentaje por el estilo de vida, como lo menciona la OMS, luego de diversas investigaciones. Parte de sus conclusiones menciona que la edad, el género, el estrés social, alimentación, la actividad física, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas y comorbilidades asociada a los altos niveles colesterol y triglicéridos en sangre, el exceso de peso, la correspondiente obesidad enfermedades clínicas y a traumas influyen directamente sobre la rapidez de dicho proceso de envejecimiento y sobre la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En relación a las comorbilidades traumática, de acuerdo a Núñez L. (2004), el traumatismo trae consecuencias tanto físicas y psicológicas. Las consecuencias psicológicas comprenden el temor, la depresión, el aumento de la dependencia y la ansiedad, evolucionando al retraimiento social, la dependencia y la institucionalización. Las comorbilidades traumáticas son muchas, sin embargo únicamente las fracturas representan un

5 a 10 % de las mismas, siendo los lugares más frecuentes la cadera, la muñeca, la columna vertebral y las costillas. Como pérdidas funcionales se detallan la inmovilidad, la disminución de la movilidad articular y reflejos, deterioro del enderezamiento, adicionándose la osteoporosis que aumenta la incidencia de fracturas y se acelera con el sedentarismo. Todas estas morbilidades y alteraciones del estado de salud mencionadas se pueden disminuir con actividades preventivas, como ejercicio, juegos, dinámicas, mejorar hábitos alimenticios, educación, crear espacios para propiciar el ejercicio, etc. (Bermejo, 2010). Estos beneficios se demuestran en una investigación de tipo cuasi-experimental realizada con grupo control y experimento, en donde los sujetos de estudio fueron 38 adultos mayores de 60 años, a los cuales de manera aleatoria se asignaron al grupo experimental y al control. Durante 12 semanas se les indujo diferentes tipos de ejercicios controlados y se realizó las evaluaciones pertinentes pre y post-test. Al finalizar el periodo de prueba, se observaron cambios en la condición física funcional en el grupo experimental. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los grupos experimental y control para el Índice cintura cadera, perímetro cintura, fuerza miembros superiores, flexibilidad tren superior, resistencia aeróbica, Tinetti equilibrio, Tinetti total ($p = 0,00$), vestirse desvestirse ($p = 0,05$) y la autoconfianza para caminar por el barrio. En conclusión los efectos del ejercicio continuo y controlado disminuyen las consecuencias deletéreas del envejecimiento sobre la capacidad para realizar ejercicio, la cual se reduce en los últimos años de vida de una persona. Por ello, el ejercicio físico se convierte en una estrategia que incrementa la habilidad de las personas mayores para realizar las actividades de la vida diaria (Vidarte, Quintero, & Beltrán, 2012).

En el caso de que no se puedan prevenir ciertas patologías, se puede disminuir su impacto al brindar una atención médica especializada diferenciada y apropiada para el adulto mayor, no solo al paciente, sino también a la familia, enseñándoles los cambios en el comportamiento del adulto mayor, los cambios de los cuidados especiales dependiendo de la

patología, aspectos del ambiente físico en el que se desenvuelven para evitar las caídas, cuidados en la alimentación, el trato diferenciado necesario considerando la fragilidad y susceptibilidad emocional propio de la edad, concientizar que el tratamiento en un gran porcentaje debe el éxito al apoyo familiar y a los cuidados en el hogar, que es justamente una oportunidad para las actividades que brindará el centro de traumatología a la sociedad, la misma que puede ser su fortaleza y de esta manera ayuda a mejorar la calidad de vida de éste grupo etario (Varela, Carcelen, & Lara, 1992). Al hablar de Calidad de vida para los adultos mayores, nos referimos a que el adulto mayor pueda mantener una vida menos dependiente, a que ellos puedan atender las actividades mínimas necesarias para sí mismo, sin dejar de lado las necesidades en servicios de salud de éste grupo poblacional (SABE Ecuador, 2009).

En nuestro país existen estudios que lo corroboran, puesto que en la actualidad el trabajo, la exigencia de las actividades diarias, las distancias, entre otras causas, nos obligan a buscar servicios que nos ayuden a solventar las necesidades diarias sobre todo si no hay más miembros del hogar que apoyen con la atención que necesitan nuestros familiares. En el caso de salud el apoyo informativo, psicológico, transporte, cercanía, integralidad, especialización, confiabilidad, espacios seguros, permite que también mejore nuestra calidad de vida, un ejemplo importante mencionar es el caso de Burbano, Mite y Padilla (2013), quienes demostraron que la creación de la guardería y centro de estimulación en Vía a Samborondón (Provincia del Guayas), era de vital importancia en la vida de los padres debido a la falta de tiempo. El estudio aporta al desarrollo mental y psicomotriz de los niños debido que a través de juegos y dinámicas desarrollan diferentes actividades. Dicho proyecto se consideró financieramente viable y atractivo arrojando una TIR del 28,57% y un VAN de 5291,10 (Burbano , Mite, & Padilla , 2013).

Por otro lado el estudio realizado por Ulloa & Chávez (2005), en donde se proporcionó a la ciudad de Ambato un Centro de Estimulación Temprana colaborando con la

sociedad para desarrollar competencias en los niños y posteriormente puedan desenvolverse en la etapa preescolar. Financieramente, el proyecto fue factible en relación a los índices obtenidos, dicho estudio generó un retorno de inversión en un plazo menor al de la vida útil del proyecto (Granizo Ulloa & Chávez Yépez, 2005).

Otro punto importante que apoya al presente proyecto de investigación es el hecho de que en el Sur del DMQ no existen centros hospitalarios o unidades médicas especializadas en traumatología, el único Hospital existente en el Sur del DMQ es el Hospital General Enrique Garcés, el mismo que brinda atención médica de segundo nivel de complejidad, a un área de influencia que sobrepasa el 1'200.000 habitantes (Trujillo & Escobar, 2013). Como se puede ver en la tabla 2, tomando como referencia únicamente los tres primeros trimestres del 2015, se resolvieron quirúrgicamente 948 casos, se atendieron en la consulta externa 4444 casos y por emergencia únicamente en la especialidad de traumatología se atendieron 6552 casos (Hospital General Enrique Garces, 2015). Aunque no tenemos datos estadísticos por grupo etario, es importante señalar que las fracturas son la tercera causa de morbilidad en atención hospitalaria, sin contar que el hospital no es especializado. En lista de espera para atención médica a traumatología existen más de 1300 pacientes de diferentes sectores del DMQ y fuera del cantón, la mayoría de resolución quirúrgica y para cirugía programada existen más de 100 pacientes cuya lista aumentan día a día, siendo imposible atender dicha demanda no solo para dicha unidad médica sino para el resto de unidades médicas del MSP. De la misma manera sucede con las atenciones en Fisioterapia, la capacidad instalada y el talento humano no abastecen la necesidad, debido a que también existe demanda insatisfecha que no tiene otra alternativa que buscar atención privada (Hospital General Enrique Garces, 2015).

Tabla 2.

Atenciones de acuerdo al Servicio de Traumatología del Hospital General Enrique Garcés del Sur del Distrito Metropolitano de Quito

HOSPITAL GENERAL DR.ENRIQUE GARCES		
PRODUCCION DE DEL SERVICIO DE CIRUGIA TRAUMATOLÓGICA		
DE ENERO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2015		
DESCRIPCIÓN	TOTAL ANUAL	PROM. MENSUAL
ATENCIONES EN LA CONSULTA EXTERNA	4444	668,18
ATENCIONES EN EMERGENCIA	6552	728,00
PROCEDIMEINTOS QUIRÚRGICOS	948	105,33
ATECIONES EN FISIOTERAPIA	4965	581,26
TOTAL	16909	2082,77
A nivel Hospitalario las fracturas son la tercera morbilidad que se atiende en quirófanos.		

Tomado de: Unidad de Admisiones Hospital General Enrique Garcés, MSP (2015).

De acuerdo a una investigación de factibilidad realizada por Nieto y Parra (2013), para crear un centro Gerontológico de Integración para el adulto mayor en la ciudad de Cuenca, investigación que concluye que el proyecto es viable tanto por existir la demanda social como desde el punto de vista financiero, pues menciona que vale la pena su inversión ya que se determina un VAN positivo de 161.964,72, con una TIR de 27% es decir 12 puntos más del costo de oportunidad del 15%, y con una recuperación de la inversión posible a 3 años después de su puesta en marcha (Nieto & Parra, 2013). En éste mismo proyecto se desarrolló un plan de marketing para medir el nivel de aceptación y se diseñó un plan de publicidad para promover mayor tráfico de clientes, considerando el aumento poblacional del adulto mayor más las necesidades de brindar apoyo en salud a los AM camino al “envejecimiento activo”, en forma exitosa antes y después de los 60 años y usando además como fortaleza a sus familiares, a los que se les brindará el apoyo necesario, permitiendo que se prolongue la independencia para las actividades cotidianas de los AM y de ésta manera generar un impacto positivo en la sociedad.

Un estudio muy importante de aprovechar y mencionar es el realizado por Lara, S. (2015), en el que menciona que las proyecciones de aumento de población vieja en América

Latina serán una oportunidad para innovar en servicios que nunca se han pedido, debido a que la mayoría de la gente mayor a 60 años tendrán un perfil de consumo diferente al actual, menciona que del año 2025 en adelante habrán una demanda de servicios de las personas adultos mayores, simplemente porque las personas que lleguen a esa edad en esos años, corresponderán a una generación más educada, con coeficiente intelectual más alto que el de los años 80, muchas de ellas vivirán solas y muchas aún serán económicamente independiente. La demanda de servicios enfocados para los adultos mayores no serán únicamente relacionados a la salud, sino que la variedad será infinita (Lara, 2015).

Por todos los estudios realizados, es evidente que la demanda en servicios de salud para los adultos mayores actualmente existe, y más aún será una de las principales demandas de servicios en años futuros, por lo que es en los antecedentes del proyecto de investigación se analizará cuáles son los datos estadísticos, como se proyectan las cifras de adultos mayores en los años venideros y que influencia tendrán.

1.2. Antecedentes del estudio

A nivel mundial se ha venido estudiando el comportamiento demográfico poblacional por edades, durante el siglo pasado se observó un aumento significativo del envejecimiento de la población, aumento que viene siendo similar en el siglo XXI. En el año 2000 y 2050, la población mundial de más de 60 años se duplicará, y pasará de aproximadamente del 11% al 22%. Se prevé que el número absoluto de personas mayores de 60 años pase de 605 millones a dos mil millones, durante el mismo periodo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

“Los países de América Latina y el Caribe (ALC) se encuentran en una etapa de transición demográfica en que las simples extrapolaciones del pasado se convierten en un mal pronóstico del futuro” (Giugale, 2011), como consecuencia la población de la región se ha triplicado en los últimos 50 años, por lo que el control del crecimiento poblacional fue la

principal preocupación de los países, sin embargo en los próximos 50 años más, la mayoría de los países registrará un crecimiento desacelerado, menor al 50%, significando cambios en la composición de la población, generando impactos socio-económicos importantes, provocando incluso cambios en las principales tendencias y políticas de atención, ya que existirá un rápido envejecimiento de la población en la mayoría de los países de ALC (Banco Mundial, 2011).

Mientras que en Europa la transición demográfica duró más de un siglo, en ALC y en el mundo en desarrollo de hoy están ocurriendo cambios similares con mucha mayor rapidez, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez, dicha evolución vienen de la mano con la incorporación de patrones económicos y culturales de los países desarrollados, que van desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales, culturales y tecnológicos.

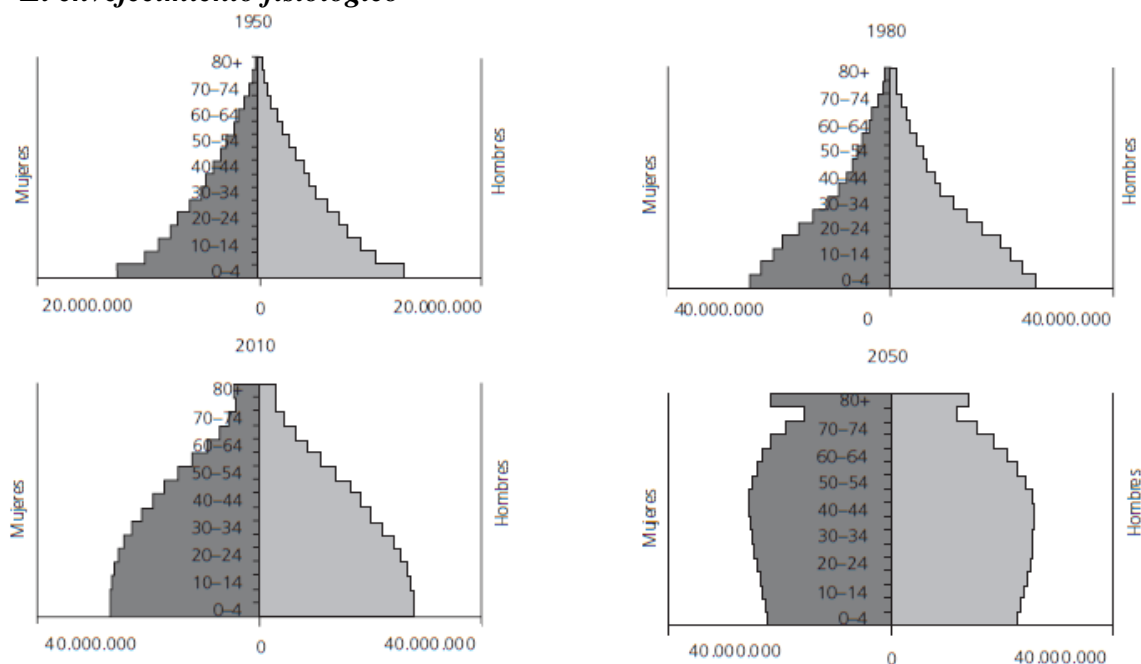
Según el reporte del Banco Mundial (BM), “en los últimos 60 años, el porcentaje de la población de la tercera edad aumentó apenas de un 6% a un 9%”. Es importante mencionar que dentro de los próximos 50 años se incrementara de un 9% a un 24% la población considerada de la tercera edad. Esto quiere decir que en términos absolutos, se incrementará de 9 millones a 180 millones a lo largo de un siglo. El número de nacimientos anuales se encuentra en descenso y de acuerdo a las Naciones Unidas la mayoría de países de América Latina y el Caribe tendrá la población más alta entre 2050 y 2070 (Banco Mundial, 2011).

Un ejemplo clave a mencionar es que la tasa total de fecundidad durante los años 1950-1955 era de 5.9 hijos y en el periodo de 2005 al 2010 descendió a 2.4 hijos por mujer. La fecundidad promedio para el periodo 2011-2015 descendió aún más a 2.1 hijos por mujer, la misma que está considerada como la tasa básica de remplazo, y muchos países de ALC actualmente tienen una tasa de reemplazo muy por debajo de lo normal y más que eso la estructura misma de la familia se aleja de lo convencional (Lara, 2015). El hecho de que la

tasa de fecundidad descienda, significa que también descienden los ratios de dependencia por cada 100 habitantes en actividad laboral (Banco Mundial, 2011).

Estos periodos de descenso en el ratio de dependencia, a menudo denominados *ventana demográfica de oportunidad* (Banco Mundial, 2011), varían de acuerdo al país, en la Figura N° 1, se aprecia el cambio en forma de la estructura poblacional, en tres periodos, con espacios cada uno de más o menos tres décadas y su proyección al 2050, dónde prácticamente la poblacional de adultos mayores sobrepasa a la población de niños e iguala en 30 años el crecimiento de la población joven.

Figura 1.
El envejecimiento fisiológico



Tomado de Banco Mundial (2011)

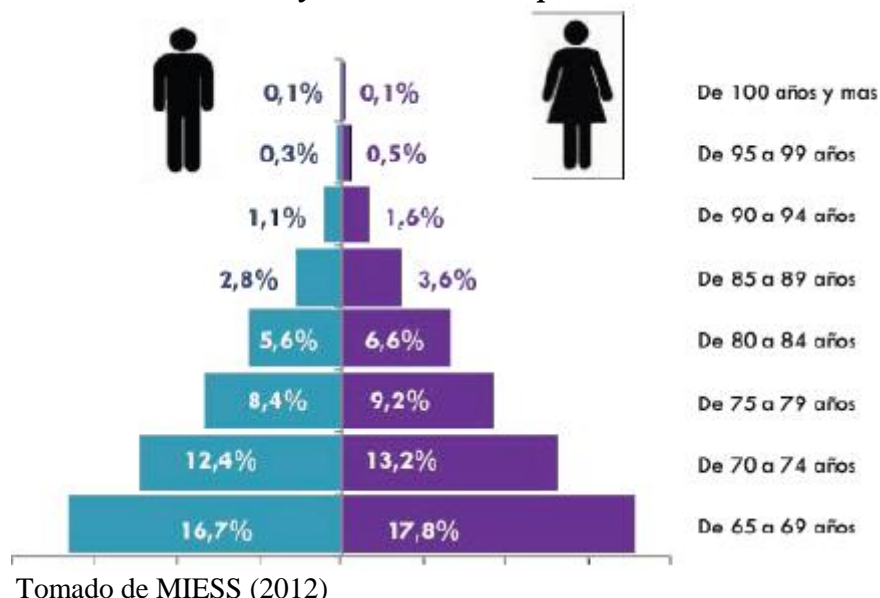
Los individuos al envejecer, tienden a reducir la participación económica en el mercado laboral e incluso llegan a un punto en el que la productividad decrece, debido a la degeneración fisiológica y a la influencia del entorno. Sin embargo hay un punto de vista importante que mencionar, según Lara, R. (2015), del 2015 al 2050 ser viejo estará de moda, ya que en toda ALC, del 20% al 35% de personas tendrá mayor de 60 años, sin embargo

como él lo pinta no es como un periodo de cabezas blancas y aburrido, con ideas antiguas y muchos achaques, más bien pinta un escenario totalmente diferente que irá contagiándose paulatinamente, ya que dicha generación será más sana y mejor educada en tal posición, que permitirá no solamente generar servicios nuevos en salud, sino que dicha generación prolongará su vida económicamente activa. Aún con éstos datos prometedores, no se deja de lado el hecho de que la mayoría de gente adulto mayor sufrirá de enfermedades crónicas, pues las consultas médicas aumentarán de 3,4 per cápita anuales a 7,1. Y para suplir éstas necesidades, la infraestructura hospitalaria tendrá más que duplicarse (Lara, 2015).

En Ecuador, está determinado que toda persona de edad igual o mayor a 65 años, se considera adulto mayor, lo que la lleva a ser titular de distintos derechos y obligaciones, adecuados a la correspondiente etapa generacional, cuyo ejercicio debe ser efectivamente garantizado por el Estado.

Figura 2.

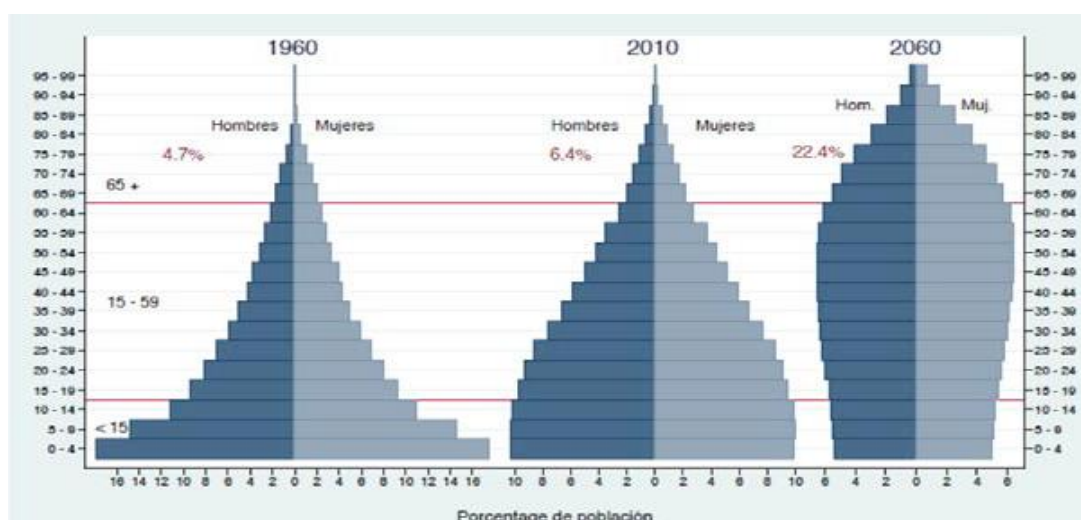
Ponderación de adultos mayores en Ecuador por edades



De acuerdo al Censo de Población y Vivienda (CPV) realizado en el año 2010, se encuentra una proyección que acertadamente evidencia 1'341.664 personas mayores de 60 años y 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son

personas adultas mayores, con una presencia del 52,6% en mujeres y el 47,4% de hombres, existiendo mayor esperanza de vida en el género femenino, lo que se traduce en una mayor cantidad de mujeres en edades avanzadas, como se observa en la figura 2. De acuerdo con los últimos estudios demográficos a escala nacional, en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas.

Figura 3.
Evolución demográfica de Ecuador



Tomado de CEPAL, Proyecciones de Ecuador (2014).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2010), la provincia con mayor cantidad de personas adultas mayores es Bolívar con un 9,7% en relación al total de su población. Loja ocupa el segundo lugar con el 9,2% de su población total, sin embargo las provincias amazónicas, excepto Zamora Chinchipe, hay una presencia inferior al 4,5%, en relación a la población que posee cada una de estas provincias. Las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay totalizan el 55,4% de la población adulta mayor nacional (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es una ciudad con una población de 2'239.191 personas, de las cuales según el Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto

Nacional de Estadística y Censos, el 26,42% de su población se encuentra entre los 31 y 64 años, seguido de los jóvenes comprendidos entre 18 a 30 años (16,65%); niños y niñas de entre 0 y 11 años (15,59%). Por lo que podemos evidenciar el que la población de adultos mayores (65 años en adelante) alcanza el 0,4% de habitantes. El DMQ está proyectado a tan solo 10 años, como la provincia de mayor población a nivel nacional, lo que incluye el aumento de la población de adultos mayores y con ello sus necesidades y complicaciones (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Al realizar la investigación se encontraron diversos factores que apoyan la existencia de la necesidad de mejorar la atención en salud para el AM, no solo el hecho del crecimiento poblacional acelerado y las exigencias propias de cada edad, sino también el casi nulo aumento de infraestructura de salud que permita brindar atención médica de especialidad. Por lo que proponer la creación de un centro de traumatología especializado en el Sur del DMQ, enfocado a que los pacientes pertenecientes a éste grupo etario pueda mantener una vida menos dependiente, a atender las actividades mínimas necesarias para sí mismo es importante. A esto se suma que la infraestructura existente está saturada entre otras causas también por periodos de hospitalización prolongados debido a los tiempos de recuperación, en el caso de los AM según el estudio realizado por Valera (1992), demostraron que en relación a la frecuencia relativa de hospitalización, las personas mayores de 60 años tienen un promedio de hospitalización mayor y en el grupo de mayores de 65 años el promedio es seis veces mayor que en el de 14-64 años. Para disminuir los datos estadísticos de ocupación prolongada de cama hospitalaria, es muy importante el tratamiento preventivo, ejercicio, control en los cambios de estilo de vida. Esto último es un tema cultural muy difícil de cambiar, sin embargo mientras se camina hacia ello el tratamiento especializado a los problemas de salud es clave (Varela, Carcelén, & Lara, 1992).

Al referirnos de tratamiento especializado, si tomamos como referencia los traumatismos más frecuentes que son causales de procedimientos quirúrgicos en el Hospital General Enrique Garcés de Sur del DMQ, los mismos que se detallan en la tabla 3, dichos procedimientos requieren tratamiento quirúrgico diferente, por ende cuidados diferentes y recuperación diferente.

Tabla 3.

Patologías de resolución quirúrgica más frecuentes en el servicio de Traumatología del Hospital General Enrique Garcés del Sur del Distrito Metropolitano de Quito

HOSPITAL ENRIQUE GARCES		
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGÍA NUEVE MESES 2015		
1	FRACTURA DE TIBIA	91
2	FRACTURA DE TOBILLO	89
3	FRACTURA DE RADIO	77
4	LIMPIEZA QUIRURGICA	55
5	FRACTURA DE HUMERO	43
6	FRACTURA DE FEMUR	39
7	RETIRO DE MATERIAL	39
8	ARTROSCOPIA	33
9	ARTROPLASTIA DE CADERA	25
10	PLASTIA DE LIGAMENTO	24
11	FRACTURA DE TIBIA Y PERONE	22
12	FRACTURA DE CADERA	17
13	FRACTURA DE METACARPIANO	16
14	FRACTURA DE CUBITO	14
15	PLASTIA DE TENDON	14
16	LUXACION DE CLAVICULA	13
17	FRACTURA DE CUBITO Y RADIO	12
18	ARTROPLASTIA DE RODILLA	11
19	REEMPLAZO DE CADERA	8
20	EXCERESIS	7
21	OTROS	153
TOTAL		948

Tomado de: Unidad de Admisiones HGEG/ Procesamiento de Datos (2015)

Aún más que eso, éstas mismas patologías provocan impacto directo en las actividades diarias del adulto mayor, siendo más frecuentes las lesiones en los miembros inferiores, cadera y miembros superiores, por lo que para conseguir mejores resultados con los pacientes post-quirúrgicos es necesario educar al paciente y a sus familias en relación al tratamiento, rehabilitación y cuidados post-procedimientos quirúrgicos, con el objetivo de lograr que el AM vuelva a tener confianza e independencia en las actividades cotidianas.

Al mencionar las necesidades de los AM, nos referimos a atención médica especializada e integral, cuidados, protección social y convivencia intergeneracional, trabajo, entre otras. Las tres últimas se cubren en gran medida en los centros primarios de atención al AM (2012), las otras corresponden a unidades de salud de mayor nivel. Teniendo en consideración los cambios demográficos mencionados y su impacto en la alta incidencia de personas mayores de 60 años que requieren servicios de salud y a pesar que en nuestro país las políticas que favorecen al adulto mayor están establecidas, los centros de atención médica al mismo son escasos, por lo que nuestra proyección de atención con enfoque integral del paciente anciano, sin dejar de lado aspectos clínicos, preventivos, psicológicos y sociales son relevantes, permitiendo ayudar a preservar su independencia y autonomía dentro de la comunidad.

1.3. Marco conceptual

En el marco conceptual se revisa conceptos que están relacionados con las variables que forman parte del tema de investigación, entre los que destacan las necesidades de cuidados especializados para el adulto mayor, la necesidad de la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor, los puntos de vista que influyen en las necesidades mencionadas desde el ámbito demográfico, económico, cultural, humano y legal a nivel nacional e internacional, entre otras.

1.3.1. Teoría de la población o transición demográfica

Es el proceso según el cual una población pasa de un estado inicial caracterizado por una alta fecundidad, una alta mortalidad y el predominio de una población joven a un estado distinto, caracterizado por una baja fecundidad, baja mortalidad y el predominio de una población de mayor edad. La mayoría de las transiciones

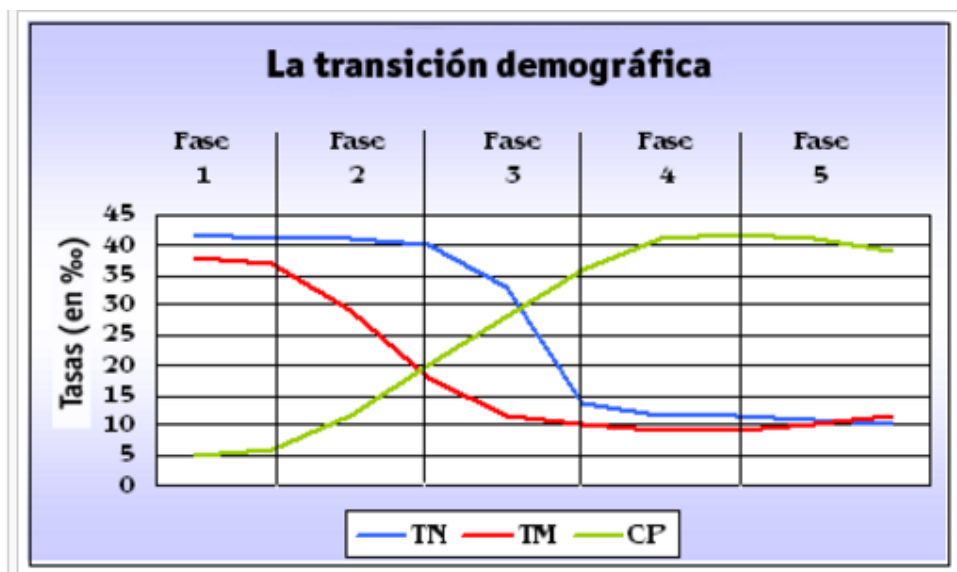
demográficas se inicia con un descenso de la mortalidad entre los niños pequeños, llevando a un incremento de la esperanza de vida. En una etapa inicial, que generalmente se prolonga durante varias décadas, las tasas de fecundidad se mantienen altas, de tal forma que la población aumenta con creciente rapidez (Pedroni, 1998).

Fenómenos de la transición demográfica. - La teoría pretende explicar dos fenómenos:

1. Se expone por qué el crecimiento de la población mundial se ha incrementado en los últimos 200 años, superando de 1.000 millones de habitantes en 1800 a los 7.000 millones actualmente.
2. Se describe el periodo de transformación de la sociedad preindustrial teniendo tasas de natalidad y mortalidad muy altas a una sociedad postindustrial con tasas muy bajas.

Fases de la teoría de la transición demográfica. - La teoría indica que existe un desfase entre la disminución de mortalidad como consecuencia del incremento de la población urbana y de la mejora de la calidad de vida por los avances tecnológicos, y la disminución de la natalidad como consecuencia de los fenómenos como la tasa de urbanización e industrialización aceleradas, aumento del sexo femenino, proceso de liberación femenina. Como resultado se obtiene el ajuste en el tiempo que se produce entre las tasas de natalidad y mortalidad elevadas.

Figura 4.
Transición demográfica



Tomado de Pedroni (1998, pág. 26)

- Fase 1: Antiguo Régimen Democrático

En las sociedades preindustriales las tasas de natalidad y de mortalidad son elevadas, por lo que el crecimiento natural o vegetativo de la población es muy lento.

- Fase 2: Comienzo de la transición

Los índices de la mortalidad decrecen de manera repentina debido a las mejoras técnicas agrícolas (aumentan los rendimientos), los avances tecnológicos y los avances en medicina lo cual alarga la esperanza de vida y reduce la mortalidad.

- Fase 3: Final de la transición

La tasa de mortalidad continúa con la tendencia a la baja en la fase dos, por lo cual el crecimiento demográfico en esta fase continua siendo alto.

- Fase 4: Régimen democrático moderno

Se caracteriza porque la tasa de mortalidad se reduce hasta llegar a los mínimos históricos y la natalidad se empareja a ella. Al estar parejos y bajar al crecimiento natural de la población se impulsó hasta hacerse mínimo o nulo (Pedroni, 1998).

Demanda social.- La demanda social se refiere al conjunto de individuos dentro de un área determinada que se pueden cuantificar y pronosticar, donde una vez definidos, se identifican los perfiles de la población objetivo o mercado meta con sus respectivas necesidades sociales. Como ejemplo se establece la necesidad de una vivienda digna, la necesidad de una salud adecuada, la necesidad a una educación efectiva y demás que permitan el desarrollo de una sociedad (Coleman, 2011).

Oferta social.- La oferta social se refiere al conjunto de agentes satisfactores o competidores que de forma directa o indirecta se presentan en el mercado social. La competencia directa corresponde a los diferentes programas sociales en los cuales se recomienda la participación de las personas para lograr un impacto social independientemente de su tipo, ya que cada una de ellas debe competir entre sí para la adquisición de fondos. La competencia indirecta corresponde al conjunto de personas (públicas o privadas) que se oponen a programas sociales o que realizan un marketing para fomentar la conducta nociva que se quiere contrarrestar con dicho programa. Como ejemplo se establece al tabaquismo y las grandes campañas que se realizan contra el tabaquismo mientras la industrial cigarrera realiza marketing para que las personas lo continúen consumiendo (Coleman, 2011).

Mercado social.- El mercado social es el lugar en donde la oferta y la demanda social se encuentran, este no es fácil de identificar físicamente, ya que por lo general este se expande dentro y fuera de la nación. Este se puede definir en función a los límites geográficos a ser atendidos. Es el caso de los municipios que poseen límites para atender a personas con necesidades sociales previamente identificadas o bien ellos mismo delimitar dentro de sus territorios necesidades sociales de sectores para ser atendidas. La esencia del mercado social es identificar a la personas con la

problemática social para después diseñar la oferta que contribuya al bienestar de dicha comunidad. (Coleman, 2011).

Envejecimiento.- Según Monteagudo, Amigo, & Del Valle (2014), el envejecimiento es el proceso de vivir (nacer, estar vivo y morir). El ser humano al ser finito tiene su comienzo y su fin, su existencia temporal hace que este envejezca a medida que transcurre el tiempo y la vejez corresponde a la última etapa de vida que tiene un ser vivo. Todo este periodo viene acompañado de un envejecimiento físico, el cual modifica la imagen del individuo, lo que provoca al unísono cambios de comportamiento hacia nosotros, hay que tener en cuenta que existen factores que influyen en el envejecimiento de un ser humano, es así que:

- No todos envejecen al mismo ritmo.
- Muchas personas de edad tienen mejor salud que otras jóvenes. (p.39)

El envejecimiento activo.- Según Bermejo (2010), se lo define como el proceso mediante el cual se tratan de optimizar las oportunidades de bienestar de la población tanto físicas, sociales y mentales durante su vida. Con esto se busca aumentar la esperanza de una vida saludable, productividad y la calidad de vida en la vejez. Es decir mediante el envejecimiento activo se plantea incrementar el potencial de bienestar físico, psíquico y mental de la población durante todo su ciclo de vida, fomentando su participación de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades a través de la protección, seguridad y cuidados adecuados.

Es envejecimiento activo cuando:

- Se ofrece una participación continua a las personas referentes a aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos sin tomar en cuenta su estado físico o situación económica.

- Promueve un nuevo modelo social, con oportunidad de envejecer de forma proactiva, independientes pero garantizando su bienestar.
- Se toman en cuenta las capacidades de las personas, se atienden sus necesidades y se busca hacerlos activos de diferentes maneras.
- Hay un enfoque comunitario en donde las personas adultas mayores pueden participar de forma activa en el desarrollo de la comunidad.
- Se garantiza la información a los adultos mayores sobre sus derechos.
- Los miembros de diferentes generaciones se relacionan y ayudan entre sí.
- Se promueve el aprendizaje no sólo de niños y jóvenes, sino de adultos, promoviendo el desarrollo de las capacidades de la población a lo largo de su ciclo vital.
- Hay una visión completa y global de las personas, su envejecimiento y el acceso a servicios.

Estos ayudarán a que exista un proceso de envejecimiento individual positivo y a su vez permitirá construir una mejor sociedad, aportando no sólo al adulto mayor sino a todos los ciudadanos (Bermejo, 2010) (p. 6).

1.3.2. Problemas Sociales que afrontan los Adultos Mayores

Debido al estado de vulnerabilidad de este grupo poblacional, es frecuente que se presenten los siguientes problemas sociales:

- Falta de trabajo
- Jubilación unido a la reducción de ingresos
- Disminución de su participación social
- Cambios de salud
- Soledad a causa de abandono familiar o viudez

- Tendencias a deprimirse o deterioro mental
- Baja satisfacción propia

Por este lado, hay muchas instituciones públicas y privadas que brindan su apoyo y atención a los AM, brindándoles atención de salud primaria, servicios de alimentación y cuidados a puerta abierta, sin embargo al considerar los antecedentes, es evidente que dicho apoyo es insuficiente cada vez, además es necesario que se extiendan el apoyo al brindar atenciones de mayor complejidad (MIESS , 2012).

Según Peña, Macías, & Morales (2011), la tercera edad es definida como la última etapa de vida del ser humano, conocida como senectud y trae consigo una serie de cambios fisiológicos en los seres vivos al pasar del tiempo. El envejecimiento es inevitable por lo cual no se puede detener por más esfuerzos que se haga para ello. Se define al adulto mayor como la persona que está en una etapa de envejecimiento acorde a los siguientes grupos:

- Viejo joven: 65 - 74 años
- Viejo Viejo: 75 y 84 años
- Viejo de edad avanzada: Mayor a 85 años

De acuerdo a las condiciones del adulto mayor este puede ser enfermizo y mantener actividades de la vida diaria. Los principales cambios que se presentan los adultos mayores son:

Cambios físicos.- Se presente un desgaste en el sistema locomotor, las capacidades sensoriales se reducen (visual, auditiva, gustativa, olfativa y táctil). En el caso de la vista, sufre cambios que reducen su capacidad, al igual que el oído, el olfato y el gusto. El sistema inmunológico se hace vulnerable a enfermedades, lo cual ocasiona que existan mayores amenazas a sufrir alergias o enfermedades de contagio.

Cambios Psicológicos.- La pérdida de memoria con el envejecimiento es notoria, en algunos casos aparece el Alzheimer. También aparecen notorios cambios de personalidad y de ánimo.

Cambios Sociales.- Estos cambios no son propios de los adultos mayores, sino de quienes los rodean ya que empiezan a restarles responsabilidades y funciones. Estos cambios generan que los adultos mayores pierdan iniciativa en la toma de decisiones.

Cambios Laborales.- El adulto mayor deja de ser trabajador y empieza a ser jubilado o pensionado. Tiene más tiempo libre para el desarrollo de actividades de ocio. (p. 10)

Según Cabedo (2014), el envejecimiento es definido como un proceso mediante el cual se pierden capacidades físicas y psicológicas con el pasar de los años, dificultades en la audición, en la vista e incluso la posibilidad de afrontar padecimientos a causa de un sistema inmunológico deteriorado aumenta. Entre los principales problemas con la edad avanzada se incluyen la pérdida de la capacidad funcional.

Hay que tener en cuenta que el envejecimiento entre las personas se da de forma heterogénea que produce:

- Pasividad, es decir pérdida de la actividad.
- Depresión y falta de motivación a causa de la falta de estímulos
- Disminuye la capacidad de recordar
- Aparecen ciertas actitudes negativas a causa de la edad
- Aumenta el riesgo de padecer enfermedades a causa de un sistema inmunológico deteriorado
- Pérdida de musculatura lo que incrementa la fatiga.

- Reducción de la masa ósea y muscular, lo cual genera riesgo de sufrir fracturas. (p. 15)

Traumatología.- La traumatología se ocupa de lesiones provocadas por noxas físicas, la palabra traumatología proviene del griego "trauma-herida y logos-Tratado", por lo que esta ciencia se ocupa de las heridas, pero hoy se centra en el tratamiento de las lesiones del esqueleto (fracturas, luxaciones, etc.) pero también de otras lesiones del aparato locomotor, el mismo que está conformado por músculos, ligamentos, esqueleto, articulaciones y cartílagos (Silberman, 2010). También incluyen las acciones de tipo preventivas, terapéuticas, de rehabilitación y de investigación que involucran al estado locomotor desde el niño hasta la senectud (Pontífica Universidad Católica de Chile, 2015).

Rehabilitación médica.- Según Ayán (2010, pág. 38), existen dos definiciones de rehabilitación, una consiste en el proceso mediante el cual se busca la restauración de un invalido hasta sus máximos límites posibles tanto físico, mental, social vocacional y económico, la otra definición es puramente medica la cual considera a la rehabilitación como el empleo de todas las armas médicas que puedan favorecer a la recuperación del individuo a un estado óptimo, estas pertenecen al campo de la medicina física y son un suplemento a los tratamientos médicos y quirúrgicos utilizados por el médico. En el caso de la rehabilitación médica es de mucho interés para los doctores ya que para ellos su significado es de curación.

Servicio.-Según Coleman (2011), muchas empresas en una comunidad ofrecen diferentes servicios, estos pueden ser médicos, de educación, seguridad e higiene, entre otros. Las características de los servicios son:

- **Intangibilidad:** No se pueden palpar como un producto físico. Para ellos es necesario hacerlos tangibles como las tarjetas bancarias que hacen el servicio del banco tangible.
- **Inseparabilidad:** El servicio como tal es ofrecido por una persona y por ende no puede ser separado de quien lo ofrece, es decir si un pediatra anuncia sus servicios en una comunidad, este servicio debe ser brindado por dicho pediatra.
- **Variabilidad:** El servicio al estar ligado a una actividad enfocada a satisfacer necesidades de un individuo dependiendo de quien ofrece dicho servicio, por ende la calidad de un servicio puede variar dependiendo del estado de ánimo de esta persona. Es más fácil estandarizar un bien físico que un servicio.
- **Perdurabilidad:** El servicio como tal no puede ser almacenado o inventariado, su ciclo de vida es corto y duran en tanto quien demanda el servicio hace uso del mismo (p. 50).

Viabilidad de un proyecto.- Según Diez, De Castro, & Montoro (2014), la viabilidad de una empresa hace referencia a cuatro aspectos en función del sector de la actividad en la que se desarrollará la idea del negocio:

- **Viabilidad técnica:** Si la empresa está en capacidad de producir dicho bien o servicio, este estudio permite verificar si es o no posible para una empresa, desde el punto técnico, el desarrollo eficiente de los productos a ofrecer en un mercado.
- **Viabilidad comercial:** Es factible o se justifica un negocio si existe el mercado para el bien o servicio que se ofrecerá, además de determinar si las ventas de estos son realistas y significativas (sustentables).
- **Viabilidad económica:** Este se considera factible o viable si el negocio es capaz de generar beneficios y rentabilidad.

- Viabilidad financiera: El proyecto es viable si no plantea problemas de tesorería y tiene una estructura financiera equilibrada en cuanto a endeudamiento, solvencia y liquidez (p. 348).

Target.- Según Diez, De Castro, & Montoro (2014), la palabra inglesa “*target*” hace referencia a “objetivo”, cuando éste es aplicado al ámbito del marketing, hace referencia a público objetivo de todas las acciones de una empresa encaminadas a ofrecer un producto o servicio. Para ellos se debe responder las siguientes preguntas: ¿A quién nos estamos dirigiendo?, ¿Cuáles son sus gustos?, ¿Cuáles son sus costumbres? ¿Dónde está ubicado? En lo referente al marketing, el conocimiento del mercado y del público es fundamental para una empresa y debe guiar todas las decisiones de marketing: precio (¿cuánto está dispuesto a pagar por dicho producto?, ¿tiene ya una alternativa en el mercado para dicho producto y cuánto paga por ella?) (p. 223) .

Calidad.- Según Pérez (2010), la calidad de los productos depende de las características que estos posean y de la forma en la que actúan en la satisfacción de las necesidades, en el caso de los servicios la calidad va plenamente ligada a la forma cómo se satisfacen las necesidades de los clientes, un servicios es de calidad cuando este actúa de forma óptima en la satisfacción de las necesidades de los clientes (p.31).

Adulto Mayor.- La Constitución de la República del Ecuador menciona en el Artículo 36.-... “se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (Decreto Legislativo, 2008).

Hospital.- Son hospital los establecimientos en los que se ofrecen servicios de salud, son instituciones sanitarias que cuentan con un personal médico y otros profesionales coordinados en instalaciones óptimas para recibir a pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana (OMS, 2015).

Mientras que en Ley Orgánica de Régimen Municipal Codificación (LORMC) especifica que las actividades del MSP y de los gobiernos seccionales son totalmente diferentes y detalla el campo de acción que tienen los gobiernos locales o municipales en el tema salud, pues en el artículo 22 menciona, “Los gobiernos seccionales autónomos, el gobierno nacional y sus entidades, están obligados a coordinar sus actividades a fin de evitar la superposición y duplicidad de atribuciones”. Se relaciona con lo que menciona la LORMC en el literal cuatro relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan en el artículo 149.- “En materia de higiene y asistencia social, la administración municipal coordinará su acción con la autoridad de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Título XIV del Código de la materia” Y en la LORMC, en el Capítulo I, del título III, en relación a las Funciones de la Administración Municipal, en el Parágrafo cinco menciona, de la Estructura Administrativa Básica, en el “Art. 161.- El sistema organizativo municipal se estructurará, en términos generales, en función de las siguientes dependencias: de servicios públicos, de higiene, salubridad y ambiente, de educación y cultura, de servicios sociales, desarrollo de la colectividad y de protección de los grupos vulnerables. Sin embargo, la estructura administrativa se adaptará a las características propias de cada municipalidad, con el fin de asegurar una adecuada prestación de los servicios municipales”, (Comision de Legislación y Codificación, 5 de Diciembre del 2005).

En relación a las actividades de salubridad y servicios sociales, están encargadas a las comisiones permanentes, lo que se menciona en el Art. 93 de la LORMC, y abarcan higiene, salubridad y servicios asistenciales, educación y cultura, entre otras. Dichas actividades se detallan aún más en el artículo 149 relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan, “al efecto, le compete: l) Cuidar de la higiene y salubridad del cantón; m) Planificar, ejecutar, coordinar y evaluar, con la

Mientras que en Ley Orgánica de Régimen Municipal Codificación (LORMC) especifica que las actividades del MSP y de los gobiernos seccionales son totalmente diferentes y detalla el campo de acción que tienen los gobiernos locales o municipales en el tema salud, pues en el artículo 22 menciona, “Los gobiernos seccionales autónomos, el gobierno nacional y sus entidades, están obligados a coordinar sus actividades a fin de evitar la superposición y duplicidad de atribuciones”. Se relaciona con lo que menciona la LORMC en el literal cuatro relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan en el artículo 149.- “En materia de higiene y asistencia social, la administración municipal coordinará su acción con la autoridad de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Título XIV del Código de la materia” Y en la LORMC, en el Capítulo I, del título III, en relación a las Funciones de la Administración Municipal, en el Parágrafo cinco menciona, de la Estructura Administrativa Básica, en el “Art. 161.- El sistema organizativo municipal se estructurará, en términos generales, en función de las siguientes dependencias: de servicios públicos, de higiene, salubridad y ambiente, de educación y cultura, de servicios sociales, desarrollo de la colectividad y de protección de los grupos vulnerables. Sin embargo, la estructura administrativa se adaptará a las características propias de cada municipalidad, con el fin de asegurar una adecuada prestación de los servicios municipales”, (Comision de Legislación y Codificación, 5 de Diciembre del 2005).

En relación a las actividades de salubridad y servicios sociales, están encargadas a las comisiones permanentes, lo que se menciona en el Art. 93 de la LORMC, y abarcan higiene, salubridad y servicios asistenciales, educación y cultura, entre otras. Dichas actividades se detallan aún más en el artículo 149 relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan, “al efecto, le compete: l) Cuidar de la higiene y salubridad del cantón; m) Planificar, ejecutar, coordinar y evaluar, con la

Mientras que en Ley Orgánica de Régimen Municipal Codificación (LORMC) especifica que las actividades del MSP y de los gobiernos seccionales son totalmente diferentes y detalla el campo de acción que tienen los gobiernos locales o municipales en el tema salud, pues en el artículo 22 menciona, “Los gobiernos seccionales autónomos, el gobierno nacional y sus entidades, están obligados a coordinar sus actividades a fin de evitar la superposición y duplicidad de atribuciones”. Se relaciona con lo que menciona la LORMC en el literal cuatro relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan en el artículo 149.- “En materia de higiene y asistencia social, la administración municipal coordinará su acción con la autoridad de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Título XIV del Código de la materia” Y en la LORMC, en el Capítulo I, del título III, en relación a las Funciones de la Administración Municipal, en el Parágrafo cinco menciona, de la Estructura Administrativa Básica, en el “Art. 161.- El sistema organizativo municipal se estructurará, en términos generales, en función de las siguientes dependencias: de servicios públicos, de higiene, salubridad y ambiente, de educación y cultura, de servicios sociales, desarrollo de la colectividad y de protección de los grupos vulnerables. Sin embargo, la estructura administrativa se adaptará a las características propias de cada municipalidad, con el fin de asegurar una adecuada prestación de los servicios municipales”, (Comision de Legislación y Codificación, 5 de Diciembre del 2005).

En relación a las actividades de salubridad y servicios sociales, están encargadas a las comisiones permanentes, lo que se menciona en el Art. 93 de la LORMC, y abarcan higiene, salubridad y servicios asistenciales, educación y cultura, entre otras. Dichas actividades se detallan aún más en el artículo 149 relacionado a Higiene y Asistencia Social, mencionan, “al efecto, le compete: l) Cuidar de la higiene y salubridad del cantón; m) Planificar, ejecutar, coordinar y evaluar, con la

participación activa de la comunidad, de las organizaciones y de otros sectores relacionados, programas sociales para la atención a niños de la calle, jóvenes, nutrición infantil, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, de la tercera edad, prevención y atención a la violencia doméstica. Para efectos de la ampliación y eficiencia de estos programas, las correspondientes entidades dependientes de la Función Ejecutiva encargadas de ejecutar programas y prestar servicios similares, a petición de los municipios obligatoriamente les transferirán sus funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros internos y externos de conformidad con lo dispuesto en la Ley Especial de Descentralización.”

Es decir, para éstas actividades la Ley Orgánica de Salud les otorgan autonomía y forman parte del modelo descentralizado de salud, como se detalla en el “Art. 8 de la autonomía para el cumplimiento de los planes de salud.- Los consejos cantonales y provinciales de salud, las entidades autónomas y las personas naturales y jurídicas de derecho privado son autónomos en relación al Consejo Nacional de Salud para promover el cumplimiento de los planes de salud”. Como ejemplo claro de éstas responsabilidades son las ejecutadas por el Patronato San José, que pertenece al Municipio del DMQ (Paz, 2015).

Situación Legal de la Tercera Edad en Ecuador

Constitución.- Trece cuerpos legales, encabezados por la Constitución Política del Ecuador, contienen normas claras y específicas de amparo y protección a las personas de la tercera edad, catalogadas así aquellas que han cumplido 65 años. La Carta Magna, entre los derechos civiles, establece en el artículo 23, N° 2, que el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar entre otros, la violencia contra este grupo. La protección obedece a que ellos forman parte del llamado “grupo vulnerable”, que consagra la Constitución en su artículo 36, para los

cuales se establece un derecho de atención prioritario, preferente y especializado, tanto en el ámbito del sector público como el privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.

En la misma carta Magna, en el Art. 37 menciona claramente que el Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Sobre esa base el Congreso Nacional expidió la Ley del Anciano, con el fin de garantizarles el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa. Estos beneficios abarcan también a los extranjeros de 65 años que se encuentren legalmente establecidos en el país.

Todos pueden acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados, con solo presentar su cédula, pero a más de esta ley, existen once estamentos jurídicos cuyos articulados les otorgan ciertos beneficios. Así, los códigos Civil, de la

Niñez y Adolescencia, Penal y de Procedimiento Penal; al igual que las leyes de Tránsito, de Régimen Tributario Interno, de Reducción de Penas, de Seguridad Social y de Protección de los Derechos del Paciente se unen a favor de los ancianos. Ello con el respaldo de la Constitución y el Estado, cuya misión es proteger, de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos, campo que está vigilado por los gobiernos municipales. También se compromete a fomentar y garantizar el funcionamiento de instituciones privadas que cumplan actividades de atención a la población anciana. Ayuda además a las entidades que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos en beneficio de la tercera edad. (Decreto Legislativo, 2008)

Ley de régimen tributario interno.- El artículo 1, 3 y 4 respectivamente se señala que los adultos mayores tendrán derecho a“...devolución del Impuesto al Valor Agregado (IVA) e Impuesto a los Consumos Especiales (ICE), pagados por las personas adultas mayores, al adquirir o importar bienes y servicios de primera necesidad...”, además señala que se hará la “...devolución de impuestos en consumos de servicio telefónico” y que para fines de la determinación y liquidación del Impuesto a la Renta están exonerados exclusivamente los ingresos percibidos, entre otros, por personas mayores de sesenta y cinco años, “...calculado sobre una única base imponible máxima de consumo, de hasta cinco remuneraciones básicas unificadas del trabajador...”. Se considera artículos de primera necesidad a los relacionados con “...vestimenta, vivienda, salud, comunicación, alimentación, educación, cultura, deporte, movilidad y transporte...”.

Ley relacionada a la seguridad Social.- El artículo N° 57 establece que el “seguro general obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte”. Mientras que el artículo N°

59 que habla de las pensiones por jubilación, hace hincapié en el hecho de que estas deberán ajustarse anualmente, tomando en consideración las disponibilidades del fondo respectivo (IESS, 2013).

Código civil ecuatoriano.- En el capítulo de los derechos y obligaciones entre los padres e hijos se establece en sus artículos 279, 280 y 281, “que los hijos deben respeto y obediencia al padre y a la madre y que, aunque la emancipación dé al hijo el derecho de obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de sus padres en su ancianidad...” (Congreso Nacional, 2014).

Ley de reducción de penas a presos.- Fue promulgada por el Congreso Nacional en consideración a que Su Santidad el Papa Juan Pablo II convocó al mundo entero a la celebración del Gran Jubileo del Año 2000. Allí, entre otros propósitos, promovió una cultura de solidaridad, de modo particular con los reclusos en las cárceles, con ésta base el Estado Ecuatoriano “estableció el beneficio de dos años de perdón en el cumplimiento de la pena a los mayores de 65 años de edad” (Consejo de la Judicatura, 2014).

Códigos Penal y de Procedimiento.- El artículo 171 del Código de Procedimiento Penal dispone que “la prisión preventiva debe ser sustituida por el arresto domiciliario cuando el imputado sea mayor de 65 años de edad, cualquiera que fuere el delito”. Asimismo, se da un trato especial al anciano en el Art. 57, pues dice “que no se impondrá pena de reclusión al mayor de 60, y que, el que en tal edad cometiere un delito de reclusión, cumplirá la condena en un establecimiento de prisión”.

Códigos Orgánico Integral Penal de febrero 2015.- Con el objetivo de asegurar el cuidado a los AM, el art. 153 menciona que “Las personas que abandone a personas adultas mayores..., personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de

desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”.

Ley de Tránsito y Transporte:- Con el objetivo fundamental de amparar a las personas de la tercera edad y proteger así su integridad, la Ley de Tránsito determina que todos aquellos mayores de 65 años deberán someterse, cada dos años, a un examen para acreditar su idoneidad física y psíquica, que les permitirá seguir conduciendo cualquier vehículo de motor (Agencia Nacional de Transito, 2015).

Código de la Niñez y Adolescencia:- El artículo 103 de este Código, que se encuentra dentro del libro segundo, referente a las relaciones de familia, “establece con claridad que los hijos e hijas deben asistir, de acuerdo a su edad y capacidad, a sus progenitores que requieran de ayuda.

“Esta norma se aplica especialmente en los casos de enfermedad, cuando los padres adolezcan de una incapacidad que no les permita valerse por sí mismos y durante la etapa de la tercera edad”.

Ley de Amparo al Paciente:- Establece que todo paciente tiene derecho a no ser discriminado, entre otras razones, por motivo de la edad, y prohíbe a los centros de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a sus familiares, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés, letras de cambio, como condición previa a ser recibido y atendido (Ministerio de Salud Publica, 2006).

Ley del Anciano:- Dentro del ámbito salud, esta ley establece de acuerdo a la Comisión de Legislación y Codificación (2006):

Disposiciones fundamentales.

Art. 1.- “Son beneficiarias de esta ley las personas naturales que hayan cumplido 65 años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras, que se encuentren legalmente establecidas en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con el Documento Nacional de Identidad o con el documento legal que acredite a los extranjeros.”

Art. 2.- “El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.”

Art. 3.- “El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares.”

Organismos de Ejecución y Servicios

Art. 4.- “Corresponde al Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación la protección al anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano, en todas y cada una de las provincias del país;
- b) Coordinar con el Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación, y con los Gobiernos Provinciales y Municipales, los diversos programas de atención al anciano;

- c) Otorgar asesoría y capacitación permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y,
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

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

Art. 6.- El Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación y las facultades de Medicina de las universidades incluirán en sus planes de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.”

De los servicios.

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

“Art. 6.- Créase el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (Iniger), adscrito al Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación. Los fines y objetivos de dicha Institución constarán en el Reglamento de la presente Ley.”

Según la publicación de (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2012) dicho Instituto, se encuentra ubicado en la parroquia urbana de Vilcambamba en el cantón Loja, el mismo abrió sus puertas en septiembre de 2010 y ha realizado seis estudios gerontológicos para mejorar la calidad de vida de 941.000 adultos mayores que existen en Ecuador. “Tres estudios fueron presentados en ese año, los mismos que generaron expectativas, y son:

- 1) Perfil epidemiológico,
- 2) Ciudades accesibles
- 3) Transferencias generacionales de envejecimiento de la población a nivel nacional.

Según la investigación que comenzó en febrero del 2012 y en base al consumo e ingreso laboral de los ecuatorianos se determinó que la esperanza de vida en el país es de 75 años de edad.”

“Art. 9.- Establécese la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación, para la protección de los derechos económico sociales y reclamaciones legales del anciano. Sus atribuciones constarán en el Reglamento.”

“Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos, estatales o privados, los mismos que funcionarán de conformidad a esta Ley y su Reglamento.”

“Art. 11.- El monto de las donaciones registradas en el Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación, que efectuaren personas naturales o jurídicas a instituciones o programas de atención a la población mayor de sesenta y cinco años, será deducible del impuesto a las ganancias conforme a la Ley.”

“Art. 12.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeran en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación.”

De la Educación

“Art. 13.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del último curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.”

“Art. 14.- El Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación, creará incentivos en favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en atención a la población anciana.”

“Art. 15 Las instituciones del sector público y aquellas que manejen fondos públicos, responsables de programas de desarrollo rural, incorporarán cuando así se justifique, proyectos especiales con su correspondiente financiamiento para asegurar el bienestar de la población rural anciana.”

Del Financiamiento

“Art. 16.- Para financiar los programas contemplados en esta Ley, créase “Fondo Nacional del Anciano” (FONAN) que estará constituido por:

- a) El equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación; y,

b) Los recursos provenientes de préstamos internos o externos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especies de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

Art. 17.- Del Fondo señalado en el artículo anterior, se destinará hasta el 10% para el funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.”

De las infracciones y sanciones.

“Art. 18.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 1 de la presente Ley;
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuada por familiares o por terceras personas;
- e) La falta del cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad; el desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos representantes legales o propietarios de centros médicos, en la prestación de servicios a personas de la Tercera Edad.

Art. 19.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con:

- a) Amonestaciones;
- b) Multa;

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

Art. 20.- Las personas que por primera vez incurran en las infracciones señaladas en el artículo 20, serán amonestadas por el Juez en lo Civil, a petición de la parte afectada, por lo cual dejará constancia en un acta, bajo prevenciones legales.

Si la denuncia fuera presentada por el agraviado, podrá hacerla en forma verbal, sin requerir de patrocinio de un abogado, el secretario del Juzgado la reducirá a escrito, en acta especial que será firmada por el denunciante y el Secretario; si no supiere o no pudiere firmar, lo hará por él un testigo conjuntamente con el Secretario, quien hará estampar la huella digital del afectado.

Art. 21.- Los infractores a las disposiciones previstas en esta Ley, serán sancionados con: amonestación, multas de diez a cien salarios mínimo; la destitución del servidor público en el caso de ser reincidente; y, el retiro de los permisos de operación de 15 días a 6 meses o, definitivamente, en el caso de reincidencia, de las personas naturales o jurídicas que presten servicios públicos. Las multas que se recauden serán depositadas en la cuenta del FONAN.”

De Jurisdicción y procedimiento

“Art. 22.- Los Jueces en lo Civil son competentes para conocer y resolver los reclamos de los ancianos formulados por sí mismos, por sus parientes o por intermedio de la Procuraduría General del Anciano.

Art. 23.- Las reclamaciones formuladas en la forma señalada en el artículo precedente, se tramitarán sumariamente con la citación a la parte demandada

luego de lo cual se convocará a una junta de conciliación a las partes, en la que se procurará resolver el reclamo. En esta Junta se presentarán todas las pruebas. De no obtenerse la conciliación, pasará, en las siguientes 24 horas, el caso, a conocimiento del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación entidad que informará en el plazo máximo de tres días. Con el informe o sin él, el Juez procederá a dictar la resolución respectiva dentro de tres días, de la que se podrá apelar sólo en el efecto devolutivo.

Art. 24.- El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación dictará el Reglamento de esta Ley dentro del plazo de noventa días, contados desde su promulgación.

Art. 25.- La presente Ley que tiene el carácter de especial, prevalecerá sobre todas las disposiciones legales que se le opongan y entrará en vigencia a partir de su promulgación en el Boletín Oficial

Ley Orgánica de Salud.- Menciona lo siguiente en sus primeros artículos:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 3.-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.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

Art 9. Literal g) Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 69.- 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.

De los servicios de salud

Art. 180.- La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina pre-pagada y otorgará su permiso de funcionamiento.

Art. 187.- Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, cuya imposibilidad de pago esté

debidamente comprobada, se deducirán del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Una vez que se han detallado los conceptos pertinentes y delimitado el campo de estudio del presente proyecto, sumado al desarrollo de la información relacionado a los cambios de salud y las necesidades propias del adulto mayor al paso del tiempo, las situaciones que provocan se descuiden el proveer dichas necesidades de parte de los familiares, la limitada oferta de salud y su relación con los cambios demográficos a nivel mundial, latinoamericano y nacional y cómo esto influirá en la sociedad a futuro, el ámbito legal que protege a este grupo poblacional, es pertinente realizar el análisis de los factores que influyen a nivel local a la propuesta de la investigación, como se detalla en el siguiente capítulo.

CAPITULO II: ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

Una vez que se ha sustentado estadística, científica y legalmente la situación de los adultos mayores a nivel general y en el Ecuador, en el presente capítulo se realiza el análisis de factores externos e internos relacionados a la propuesta de la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor en el sur de DMQ, analizando la oferta y la demanda de servicios de salud en el sector escogido.

Actualmente el Sur del Distrito Metropolitano de Quito cuenta con un solo hospital general público, (Hospital General Enrique Garcés) y una Maternidad pública, ésta última se inauguró el 30 de Enero del 2016. En la tabla 4 se detalla la oferta de servicios médicos existente en el Sur del DMQ, el que cuenta con cinco centros de salud y treinta Sub-centros de salud. En el sector privado los servicios médicos son muy generales, no hay nada especializado, el único hospital privado es el Hospital General Padre Carolo. Existen clínicas pequeñas con atención médica general y dos brindan servicios de cirugía general.

Las entidades que mayor cobertura en salud brindan son la parte privada, seguido del Ministerio de salud Pública y por último el IESS, sin embargo todos están enfocados en proveer servicios de salud de baja y mediana complejidad, la mayoría de a puerta cerrada, es decir únicamente consulta externa y en pequeña proporción tipo hospitalario.

Por lo tanto la oferta de salud del sector sur del DMQ, es limitada y en gran porcentaje básica, existe amplia población con necesidades de atención médica especializada, sobre todo en la parte quirúrgica y de rehabilitación. Dentro de las especialidades quirúrgicas se contempla sobretodo la traumatología, si se relaciona los cambios de vida ya analizados en el capítulo anterior con el riesgo de lesiones en los AM.

Tabla 4.

Unidades de atención médica del sur del Distrito Metropolitano de Quito

TIPO DE SERVICIOS DE SALUD	MSP	MUNICIPIO	PRIVADOS	IESS	MINISTERIO DE GOBIERNO	ANEXOS AL IESS	GOBIERNO PROVINCIAL DE PICHINCHA	FUERZAS ARMADAS	ONG
HOSPITAL GENERAL	1				1 (*)				
DISPENSARIOS MÉDICOS			1	2	2			4	
INSTITUTO MÉDICO			1						
CENTRO MÉDICO /UNIDAD DE SALUD		1	53					1	3
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN			3						
CENTROS DE SALUD	4						1		
SUBCENTROS DE SALUD	30								
CONSULTORIOS ANEXOS						11			
CENTRO DE DIALISIS			2						
CLINICAS GENERALES			19						6
CLINICAS DE CIRUGIA GENERAL			2						
CLINICAS ESPECIALIZADAS (ODONT.)			2						

(*) Catalogada como Unidad educativa anexa a una Centro de Rehabilitación contra adicciones. (Fuente: Unidad de Territorio y Registros de Servicios de Salud, Municipio del Distrito Metropolitano de Quito).

Adaptado de: Unidad de Territorio y Registros de Servicios de Salud, Municipio del DMQ.

Tomando como referencia lo mencionado por la Gerencia de División Inmobiliaria del Banco de Desarrollo (2016), el norte y oeste del Distrito Metropolitano de Quito en el área médica de especialidad está muy bien servido, ya que cuenta con Hospital del Niño (Hospital Baca Ortiz), Una Maternidad (Maternidad Isidro Ayora), Un hospital de Cuarto Nivel (Hospital Eugenio Espejo), Hospital de Segundo Nivel (Hospital Pablo Arturo Suarez), Hospital Metropolitano (privado), Hospital de los Valles (privado), Hospital Bosandez (privado), cuenta con variadas clínicas privadas muy bien conformadas y estructuradas, por lo que es muy importante que éste centro especializado en traumatología para el adulto mayor se localice en el Sur de Distrito Metropolitano de Quito.

2.1. Análisis PEST

Se realiza el análisis de los factores del entorno que van a afectar positiva o negativamente al presente proyecto de investigación.

Factor Político:- El Ecuador actualmente posee un gobierno estable a pesar de la lluvia de críticas de los últimos meses, el cual se ha mantenido desde el año 2007 y está próximo a cumplir nueve años en el mandato, la misma que sumada a otras condiciones han presentado al país como un lugar óptimo para realizar inversiones, sobre todo luego del último desastre natural, que provoca mejorar el ambiente de inversión y crear una ambiente atractivo para la inversión extranjera debido al clima de seguridad que este genera para el monto de inversión (Presidencia Ecuador, 2015).

Sin embargo, las constantes marchas pueden generar un efecto negativo cierto grado en la seguridad política percibida por los inversores. Esto no solo por la situación local, sino mundial, debido a que el crecimiento mundial construida sobre una demanda estable de consumo, la confianza de los negocios y la estabilidad política será complicada por un año más, entendiéndose por todo el 2016, ante esto los nuevos emprendimientos únicamente deben demostrar su valor (Abruzzese, 2015).

Factor Económico:- Ecuador registró un nivel de desempleo de 4,28% en septiembre de 2015, siendo la ciudad que tuvo un mayor índice de desempleo Quito con el 5,21%, seguido de la ciudad de Guayaquil con el 4,93%. Cabe recalcar que los adultos mayores para acceder a los servicios del centro traumatológico, en su mayoría requerirán de familiares que solventen sus gastos, siendo esto un factor que afectaría a las instituciones en desarrollo (INEC, 2015).

A su vez, Quito ha superado a Guayaquil arrebatándole el título de capital económica del país debido al volumen empresarial que posee, ubicándose en Quito el 19% de las empresas del país y en Guayaquil el 14% (Andes, 2014).

Factor Social:- De acuerdo al último censo realizado en el año 2010 se obtuvo una población de 14.483.499 habitantes (INEC, 2010). En base a ese total poblacional y a otros resultados, el INEC realizó proyecciones de las personas adultas mayores del país para el año

2014, mismas que resultaron en 1'077.587 adultos mayores proyectados (Consejo Nacional Para la Igualdad Intergeneracional, 2014). A su vez determina que en promedio fallecen 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años al año, el 30% de los adultos mayores cuenta con asistencia, el 75% no cuenta con algún seguro y, solo un 23% en dicha edad está afiliado al IESS. Cabe recalcar que la mayor población de adultos mayores se ubicaría en Guayas y Pichincha, sumando ambas un total de 900.000 adultos mayores (INEC, 2010).

El DM de Quito para el año 2020 tendrá un total de 2'781.641, pasando a ser el cantón más poblado del país (INEC, 2013). Referente al país, en el año 2010 el 7% de la población era adulta mayor pero según las proyecciones para el año 2050 el 18% de la población será considerada en esta categoría (MIESS , 2012), lo que genera un incremento total a las necesidades de oferta de servicios en todo sentido para éste grupo poblacional.

Factor legal:- El gobierno a través de los años ha empezado a poner mayor atención en el cuidado del adulto mayor, una de las leyes más importantes es la constitución en la cual el gobierno aparece como un ente protector de los derechos de los adultos mayores, promoviendo su cuidado, su inclusión laboral y el desarrollo de centros que garanticen el cuidado y protección de los adultos mayores como una población vulnerable (Asamblea Constituyente, 2008).

En conclusión la estabilidad política es fluctuante, sobre todo en los últimos años, donde la mayoría de países están tratando de sobresalir de las crisis políticas de corrupción, y crisis financieras. De todas maneras existe una visión positiva de la economía que se debe aprovechar. Socialmente existe una tendencia a mejorar los estilos de vida y a medida que hay cambios poblacionales surgen las nuevas necesidades y las posibilidades de crecimiento a nivel empresarial. Y, legalmente se han realizado avances y cambios sustanciales que tal vez

no se cumple en su totalidad, pero dan el sustento y permiten acceder a mejorar la competitividad a medida que se acompañen de mejoras y estabilidad a nivel político.

2.2. Análisis FODA

Se realizará este análisis para conocer la situación actual en que se encuentra la propuesta, así como el riesgo y oportunidades presentes en el mercado (Ver Apéndice A, tabla A1).

Fortalezas

- F1. Personal especializado
- F2. Infraestructura nueva
- F3. Innovación tecnológica
- F4. Únicos en el mercado
- F5. Eficiente calidad de control de servicios

Oportunidades

- O1. Mejoría económica del país
- O2. Cobertura amplia del mercado
- O3. Mejoría de sistemas de referencia a la red complementaria de salud
- O4. Incentivos tributarios
- O5. Población con aumento de tendencia a comprar servicios de salud

Debilidades

- D1. Tecnología
- D2. Inexperiencia
- D3. Falta de personal especializado
- D4. Precios y costos no competitivos
- D5. Falta de espacios estructural

Amenazas

- A1. Cambio de leyes del mercado
- A2. Endurecimiento de las leyes tributarias
- A3. Inestabilidad política
- A4. Población no acostumbrada a comprar servicios de salud
- A5. Demanda que exceda expectativa

Luego de realizar un análisis de los 5 factores internos y externos más importantes, nos permitimos generar estrategias de mercado y un plan de marketing, los mismos que se detalla en el capítulo IV, correspondiente a de la propuesta del proyecto de investigación.

2.3. Las 5 Fuerzas de Porter

Se realiza el análisis del nivel de competencia que tendría el presente proyecto de investigación dentro de la industria de servicios médicos, los mismos que también influirán en las estrategias de negocios o mercado.

Poder de negociación con los clientes (alto).- Los familiares de los adultos mayores y un porcentaje bajo de adultos aun económicamente independientes, serán los que pagarán los tratamientos ofrecidos en el centro especializado en traumatología, hay que tener en cuenta que en el sur del Distrito Metropolitano de Quito no existen centros especializados, siendo un hospital público el más cercano en ofrecer un servicio medianamente especializado al adulto mayor, el mismo que no satisface la demanda y los usuarios se dirigen a centros médicos ubicados al norte de la ciudad en donde la oferta es más surtida. Por lo tanto éste proyecto permite brindar atención a la demanda no satisfecha de los hospitales públicos del norte y del sur (Trujillo & Escobar, 2013).

Rivalidad en la industria (medio).- En el sur del Distrito Metropolitano de Quito se encuentra sólo un centro médico en la capacidad de ofrecer un servicio de este tipo al adulto mayor, aunque no sería un servicio especializado, este centro es el Hospital General Enrique Garcés, por ende no existe competencia en éste sector. En el caso del norte del DMQ se pueden hallar centros médicos públicos (hospitales, centros y sub centros de salud) e incluso privados (clínicas y hospitales) que no generan amenaza real, pues según el análisis FODA existen fortalezas y oportunidades que permiten superar estas barreras, las que se exponen en la tabla 39 (Hospital General Enrique Garces, 2015).

Amenaza de los nuevos entrantes (bajo).- La población adulto mayor en el país va a incrementando, lo cierto es que esta población será más notoria en cantones como Guayaquil y Quito que son lo más poblados. En caso del DMQ, este pasará a ser uno de los cantones más poblados para el año 2020, los cambios poblacionales y el interés que se está mostrando hacia los adultos mayores pueden impulsar la aparición de centros enfocados en brindar asistencia médica a este grupo de edad, sin embargo es necesario aprovechar la condición actual del DMQ para posicionar al centro como un establecimiento responsables, con profesionales comprometidos en la salud de los adultos mayores (INEC, 2013).

Poder de negociación con los proveedores (medio).- Dentro del DMQ existen empresas que ofrecen equipos e insumos médicos necesarios para ofrecer a los adultos mayores una atención médica con calidad y eficiencia como BIO IN, PERFECTECH y CONVEX, entre otras. Se establece que el poder de negociación es medio, ya que comprar este tipo de productos es un proceso muy delicado. La vida del paciente depende de estos equipos, es así que el poder de negociación de estos aumenta (Superintendencia de Compañías, valores y seguros, 2015).

Amenaza de productos sustitutos (bajo).- El creciente interés del gobierno por los adultos mayores ha contribuido en que se implementen programas, se creen centros públicos especializados para el cuidado de esta población. A pesar de la existencia de estos centros, lo cierto es que no cuentan con los equipos necesarios y la atención masiva que brindan desemboca en un descontento por parte del paciente, es por eso que se determina como una amenaza baja de productos sustitutos (Ministerio de Inclusion Economica y Social , 2012).

Tabla 5.
Análisis PORTER

FUERZA	PESO	VALOR	ALTA 5-6	MEDIA 3-4	BAJA 1-2	TOTAL
Poder de negociación con los clientes	0,3	4		X		1,2
Rivalidad en la industria	0,25	4		X		1
Amenaza de los nuevos entrantes	0,1	2			X	0,2
Poder de negociación con los proveedores	0,2	3		X		0,6
Amenaza de productos sustitutos	0,15	2			X	0,3
	1					3,3

Elaborado por: El Autor

Tabla 6.
Calificación de Riesgos

	Riesgo	Calificación	Puntaje
Bajo	Sin Riesgo	A+	1
	Riesgo Bajo	A-	2
Medio	Medio Bajo	B+	3
	Medio Alto	B-	4
Alto	Alto Riesgo	C+	5
	No Recomendado	C-	6

Elaborado por: El Autor

Una vez que se consolida en la tabla 5 la información analizada en los párrafos anteriores, se determina una calificación de 3,3, la misma que representa una calificación B+, en otras palabras corresponde a riesgo medio bajo según la calificación final de Porter, lo que se detalla en la tabla 6. En conclusión, esta puntuación indica que el sector y las condiciones del sector escogido para la realización del presente proyecto son atractivos para invertir.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se puntualiza el alcance del presente proyecto de investigación, así como el método de investigación usado, las técnicas de recolección de información, el enfoque de investigación, el universo, la población, la muestra y el cálculo de la misma y las herramientas usadas, se incluye el resultados de las entrevistas a un especialista por cada área que se pretende analizar, un profesional traumatólogo, un profesional fisioterapeuta y un profesional gerencial administrativo, lo que nos permitirá emitir un criterio cercano a la realidad. Además se expondrán los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los familiares económicamente activos de los adultos mayores del área urbana y rural del Distrito Metropolitano de Quito.

2.4. Alcance de la Investigación

A todos los adultos mayores del área urbana y rural del Distrito Metropolitano de Quito, especialmente las familias de personas de la tercera edad serán quienes potencialmente decidirán si adquieren el servicio, por lo que es muy importante la vinculación de ellos en éste proyecto.

2.5. Tipo de Estudio

El tipo de investigación es *No experimental correlacional*, ya que podremos sacar conclusiones de las necesidades de unos Vs las ofertas de otros. El corte que tendrá esta investigación será Transversal, ya que nos permitirá realizar comparación de muestras independientes con grupos paralelos. Analítico, ya que en la evaluación de datos de las encuestas se encontraron variables que permiten establecer asociación entre factores, y permite generar hipótesis.

2.6. Método

Se analizan cuatro métodos de análisis en el presente proyecto de investigación, los que son:

- **Método Inductivo.-** Será empleado con la finalidad de analizar aspectos minuciosos de los adultos mayores como los cambios en la salud a lo largo de la vida, necesidades de acuerdo a dichos cambios de vida y cómo lograr influir positivamente a disminuir dichos problemas de salud
- **Enfoque Cuantitativo.-** Con la utilización del método estadístico que proporcionara la información cuantificable sobre el problema a tratarse para la creación del centro de traumatología.
- **Enfoque No Cuantitativo.-** Con el análisis de las entrevistas, que permita generar un criterio cercano a la realidad en relación a las necesidades de ampliar la oferta de servicios de salud en el sur del DMQ.

2.7. Técnicas de Recopilación de Información

Se utilizarán dos tipos de fuentes, las que son:

Fuentes Primarias.- A través de esta técnica de información requeriremos información de los involucrados directos e indirectos, el mismo que se recolectara por medio de encuestas, entrevistas y observación directa.

- **Entrevistas:** Para la investigación se realizarán entrevistas a un especialista por cada área que se pretende analizar, un profesional traumatólogo, un profesional Fisiatra y un profesional Médico con funciones de Director Asistencial Hospitalario.

- *Encuestas:* Para el estudio se realizarán 384 encuestas, lo que resulta usando la fórmula estadística para muestras. Para lo cual usaremos un muestreo por cuotas, en las que se utilizarán preguntas cerradas y abiertas.

Fuentes Secundarias.- Comprende el uso de la información recolectada por distintas instituciones, entre ellas Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Municipio de Quito, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Banco Mundial, entre otras. Este tipo de información será adquirida a través de libros, datos estadísticos artículos publicados por internet, prensa, revistas económicos, etc.

El material bibliográfico estará en relación a conocimientos de Administración Hospitalaria, Estadísticas, Finanzas, Contabilidad, Gerontología, Traumatología, Investigación y demás asignaturas que serán de mucha utilidad en el desarrollo de cada capítulo.

2.8. Procesamiento de Datos

El procesamiento de la información incluirá la presentación de resultados a partir de los cuadros estadísticos, analizados e interpretados, los mismos que se registrarán a los parámetros establecidos por la Escuela de Posgrado de la Universidad, en lo que se refiere a la redacción, referencias y citas bibliográficas, márgenes, espacios, entre otros.

La información y los datos cuantitativos obtenidos a través de las diferentes fuentes primarias, será procesada manualmente (tabulación), para luego ser registrada en la hoja electrónica de Excel, en la que se permitirá visualizar con mayor facilidad, usando gráficos, tablas y la organización de resultados del

presente estudio. Al igual que los datos cualitativos de las entrevistas será analizado y presentado a manera de conclusiones en la sección de procesamiento de datos.

Procedimientos.- La información que entrega el consumidor, en éste caso los familiares de los adultos mayores y el mismo adulto mayor es la más importante para el proyecto. Para ello la forma más simple de definir cuáles son los procesos del estudio del mercado es a través del tiempo, a medida que se vaya recopilando la información, éstas se deben ejecutar en tres etapas:

- Estudio del comportamiento actual del adulto mayor y sus familias, en función de sus necesidades, de tipo cuantitativa, que permitirá estimar tendencias de carácter estadístico y para identificar experiencias de algún otro tipo de servicio de salud que haya ingresado a éste sector del mercado, los que hayan conseguido éxito o fracaso, de tal manera que se pueda explicar la relación causa-efecto que determinen los cambios o adaptaciones de éste sector poblacional.
- Análisis vigente del adulto mayor, de salud y económicos, permitiendo formular proyecciones de las necesidades futuras de atención en salud y el enfoque que tendrá, además de identificar los precios de equilibrio actuales y la competencia.
- La estimación de la necesidad futura, la que se determina en base al paso anterior, no solo de necesidades, sino también de comportamientos del adulto mayor y la modificación o variabilidad de las variables.

2.9. Población

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), conformó niveles administrativos de planificación en zonas y distritos a nivel nacional, con el fin de identificar organizadamente las necesidades y brindar soluciones para la prestación de servicios públicos en el territorio nacional. Dicha conformación no implica eliminar las provincias, cantones o parroquias, por tanto si tomamos en cuenta para el presente trabajo la nueva división política, se estaría abarcando zonas muy extensas y densamente pobladas. A más de eso el último censo del 2010, aún toma en cuenta la distribución poblacional según las parroquias urbanas y rurales. Por lo que para el presente trabajo, consideramos el Sur del Distrito Metropolitano de Quito, el mismo que está conformado por parroquias que confluyen en dos Administraciones (Unidad de Territorio del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2010):

1. Administración Eloy Alfaro
2. Administración Quitumbe

La administración Eloy Alfaro está compuesta por nueve parroquias urbanas y una rural, las mismas que se enlistan a continuación.

1. Parroquia Chimbacalle
2. Parroquia La Ferroviaria
3. Parroquia Chilibulo
4. Parroquia Solanda
5. Parroquia la magdalena
6. Parroquia San Bartolo
7. Parroquia La Argelia

8. Parroquia La Mena
9. Parroquia Rural de Lloa.

La administración Quitumbe que está compuesta por 5 parroquias urbanas, las mismas que se enlistan a continuación:

1. Parroquia Chillogallo
2. Parroquia La Ecuatoriana
3. Parroquia Quitumbe
4. Parroquia Guamaní
5. Parroquia Turubamba

Es decir la principal área de influencia y demanda de salud, provendría de éstas 14 parroquias, sin embargo por el crecimiento poblacional acelerado, las posibilidades de aumentar la demanda son altas (CEPAL, 2014). A partir del último Censo Poblacional del 2010 se realizaron proyecciones poblacionales por cada parroquia urbana y rural, en las mismas que se observa que la mayor cantidad de población del DMQ se encuentra en el Sur. Existen parroquias nuevas con poblaciones prevalentes de niños, adolescentes y adultos jóvenes, así como también parroquias con poblaciones en donde han crecido las poblaciones de adultos mayores, las morbilidades tienen relación con estos grupos etarios. A pesar de ello, los servicios sociales de educación, salud y bienestar social, se encuentran mayoritariamente ubicados en la ciudad Central y Norte que corresponde a las Administraciones Zonales Eugenio Espejo, Eloy Alfaro y Manuelita Sáenz, alejados del extremo sur de la ciudad de Quito, donde se encuentra la mayor carencia de la oferta, mayor concentración poblacional y que por lo tanto generan la mayor demanda de estos servicios. (Trujillo & Escobar, 2013).

En base a los datos recolectados en la tabla 7, se realiza el cálculo de la muestra con la población que corresponde al número de habitantes del Sur del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), pues en la mayoría de los casos ellos son los que comprarían los servicios, al igual que los padres con los hijos si consideramos que las personas dependientes no pueden comprar servicios, en el caso de los AM, no todos estarían en la disponibilidad de comprar servicios.

Tabla 7.
Población.

POBLACIÓN GENERAL ECUADOR / DMQ / POBLACIÓN ADULTO MAYOR (AM) del DMQ	2010	2011	2014	2020
Población de Ecuador	15.520.937		16.126.781	17.510.643
Población de AM Ecuador	940.905	1.229.089		
Población de P. Pichinca	2.667.953		2.891.472	3.228.233
Población de AM. Pichincha	246.738	255.177	286.089	368.475
Población del DM Quito	2.319.671		2.505.344	2.781.641
Población AM del DMQ	216.071		249.624	319.594
Población del Sur del DMQ			856.113	
Población de AM del Sur del DMQ			57.931	

Adaptado de: Ecuador en cifras / INEC; Revista Análisis / INEC 2012; Proyecciones Poblacionales / INEC 2010; Proyecciones Poblacionales de establecimientos de Salud 2015.

2.10. Muestra

Para el cálculo de la muestra se emplea el método aleatorio simple, el que corresponde al método probabilístico, ya que la población tiene la misma probabilidad de poseer las características del universo que se está estudiando para determinar la demanda social para la implementación del centro de Traumatología para el adulto mayor en el Sur del DMQ. Sin embargo para tener un mejor

entendimiento del método probabilístico se detalla las características de los dos muestreos que se desprenden de éste y son:

- Muestreo no probabilístico. En éste caso se desconoce la probabilidad de selección de cada participante, provocando que se pierda la credibilidad.
- Muestreo aleatorio simple. Es el tipo más usado ya que cada individuo tiene la misma probabilidad de ser incluido en la muestra.

Este último es el método escogido para la investigación, ya que los elementos son seleccionados de uno en uno con o sin reposición. De ésta manera se escogerá a cualquier persona que viva o labore en las parroquias de Guamaní, Chilibulo, Chillogallo, Chimbacalle, la Magdalena, Puengasi, Quitumbe, La Mena, La Ecuatoriana, La Ferroviaria, La Libertad, La Argelia, Solanda, San Bartolo o Turubamba. En la tabla 8 se detalla la fórmula y los datos escogidos para el cálculo de la muestra.

Tabla 8.
Cálculo de la muestra.

CÁLCULO DE MUESTRA	
<i>El tipo de muestreo seleccionado fue aleatorio simple. Esta fórmula determina el tamaño de la muestra (número de individuos a los que se le debe realizar la encuesta), la cual tiene un 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error en la obtención de los datos.</i>	
Total de habitantes en el Sur del DMQ	856.113
Z	1,96
E	0,05
El número de personas a encuestar es:	384

Tabla 9.
Variables de la formula

VARIABLES	VALOR	DETALLE
Z	1,96	utiliza el 95% de intervalo de confianza
N	856.113	Población
n	384	Resultado
p	0,5	probabilidad a favor de que un evento suceda
q	0,5	probabilidad en contra de que un evento suceda
e	0,05	margen de error

Fórmula para poblaciones infinitas:

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

Entonces:

$$n = \frac{1.96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2}$$

$$n = \frac{3,84 * 0,5 * 0,5}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,0025}$$

$$n = \mathbf{384}$$

El tamaño de la muestra se refiere al número de elementos que se incluirán en el estudio, en éste caso la población que puede comprar los servicios es mayor a 100.000 personas, por lo que se considera la fórmula para poblaciones infinitas,

en éste caso la fórmula nos permite determinar que el tamaño de la muestra es de 384 personas.

2.11. Encuestas.

1. ¿En qué sector de la ciudad de Quito vive?

Tabla 10.

Sector.

EN QUE SECTOR DE LA CUIDAD DE QUITO VIVE		
SUR	292	76,04 %
CENTRO	37	9,64 %
NORTE	30	7,81 %
OTRO	25	6,51 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

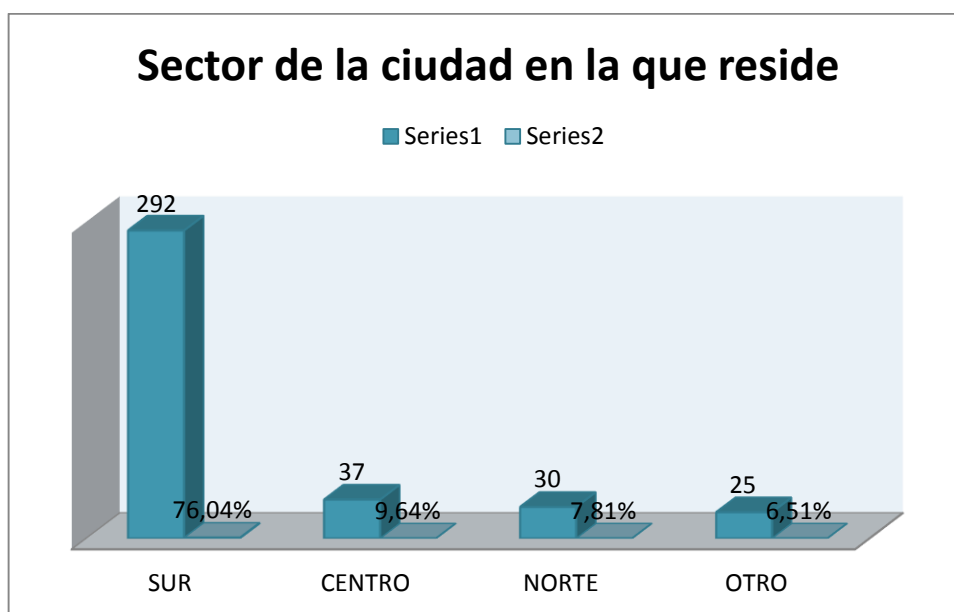


Figura 5.

Sector de residencia

Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados el 76,04% indicaron que residen en el sur del DMQ, lo que nos permite brindar información más cercana a la necesidades frecuentes de las personas que habitan en el sur, sin embargo ésta situación no siempre es exacta, debido a que existe mucha gente que por sus actividades laborales o familiares diarias pueden necesitar acceder a servicios de diferente índole instalados en el sur, en éste caso los servicios médicos, debido a que se encontró un 9,46% de personas que residen en el centro del DMQ, un 7,81% en el norte y por otro lado apenas un 6,51% indico que viven en otros sectores como Valles y Santo Domingo. Es evidente que la diversidad de gente procedente de otros lugares del DMQ aumenta el área de influencia a la que puede servir éste centro médico especializado, siendo un factor positivo por ser un rango de ingresos extra a lo que se encuentra planificado. La migración de personas para acceder a servicios de salud es una realidad y para que las personas puedan acceder se debe acoplar la oferta de servicios de acuerdo a las necesidades de la RPIS y la oferta de la RC, aprovechando además la cobertura de seguros de salud.

2. ¿Cuál es su actividad socioeconómica?

Tabla 11.

Actividad Socioeconómica.

ACTIVIDAD SOCIO-ECONOMICA		
Empleado	136	35,42 %
Desempleado	141	36,72 %
Independiente	91	23,70 %
Jubilado	16	4,17 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

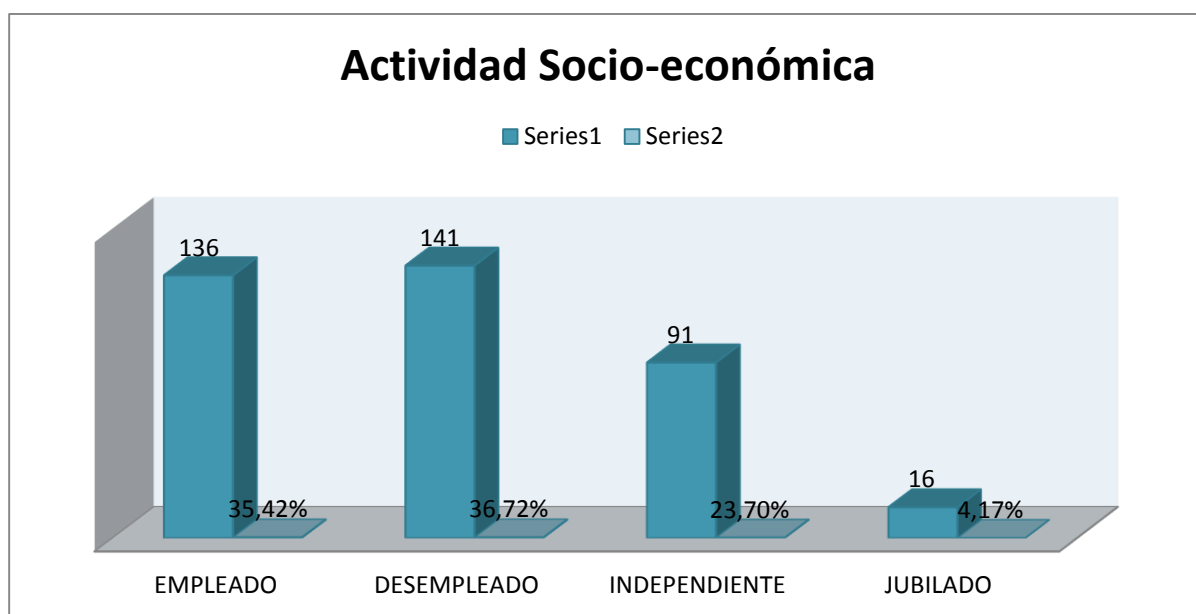


Figura 6.

Actividad Socio Económica

Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados el 35,42% mencionaron que se encuentran laborando por relación de dependencia y el 23,70% de los encuestados mencionaron que laboran de manera independiente, en total el 59,12% de la población puede acceder a servicios de salud privados o por medio de la compra de seguros; el 36,72% de la población se encuentra en estado socioeconómico de desempleo y el 4,17% indicaron que son jubilados, dando un total de 40,89 % de población que no deja de ser potencial cliente, debido a las facilidades que actualmente brindan los seguros de salud públicos, los mismo que compra los servicios de salud privados. Por ende es viable la creación de un CETAM en el Sur del DMQ.

3. ¿Cuál es su nivel de estudio?

Tabla 12.
Nivel de Estudio.

NIVEL DE ESTUDIO		
PRIMARIA	121	31,51 %
SECUNDARIA	71	18,49 %
BACHILLER	86	22,40 %
UNIVERSITARIO	71	18,49 %
PROFESIONAL	35	9,11 %
NINGUNO	0	0,00 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

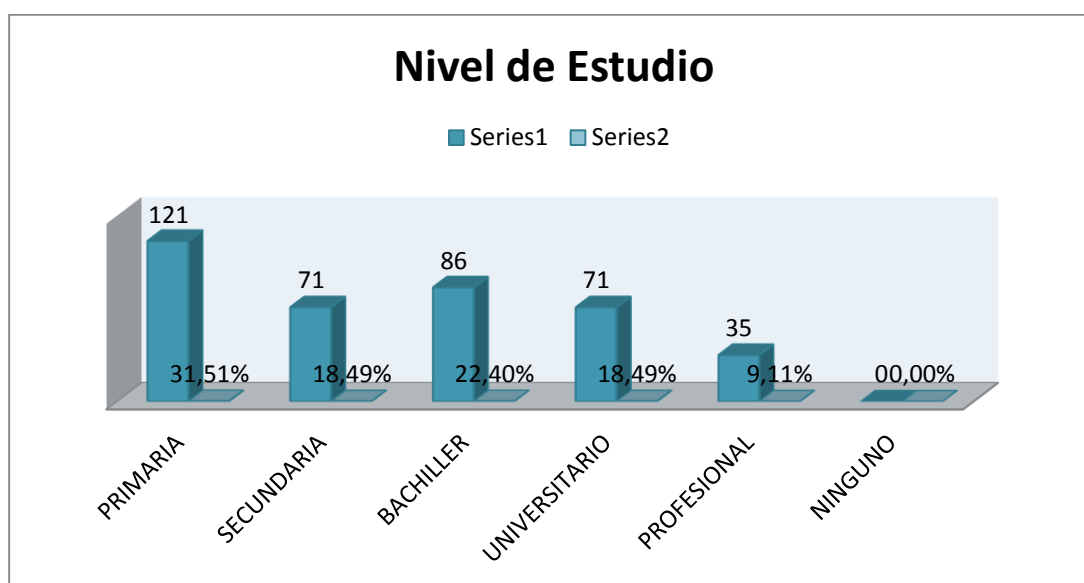


Figura 7.
Nivel de Estudio
Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados la suma de las personas con nivel de estudio que va de bachiller a profesional corresponde exactamente al 50%, éstos datos guían de alguna manera al nivel de servicios de salud que prefiere éste grupo poblacional, y a la capacidad de análisis y receptividad a las ofertas de salud que se les pueda brindar. El 31,51% tienen un

nivel de estudio de primaria; el 18,49% no terminaron sus estudios secundarios, estos datos no son negativos, ya que existe un alto porcentaje de personas que puede acceder a servicio de salud por medio de la RPIS y RC, considerando además que el CETAM puede beneficiar con plazas de trabajo en el área.

4. Promedio de ingresos mensuales familiares.

Tabla 13.

Promedio de Ingresos Mensuales.

PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES FAMILIARES		
MENOR DE 500	227	59,11 %
DE 501 A 1000	79	20,57 %
MAS DE 1000	45	11,72 %
VACIAS	33	8,59 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

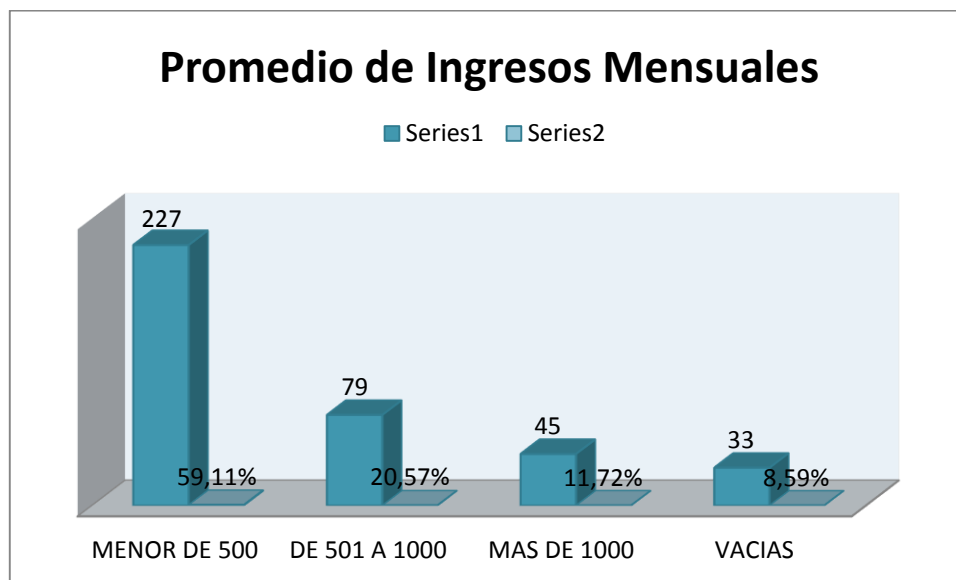


Figura 8.

Promedio de Ingresos Mensuales

Elaborado por: El Autor

Análisis: El 32, 29 %, podrías ser la población meta inicial, el mismo que crecerá a medida que el CETAM se haga conocer. Es importante mencionar que la mayor concentración de los encuestados, 59,11% mantienen un ingreso promedio menor a 500 dólares, lo que dificulta el margen de población como potencial cliente, con los cuales se puede facilitar la atención por medio de convenios con seguros acordes a los ingresos, o incluso por medio del IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP.

5. ¿Tiene cargas familiares?

Tabla 14.
Cargas Familiares.

CARGAS FAMILIARES		
SI	236	61,46 %
NO	112	29,17 %
VACIAS	36	9,38 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

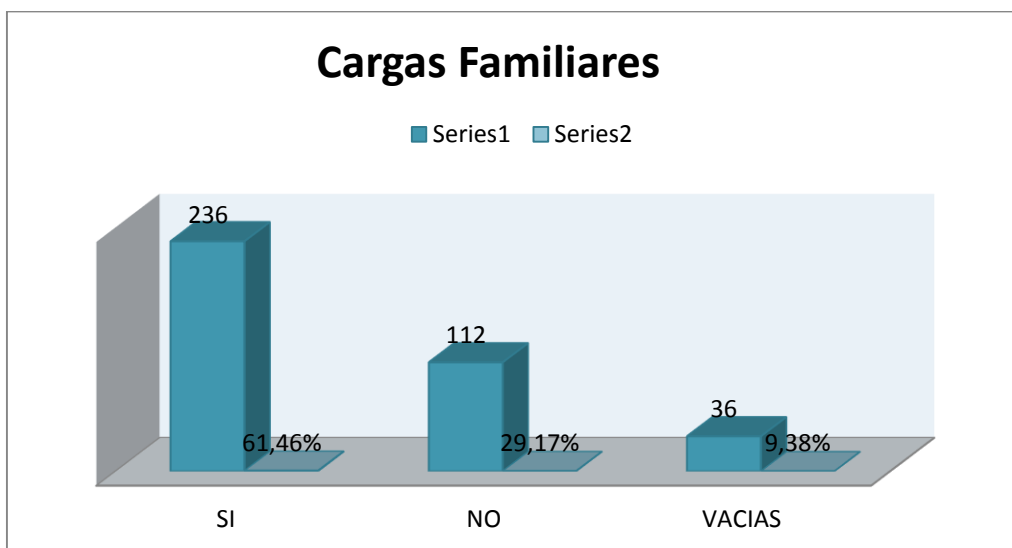


Figura 9.
Cargas Familiares
Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados el 61,46% tienen entre 1,2 y 3 cargas familiares, lo que indica que a futuro se puede contar con dichas cargas familiares como potenciales compradores de servicios del CETAM o como los proveedores en el hogar. Por otro lado el 29,17% no tienen cargas familiares, considerándolos como potenciales clientes actuales, mientras que el 9,38% no dio respuesta a la pregunta en mención, los mismos que se pueden sumar como potenciales clientes si se considera en marcha el plan estratégico de marketing.

6. ¿Usted tiene algún tipo de seguro de Salud?

Tabla 15.
Seguro.

TIENE ALGUN TIPO DE SEGURO		
IESS	112	29,17 %
ISSFA	4	1,04 %
ISSPOL	2	0,52 %
NINGUNO	223	58,07 %
OTRO	11	2,86 %
VACIAS	32	8,33 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

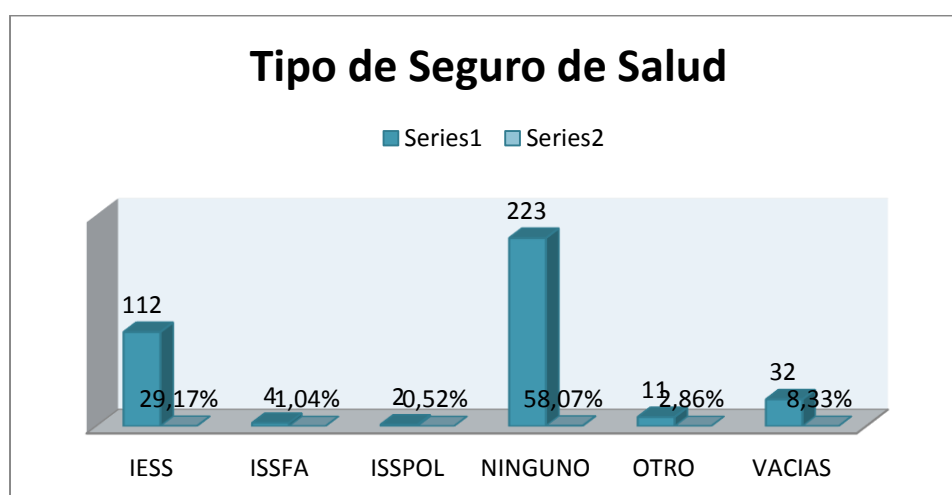


Figura 10.

Seguro

Elaborado por: El Autor

Análisis: Se les consulto a los encuestados, si en efecto tenían algún tipo de seguro médico en donde el 58,07% indicaron que no tienen ninguna clase de seguro, sugiriéndonos que existirá una aceptación un poco difícil a los servicios de salud privados y compra de seguros privados, lo que se resuelve parcialmente con las estrategias propuestas en el plan de marketing y con la oferta de cartera de servicios a los seguros públicos y privados o incluso creación de algún plan familiar. El resto de la población correspondiente al 33,59 % cuenta con algún tipo de seguro, lo que facilita brindarles la cobertura en atención especializada y es un porcentaje aceptable para iniciar con clientes potenciales del CETAM. Estos resultados se relacionan con el análisis realizado por los ingresos mensuales.

7. ¿Para usted que tan importante es el cuidado de sus padres al envejecer?

Tabla 16.

Importancia del cuidado de los padres al envejecer.

PARA USTED QUE TAN IMPORTANTE ES EL CUIDADO DE SUS PADRES AL ENVEJECER		
EXTREMADAMENTE IMPORTANTE	235	61,20 %
MUY IMPORTANTE	131	34,11 %
MEDIANAMENTE IMPORTANTE	7	1,82 %
POCO IMPORTANTE	4	1,04 %
OTROS		0,00 %
VACIAS	7	1,82 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

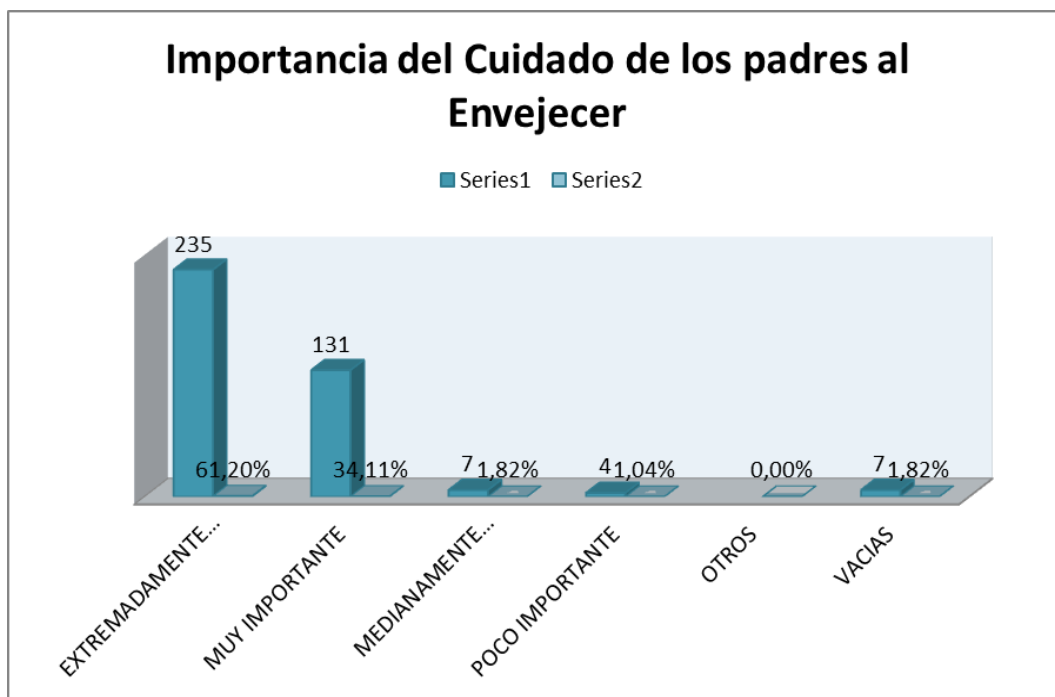


Figura 11.

Importancia del cuidado de los padres al envejecer

Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados el 95,31% consideran que la atención de los padres al envejecer es importante y extremadamente importante respectivamente, el resto de ítems abarco apenas un 4,69 % de participación. Estos datos son un factor positivo, una fortaleza, debido a que en nuestra cultura el cuidar de nuestros progenitores está hasta respaldado en la ley, sin embargo la forma cómo hacerlo, la accesibilidad a la atención especializada y la educación en la importancia del cuidado a los adultos mayores es lo que ha fallado, e incluso aprender cual es el beneficio en relación a los costos de la prevención en salud, todo eso también se convertirá en fortaleza a la hora de aplicar las estrategias mencionadas en el plan de marketing.

8. ¿Cree usted que es necesaria la creación de un centro especializado en la atención traumatólogica de pacientes adultos mayores?

Tabla 17.

Necesidad de implementar el Centro de Atención.

CREE USTED QUE ES NECESARIA LA CREACION DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN LA ATENCION DE PACIENTES ADULTOS MAYORES		
SI	368	95,83 %
NO	6	1,56 %
ES INDIFERENTE	10	2,60 %
Total	384	100 %

Elaborado por: El Autor

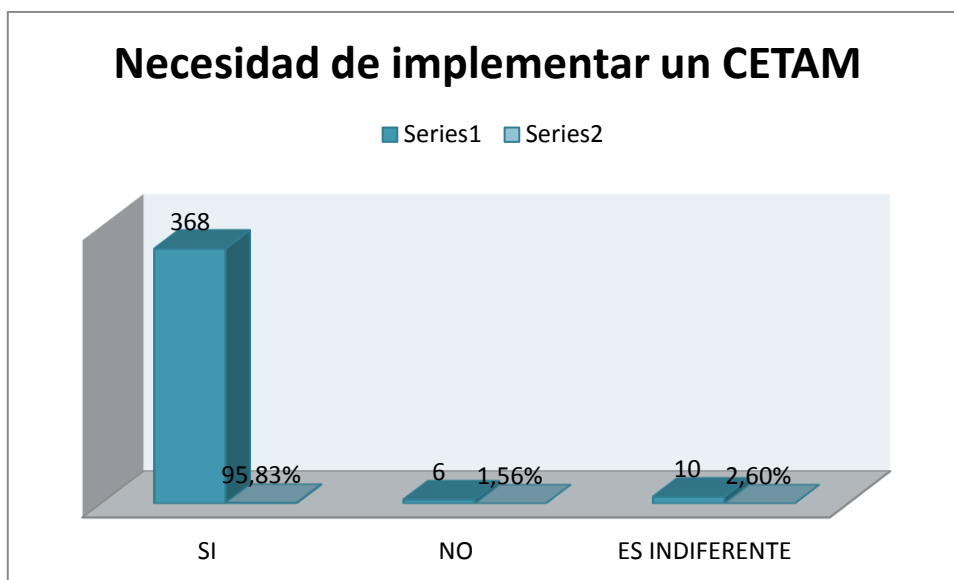


Figura 12.

Necesidad de implementar el Centro de Atención.

Elaborado por: El Autor

Análisis: De acuerdo a los datos arrojados por las encuestas el 95, 83 % indicó que si cree necesario la creación de un centro especializado en la atención traumatólogica de pacientes adultos mayores, éste porcentaje arrasador permite mencionar con certeza que la población siente la necesidad de más casas de salud especializadas y que mejor que aplicando el modelo propuesto en éste proyecto de investigación.

9. ¿Dónde le gustaría que este ubicado el centro de atención para el adulto mayor?

Tabla 18.

Lugar donde le gustaría que esté ubicado el centro de atención.

DONDE LE GUSTARIA QUE ESTE UBICADO EL CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR		
Norte	47	12,24 %
Sur	202	52,60 %
Centro	60	15,63 %
Valles	67	17,45 %
Vacías	8	2,08 %
Total	384	100 %

Elaborado por: El Autor

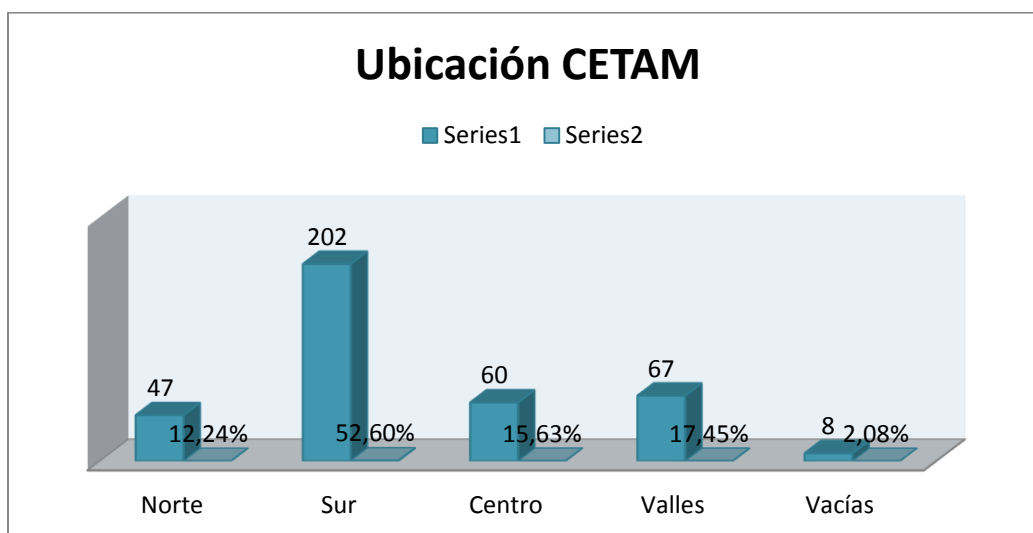


Figura 13.

Lugar donde le gustaría que esté ubicado el centro de atención

Elaborado por: El Autor

Análisis: Del total de los encuestados el 52,60% indicó que les gustaría que se cree un centro de atención para el adulto mayor en el Sur del DMQ y el 17,45% en los Valles, la suma de éstos dos nos arroja un porcentaje aceptable de 70,05% que aún sigue siendo estratégico para trasladarse al Sur del DMQ para la atención médica especializada, debido a la cercanía. Estos datos están relacionados al análisis del lugar de residencia de la población encuestada, debido a que existe mucha gente que por sus actividades laborales o familiares diarias pueden

necesitar acceder a servicios de diferente índole instalados en el sur del DMQ, por lo que no se afecta el enfoque.

10. ¿Si pagara por adquirir un servicio médico, que servicios le gustaría que tenga?

Tabla 19.
Servicios

SERVICIOS		
Atención rápida sin importar el costo	101	19,20 %
Facilidad de atención aunque espere un poco mas	135	25,67 %
Que aparte de la atención le enseñen temas de salud individual y familiar	85	16,16 %
Que le brinde apoyo familiar relacionado con el transporte	46	8,75 %
Que le brinde apoyo familiar relacionado con el costos	72	13,69 %
Instalaciones seguras y limpias	87	16,54 %
TOTAL	526	100 %

Elaborado por: El Autor

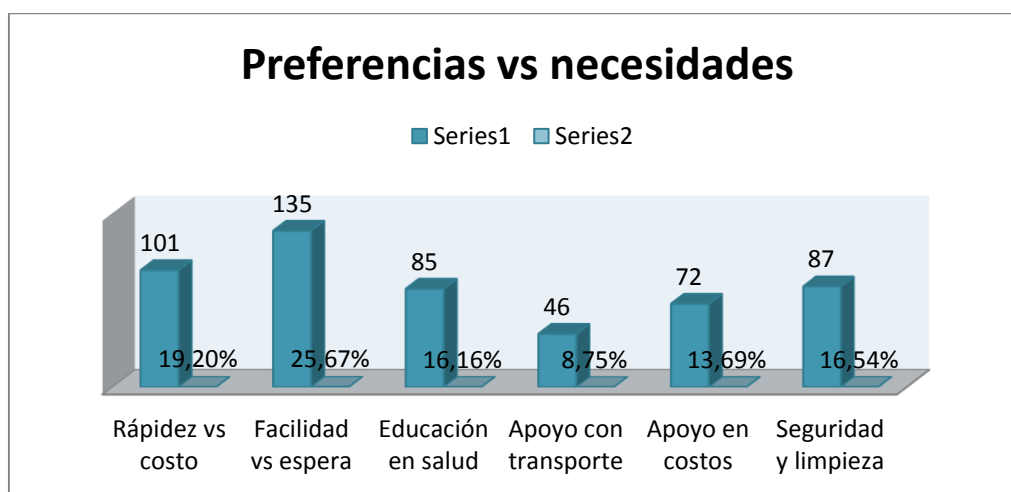


Figura 14.

Servicios

Elaborado por: El Autor

Análisis: En la presente pregunta se consultó a los encuestados el grado de relevancia de servicios que les motivaría a la hora de solicitar o acudir a este tipo de atención médica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 25,67% de los encuestados indicaron que la facilidad de Atención era algo muy importante; el 19,20% de los encuestados indicaron que

una atención rápida era lo más importante sin importar el costo. El 16,16% de los encuestados manifestaron que les interesan lugares donde aparte de la atención, también les enseñen temas de salud individual y familiar. Si observamos bien, un total de 77,57% están dispuestos a adquirir servicios de salud de forma ágil, organizada, accesible, segura aunque esto implique una recarga en los costos. Además apenas el 22,44% de los encuestados indicaron que les parece importante lugares en los cuales se les brinde apoyo familiar relacionado con los costos y transporte. Sin lugar a duda estos datos demuestran que la oferta de salud que pretende brindar el CETAM está acorde a las aspiraciones en oferta de salud y necesidades de la población meta.

11. ¿Con qué frecuencia acude a chequeos médicos de especialidad?

Tabla 20.

Frecuencia en que se realiza chequeos médicos.

CON QUE FRECUENCIA ACUDE A CHEQUEOS MEDICOS DE ESPECIALIDAD		
UNA VEZ EN TIEMPO MAYOR A UN AÑO	66	17,19 %
UNA VEZ AL AÑO	105	27,34 %
DOS VECES AL AÑO	66	17,19 %
MAS DE DOS VECES AL AÑO	143	37,24 %
VACIAS	4	1,04 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

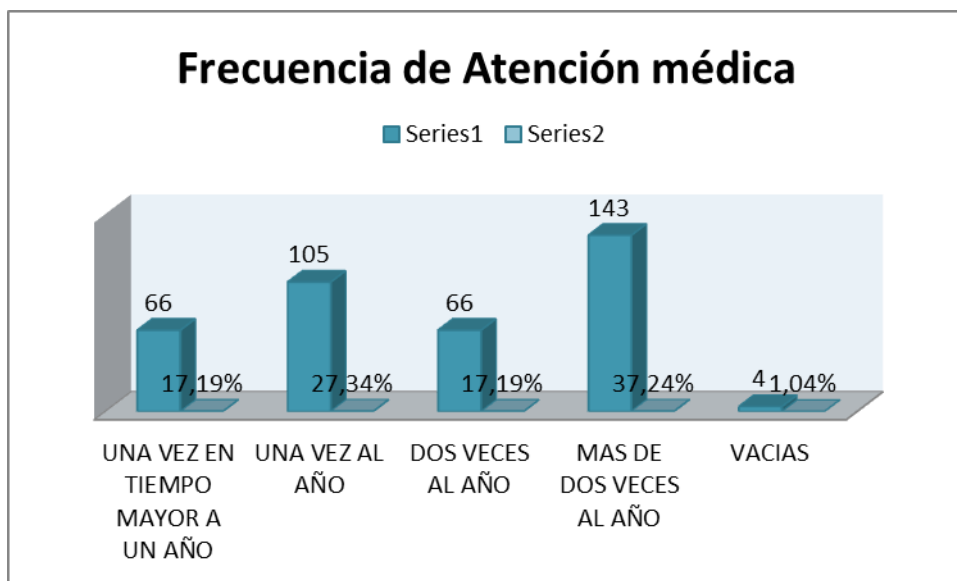


Figura 15.

Frecuencia en que se realiza chequeos médicos

Elaborado por: El Autor

Análisis: En la encuesta referente a la periodicidad con la cual la población le interesa acudir a chequeos médicos de rutina, se determinó que el 54,43 % de la población acude a chequeos médicos de dos a más de dos veces por año, considerada una frecuencia importante en relación al sector poblacional, pero también está acorde al nivel de estudio de la población y la importancia que éstos le dan a la salud de los miembros de la familia. El otro 27,34% de los encuestados indicaron que acuden a un chequeo médico una vez al año, cifra también aceptable y que de seguro permitirá ofrecer servicios de salud de forma integral. El 17,19% de la población considera que acude una vez en tiempo mayor a un año, este porcentaje de población es la población meta con la que se debe trabajar las estrategias del plan de marketing, ya que es una población que necesita incentivos, educación y estímulos para que mantenga una cultura de autocuidado de la salud.

12. ¿Ha recibido alguna vez algún tratamiento de fisioterapia?

Tabla 21.
Tratamientos de Fisioterapia.

HA RECIBIDO ALGUNA VEZ UN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA		
SI	279	72,66 %
NO	105	27,34 %
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

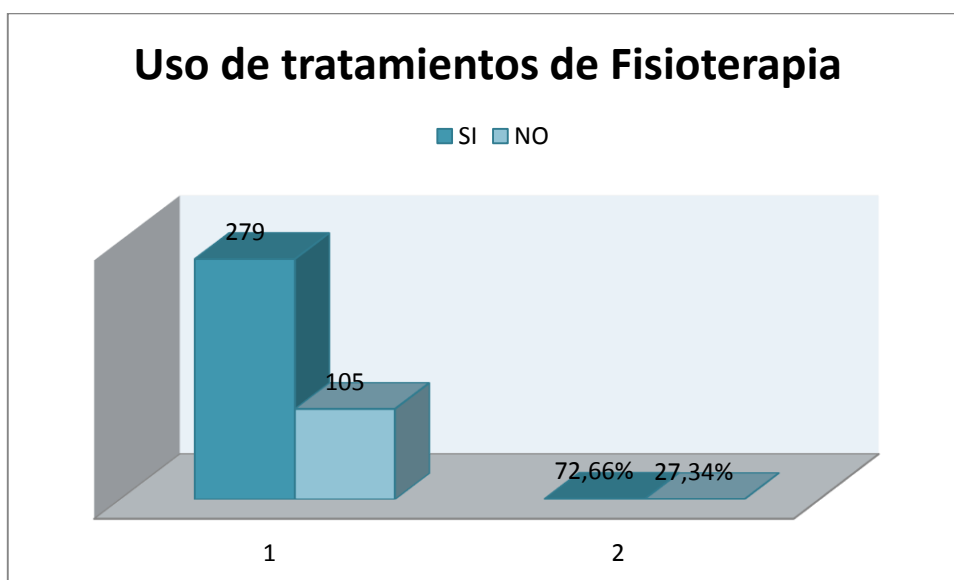


Figura 16.
Tratamientos de Fisioterapia.
Elaborado por: El Autor

Análisis: Se consultó a los encuestados sin alguna vez habían recibido tratamiento de fisioterapia y como resultado el 72,66 % de los encuestados “SI” habían recibido en algún momento éste tipo de tratamiento, lo que indica que existe una alta frecuencia de población con necesidades de atención en fisioterapia. Un 27,34% de los encuestados manifestaron que “NO” habían recibido dicho tratamiento, cifra baja en relación a la primera, que demuestra

algo importante y es la necesidad de trabajar con actividades preventivas de salud en éste sector poblacional.

13. En base a su experiencia previa, ¿Cómo calificaría la atención recibida en algún tratamiento de fisioterapia recibido?

Tabla 22.

Calificación de Tratamientos de Fisioterapia recibido.

COMO CALIFICA EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA RECIBIDO		
Excelente	32	8,33%
Buena	87	22,66%
Regular	92	23,96%
Mala	68	17,71%
Vacías	105	27,34%
TOTAL	384	100 %

Elaborado por: El Autor

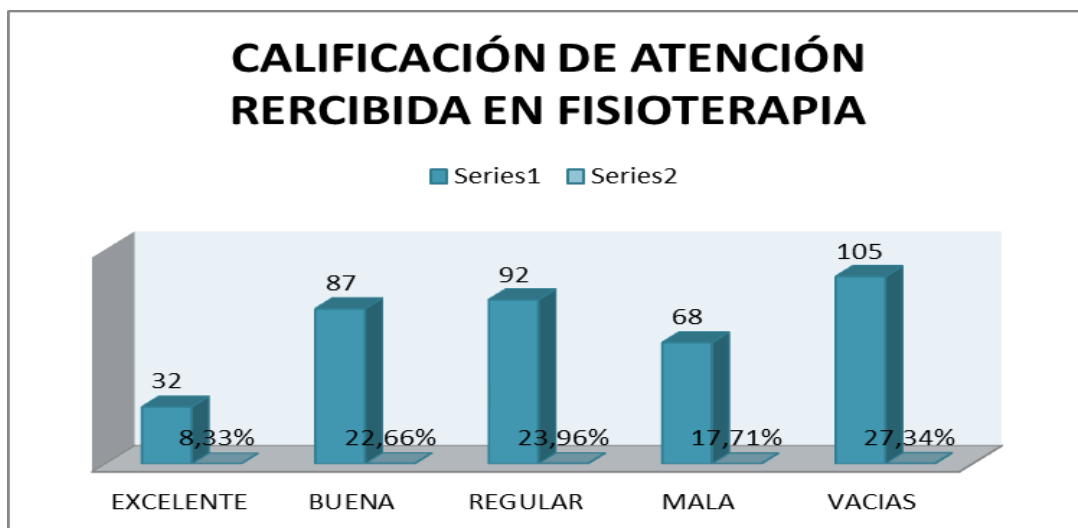


Figura 17.

Calificación de Tratamientos de Fisioterapia recibido

Elaborado por: El Autor

Análisis: Se consultó con los encuestados acerca del nivel de satisfacción obtenido en algún tratamiento de fisioterapia recibido, observándose casi un empate en la calificación de buena y regular, que no son nada alentadoras ya que le corresponde 22,66% y 23,96% respectivamente, dando un total de 46,62%, si a esto se suma un escaso 8,33% de atención excelente nos indica que la percepción de la población en la calidad de oferta de servicios médicos es baja, brindando así al CETAM una oportunidad que permita a los pacientes mejorar la satisfacción percibida por la atención médica ofrecida.

14. ¿Qué actividades físicas hace frecuentemente?

Tabla 23.
Actividades físicas frecuentes.

QUE ACTIVIDADES FISICAS HACE FRECUENTEMENTE		
CAMINAR	253	65,89%
TROTAR	45	11,72%
OTRO	33	8,59%
NINGUNO	53	13,80%
TOTAL	384	100%

Elaborado por: El Autor

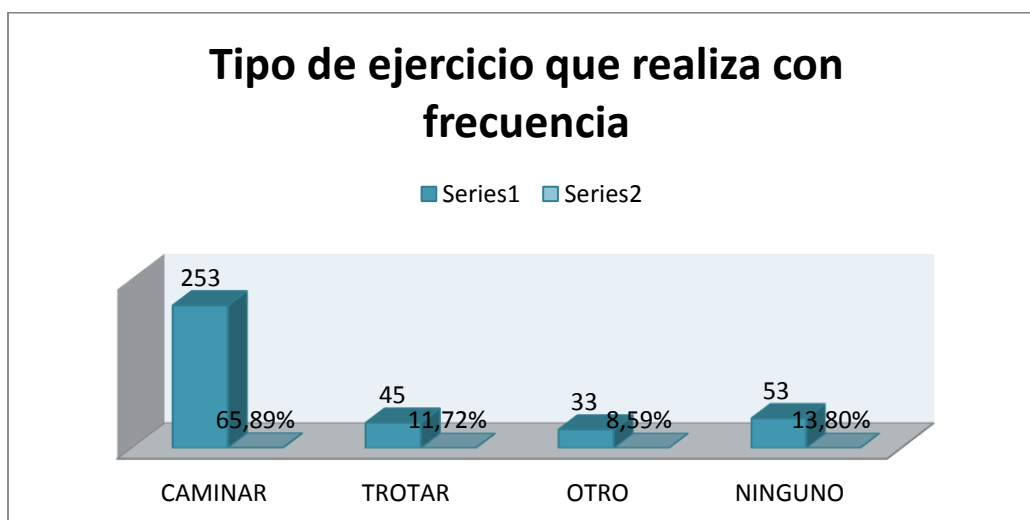


Figura 18.
Actividades físicas frecuentes.
Elaborado por: El Autor

Análisis: Se les consulto a los encuestados acerca de las actividades físicas que usualmente practican, las respuestas fueron alentadoras, debido a que el mayor porcentaje de 65,89% indica que la población tiene hábitos de actividad física básicos, principalmente caminar, lo que nos da nuevamente la oportunidad de aumentar el incentivo en mantener o mejorar dichos hábitos, para lograr el objetivo de envejecimiento activo. El resto de la población correspondiente a la suma de los otros hábitos, nos dejan la puerta abierta para aplicar las actividades descritas en el plan de Marketing y afianzar la marca en el mercado escogido.

15. ¿Con cuáles de las siguientes actividades cree usted que puede prevenir enfermedades en la edad adulta?

Tabla 24.

Actividades que pueden reducir enfermedades en la edad adulta.

CON CUALES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CREE USTED QUE PUEDE PREVENIR ENFERMEDADES EN LA EDAD ADULTA		
Actividad física acorde a la edad	213	42,43%
Lectura	67	13,35%
Cuidado nutricional	207	41,24%
Otras	15	2,99%
TOTAL	502	100%

Elaborado por: El Autor

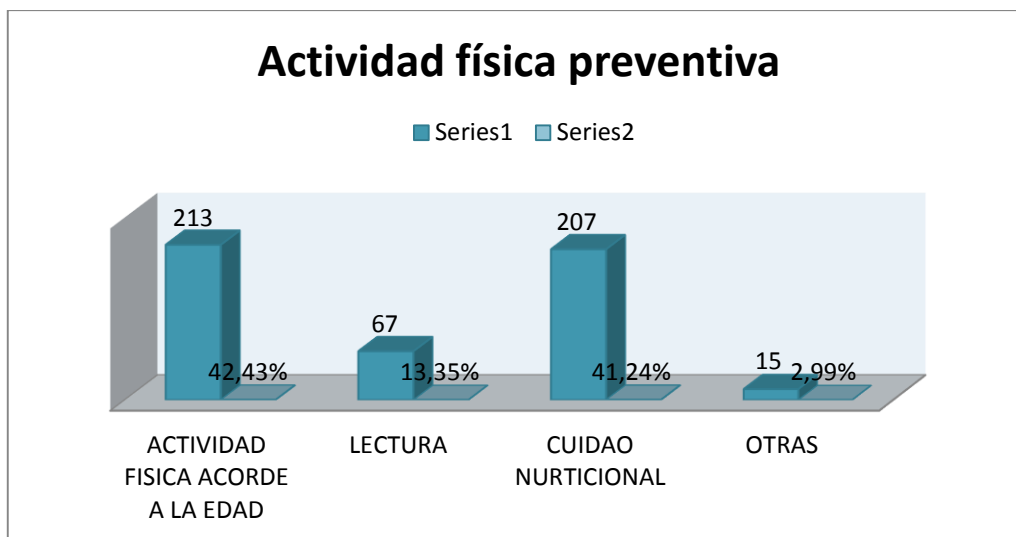


Figura 19.

Actividades que pueden reducir enfermedades en la edad adulta

Elaborado por: El Autor

Análisis: Los encuestados indicaron que lo más relevante para la prevenir enfermedades en la edad avanzada con un 42,43% es sin lugar a duda la práctica de actividad física que vaya acorde a la edad de las persona y otro gran porcentaje de los encuestados manifestaron que el cuidado nutricional es un factor fundamental con 41,24%, siendo la segunda más votada, estos dos factores también nos indican que existe una conciencia de autocuidado y existe la necesidad de apoyar esta cultura, así como también la necesidad de guiar todas las actividades tendientes a la prevención de enfermedades ósteo-musculares en la edad adulta, debido a que las actividades físicas de los adultos mayores no son iguales a las de los jóvenes.

16. ¿Ha tenido alguna vez una lesión en los músculos o en los huesos, que lo deje sin movilidad por algunos días?

Tabla 25.

Lesión en los músculos o huesos

HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA LESIÓN EN LOS MÚSCULOS O EN LOS HUESOS, QUE LO DEJE SIN MOVILIDAD POR ALGUNOS DÍAS		
SI	150	39,06%
NO	218	56,77%
VACIAS	16	4,17%
TOTAL	384	100%

Elaborado por: El Autor

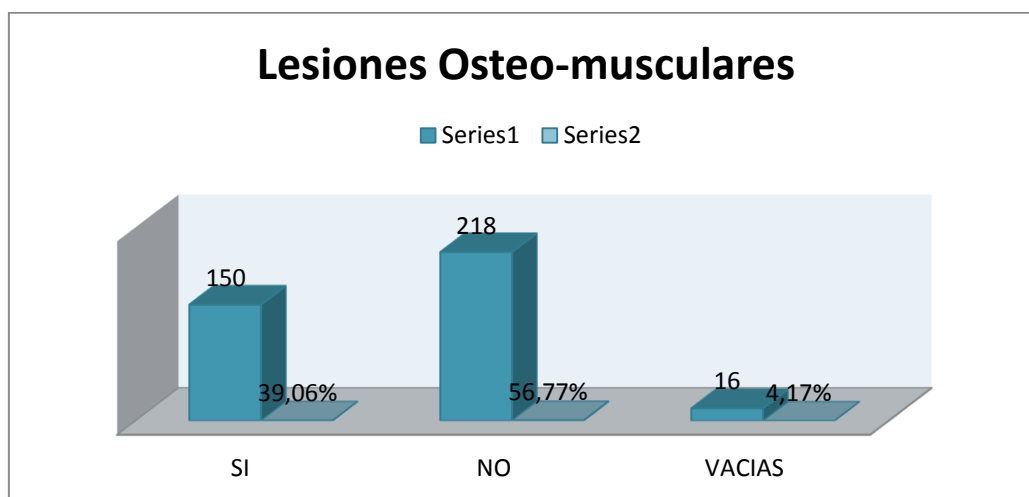


Figura 20.

Lesión en los músculos o huesos

Elaborado por: El Autor

Análisis: El objetivo de esta pregunta era verificar si en algún momento las personas encuestadas habrían sufrido de alguna lesión incapacitante por lo menos una vez en su vida, los datos indican que un 39,06% de los encuetados “Si” han sufrido alguna lesión que les deje sin caminar varios días, ésta cifra demuestra que existe un porcentaje de población con necesidad de atención integral y especializada, ya que éste tipo de

lesiones por lo general necesita de recuperación con rehabilitación. Si relacionamos los datos de la tabla 21 con la tabla 25, se debe mencionar que no necesariamente debe coincidir, ya que las lesiones incapacitantes y el apoyo con tratamientos de fisioterapia vs lesiones no incapacitantes y apoyo con tratamiento de fisioterapia son dos patologías diferentes con tratamientos similares. Debiendo considerar la suma de los dos resultados como exitosa, pues indica que la población necesita de oferta de servicios de traumatología y fisioterapia cuando sufren de lesiones incapacitantes y sin ellas.

17. ¿Presenta frecuentemente dolores articulares?

Tabla 26.

Dolores articulares.

PRESENTA FRECUENTEMENTE DOLORES ARTICULARES		
SI	187	48,70%
NO	179	46,61%
VACIAS	18	4,69%
TOTAL	384	100%

Elaborado por: El Autor

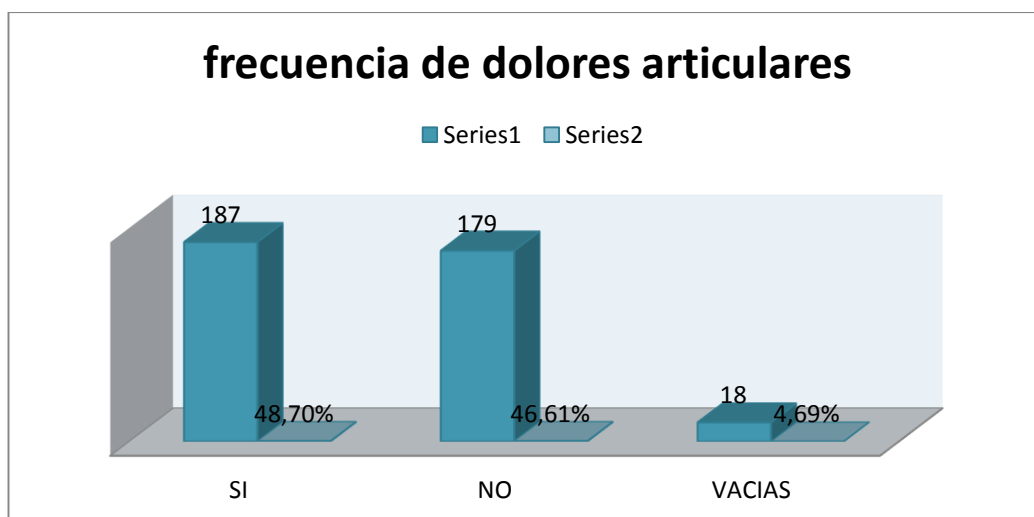


Figura 21.

Dolores articulares.

Elaborado por: El Autor

Análisis: En la presente pregunta se les consultó a los encuestados sin experimentar frecuentes dolores articulares, aunque casi existe un equilibrio entre las dos respuestas, es mayoritaria la cantidad de encuestados que indicaron que “sí”, lo que indica una vez más que la oferta de fortalecer la prevención en salud y la oferta de brindar tratamiento especializado en traumatología es importante ya que forma parte de las necesidades de la población meta.

2.12. Entrevistas.

Tabla 27.

Entrevista pregunta 1.

PREGUNTA 1: ¿CREE USTED QUE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD ES SUFICIENTE PARA LA DEMANDA DEL SUR DEL DMQ?		
Nombre:	Miguel Valladares	“Es insuficiente 150%, tenemos muchos pacientes en espera de atención, nosotros trabajamos al 100% y no nos abastecemos, a pesar de que contamos con equipos completos”
Cargo que ocupa actualmente:	Fisioterapéutico	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Iván Zurita	“Creo que es insuficiente en un 100% por el número de pacientes, por la falta de especialistas y de centros médicos”.
Cargo que ocupa actualmente:	Coordinador de especialidades quirúrgicas de traumatología.	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Franklin Rúales	No, solo hay hospitales públicos con déficit de espacios físicos, los centros privados no ofrecen este servicio de forma integrada.
Cargo que ocupa actualmente:	Director Asistencial	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Como conclusión a esta interrogante es notorio que existe insuficiencia en la oferta de servicios de salud en relación a la demanda de DMQ.		

Elaborado por: El Autor

Tabla 28.
Entrevista pregunta 2.

PREGUNTA 2: ESPECIFICAMENTE CON LA OFERTA DE SERVICIOS EN LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA EN EL SUR DEL DMQ, CREE USTED QUE LA DEMANDA ESTA CUBIERTA.		
Nombre:	Miguel Valladares	“No, por la falta de personal en traumatología, falta de espacio físico, los fisioterapeutas no somos suficientes, sumado al espacio físico”.
Cargo que ocupa actualmente:	Fisioterapéutico	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Iván Zurita	“No, por falta de personal, HPAS tiene 9 traumatólogos, HEE tienen 14 especialistas”.
Cargo que ocupa actualmente:	Coordinador de especialidades quirúrgicas de traumatología.	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Franklin Rúales	No, requerimos más camas hospitalarias, quirófanos más oferta de servicios de apoyo diagnóstico. Existen profesionales pero mal distribuidos.
Cargo que ocupa actualmente:	Director Asistencial	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Como conclusión a esta interrogante los entrevistados mencionaron que la demanda no está cubierta en su totalidad por lo que se requieren de camas hospitalarias, espacio físico y mejor distribución del personal.		

Elaborado por: El Autor

Tabla 29.
Entrevista pregunta 3.

PREGUNTA 3: SEGÚN SU EXPERIENCIA, QUE OPORTUNIDADES Y FORTALEZAS VE AL EXISTIR UN CENTRO ESPECIALIZADO EN TRAUMATOLOGIA Y REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL SUR DEL DMQ.		
Nombre:	Miguel Valladares	“Que pueda brindar atención oportuna y ágil a los pacientes en espera, las patologías no esperan y los pacientes se complican más”.
Cargo que ocupa actualmente:	Fisioterapéutico	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Iván Zurita	“Que se dé una atención rápida, eficaz primordial y que se cumplan las expectativas del paciente en cuanto a traumatología”.
Cargo que ocupa actualmente:	Coordinador de especialidades quirúrgicas de traumatología.	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Franklin Rúaes	Oportunidad: Gran cantidad de pacientes. Fortalezas: Centro, existe mercado para promoción bajo costo. Población, mayor cobertura
Cargo que ocupa actualmente:	Director Asistencial	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Como conclusión a esta interrogante los entrevistados mencionaron que existe gran cantidad de pacientes como oportunidad y por otro lado hay mercado y posibilidades de mayor cobertura.		

Elaborado por: El Autor

Tabla 30.
Entrevista pregunta 4.

PREGUNTA 4: SEGÚN SU EXPERIENCIA, QUE AMENAZAS Y DEBILIDADES VE AL EXISTIR UN CENTRO ESPECIALIZADO EN TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL SUR DEL DMQ.		
Nombre:	Miguel Valladares	Debilidades: Falta de personal calificado, tenemos 500 pacientes en espera en traumatología. Presupuesto y espacio físico. Amenaza: Que la demanda exceda las expectativas.
Cargo que ocupa actualmente:	Fisioterapéutico	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Iván Zurita	Debilidades: Falta de personal especializado y espacio en consultas, equipos quirúrgicos. Amenazas: 298 en lista de espera HGEG
Cargo que ocupa actualmente:	Coordinador de especialidades quirúrgicas de traumatología.	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Franklin Rúales	Amenaza: Población no acostumbrada a comprar servicios. Pagos demorados del sistema. Debilidad: Es nuevo y no se sabe cómo funcionara la organización.
Cargo que ocupa actualmente:	Director Asistencial	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Existe un consenso en lo que a falta de personal especializado se refiere como debilidad. Por otro lado como amenaza se menciona al exceso de demanda y pagos demorados.		

Elaborado por: El Autor

Tabla 31.
Entrevista pregunta 5.

<p>PREGUNTA 5: SEGÚN SU EXPERIENCIA, CON CUALES DE LOS CUATRO PERFILES CATALOGARÍA AL RESULTADO DE LA OFERTA Y DEMANDA, EN RELACIÓN AL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL SUR DEL DMQ? ¿Y POR QUE?</p>		<p>El diagrama muestra una matriz 2x2 con el eje vertical 'TASA DE CRECIMIENTO DE LA INDUSTRIA % DEL MERCADO' (BAJO a ALTO) y el eje horizontal 'PARTICIPACION RELATIVA DE LA UEN (O EMPRESA) EN EL MERCADO' (FUERTE a DEBIL). ESTRELLA (Alta inversión y Alta participación (rentabilidad)) INTERROGACION (Requieren mucha inversión y su participación es nula/negativa) VACA (Generan fondos y utilidades) PERROS (Baja participación, Y genera pocos fondos)</p>
Nombre:	Miguel Valladares	“Sería una estrella, operar del alto inversor que tendrá, pero tendría un gran retorno de capital si existe una buena administración”.
Cargo que ocupa actualmente:	Fisioterapéutico	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Iván Zurita	“Con la estrella porque con alta inversión hay calidad y calidez en atención”.
Cargo que ocupa actualmente:	Coordinador de especialidades quirúrgicas de traumatología.	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
Nombre:	Franklin Rúales	“Con convenios RPIS y publicidad, con alta calidad y asistencia post consulta se puede lograr que crezca de manera sostenida. Siempre personalizando”
Cargo que ocupa actualmente:	Director Asistencial	
Hospital:	Hospital Enrique Garcés	
<p>Es evidente que de acuerdo a las entrevistas realizadas a los expertos se cataloga con la estrella debido al retorno que se obtendrá y a la existencia de calidad y calidez.</p>		
<p>Elaborado por: El Autor</p>		

2.13. Análisis de los Resultados

Una vez efectuado el estudio de mercado se obtuvieron los siguientes resultados: Considerando que el 76,04% de los encuestados residen en el sur del DMQ, nos permite analizar la información recolectada enfocada a las necesidades del sector escogido y la población meta, considerando además que muchas de éstas necesidades son comunes a otros sectores del DMQ, debido a que existe mucha gente que por sus actividades laborales o familiares necesitan comprar servicios de diferente índole instalados en el sur, en éste caso los servicios médicos, puesto que el 9,46% de personas encuestadas residen en el centro y un 7,81% en el norte del DMQ, por otro lado un 6,51% indico que viven en otros sectores como Valles y Santo Domingo. Es evidente que la diversidad de gente procedente de otros sectores poblacionales aumenta el área de influencia a la que puede servir éste centro médico especializado, siendo un factor positivo por ser un rango de ingresos extra que no está incluido en la planificación actual, por lo que se debe entender que los resultados serán aún más alentadores. Es importante mencionar que la oportunidad de atención a pacientes propios del sector es alta, y que la migración voluntaria de personas para acceder a servicios de salud o ya sea porque se active la red complementaria (sector publico compra los servicios del sector privado), es una oportunidad para el CETAM, sin tomar en cuenta las atenciones que ingresarían por seguros privados de salud, esto está en relación a que el 59,12% de la población puede acceder a servicios de salud privados, el 4,17% es población jubilada con cobertura de seguro IESS. Pero qué pasa con el 36,72% de la población se encuentra en estado socioeconómico de desempleo, aún en esas condiciones no dejan de estar cubierta su atención médica por el MSP, así se encuentra detallado en la Constitución y en la Ley Orgánica de Salud, el mismo que también compra servicios especializados privados. Por ende es viable la creación de un CETAM en el Sur del DMQ.

En relación a la acogida e impacto del plan de marketing propuesto, es alto, debido a que las personas con nivel de estudio que va de bachiller a profesional corresponde exactamente al 50%, éstos datos guían de alguna manera al nivel de servicios de salud que prefiere éste grupo poblacional en base a (Pérez & Echauri, 2012), pues es un target que toma decisiones de forma razonada, a la capacidad de análisis de costo beneficio a las ofertas de salud que se les pueda brindar. Por otro lado el 31,51% tienen un nivel de estudio primario y el 18,49% no terminaron sus estudios secundarios, 59,11% mantienen un ingreso promedio menor a 500 dólares, 61,46% tienen entre 1,2 y 3 cargas familiares, 58,07% indicaron que no tienen ninguna clase de seguro, entre otros, estos datos no se los considera negativos para el CETAM, ya que por varias razones analizadas en párrafos anteriores, existe la oportunidad de facilitar la atención por medio de la activación de la RPIS y RC, IESS, ISSFA, ISSPOL y MSP, considerando además que el presente proyecto puede beneficiar con plazas de trabajo al sector poblacional escogido e incluso a futuro las actuales cargas familiares se convertirán en como potenciales compradores de servicios del CETAM

Por otro lado el 29,17% no tienen cargas familiares, el 33,59 % cuenta con algún tipo de seguro, 95,31% consideran que la atención de los padres al envejecer es importante y extremadamente importante respectivamente, 95, 83 % indicó que si cree necesario la creación de un centro especializado en la atención traumatológica de pacientes adultos mayores, 52,60% indicó que les gustaría que se localice en el Sur del DMQ, todos éstos datos son una fortaleza para el CETAM, es un porcentaje aceptable para iniciar con clientes potenciales, además de la población que por sus actividades laborales o familiares diarias pueden necesitar acceder a servicios de diferente índole instalados en el sur del DMQ o incluso al ofrecer la creación de algún plan familiar. En nuestra cultura existe apego a cuidar de nuestros progenitores y está respaldado en la ley, sin embargo la forma cómo hacerlo, la accesibilidad a la atención especializada y la educación en la importancia del cuidado a los

adultos mayores es lo que ha fallado, e incluso aprender cual es el beneficio en relación a los costos de la prevención en salud, todo eso también se convertirá en fortaleza a la hora de aplicar las estrategias mencionadas en el plan de marketing.

En cuanto a el grado de relevancia de las características que les motivaría a la hora de solicitar o acudir a este tipo de atención médica, los resultados obtenidos fueron que un total de 77,57% están dispuestos a adquirir servicios de salud de forma ágil, organizada, accesible, segura aunque esto implique una recarga en los costos y el 54,43 % de la población acude a chequeos médicos de dos a más de dos veces por año, considerada una frecuencia importante en relación al sector poblacional, el 22,44% de los encuestados indicaron que les parece importante lugares en los cuales se les brinde apoyo familiar relacionado con los costos y transporte, sin lugar a duda estos datos demuestran que la oferta de salud que pretende brindar el CETAM está acorde a las aspiraciones en oferta de salud y necesidades de la población meta.

En cuanto a la atención en fisioterapia el 72,66 % de los encuestados “SI” habían recibido en algún momento éste tipo de tratamiento, si esto se relaciona con la percepción de calidad en la atención recibida que es regular a mala en 41,67% y un escaso 8,33% de atención excelente nos indica que la percepción de la población en la calidad de oferta de servicios médicos es baja y que existe una alta frecuencia de población con necesidades de atención en fisioterapia, pero también nos indica que existe la necesidad de prevenir enfermedades osteomusculares, brindando así al CETAM una oportunidad que permita a los pacientes mejorar la satisfacción percibida por la atención médica ofrecida.

En cuanto a la actividad física el mayor porcentaje de 65,89% indica que la población tiene hábitos de actividad física básicos, principalmente caminar, lo que nos da nuevamente la oportunidad de aumentar el incentivo en mantener o mejorar dichos hábitos, para lograr el objetivo de envejecimiento activo, pues más del 40% de la población considera que para la

prevenir enfermedades en la edad avanzada sin lugar a duda es la práctica de actividad física y el cuidado nutricional. Estos datos también nos indican que existe una conciencia de autocuidado y existe la necesidad de apoyar esta cultura, así como también la necesidad de guiar todas las actividades tendientes a la prevención de enfermedades ósteo-musculares en la edad adulta debido a que entre el 40 al 48% de los encuestados coinciden en sufrir de dolores articulares o han sufrido lesiones incapacitantes, debiendo considerar que la actividades físicas de los adultos mayores no son iguales a las de los jóvenes, todos éstos datos nos indican que SI se necesita de fortalecer la prevención en salud y la oferta especializada en traumatología y fisioterapia, es importante ya que forma parte de las necesidades de la población meta.

Si consideramos los comentarios de los especialistas administrativos médicos y profesionales de salud entrevistados, es evidente que los tres concluyen en que existe un déficit en servicios de salud en el Sur del Distrito metropolitano de Quito y a nivel general, existe una gran demanda insatisfecha de usuarios en determinadas especialidades, una de ellas es el caso de traumatología; y, en caso de que el proyecto se realice lo consideran como un producto estrella, ya que el campo es óptimo, no existe competencia, está presente la necesidad y se considera administrativamente y médicamente viables.

CAPITULO IV: PROPUESTA

En base a el análisis de la información en donde se avizora una futura “viejamérica” (Lara, 2015), con oportunidades de innovar en servicios enfocados al adulto mayor, el déficit de infraestructura hospitalaria especializada, las estadísticas obtenidas por medio de las encuestas y considerando que existe el 95% de demanda social para la creación de un centro de rehabilitación para el adulto mayor, en el presente capítulo se presenta la propuesta del Centro de Traumatología para el Adulto Mayor (CETAM). En la propuesta se desarrollan los objetivos de la misma, la misión y visión del CETAM, la tipología correspondiente como unidad de salud, la distribución orgánica funcional por unidades y de las áreas más relevantes dentro del proceso administrativo, el modelo de atención, los valores y principios, la localización geográfica más acertada del proyecto según la propuesta, la capacidad instalada necesaria, la cartera de servicios, el diseño y distribución de áreas arquitectónico; y, por último y no menos importante las estrategias de mercado y plan de marketing.

4.1. Objetivos de la Propuesta

Se plantean tres objetivos principales, los mismos que son:

- Prestar servicios de salud en traumatología con la más alta gama de profesionales.
- Mantener el grado de responsabilidad social con la comunidad del sector.
- Brindar atención médica en traumatología al adulto mayor, de calidad y diligente a través de la capacitación constante del personal médico.

4.2. Misión

El CETAM, es una empresa social que presta servicios de salud enfocada principalmente en la atención médica especializada en traumatología y rehabilitación para el adulto mayor, con el compromiso social de promover la salud y prevenir las patologías osteo-musculares en el mismo, incluyendo como entes activos a la familia del mismo y considerando ante todo la seguridad del paciente, el respeto, confianza y satisfacción en la atención, promoviendo el desarrollo científico, docente e investigativo así como las buenas prácticas de gestión, el mismo que estará ubicado en el sector sur del Distrito Metropolitano de Quito.

4.3. Visión

El Centro de Traumatología y Rehabilitación para el adulto mayor se constituirá para el año 2020 en una institución hospitalaria de alto nivel profesional y tecnológico, que ofrecerá servicios de salud de alta calidad a sus clientes, de forma innovadora, competitiva, hasta la máxima complejidad, brindando una atención de calidad, oportuna, eficaz y eficiente, segura, con solidez científica, docente e investigativa y con rentabilidad económica y social.

4.4. Tipología

La propuesta del presente proyecto de investigación es la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor, o dicho de otra manera un centro médico especializado en prevenir u tratar morbilidades osteo-musculares del adulto mayor, inclinadas preferentemente a la traumatología y lo que ésta implica. Al referirnos a un centro especializado, según el Registro Oficial 00005212, en donde se expide la tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo al sistema nacional de salud, y según la propuesta que

se plantea nos correspondería clasificar al CETAM como una unidad de salud de tercer nivel de atención, de segundo nivel de complejidad, con categoría III-2, tipo hospitalario, con atención abierta y cerrada, pues brinda servicios de salud de alta complejidad con infraestructura adecuada, equipamiento de alta tecnología y talento humano con especialidades y subespecialidades clínicas y/o quirúrgicas, lo que se detalla en la tabla 41. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Tabla 32.

Tipología del Centro de Traumatología para el Adulto Mayor.

Niveles de atención	Niveles de Complejidad	Categoría de establecimientos de salud	Nombre
Tercer Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1° Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2° Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
	3° Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades

Adaptado de: Registro oficial N° 00005212

Tomando en consideración la tipología del CETAM, se presenta el desarrollo y graficas de la Estructura Orgánica Funcional del Centro de Traumatología del Adulto Mayor, para lo cual se toma como base al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales basado en el Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012 vigente, de lo que se desprende mapas de macroprocesos, clasificados según funcionalidad, siendo estratégicos, agregadores de valor y de apoyo o de asesoría. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 31 de julio del 2012)

4.5. Diseño de la propuesta

Como parte de la implementación de la propuesta se detallan a continuación los flujos organizacionales del CETAM:

Cadena de valor.- En la figura N° 22 se observa el Mapa de la Cadena de Valor, en donde se detalla en orden jerárquico los Procesos hospitalarios junto con las competencias, en el que se establecen cuáles son los procesos gobernantes, los procesos agregadores de valor, procesos habilitantes de apoyo y los procesos habilitantes de asesoría.

Figura 22.

Cadena de valor de los procesos hospitalarios



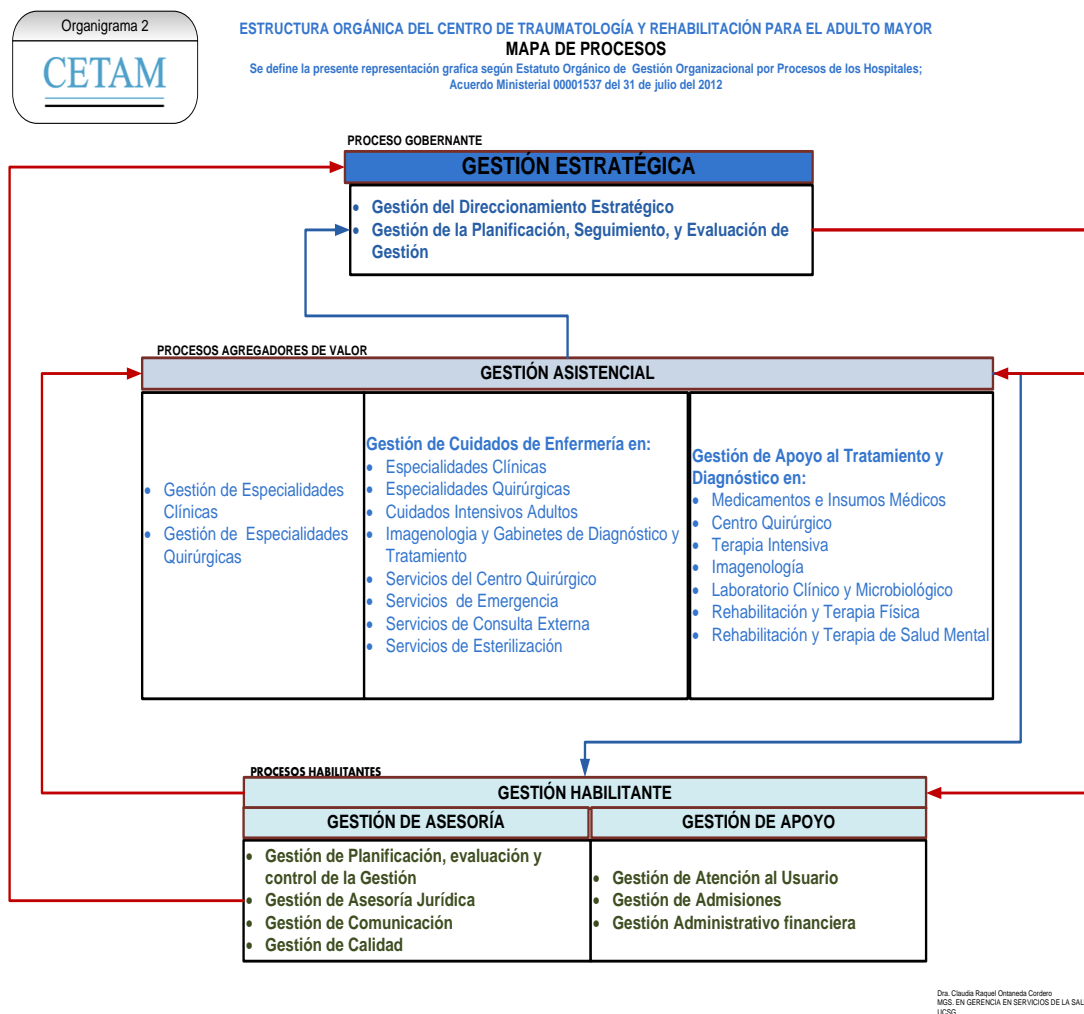
Dr. Claudia Raquel Ontaneda Cordero
MGS. EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.
LCSG.

Elaborado por: El Autor

Estructura organizativa.- En la figura N° 23, se observa el Mapa de Resumen de gestión de Procesos, en el que se establecen cuáles son los procesos Gobernantes de gestión estratégica y cual los procesos Agregadores de Valor de la Gestión

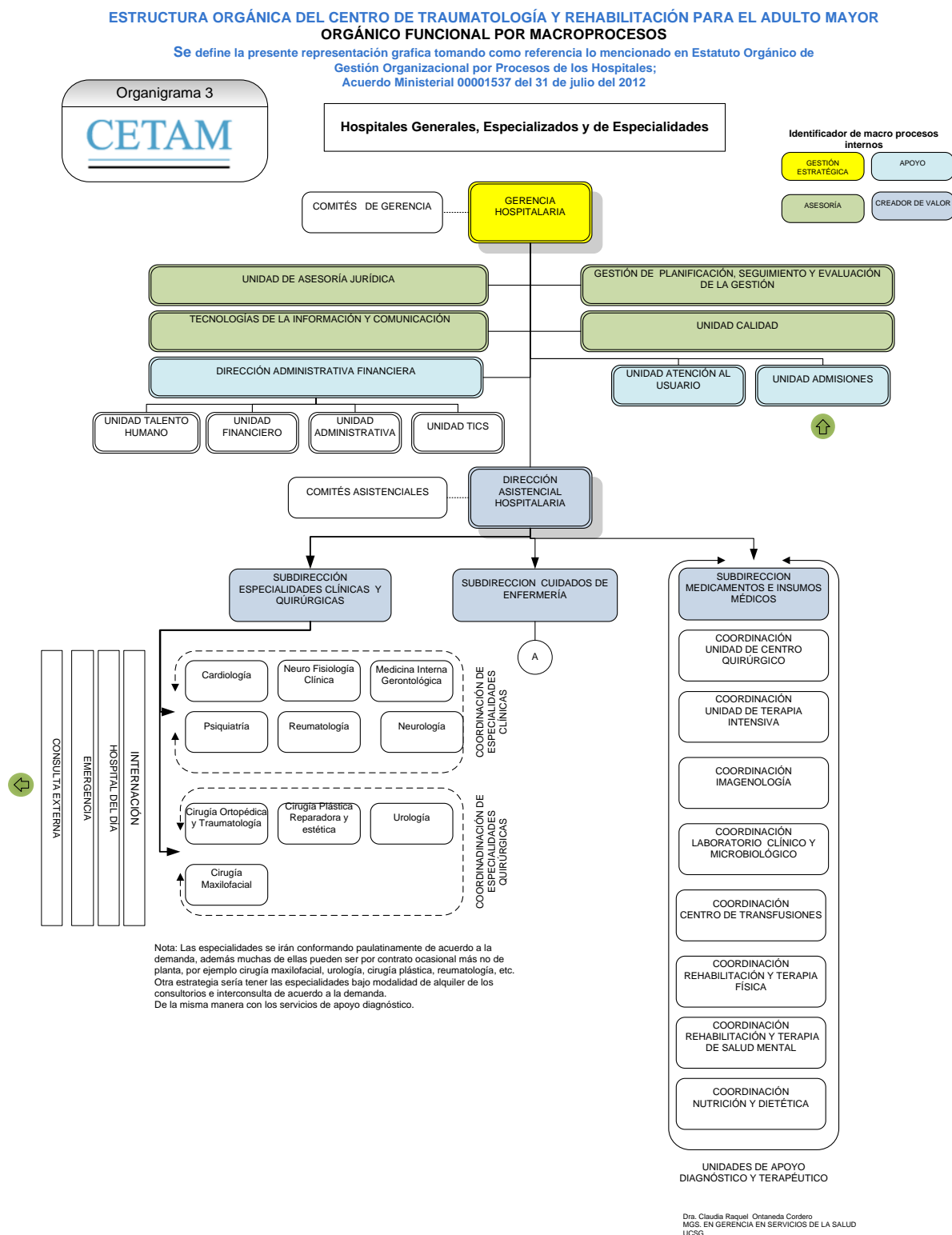
Asistencial, éste último depende de las decisiones del primero y el primero depende de los datos estadísticos del segundo para tomar decisiones.

Figura 23.
Mapa de resumen de gestión de procesos



Elaborado por: El Autor

Figura 24.
Estructura Orgánica.



Elaborado por: El Autor

Estructura Orgánica Funcional.- En la figura N° 24 se observa la estructura orgánica funcional del CETAM por Macroprocesos, se realiza el desglose y ubicación de los procesos en orden jerárquico, diferenciándolos en cuatro macroprocesos, los mismos que son:

1. Proceso de Gestión Estratégica,
2. Procesos Agregadores de Valor,
3. Procesos Habilitantes de Asesoría, y
4. Procesos Habilitantes de Apoyo.

En el apéndice “C” se pueden observar los demás organigramas del centro de traumatología, los mismos que corresponden a:

- Organigrama 4.- (Figura 33/C1) Estructura Orgánica de la Unidad de Cuidados de Enfermería.
- Organigrama 5.- (Figura 34/C2) Estructura Orgánica de la Unidad de Admisiones.
- Organigrama 6.- (Figura 35/C3) Estructura Orgánica de la Unidad de Atención al Usuario.
- Organigrama 7.- (Figura 36/C4) Estructura Orgánica de la Unidad de Administrativa.
- Organigrama 8.- (Figura 37/C5) Estructura Orgánica de la Unidad de Administrativa de Gestión de Talento Humano.

4.6. Modelo de atención

El Modelo de Atención Centro de Traumatología y Rehabilitación para el adulto mayor, se presenta con modelo hospitalario, abierto y cerrado, de financiamiento privado con oportunidad de convenios interinstitucionales. Existe la oportunidad de aplicar parámetros de gestión de calidad certificada, que permita mejorar los procesos

organizacionales y protocolos, los cuales están enfocados en la atención segura a los pacientes y sus familiares.

4.7. Valores

Los valores del CETAM son delimitados con el fin de evitar conflictos entre el personal, garantizar el éxito en los procesos de mejora continua y para evitar el fracaso en la implementación de estrategias dentro de la organización.

- **Honestidad.**- Los servidores y colaboradores son honestos cuando actúan de forma correcta en su labor diaria, auténtica, respetan a los demás y a su entorno, dan buen uso a los bienes de la empresa proporcionados y buscan el interés general desechando todo provecho o ventaja personal.
- **Respeto:** Engloba el reconocer las diferencias de los demás mediante la valoración de sus fortalezas y tolerancia de sus debilidades, aceptando su forma de pensar y actuar.
- **Responsabilidad:** Cumplen de forma correcta con los deberes que se le han sido asignados, aceptando a su vez las consecuencias que podrían ser generadas por sus acciones y omisiones.
- **Rectitud:** Actúan de forma honrada y honesta contribuyendo al mejoramiento continuo de la institución y de la calidad de vida de la comunidad que es usuaria del servicio que se ofrece.
- **Transparencia:** Las acciones deberán ser claras y con fundamento lógico; a su vez de proporcionar a los usuarios información veraz, confiable y oportuna sobre la gestión institucional y evitan poner en riesgo el cumplimiento de la misión del centro de traumatología, conscientes de que sus actuaciones son evaluadas por la comunidad.

- Justicia: Brindar un trato igualitario a los demás, sin preferencias, tomando decisiones para mejora del individuo y dando a cada cual lo que es debido.
- Compromiso: Estar predispuestos a satisfacer las necesidades y requerimientos de la comunidad, respondiendo de forma eficiente con las exigencias establecidas en los planes y proyectos de la institución.

4.8. Principios éticos

Son principios éticos, aplicados a las relaciones con usuarios e instituciones, los cuales son un compromiso permanente de sus funcionarios, los siguientes:

Como institución: Esta estará al servicio del interés público, ejecutando una justicia cuyo fundamento será la equidad e imparcialidad, con acciones rectas, eficientes, transparentes, confiables, de calidad y en garantía a las establecidas en la constitución y las demás leyes que rigen la actividad que éste centro realice.

Con los pacientes, familiares y comunidad usuaria: Se debe ofrecer a los usuarios un trato humano y cortés, brindando un servicios óptimo, agradable y profesional, con personal capacitado en las áreas establecidas, además de la disponibilidad de recursos tanto físicos y tecnológicos que permitan brindar una atención excelente al cliente; así mismo escuchar en forma respetuosa de las opiniones, quejas, reclamos y recomendaciones de nuestros usuarios y responder de manera oportuna a sus peticiones ya que esto se constituye en parte del servicio que se ofrece a los clientes.

Con otras instituciones: De colaboración armónica para el logro de resultados de beneficio social, a través de relaciones cooperadoras para el mejoramiento del sistema de salud. Las relaciones serán transparentes buscando el ganar-ganar como en todo acto de confianza de las partes, promoviendo la resolución de diferencias que puedan presentarse por medio de mecanismos de comunicación y arreglo directo.

Con los contratistas y proveedores: Realizar procesos transparentes de contratación para asegurar procesos de selección imparcial y garantizar una equilibrada competencia que genere confianza hacia los procesos que dentro del Centro de Traumatología se ejecutan, la selección idónea de estos es fundamental, la misma que debe ser de acuerdo a sus capacidades y aportes que contribuyan a la mejora de la institución.

Con el medio ambiente: Realizar acciones para la protección y conservación del medio ambiente, las mismas que permitan minimizar y compensar los impactos negativos de tipo ambiental que el Centro de Traumatología, como consecuencia de las actividades de prestación de servicios pueda generar; así mismo propiciar, promover y sensibilizar a la comunidad del CETAM la necesidad del cuidado y protección del medio ambiente.

De los directivos: Dar a los usuarios y colaboradores un trato respetuoso y justo, fomentando el trabajo productivo, en equipo, basado en el respeto a la dignidad y en condiciones justas, permitir a los mandos bajos realizar observaciones y sugerencias que contribuyan al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios y a su vez ofrecerle a los mismos formas de elevar su desempeño en el trabajo, además de corregir de manera formativa los errores del personal que están a su cargo.

4.9. Localización

En el sector Sur del Distrito Metropolitano de Quito, ubicado específicamente en la parroquia Quitumbe, es una zona urbana consolidada, servida por proyectos habitacionales grandes de más de 500.000 casas, negocios grandes y pequeños nuevos, oficinas legales y un centro comercial, etc. Los proyectos habitacionales impulsados por el MIDUVI, benefician a familias ya consolidadas conformadas además por personas adultos mayores y otras en camino a serlo. Estos proyectos satisfacen además

la demanda habitacional de parejas jóvenes con hijos que en el futuro demandarán servicios de salud. Es una zona que tienen todos los servicios básicos y servicios anexos, terminal terrestre interprovincial y terminal de bus público, centros comerciales, centros bancarios y hasta el momento no cuenta con servicios de salud estructurados, siendo un área donde aún existe una gran cantidad de terrenos sin utilizar y el acceso es bastante amplio y estructurado (Unidad de Territorio del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, 2010). (Ver Apéndice B, Figuras B1, B2, B3 y B4)

4.10. Capacidad instalada

Se refiere a los recursos disponibles de una empresa que permitirán generar producción. En éste caso las camas hospitalarias, equipos, consultorios, recursos humanos, infraestructura, etc. Según los datos proporcionados por INEC 2012, la población AM del Sur de DMQ es de 57,931 por lo que el cálculo de la capacidad instalada se realizará con éste valor, así en la tabla 33, se puede observar que el CETAM deberá contar con una capacidad instalada censable de 87 camas hospitalarias, distribuidas y detalladas de acuerdo a las diferentes áreas clínico-quirúrgicas, las mismas que son cinco y se enlistan a continuación:

1. Cirugía Ortopédica y Traumatológica
2. Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
3. Cirugía Maxilofacial
4. Urología
5. Geriatria, se incluyen en ésta todas las subespecialidades clínicas.

Dentro de la capacidad instalada no censable el CETAM deberá contar con cuatro camillas disponibles para Unidad de Cuidados Intensivos, nueve camillas de emergencia.

Tabla 33.
Capacidad Instalada.

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR						
TABLA RESUMEN DE LA CAPACIDAD INSTALADA Y PERSONAL OPTIMO (POBLACION A.M. 57.931)						
ITEM	TOTAL CONSULTORIOS	TOTAL CAMAS (censables)	TOTAL CAMAS (No censables)	TOTAL PERSONAL	REGLA	OBSERVACIONES
CAMAS HOSPITALARIAS		87			1,5 / 1000 Hab.	De acuerdo a la población, corresponden 86,89 camas, tomando como referencia el cálculo del MSP.
CAMAS DE UCI			4		5%	De acuerdo a la población, corresponden 4,35 camas de UCI.
CAMAS EMERGENCIA			9		10%	De acuerdo a la población, corresponden 8,37 camas de emergencia.
CONSULTORIOS	23				2 / 5000 Hab.	
MED. ESPECIALISTAS				45		
MED. GENERALES				32		
PER. ADMINISTRATIVO				38,5	1 C/2 MEDICOS	
AUXILIARES DE ENFERMERIA				101		
ENFERMERAS				12		
FISIOTERAPEUTAS				6		
TOTAL	23	87	13	234		

Elaborado por: El Autor

Para la Consulta Externa según el cálculo realizado y de acuerdo a la población AM, corresponden 23 consultorios distribuidos para las diferentes especialidades según se detalla en la tabla 33. En la misma tabla también se puede observar la distribución de profesionales de la salud, específicamente médicos especialistas y médicos generales para los diferentes servicios hospitalarios, como son consulta externa, centro quirúrgico, emergencia y hospitalización. Para las diferentes actividades existe un número de médicos que puede cubrir el área de forma rotativa, para permitir que la experticia se aproveche en todos sus niveles y además permitir un seguimiento y atención integral a los pacientes.

En la tabla 34 y 35 también se detalla el cálculo de enfermeras, auxiliares de enfermería y tecnólogos fisioterapeutas; y la distribución de los mismos en las diferentes áreas hospitalarias como son consulta externa, quirófanos, emergencia, hospitalización, UCI y el gimnasio de fisioterapia.

Tabla 34.

Cálculo de consultorios y profesionales médicos por servicio.

DISTRIBUCIÓN DE CONSULTORIOS	Nº CONSULTORIOS	Nº PROF. CONSULTA EXTERNA	Nº PROF. QUIROFANO	Nº PROF. EMERGENCIA	Nº PROF. INTERNACION	TOTAL
ANESTESIOLOGIA	2	1	10			11
CARDIOLOGIA	1	1				1
CIRUG. MAXILOFACIAL	1	1				1
CIRUG. PLASTICA	1	1				1
EMERGENCIOLOGO				5		5
FISIATRIA	2	2				2
GERIATRIA	3	2		1		3
NEUMOLOGIA	1	1				1
NEUROFISIOLOGO	1	1				1
NEUROLOGIA	1	1				1
NUTRICION	2	2				2
PSICOLOGIA	2	2		1		3
RAUMATOLOGIA	2	1				1
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	4	4	4	2	2	12
TOTAL	23	20	14	9	2	45
MED. GENERALES		2	10	10	10	32

NOTA: EN CUANTO A LOS MÉDICOS PROFESIONALES, AUN QUEDA UNA BRECHA DE 5 POR UBICAR, LO QUE NOS PONE EN VENTAJA, DEBIDO A QUE AUN CUBRIENDO LOS ESPACIOS NECESARIOS, TENEMOS LA FACILIDAD DE CONTRATAR A 5 MÁS. LO MISMO OCURRE CON LOS MEDICOS GENERALES, EN DICHO CALCULO AUN TENEMOS 5 PROFESIONALES POR UBICAR, LO QUE DEBERÍA UBICARSE DE ACUERDO A LA NECESIDAD.

Elaborado por: El Autor

Tabla 35.

Cálculo de personal de enfermería.

TOTAL DE PERSONAL LICENCIADAS Y AUXILIARES	CONSULTA EXTERNA	QUIROFANO	INTERNACION	UCI	EMERGENCIA	FISIATRIA	TOTAL
AUXILIARES DE ENFERMERIA	14,5	66	9	4	5	2	101
ENFERMERAS			5	1	6		12
FISIOTERAPEUTAS						6	6
						TOTAL	118,5

Elaborado por: El Autor

Tabla 36.
Cálculo del personal de enfermería en consulta externa.

CALCULO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN CONCLTA EXTERNA	CONSULTORIOS DE PROCEDIMIENTO	CONSULTORIOS NORMALES
ANESTESIOLOGIA		2
CARDIOLOGIA		1
CIRUG. MAXILOFACIAL	1	
CIRUG. PLASTICA	1	
EMERGENCIOLOGO		
FISIATRIA		2
GERIATRIA		3
NEUMOLOGIA		1
NEUROFISIOLOGO		1
NEUROLOGIA		1
NUTRICION		2
PSICOLOGIA		2
RAUMATOLOGIA		2
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	4	
TOTAL	6	17
1 C/CONS. PORCED	6	
1 C/2 CONSULTORIOS		8,5

Elaborado por: El Autor

El cálculo de auxiliares de enfermería que se detalla en la tabla 36, se realiza tomando en consideración el tipo de consultorio y aplicando el estándar en los casos de ser consultorio de procedimientos o si es consultorio netamente clínico, datos que se consolidan en la tabla 33.

4.11. Cartera de servicios con precios

Tabla 37.

Cartera de servicios con sus respectivos precios.

CARTERA DE SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA
Especialidades Clínicas	
Medicina Interna Gerontológica	25,00
Cardiología	25,00
Neurología	25,00
Psiquiatría	25,00
Reumatología	25,00
Neurofisiología Clínica	25,00
Especialidades Quirúrgicas	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	25,00
Cirugía Plástica, Reparadora y Estética	25,00
Cirugía Maxilofacial	25,00
Urología	25,00
Especialidades de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	
Rehabilitación y Terapia Física (Por sección corporal)	10,00
Rehabilitación en salud Mental	15,00
Laboratorio Clínico y Microbiológico (BÁSICOS= B)	6,00
Laboratorio Clínico y Microbiológico (B+PERFIL LIPIDICO)	12,00
Laboratorio Clínico y Microbiológico (GRUPOS ESPECÍFICOS)	25,00
Imagenología (Rx)	12,00
Nutrición	10,00
Centro de Transfusiones (Mediante donación de familiares)	Sin valor

Elaborado por: El Autor

La cartera de servicios se realiza tomando como base los precios referenciales de otras unidades de salud del sector sur del DMQ.

4.12. Espacio físico - Distribución de áreas.

El centro de Traumatología para el adulto mayor, en base a la cartera de servicios contará con unidades médicas y administrativas distribuidas en cuatro pisos, organizadas en una planta baja más tres pisos altos, la misma que se detalla en la tabla

4.13. Plan de Marketing

Objetivos: Dar a conocer al público adulto mayor y a sus familiares los servicios que ofrece el centro.

Servicios: Centro Especializado en traumatología para el adulto mayor CETAM.

Estrategia: Uso de medios impresos y programas anuales diversos, para dar a conocer los servicios que ofrece el centro de traumatología CETAM, los mismos que se detallan a continuación.

- a) Comercio **Colocar anuncios en los periódicos.**- Se negociará con el Diario el el anuncio de una publicidad del centro CETAM dentro de su periódico, misma que será publicada los días Domingo durante el mes de Julio. Se escoge el día domingo debido a que es el día en el que los adultos mayores y sus familiares tienen mayor tiempo disponible para leer el periódico como un momento de relax.

Figura 25.
Anuncio en Periódico

**Centro Especializado en Traumatología
para el Adulto Mayor**

Cuenta con Especialista en:

- * Traumatología
- * Reumatología
- * Cirugía
- * Neurología
- * Cardiología
- * Nutrición

CETAM

Dirección:
Distrito Metropolitano de Quito
Sector Sur
Parroquia Quitumbe
Calvos y El Tambo

2345949
0983 854 925

CETAM

f t M

Elaborado por: El Autor

b) Entregar volantes.- Estos serán entregados principalmente en lugares de gran afluencia del público adulto mayor, sin embargo hay que tener en cuenta, que gran parte de los gastos en los que incurren los adultos mayores son sustentados por sus familiares (hijos-as o nietos-as), por lo cual se entregarán al público pero con mayor interés a los adultos mayores. Poseerá las mismas dimensiones y contenido que el anuncio realizado en el periódico.

c) ***Campaña médica para el adulto mayor.***- Esta se realizará con el objetivo de dar a conocer las capacidades que posee el personal del CETAM al público meta, siendo estos los adultos mayores y sus familiares. Esta campaña irá dirigida a los adultos mayores, en donde se les realizará un diagnóstico referente a su condición física y a los riesgos que puede tener para sufrir algún tipo de lesión. De igual forma se llevará a cabo sin costo un diagnóstico superficial a adultos mayores que acudan con algún tipo de lesión.

d) ***Jornadas educativas para el cuidado y autocuidado del adulto mayor.***- Se realizarán jornadas educativas a las familias que convivan con personas mayores o adultos mayores en sus casas, para enseñarles los cuidados generales que necesitan, ya sea para prevenir enfermedades o para cuidarlos dependiendo de las lesiones en caso de que sus familiares mayores estén enfermos. Y a los mayores o adultos mayores enseñarles aspectos generales de autocuidado, los cambios fisiológicos a lo largo de la vida, la importancia del ejercicio y alimentación y autoestima. Además de proponer que las personas menores de 60 años y sobre todo mayores de 65 años que mantengan un control continuo de su estado físico en el CETAM, que acudan con su familia a las actividades diferentes que realice CETAM (jornadas deportivas, jornadas educativas, jornadas médicas, etc.), recibirá un descuento preferente en los costos finales en caso de necesitar algún procedimiento quirúrgico y rehabilitación.

e) ***Jornadas deportivas para el adulto mayor.***- Actividades al aire libre preventivas, crear espacios para propiciar el ejercicio, taichí, competencias de correr 1kilómetro, 2 kilómetros, 3 kilómetros, juegos, dinámicas, charlas de educación para mejorar hábitos alimenticios, charlas educativas de autocontrol de

la salud, las mismas que actualmente fomenta la Organización Panamericana de la Salud.

Con estas actividades estratégicas de mercadotecnia se fortalece el posicionamiento de CETAM y se obtiene doble impacto, al realizar además promoción y prevención en salud para el AM, de ésta manera se apuesta por una "pedagogía activa y participativa" que, basada en el respeto al educando y el "aprendizaje significativo" (la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos en el proceso educativo), utiliza métodos y técnicas pedagógicas activas, recursos didácticos variados y un rol educador de ayuda y facilitador de aprendizajes, que ayudan directamente a mejorar el estilo y calidad de vida de la población en general y sobre todo del Adulto mayor (Pérez & Echaury, 2012).

Actividades similares desempeñadas por empresas privadas como McDonal's, El Comercio, Cuerpo de Bomberos, Banco del Pichincha, Herbalife, ISSFA, etc. con carreras 5k, 10K y maratones de 42 km, el Municipio del DMQ con "La Ruta de las Iglesias" o el Ministerio del Deporte con el programa "Ecuador Ejercítate" para la población en general son factibles pruebas de la generosidad que el ejercicio regular brinda a la salud, al estado de ánimo, la autoestima, a la independencia física y al cambio cultural de autocuidado (Carreras Ecuador, 2016).

Todo esto permitirá provocar cambios trascendentales en la conciencia de prevención de las personas que se acercan a la llamada edad de oro.

Además de ser estrategias de mercadotecnia, todas las actividades detalladas las asume la empresa como parte de responsabilidad social, además de que también servirá para captar mercado. En las actividades mencionadas se entregarán productos con el logo del CETAM, que permitirán afianzar la marca en el mercado, los mismos que pueden ser los detallados en las figuras 26, 27 y 28.

Figura 26.
Esferos con marca CETAM



Elaborado por: El Autor

Figura 27.
Llaveros con marca CETAM



Elaborado por: El Autor

Figura 28.
Gorras marca CETAM



Elaborado por: El Autor

4.14. Plan Estratégico de Mercado

Una vez que se ha desarrollado el plan de marketing, es importante enfocarse en los factores internos y externos que influyen positiva o negativamente en el proyecto, y para ello se han desarrollado estrategias que permitirán enfocar los esfuerzos para convertir las oportunidades en fortalezas y las debilidades y amenazas en oportunidades. Todos estos criterios se desarrollaron en base al análisis FODA y se detallan en la tabla 39.

Tabla 39.
Estrategias de Mercado

	Fortalezas	Debilidades
<i>Estrategias de Mercado para captar usuarios que demanden Servicios de Salud Especializado en Traumatología para el Adulto Mayor</i>	F1. Personal especializado	D1. Tecnología
	F2. Infraestructura nueva	D2. Inexperiencia
	F3. Innovación tecnológica	D3. Falta de personal especializado
	F4. Únicos en el mercado	D4. Precios y costos no competitivos
	F4. Eficiente calidad de control de servicios	D5. Falta de espacios en infraestructura.
Oportunidades	Estrategias FO	Estrategias DO
O1. Mejoría económica del país	FO1. En caso de faltar personal especializado generar becarios.	DO1. Actualizaciones oportunas de equipos tecnológicos
O2. Cobertura amplia del mercado	FO2. Creación de una red de servicios de varios niveles de complejidad en puntos estratégicos.	DO2. Aprender de otros centros especializados internacionales
O3. Mejoría de sistemas de referencia a la red complementaria de salud	FO3. Instaurar la Telemedicina, a los hogares para controles o en unidades de la red.	DO3. Capacitar a personal necesario para suplir demanda
O4. Incentivos tributarios	FO4. Brindar atención gratuita en casos especiales.	DO4. Adecuar los precios acorde a la competitividad y generar volumen
O5. Población con aumento de tendencia a comprar servicios de salud	FO5. Capacitar a personal necesario para suplir demanda	DO5. Creación de una red de servicios de varios niveles de complejidad en puntos estratégicos.
Amenazas	Estrategias FA	Estrategias DA
A1. Cambio de leyes del mercado	FA1. Optimizar personal con la telemedicina y en la red	DA1. Optimizar personal con la telemedicina y en la red
A2. Endurecimiento de las leyes tributarias	FA2. Alquilar espacios físicos, optimizar	DA2. Aprender de otros centros especializados internacionales
A3. Inestabilidad política	FA3. Aplicar y fortalecer el plan de marketing, ampliar oferta al extranjero	DA3. Aplicar y fortalecer el plan de marketing
A4. Población no acostumbrada a comprar servicios de salud	FA4. Aplicar el plan de marketing	DA4. Diferenciar los servicios, que permitan crear paquetes de atención dirigidos a diferentes target.
A5. Demanda que exceda expectativa.	FA5. Creación de una red de servicios de varios niveles de complejidad en puntos estratégicos.	DA5. Creación de una red de servicios de varios niveles de complejidad en puntos estratégicos.

Elaborado por: El Autor.

CAPITULO V: FACTIBILIDAD FINANCIERA

En el presente capítulo se realiza el estudio de factibilidad financiera para la implementación de la propuesta. Se inicia con el presupuesto inicial, luego con el financiamiento y después con los gastos administrativos y finalmente se realiza una proyección del estado de resultados y flujo de caja para obtener los indicadores financieros como TIR y VAN.

Tabla 40.

Presupuesto de inversión.

PROYECTO CENTRO HOSPITALARIO ADULTO MAYOR			
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN (capital budget)			
ACTIVOS			PASIVOS
Activos Circulantes	\$	190.883,11	Pasivos a Corto Plazo
Caja Chica	\$	2.000,00	Documentos por Pagar
Bancos	\$	188.883,11	\$ 78.557,32
Activos Fijos	\$	2.784.840,00	Pasivos a Largo Plazo
Terrenos	\$	1.800.000,00	Prestamos Bancarios
Edificios	\$	450.000,00	\$ 1.039.900,86
Equipo Electronico	\$	42.475,00	
Muebles y Enseres	\$	36.100,00	TOTAL PASIVOS
Equipos de Oficina	\$	720,00	\$ 1.118.458,18
Equipos Medicos	\$	309.460,00	
Muebles de Oficina	\$	11.085,00	PATRIMONIO
Vehiculos	\$	135.000,00	\$ 1.857.264,93
			Capital Social
			\$ 1.000.000,00
			Reservas
			\$ 857.264,93
TOTAL ACTIVOS	\$	2.975.723,11	PASIVOS+PATRIMONIO
			\$ 2.975.723,11

Elaborado por: El Autor

En la tabla 40, se puede evidenciar el Presupuesto de Inversión o también conocido como el Capital Budget, en la que se evidencian los mínimos requeridos para que se pueda desarrollar plenamente el Centro Hospitalario de atención al Adulto Mayor. El financiamiento ideal para la ejecución de un proyecto de tal magnitud, es aconsejable el uso de créditos bancarios (en especial los de banca de inversión, puesto que ofrecen productos y servicios

financiero con tasas preferenciales optimas para el emprendedor o empresario) para lograr alcanzar un apalancamiento financiero que logre reducir el capital inicial a desembolsar. Como se refleja en el listado de los activos existen varios activos de gran valor economico como edificios, equipos medicos y vehiculos que corresponderían a ambulancias. Cabe destacar que los terrenos serán donados, más sin embargo debe ser tomando en cuenta y ser contabilizados como activos de la compañía o institución. Adicional, el capital de trabajo contempla el pago de los servicios básicos del primer mes de trabajo, al igual que todos los gastos del sueldo del personal y demás pormenores operativos necesarios para el correcto funcionamiento del hospital durante el primer mes de trabajo, tiempo ideal para que el flujo de caja permita la cancelación de valores en el devenir. Como creditos bancarios tenemos la porción de deuda a largo plazo y en corto plazo se reflejan estos valores bajo la cuenta de documentos por pagar, en donde se está considerando el pago de las cuotas de ambos creditos dentro del primer año. Finalmente tenemos en Patrimonio el cuadro de la ecuación contable que coincide con la partida doble, de igual manera cabe indicar que se mantienen reservas legales, las mismas que se pueden contabilizar acorde a la ley en el mes de arranque como capital social.

Tabla 41.

Condiciones del préstamo.

TABLAS DE AMORTIZACIÓN DE PRESTAMOS			
CONDICIONES	BNF	CONDICIONES	BNF
MONTO DEL PRÉSTAMO	\$ 984.840,00	MONTO DEL PRÉSTAMO	\$ 133.618,18
TASA EFECTIVA ANUAL (%)	10,35%	TASA EFECTIVA ANUAL (%)	10,35%
AÑOS	10	AÑOS	3
FRECUENCIA DE PAGOS	12	FRECUENCIA DE PAGOS	12
TASA PERIODO (%)	0,86%	TASA PERIODO (%)	0,86%
Nº DE PAGOS A EFECTUAR	120	Nº DE PAGOS A EFECTUAR	36

Elaborado por: El Autor

En la tabla 41, se evidencian las condiciones en las que se recomienda efectuar los créditos bancarios, las condiciones de la izquierda estará destinado a la compra de los activos fijos, y las condiciones de la derecha será para completar el capital de trabajo del primer mes de funcionamiento. Cabe indicar que para ambos casos se considera una tasa de financiamiento de 10,35% sin embargo el primer crédito para la compra de los activos será efectuado a 10 años, mientras que el crédito para el capital de trabajo se lo realizará por un tiempo de 3 años. Cabe indicar que en ambos casos el Banco Nacional de Fomento ofrece seis meses de gracia en el pago de cuotas que amorticen el monto adeudado de capital, es decir que solo se cancelarían intereses de la deuda. Es posible verificar esto en el Apéndice E, en donde se encuentran anexadas las tablas 49/E1, en donde se detalla la amortización del préstamo a los 10 años; la tabla 50/E2, en donde se detalla la amortización del préstamo para los activos fijos y la tabla 51/E3, en donde se desglosa la amortización del préstamo para el capital de trabajo.

Tabla 42.
Amortización a 10 años

TABLA RESUMEN DE LOS PRESTAMOS			
AÑOS	CAPITAL	INTERESES	TOTAL PAGADO
1	\$ 78.557,32	\$ 114.012,53	\$ 192.569,85
2	\$ 157.114,64	\$ 100.129,19	\$ 257.243,83
3	\$ 157.114,64	\$ 83.875,52	\$ 240.990,16
4	\$ 103.667,37	\$ 70.156,06	\$ 173.823,43
5	\$ 103.667,37	\$ 59.431,56	\$ 163.098,93
6	\$ 103.667,37	\$ 48.707,07	\$ 152.374,44
7	\$ 103.667,37	\$ 37.982,58	\$ 141.649,95
8	\$ 103.667,37	\$ 27.258,09	\$ 130.925,45
9	\$ 103.667,37	\$ 16.533,59	\$ 120.200,96
10	\$ 103.667,37	\$ 5.809,10	\$ 109.476,47
TOTAL PAGADO	\$ 1.118.458,18	\$ 563.895,29	\$ 1.682.353,46

Elaborado por: El Autor

En la tabla 42, se evidencia el resumen de los futuros desembolsos a efectuarse, tanto para la cancelación de los montos de capital de deuda como el de los intereses que se generarían por la deuda. Es evidente que en el primer año no se cancelaría tanto en capital de deuda dado que el Banco Nacional de Fomento, o la Corporación Financiera Nacional ofrecen periodos de gracia dependiendo de la capacidad de generar flujos positivos. Por esta razón dentro de la proyección financiera se prevé que le den seis meses de gracia, lo que sugiere que para el final de los diez años una vez efectuados ambos créditos el centro de rehabilitación habrá cancelado un total de USD \$ 563,895.29 en intereses.

En la tabla 43, se desglosa los gastos mensuales que tendría el CETAM en relación a los gastos administrativos, dichos gastos se contemplan considerando que el centro de traumatología cuenta con todo el personal proyectado, el mismo que se tendría cuando se encuentre operativo en 100%. Dentro de los gastos administrativos, existe el pago de sueldos a los trabajadores, los beneficios de ley tales como: el decimo tercer sueldo, el decimo cuarto sueldo, las vacaciones y el Aporte Patronal. Cabe indicar que el pago de los fondos de reserva se lo realiza cuando los empleados ya tienen un año calendario de antigüedad, por ende ante la permanencia del personal estos valores serían cancelados a partir del segundo año de permanencia en la empresa (CETAM).

Además es importante mencionar que los gastos aquí detallados no serán tan drásticos al inicio, debido a que el CETAM deberá implementar sus diferentes servicios por etapas, con lo que cercera el espacio físico, la nómina de empleados, gastos, etc. hasta ponerse en concordancia con lo detallado en la presente tabla 35.

Tabla 43.
Presupuesto de gastos administrativas.

PROYECTO CENTRO HOSPITALARIO ADULTO MAYOR													
PRESUPUESTO DE GASTOS ADMINISTRATIVOS 2016													ANUAL
CUENTAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ANUAL
Sueldos	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 131.704,95	\$ 1.580.459,40
13 sueldo	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 10.975,41	\$ 131.704,95
14 sueldo	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 3.097,50	\$ 37.170,00
Vacaciones	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 5.487,71	\$ 65.852,48
Fondos Reserva	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Aporte Patronal	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 16.002,15	\$ 192.025,82
Servicios Básicos	\$ 11.000,00	\$ 11.055,00	\$ 11.110,28	\$ 11.165,83	\$ 11.221,66	\$ 11.277,76	\$ 11.334,15	\$ 11.390,82	\$ 11.447,78	\$ 11.505,02	\$ 11.562,54	\$ 11.620,35	\$ 135.691,19
Suministros	\$ 75,00	\$ 75,38	\$ 75,75	\$ 76,13	\$ 76,51	\$ 76,89	\$ 77,28	\$ 77,66	\$ 78,05	\$ 78,44	\$ 78,84	\$ 79,23	\$ 925,17
Arriendos	\$ 1.500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 500,00	\$ 7.000,00
Alimentación del Hospital	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 2.232,12	\$ 26.785,44
Depreciación A/F	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 6.808,27	\$ 81.699,25
TOTAL	\$ 188.883,11	\$ 187.938,49	\$ 187.994,14	\$ 188.050,07	\$ 188.106,28	\$ 188.162,77	\$ 188.219,54	\$ 188.276,60	\$ 188.333,94	\$ 188.391,57	\$ 188.449,49	\$ 188.507,69	\$ 2.259.313,69
Inflación Proyectada		0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Sueldos y Beneficios	\$ 167.267,72												

Elaborado por: El Autor

Tabla 44.
Personal en rol.

PERSONAL EN ROL	Personas	Sueldo	Total
Gerente General	1	\$ 3.500,00	\$ 3.500,00
Asistente de Gerencia	1	\$ 480,00	\$ 480,00
Director Administrativo	1	\$ 2.500,00	\$ 2.500,00
Director Asistencial	1	\$ 2.500,00	\$ 2.500,00
Asistente director asistencial	1	\$ 480,00	\$ 480,00
Jefe de Talento Humano	1	\$ 1.500,00	\$ 1.500,00
Asistente de Talento Humano	1	\$ 480,00	\$ 480,00
Jefe Financiero	1	\$ 1.500,00	\$ 1.500,00
Asistente de Financiero	1	\$ 366,00	\$ 366,00
Jefe de Admisiones	1	\$ 1.500,00	\$ 1.500,00
Auxiliar de estadística	1	\$ 366,00	\$ 366,00
Asistente de Estadística	1	\$ 450,00	\$ 450,00
Jefe de Trabajo Social	2	\$ 1.500,00	\$ 3.000,00
Jefe de Imágenes	1	\$ 1.500,00	\$ 1.500,00
Tecnólogo de RX	2	\$ 600,00	\$ 1.200,00
Cirujano General	2	\$ 2.216,70	\$ 4.433,40
Cirujano Maxilo facial	2	\$ 2.500,00	\$ 5.000,00
Cirujano Plástico	2	\$ 2.500,00	\$ 5.000,00
Cirujano Traumatólogo(quirófano)	2	\$ 2.216,70	\$ 4.433,40
Cirujano Traumatólogo tratante	2	\$ 2.216,70	\$ 4.433,40
Espec. Reumatólogo	1	\$ 2.216,70	\$ 2.216,70
Médicos Neumólogo	1	\$ 2.716,70	\$ 2.716,70
Médicos Geriátras	1	\$ 2.216,70	\$ 2.216,70
Méd. Cardiólogo	2	\$ 2.216,70	\$ 4.433,40
Méd. Neurólogo	2	\$ 2.216,70	\$ 4.433,40

Elaborado por: El Autor

En la tabla 44, se evidencia el primer listado de sueldos aproximados que tendría el personal asistencial y administrativo, que podría permanecer igual modificarse, sin embargo el presente trabajo ha tomado en consideración en la mayoría de los casos la tabla de remuneraciones del sector público. Además es importante mencionar que se está tomando en consideración el número total de profesionales con los que debería contar el CETAM una vez que se encuentre en operatividad al 100%, como es lógico, al inicio de sus funciones no contará con la cantidad de profesionales detallados en las tablas, debido a que se deberá contratar de acuerdo al aumento de la demanda y a las necesidades en salud que el centro especializado tendrá.

Tabla 45.
Personal en rol.

Nutricionista	2	\$ 1.500,00	\$ 3.000,00
Méd. Rehabilitador F.	1	\$ 1.654,10	\$ 1.654,10
Anestesiólogo	2	\$ 2.116,50	\$ 4.233,00
Médicos Residentes emergencia	5	\$ 1.654,10	\$ 8.270,50
Lcda. Enfermería quirófano	2	\$ 1.654,10	\$ 3.308,20
Lcda. Enfermería hospitalización	2	\$ 1.654,10	\$ 3.308,20
Auxiliar De Enfermería	5	\$ 1.212,00	\$ 6.060,00
Psicólogo	1	\$ 1.212,00	\$ 1.212,00
Chofer	1	\$ 527,00	\$ 527,00
Auxiliar de Servicio	1	\$ 366,00	\$ 366,00
Economa	1	\$ 1.212,00	\$ 1.212,00
Manipulador Alimentos	5	\$ 366,00	\$ 1.830,00
Auxiliar Alimentos	5	\$ 527,00	\$ 2.635,00
Guardia	5	\$ 745,23	\$ 3.726,15
Auxiliar Portería	1	\$ 366,00	\$ 366,00
Terapistas	5	\$ 986,00	\$ 4.930,00
Coordinadora de cuidados Enfermería.	1	\$ 1.500,00	\$ 1.500,00
Circulantes (dentro y fuera del quirófano)	5	\$ 817,00	\$ 4.085,00
Médico Res. de Traumatología (1er. Ayudante)	10	\$ 1.212,00	\$ 12.120,00
Int. Rotativos de Medicina (2do y 3er Ayudante)	3	\$ 366,00	\$ 1.098,00
Instrumentista	3	\$ 366,00	\$ 1.098,00
Médico Anestesiólogo Tratante	1	\$ 2.216,70	\$ 2.216,70
Médico Residente de Anestesia (1er. Ayudante)	1	\$ 1.212,00	\$ 1.212,00
Auxiliar Administrativo de Limpieza	3	\$ 366,00	\$ 1.098,00
Personas	105	Total	\$ 131.704,95

Elaborado por: El Autor

En la tabla 45, se evidencia la segunda parte de la lista de sueldos del personal; se registran los colaboradores que tendría el centro traumatológico, desde la parte directiva, personal administrativo, los auxiliares de servicio, etc.

El total de sueldos a nivel mensual asciende a la suma de USD \$131,704.95 es importante destacar que todos los trabajadores van a gozar de los beneficios de ley estipulados.

Tabla 46.
Estado de Resultados.

PROYECTO CENTRO HOSPITALARIO ADULTO MAYOR										
ESTADO DE RESULTADOS O PERDIDAS Y GANANCIAS PROYECTADO - AÑOS 2016 AL 2026										
INGRESOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CIRUGIA PROGRAMADA	\$ 8.844.179,33	\$ 9.286.388,30	\$ 9.750.707,71	\$ 10.238.243,10	\$ 10.750.155,25	\$ 11.287.663,02	\$ 11.852.046,17	\$ 12.444.648,48	\$ 13.066.880,90	\$ 13.720.224,94
EMERGENCIA	\$ 3.888.000,00	\$ 4.082.400,00	\$ 4.286.520,00	\$ 4.500.846,00	\$ 4.725.888,30	\$ 4.962.182,72	\$ 5.210.291,85	\$ 5.470.806,44	\$ 5.744.346,77	\$ 6.031.564,10
GENERAL VARIOS	\$ 97.536,00	\$ 106.948,80	\$ 117.403,02	\$ 129.746,61	\$ 143.031,05	\$ 157.411,46	\$ 172.872,34	\$ 189.485,77	\$ 208.853,10	\$ 230.055,77
TOTAL DE INGRESOS	\$ 12.829.715,33	\$ 13.475.737,10	\$ 14.154.630,73	\$ 14.868.835,71	\$ 15.619.074,61	\$ 16.407.257,19	\$ 17.235.210,36	\$ 18.104.940,69	\$ 19.020.080,77	\$ 19.981.844,82
CIRUGIA PROGRAMADA	\$ 7.075.343,47	\$ 7.429.110,64	\$ 7.800.566,17	\$ 8.190.594,48	\$ 8.600.124,20	\$ 9.030.130,41	\$ 9.481.636,93	\$ 9.955.718,78	\$ 10.453.504,72	\$ 10.976.179,96
EMERGENCIA	\$ 3.110.400,00	\$ 3.265.920,00	\$ 3.429.216,00	\$ 3.600.676,80	\$ 3.780.710,64	\$ 3.969.746,17	\$ 4.168.233,48	\$ 4.376.645,15	\$ 4.595.477,41	\$ 4.825.251,28
GENERAL VARIOS	\$ 78.028,80	\$ 85.559,04	\$ 93.922,42	\$ 103.797,29	\$ 114.424,84	\$ 125.929,17	\$ 138.297,87	\$ 151.588,62	\$ 167.082,48	\$ 184.044,62
TOTAL COSTO SOBRE INGRESOS	\$ 10.263.772,27	\$ 10.780.589,68	\$ 11.323.704,59	\$ 11.895.068,57	\$ 12.495.259,68	\$ 13.125.805,76	\$ 13.788.168,28	\$ 14.483.952,55	\$ 15.216.064,61	\$ 15.985.475,85
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	\$ 2.565.943,07	\$ 2.695.147,42	\$ 2.830.926,15	\$ 2.973.767,14	\$ 3.123.814,92	\$ 3.281.451,44	\$ 3.447.042,07	\$ 3.620.988,14	\$ 3.804.016,15	\$ 3.996.368,96
Gastos Operativos	\$ 2.274.213,69	\$ 2.387.924,37	\$ 2.507.320,59	\$ 2.632.686,62	\$ 2.764.320,95	\$ 2.902.537,00	\$ 3.047.663,85	\$ 3.200.047,04	\$ 3.360.049,39	\$ 3.528.051,86
Gastos Administrativos	\$ 2.259.313,69	\$ 2.372.279,37	\$ 2.490.893,34	\$ 2.615.438,01	\$ 2.746.209,91	\$ 2.883.520,40	\$ 3.027.696,42	\$ 3.179.081,24	\$ 3.338.035,30	\$ 3.504.937,07
Gastos Ventas	\$ 14.900,00	\$ 15.645,00	\$ 16.427,25	\$ 17.248,61	\$ 18.111,04	\$ 19.016,60	\$ 19.967,43	\$ 20.965,80	\$ 22.014,09	\$ 23.114,79
UTILIDAD OPERACIONAL	\$ 291.729,38	\$ 307.223,05	\$ 323.605,56	\$ 341.080,52	\$ 359.493,97	\$ 378.914,44	\$ 399.378,23	\$ 420.941,10	\$ 443.966,76	\$ 468.317,10
Gastos Financieros	\$ 114.012,53	\$ 100.129,19	\$ 83.875,52	\$ 70.156,06	\$ 59.431,56	\$ 48.707,07	\$ 37.982,58	\$ 27.258,09	\$ 27.258,09	\$ 16.533,59
Utilidad antes de Reparto	\$ 177.716,85	\$ 207.093,86	\$ 239.730,04	\$ 270.924,47	\$ 300.062,41	\$ 330.207,37	\$ 361.395,65	\$ 393.683,01	\$ 416.708,68	\$ 451.783,51
15% a Trabajadores	\$ 26.657,53	\$ 31.064,08	\$ 35.959,51	\$ 40.638,67	\$ 45.009,36	\$ 49.531,11	\$ 54.209,35	\$ 59.052,45	\$ 62.506,30	\$ 67.767,53
Utilidad antes de Impto/Renta	\$ 151.059,33	\$ 176.029,78	\$ 203.770,53	\$ 230.285,80	\$ 255.053,05	\$ 280.676,27	\$ 307.186,30	\$ 334.630,56	\$ 354.202,38	\$ 384.015,98
25% Impto. Renta	\$ 37.764,83	\$ 44.007,45	\$ 50.942,63	\$ 57.571,45	\$ 63.763,26	\$ 70.169,07	\$ 76.796,57	\$ 83.657,64	\$ 88.550,59	\$ 96.004,00
Utilidad antes de Reservas	\$ 113.294,49	\$ 132.022,34	\$ 152.827,90	\$ 172.714,35	\$ 191.289,78	\$ 210.507,20	\$ 230.389,72	\$ 250.972,92	\$ 265.651,78	\$ 288.011,99
10% Reserva Legal	\$ 11.329,45	\$ 13.202,23	\$ 15.282,79	\$ 17.271,43	\$ 19.128,98	\$ 21.050,72	\$ 23.038,97	\$ 25.097,29	\$ 26.565,18	\$ 28.801,20
Utilidad del Ejercicio	\$ 101.965,05	\$ 118.820,10	\$ 137.545,11	\$ 155.442,91	\$ 172.160,81	\$ 189.456,48	\$ 207.350,75	\$ 225.875,63	\$ 239.086,60	\$ 259.210,79

Elaborado por: El Autor

Una vez proyectados los costos operativos y los gastos del personal, en la tabla 46 se realiza la valoración de los ingresos y gastos, se determina que la utilidad del año 10 de operación ascendería a los USD \$ 259,210.79 lo que evidencia no solo un constante incremento de la rentabilidad sino también un crecimiento sólido del patrimonio del hospital en el tiempo, el mismo que se reflejará en la evaluación financiera.

Tabla 47.
Flujo de caja.

FLUJO DE CAJA PROYECTADO - PROYECTO CENTRO HOSPITALARIO ADULTO MAYOR											
AÑOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Ingresos Operacionales		\$ 12.829.715,33	\$ 13.475.737,10	\$ 14.154.630,73	\$ 14.868.835,71	\$ 15.619.074,61	\$ 16.407.257,19	\$ 17.235.210,36	\$ 18.104.940,69	\$ 19.020.080,77	\$ 19.981.844,82
Recuperación de Ventas		\$ 12.829.715,33	\$ 13.475.737,10	\$ 14.154.630,73	\$ 14.868.835,71	\$ 15.619.074,61	\$ 16.407.257,19	\$ 17.235.210,36	\$ 18.104.940,69	\$ 19.020.080,77	\$ 19.981.844,82
b) Egresos Operacionales		\$ 12.537.985,95	\$ 13.168.514,05	\$ 13.831.025,17	\$ 14.527.755,18	\$ 15.259.580,63	\$ 16.028.342,75	\$ 16.835.832,13	\$ 17.683.999,59	\$ 18.576.114,00	\$ 19.513.527,71
Costo de Producción		\$ 10.263.772,27	\$ 10.780.589,68	\$ 11.323.704,59	\$ 11.895.068,57	\$ 12.495.259,68	\$ 13.125.805,76	\$ 13.788.168,28	\$ 14.483.952,55	\$ 15.216.064,61	\$ 15.985.475,85
Gastos Administrativos		\$ 2.259.313,69	\$ 2.372.279,37	\$ 2.490.893,34	\$ 2.615.438,01	\$ 2.746.209,91	\$ 2.883.520,40	\$ 3.027.696,42	\$ 3.179.081,24	\$ 3.338.035,30	\$ 3.504.937,07
Gastos de Ventas		\$ 14.900,00	\$ 15.645,00	\$ 16.427,25	\$ 17.248,61	\$ 18.111,04	\$ 19.016,60	\$ 19.967,43	\$ 20.965,80	\$ 22.014,09	\$ 23.114,79
Otros		\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
c) Flujo de Caja Operacional (a-b)		\$ 291.729,38	\$ 307.223,05	\$ 323.605,56	\$ 341.080,52	\$ 359.493,97	\$ 378.914,44	\$ 399.378,23	\$ 420.941,10	\$ 443.966,76	\$ 468.317,10
d) Ingresos NO Operacionales	\$ 2.975.723,11	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Aportación de Accionistas	\$ 1.857.264,93	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Préstamos Bancarios	\$ 1.118.458,18	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Otros	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
e) Egresos NO Operacional	\$ 1.175.723,11	\$ 155.185,30	\$ 263.704,28	\$ 263.271,22	\$ 260.725,57	\$ 261.309,05	\$ 271.871,56	\$ 282.799,11	\$ 294.104,86	\$ 305.809,03	\$ 314.155,83
Gastos Financieros		\$ 101.622,62	\$ 92.156,55	\$ 81.074,32	\$ 70.156,06	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56	\$ 59.431,56
Amortización de Capital		\$ 53.562,68	\$ 107.125,37	\$ 107.125,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37	\$ 103.667,37
Beneficios de los Trabajadores			\$ 26.657,53	\$ 31.064,08	\$ 35.959,51	\$ 40.638,67	\$ 45.009,36	\$ 49.531,11	\$ 54.209,35	\$ 59.052,45	\$ 62.506,30
Impuestos - SRI			\$ 37.764,83	\$ 44.007,45	\$ 50.942,63	\$ 57.571,45	\$ 63.763,26	\$ 70.169,07	\$ 76.796,57	\$ 83.657,64	\$ 88.550,59
Presupuesto de Capital Inicial:	\$ 1.175.723,11	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Activos Fijos	\$ 984.840,00										
Capital de Trabajo	\$ 190.883,11										
Activos Diferidos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
F) Flujo de Caja NO Operacional (d-e)	\$ 1.800.000,00	\$ (155.185,30)	\$ (263.704,28)	\$ (263.271,22)	\$ (260.725,57)	\$ (261.309,05)	\$ (271.871,56)	\$ (282.799,11)	\$ (294.104,86)	\$ (305.809,03)	\$ (314.155,83)
G) Flujo de Caja NETO (c+f)		\$ 136.544,08	\$ 43.518,77	\$ 60.334,34	\$ 80.354,96	\$ 98.184,92	\$ 107.042,89	\$ 116.579,12	\$ 126.836,24	\$ 138.157,74	\$ 154.161,28
h) Flujo de Caja Inicial		\$ -	\$ 136.544,08	\$ 180.062,85	\$ 240.397,19	\$ 320.752,15	\$ 418.937,07	\$ 525.979,96	\$ 642.559,08	\$ 769.395,32	\$ 907.553,06
i) Flujo de Caja Final (g+h)	0	\$ 136.544,08	\$ 180.062,85	\$ 240.397,19	\$ 320.752,15	\$ 418.937,07	\$ 525.979,96	\$ 642.559,08	\$ 769.395,32	\$ 907.553,06	\$ 1.061.714,34

Elaborado por: El Autor

Una vez efectuado el análisis del flujo de caja, en la tabla 47 se evidencia que, el proyecto de la creación del centro de traumatología en todos los años venideros muestra cifras congruentes, las mismas que arrojan flujos positivos para todos los periodos. Es importante resaltar que en ningún periodo existen flujos negativos lo que significa que el proyecto tendría una correcta funcionalidad en cuanto a la fluidez monetaria para pagar honorarios, sueldos, cubrir gastos, saldar cuentas por pagar y obligaciones tributarias, financieras y laborales con sus trabajadores (reparto de utilidades). Por consiguiente el flujo de caja total acumulado al final de 10 años de operación estaría ubicado en USD \$ 1'061,714.34.

Tabla 48.
Tasa Interna de Retorno.

TASA INTERNA DE RETORNO FINANCIERA											
INVERSIONES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activos Fijos	\$ 984.840,00										
Capital de Trabajo	\$ 190.883,11										
Otros	\$ -										
Flujo de Caja Operativo	-	291.729,38	307.223,05	323.605,56	341.080,52	359.493,97	378.914,44	399.378,23	420.941,10	443.966,76	468.317,10
Flujo de Caja NETO	(1.175.723,11)	291.729,38	307.223,05	323.605,56	341.080,52	359.493,97	378.914,44	399.378,23	420.941,10	443.966,76	468.317,10
Flujo de Caja Acumulado	-\$ 1.175.723,11	-\$ 883.993,73	-\$ 576.770,68	-\$ 253.165,12	\$ 87.915,40	\$ 447.409,38	\$ 826.323,82	\$ 1.225.702,04	\$ 1.646.643,14	\$ 2.090.609,91	\$ 2.558.927,01

TASA INTERNA DE RETORNO FINANCIERA	26,04%	PERIODO DE RECUPERACIÓN DE LA INVERSIÓN
VALOR ACTUAL NETO, VAN	\$ 744.888,45	
PAYBACK PERIOD	AÑO 4	

Elaborado por: El Autor

Una vez efectuada la evaluación financiera del proyecto se determina que si es viable en el tiempo, como se observa en la tabla 48, se evidencia una TIR (TASA INTERNA DE RETORNO) del 26,04% lo que significa que CETAM posee una rentabilidad bastante atractiva y muy superior a un CDP (Certificado de Deposito a Plazo, el mismo que es un instrumento financiero muy común usualmente ofertado por instituciones financieras en todo el país) cuya rentabilidad en el mejor de los casos por montos de inversión podría alcanzar como máximo hasta un 7% de tasa efectiva. Por ende es importante destacar que el presente proyecto tiene una rentabilidad muy superior del 26,04%. Mientras que el Payback Period (herramienta utilizada para determinar en que cantidad de tiempo, o el plazo que tomaría para los inversionistas recuperar la inversión inicial) está en el cuarto año, lo que significa que tiene un periodo de recuperación de la inversión bastante cercano desde el arranque de la operación del hospital. Por ende es importante destacar que el presente proyecto tiene una rentabilidad muy superior del 26,04%, mientras que el Payback Period (herramienta utilizada para determinar en que cantidad de tiempo, o el plazo que tomaría para los inversionistas recuperar la inversión inicial) está en el cuarto año, lo que significa que tiene un periodo de recuperación de la inversión bastante cercano desde el arranque de la operación del CETAM.

Finalmente es indispensable determinar la cantidad de efectivo que generaría el presente proyecto y como la teoría del valor del dinero en el tiempo podría afectar negativamente el Flujo Futuro, analizando los siguientes detalles. El *Valor Actual Neto*, sirve para determinar, comparar y contrastar el verdadero poder adquisitivo del efectivo, mediante el castigo de los flujos futuros con una tasa de actualización, la tasa de actualización usualmente es calculada en base a varios factores como: el riesgo país, el riesgo inherente de mercado o industria en la que se encuentra la compañía. Usualmente se utiliza la *Tasa Mínima Atractiva de Retorno* (TMAR) como medida de referencia, más sin embargo se realizó la consulta con funcionarios de la CFN y del BNF en donde indicaron que para proyectos de

inversión utilizan usualmente una tasa referencial previamente calculada del doce por ciento. Es decir que cada uno de los flujos de caja futuros venideros deben ser traídos a valor presente mediante la actualización de dichos flujos con la tasa de castigo.

Una vez efectuado el cálculo, el VAN tiene un acumulado de USD \$ 744,888.45 en el total acumulado de 10 años de operatividad. Tomando en consideración las tres herramientas de análisis y sus resultados, se recomienda la creación del centro de traumatología, dado que aparte de tener un efecto positivo en la sociedad (externalidad positiva), desde el punto de vista económico financiero tiene viabilidad y rentabilidad.

La creación de este centro traumatológico tendría un efecto positivo en la economía de las familias y los especialistas involucrados y sobre todo para la población, debido a que las posibilidades de crecimiento se extrapola a el entorno. En el tema de salud, brinda muchos beneficios a la población sur del DMQ, debido a que es una unidad de salud, cercana, de fácil acceso geográfico y económico, con una cartera de servicios especializada y que se proyecta a brindar servicios con estándares de calidad, permitiendo estar a la par o mejor a la atención del MSP.

CONCLUSIONES

Una vez que se ha analizado la información necesaria en relación al proyecto de investigación de la demanda social para la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito, se concluye que:

En el Sur del DMQ no existen centros especializados para tratar patologías traumatológicas que enfoquen su servicio al adulto mayor, más aun debido a que la mayoría de unidades médicas se enfocan a brindar atención básica.

Existe atención a la población general de las morbilidades traumatológicas, por ende el adulto mayor no tienen suficiente cobertura en relación a la atención médica, por ende si es necesaria una propuesta que permita ofertar servicios de salud, de acuerdo con las características de la demanda de salud de los habitantes del Sur del Distrito Metropolitano de Quito.

Es factible la implementación de un centro de traumatología en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito, debido a que existe la demanda social, el mercado está libre aún, es amplio y la competencia no afectaría, existe un área de terreno geográficamente estratégico y existe la factibilidad financiera para la creación de un CETAM, ya que es económicamente viable, debido a que tiene un retorno de inversión a corto tiempo.

Los servicios que pretende ofrecer el CETAM, están de acorde a la demanda de salud actual de los habitantes del Sur del Distrito Metropolitano de Quito, si se lo relaciona con la proyección y aumento poblacional a corto tiempo y que el aumento de necesidades de oferta de servicios para el adulto mayor, pues se consiedera desde los especialistas como un producto estrella.

Este tipo de iniciativas en una población de crecimiento y envejecimiento rápido generará un impacto positivo en la población y en los AM, ya que los cambios que sufren al envejecer necesita de una guía y ayuda, tanto psicológica, clínica, rehabilitación, y de apoyo familiar. Dicho impacto mejorará el estilo y calidad de vida de los mismos, ya que podrán prolongar más tiempo su independencia física generando alivio a las familias.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la creación de un CETAM por parte de cualquier entidad pública o privada, debido a que los resultados de las encuestas, entrevistas y factibilidad financiera fueron favorables.

Además es una iniciativa que debería replicarse en varios puntos estratégicos de la provincia de Pichincha y del resto del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Abruzzese, L. (2015). Mundo en 2016. *The Economist*, 9-14.
- Agencia Nacional de Transito. (2015). *Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial*. Quito: Agencia Nacional de Transito.
- Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. (20 de 11 de 2012). *ANDES*. Recuperado el 22 de 01 de 2016, de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/9149.html>
- Andes. (21 de Febrero de 2014). Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. *Quito desplaza a Guayaquil en volumen empresarial y se convierte en la nueva capital económica de Ecuador*.
- Asamblea Constituyente. (20 de Octubre de 2008). *Asamblea Constituyente*. Obtenido de CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR : http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Ayán, C. (2010). *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Banco Mundial. (2011). Principales hallazgos e implicancias de política. En C. D., *Envejecimiento de la población: ¿Está preparada América Latina?* (págs. 72-103). Washington DC: Banco Mundial.
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Burbano , J., Mite, K., & Padilla , J. (2013). *Proyecto de inversion pra la creacion de una guarderia y centro de estimulacion pre y postnatalen la via samborondon*. Guayaquil: Escuela Superior Politecnica del Litoral.
- Cabedo, S. ,. (2014). *Educación y calidad de vida en personas mayores*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Carreras Ecuador. (2016). www.carrerasecuador.com. Recuperado el 04 de 03 de 2016, de <http://www.carrerasecuador.com/modulos.php?menu=calendario#current>
- CEPAL. (2014). *LA NUEVA ERA DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. CEPAL.
- CNNI. (29 de Septiembre de 2014). *Consejo Nacional Para la Igualdad Intergeneracional CNNI*. Obtenido de El Adulto Mayor: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Coleman, J. (2011). *Fundamentos de teoría social*. Madrid: EFCA S.A.
- Comision de Legislación y Codificación. (5 de Diciembre del 2005). *Codificación a la Ley Orgánica del Régimen Municipal*. Quito: Comision de Legislación y Codificación.

- Congreso Nacional. (2014). *Código Civil*. Quito: Congreso Nacional.
- Consejo de la Judicatura. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Consejo de la Judicatura.
- Consejo Nacional Para la Igualdad Intergeneracional. (29 de Septiembre de 2014). *Consejo Nacional Para la Igualdad Intergeneracional*. Obtenido de Cuántos son:
<http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Decreto Legislativo. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito, Ecuador: Comisión Legislativa.
- Diez, I., De Castro, G., & Montoro, M. (2014). *Economía de la empresa*. Madrid: Paraninfo S.A.
- Dirección Nacional de Normatización. (2015). *Norma del Proceso de Relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de La RPIS y la RC*. Quito: Acuerdo Ministerial 00005309.
- Donoso, J. C., & Montalvo, D. P. (Mayo 2013). Cultura política de la democracia en Ecuador y en las Américas, 2012. *Vanderbilt University*, 23-28.
- García, A. (2015). *UF0342 - Cálculo de prestaciones de la Seguridad Social*. Madrid: Paraninfo.
- García, R. (2015). *Introducción a la Probabilidad Imposible*. Madrid: ANIPA.
- Giugale, M. (2011). *Esta preparada America Latina*. Peru: Banco Mundial.
- Gobierno de Buenos Aires. (2011). *Plan General de Seguridad Pública 2011*. Buenos Aires: Gobierno de Buenos Aires.
- Google Maps. (02 de 02 de 2016). *Google Maps*. Recuperado el 01 de 02 de 2016, de
https://www.google.com.ec/maps/place/Quito/data=!4m2!3m1!1s0x91d59a4002427c9f:0x44b991e158ef5572?sa=X&ved=0ahUKEwil09q_79zKAhVJ1h4KHQMjDKoQ8gEIHDAA
- Granizo Ulloa, C. I., & Chávez Yépez, H. F. (2005). *Creación de un centro de estimulación temprana en la ciudad de Ambato*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Gurrola, O. C. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. Bogotá: El Manual Moderno S.A.
- Haime, L. (2004). *Rees. Integral de las Empresas como base de la supervivencia*. México: ISEF Empresa Líder.
- Hospital General Enrique Garces. (2015). *Producción Hospitalaria 9 meses 2015*. Quito: Unidad Admisiones.
- IESS. (2013). *Resolución N° C.D.448*. Quito: IESS.
- INEC. (2010). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Resultados Censo 2010:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- INEC. (2010). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Resultados del censo 2010:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

- INEC. (9 de Diciembre de 2013). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Quito, el cantón más poblado del Ecuador en el 2020: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/quito-el-canton-mas-poblado-del-ecuador-en-el-2020/>
- INEC. (16 de Octubre de 2015). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Ecuador cierra septiembre con un desempleo de 4,28%: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-cierra-septiembre-con-un-desempleo-de-428/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). El adulto mayor y la jefatura del hogar. *Revista E-ANALISIS*, Vol. 5. (5,6,7).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Censo Poblacional*. Quito-Ecuador: INEC.
- La Comisión de Legislación y Codificación . (2006). *LEY DEL ANCIANO*. Quito: LA COMISION DE LEGISLACION Y CODIFICACION.
- Lara, R. (2015). Viejamérica Latina. *América Económica*, 58 - 60.
- Ley del anciano. (2006). *Ley del anciano*. Quito: Congreso Nacional.
- MIESS . (2012). *Agenda de Igualdad para adultos mayores* . Quito: MIESS.
- Ministerio de Inclusion Economica y Social . (2012). *Agenda de Igualdad de Adultos Mayores*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- Ministerio de Salud Pública. (15 de Septiembre de 2002). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>
- Ministerio de Salud Publica. (2006). *Ley de Derechos y amparo al paciente*. Quito: Ministerio de Salud Publica.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *TIPOLOGÍA SUSTITUTIVA PARA HOMOLOGAR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE APOYO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Quito: Registro Oficial 00005212.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (31 de julio del 2012). *Acuerdo Ministerial 00001537, Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (Registro Oficial 9 de 28-ene-2003). *REGLAMENTO A LA LEY ORGANICA DEL SISTEMA*. Quito, Ecuador: Decreto Ejecutivo 3611.
- Ministerio de Salud Pública. (Registro Oficial 9 de 28-ene-2003). *Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Monteagudo, M., Amigo, J., & Del Valle, R. (2014). *Aportaciones del ocio al envejecimiento satisfactorio*. Bilbao: Deusto Digital.
- MSP. (Julio de 2013). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de REQUISITOS PARA PERMISO DE FUNCIONAMIENTO: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/requisitos-para-permisos-de-funcionamiento.pdf>

- Nieto, E., & Parra, E. (2013). *Estudio para la factibilidad para la creacion de un centro gerontologico de integracion para el adulto mayor CIDAM*. Cuenca: Universidad Politecnica Salesiana.
- Nuñez, L. (2004). Influencia de la esfera biopsicosocial en la recuperación de los ancianos con fractura de cadera. *Facultad de Medicina "Salvador Allende", 2*.
- OMS. (22 de Diciembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Hospitales: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (4 de Noviembre de 2014). <http://www.who.int/es/>. Obtenido de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/>
- Paz, A. (2015). Políticas Públicas Locales sobre el Aduslto Mayor. *Jornadas de Gestión Social*. Quito: Pontifica Universidad Católica de Ecuador.
- Pedroni, G. S. (1998). *Teoría de la población*. Barcelona: Universidad de Barcelona .
- Peña, J., Macías, N., & Morales, F. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor*. México DF: El Manual Moderno.
- Pérez, A. (2010). *Gestión por procesos*. Madrid: ESIC.
- Pérez, M. J., & Echaury, M. (2012). Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Scielo, 72,73*.
- Pontífica Universidad Católica de Chile. (6 de Mayo de 2015). *Pontífica Universidad Católica de Chile*. Obtenido de Traumatología: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau_Sec00_Concep.html
- Presidencia Ecuador. (30 de Marzo de 2015). *Presidencia de Ecuador*. Obtenido de La estabilidad política de Ecuador atrae las inversiones extranjeras: <http://www.presidencia.gob.ec/>
- SABE Ecuador. (2009). *Encuesta de Salud, bienestar y envejecimiento SABE 2009* . Quito: SABE Ecuador.
- Secretaría de Educación, Recreación y Deporte. (2015). *SECRETARIA DE EDUCACIÓN, RECREACIÓN Y DEPORTE*. Recuperado el 28 de 04 de 2016, de <http://www.educacion.quito.gob.ec/index.php/direcciones-metropolitanas/deporte-y-recreacion>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan nacional del Buen Vivir*. Quito - Ecuador: Senplades.
- Silberman, F. S. (2010). *Ortopedia y Traumatología / Orthopedics and Traumatology*. Buenos Aires: Panamericana.
- Superintendencia de Bancos. (02 de 2016). *Superintendencia de Bancos*. Recuperado el 10 de 02 de 2016, de http://www.sbs.gob.ec/practg/sbs_index?vp_art_id=2&vp_tip=11&vp_lang=1

- Superintendencia de Compañías, valores y seguros. (2015). *Superintendencia de Compañías, consultas*. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de <http://www.supercias.gob.ec/portalinformacion/consulta/index.php>
- Trujillo, M., & Escobar, M. (2013). *Perfil Epidemiológico del Hospital general Enrique Garces*. Quito-Ecuador: HGEG.
- Ulloa, & Chávez. (2005).
- Unidad de Territorio del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2010). *Distribución Territorial del DMQ*. Quito: DMQ.
- Varela, L., Carcelen, A., & Lara, M. (1992). Estudio comparativo de atención de pacientes mayores y menores de 60 años. *Departamento de Medicina e Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredi.*, 1-2.
- Vidarte, J., Quintero, M., & Beltrán, Y. (1 de Octubre de 2012). *scielo.org.co*. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a06>
- Zurro, A., Cano, J., & Badia, J. (2014). *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia*. Barcelona: ELSEVIER.

APENDICE A

Tabla A149.
FODA

Fortalezas	Oportunidades
F1. Personal especializado	O1. Mejoría económica del país
F2. Infraestructura nueva	O2. Cobertura amplia del mercado
F3. Innovación tecnológica	O3. Mejoría de sistemas de referencia a la red complementaria de salud
F4. Únicos en el mercado	O4. Incentivos tributarios
F4. Eficiente calidad de control de servicios	O5. Población con aumento de tendencia a comprar servicios de salud
Debilidades	Amenazas
D1. Tecnología	A1. Cambio de leyes del mercado
D2. Inexperiencia	A2. Endurecimiento de las leyes tributarias
D3. Falta de personal especializado	A3. Inestabilidad política
D4. Precios y costos no competitivos	A4. Población no acostumbrada a comprar servicios de salud
D5. Falta de espacios infraestructural.	A5. Demanda que exceda expectativa.

Elaborado por: El Autor

APENDICE B

Localización.

Figura B1

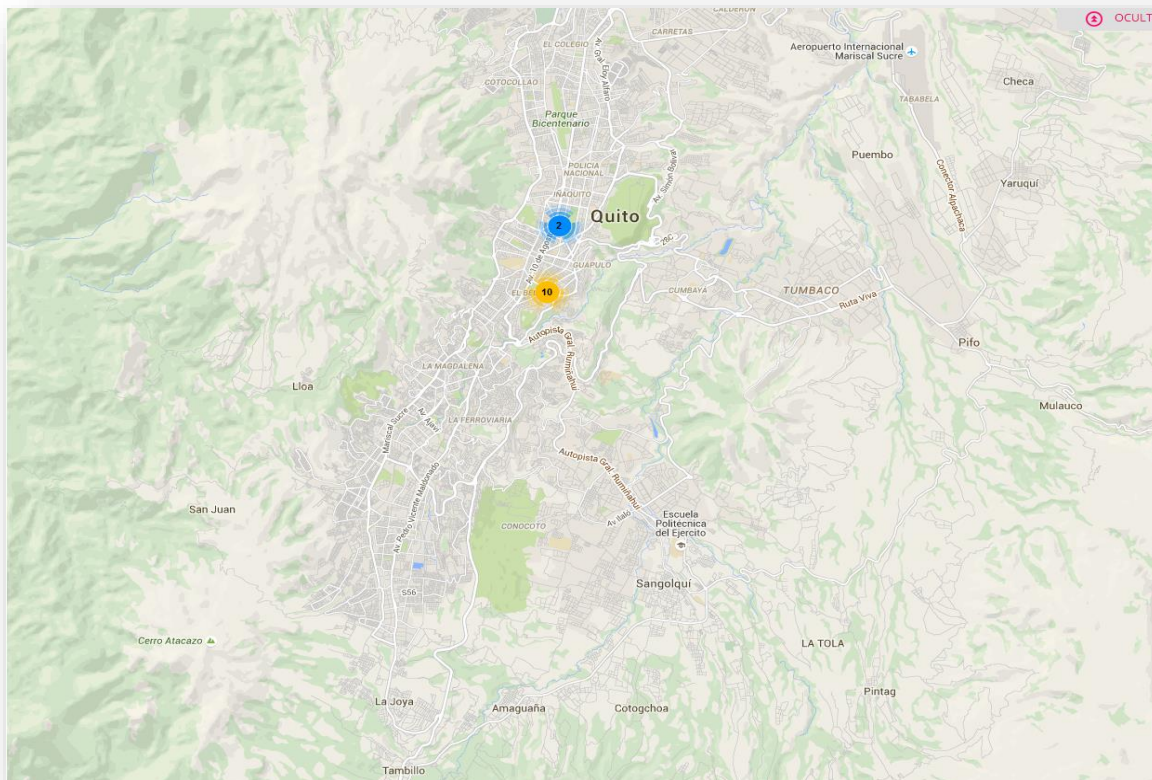


Figura 29/B1. *Localización.*
 Adaptado de: (Google Maps, 2016)

De acuerdo a la figura B1 y B2 o también con numeración 29 y 30 se observa el mapa de todo el Distrito metropolitano de Quito con sus parroquias cercanas y además se delimita el sector Sur del Distrito Metropolitano de Quito.

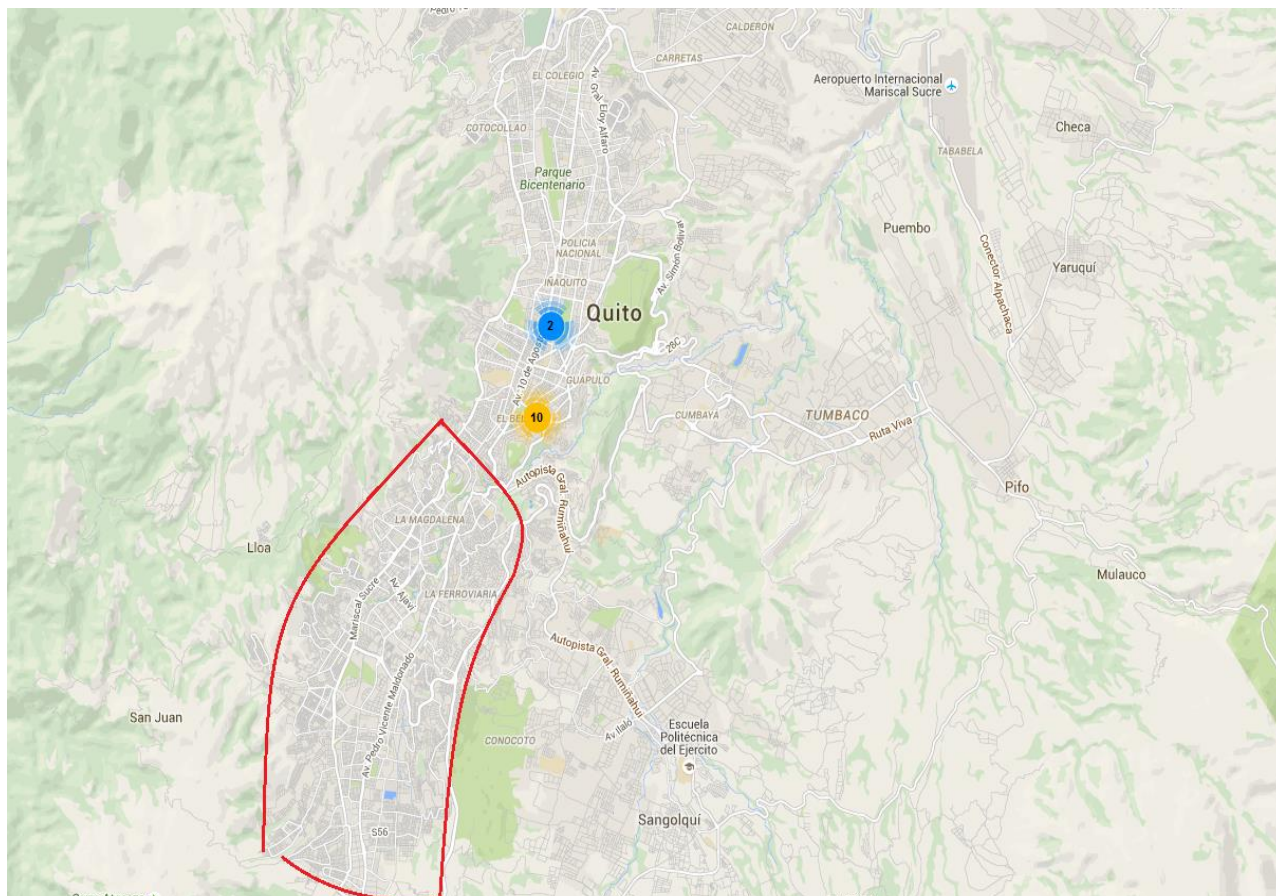
Figura B2

Figura 30/B2. **Localización.**
Adaptado de: (Google Maps, 2016)

En ésta figura se delimita el sector sur del DMQ, y además el área de influencia principal para el centro de traumatología para el adulto mayor, demostrando en el recuadro rojo las áreas más cercanas al mismo.

En la figura B3 o también con numeración 31, se observan con mayor detalle las parroquias principales del Sur del Distrito Metropolitano de Quito, como son parroquia Chimbacalle, La Ferroviaria, Chilibulo, Solanda, La Magdalena, San Bartolo, La Argelia, La Mena, Lloa, Chillogallo, La Ecuatoriana, Quitumbe, Guamaní y Turubamba, además de

sectores aledaños que por motivo de cercanía por vías rápidas podrían acceder a los servicios del CETAM.

Figura B3

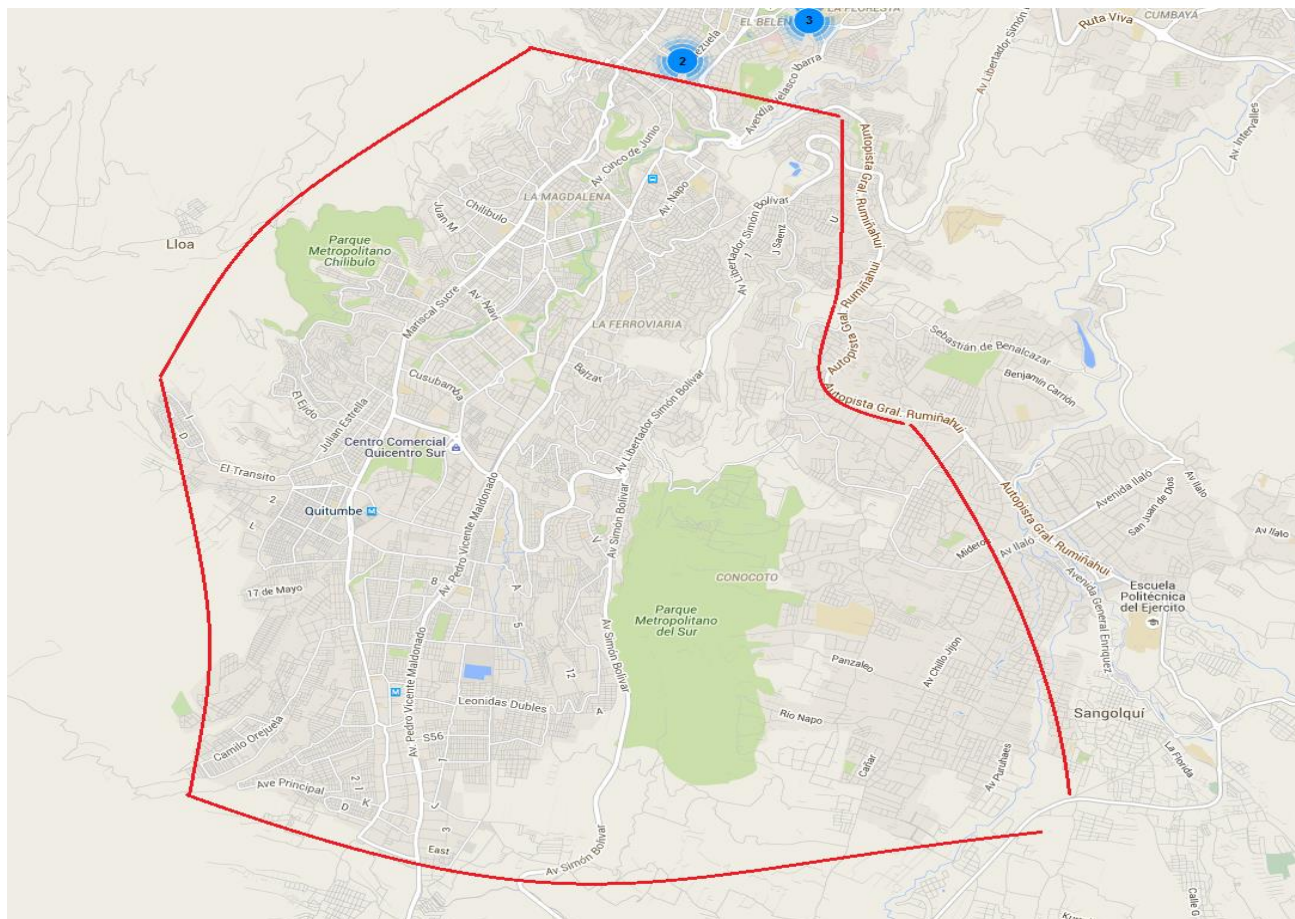


Figura 31/B3. **Localización**
Adaptado de: (Google Maps, 2016)

En ésta figura B4 o también con numeración 32 se observa La Parroquia Quitumbe, sector con mejores servicios, cuenta con transporte, centros comerciales, grandes proyectos habitacionales, y aún no cuenta con servicios de salud especializados.

Figura B4

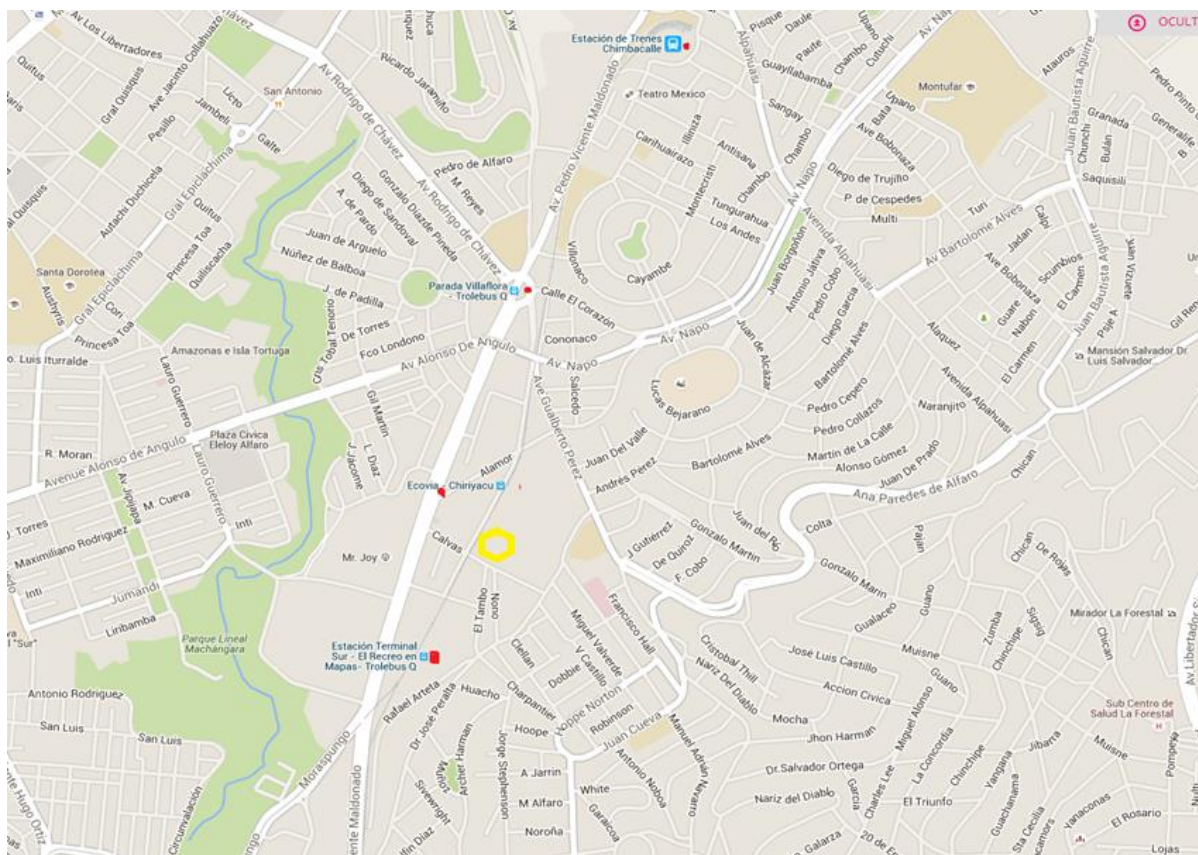


Figura 32/B4. **Localización.**
 Adaptado de: (Google Maps, 2016)

También se observa con un pentágono amarillo, considerado terreno estratégico para la construcción del centro de Traumatología para el Adulto Mayor, ya que queda cerca la ecovía, el trolebús, el terminal terrestre del sur del DMQ y del centro comercial Quicentro Sur. Y como se puede observar existe densa población cercana, ciudadelas nuevas y aun oportunidades de crecimiento exponencial, como centro especializado el CETAM sería el primero.

APENDICE C

La Estructura Orgánica Funcional del Centro de Traumatología del Adulto Mayor, se trabajó en base al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales basado en el Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012, de lo que se desprende mapas de macro-procesos sean éstos estratégicos, agregadores de valor, de apoyo o de asesoría.

Organigrama 1.- El Mapa de la Cadena de Valor, en donde se detalla en orden jerárquico los Procesos hospitalarios junto con las competencias, en el que se establecen cuáles son los procesos gobernantes, cuales los procesos agregadores de valor, procesos habilitantes de apoyo y cuáles son los procesos habilitantes de asesoría. (Ver Figura 22)

Organigrama 2.- El Mapa de Procesos, en el que se establecen cuáles son los procesos Gobernantes de gestión estratégica y cuales los procesos agregadores de Valor de la Gestión Asistencial, éste último depende de las decisiones del primero y el primero depende de los datos estadísticos del segundo para tomar decisiones. (Ver Figura 23)

Organigrama 3.- Estructura Orgánica Funcional por Macroprocesos, se realiza el desglose y ubicación de los procesos en orden jerárquico, diferenciándolos en cuatro macroprocesos, los mismos que son: Gestión Estratégica, Agregadores de Valor, de Asesoría y de Apoyo. (Ver Figura 24)

Organigrama 4 O Figura C1.- Estructura Orgánica de la Unidad de Cuidados de Enfermería, con las respectivas coordinadoras según los servicios que representan, encabezadas por la subdirectora de enfermería y bajo la cabeza de la Dirección Asistencial. (Ver Figura 33)

Organigrama 5 O Figura C2.- Estructura Orgánica de la Unidad de Admisiones, la misma que se divide en ocho subprocesos operativos y un subprocesos de análisis y codificación de datos. Esta Unidad reporta sus actividades directamente de la Gerencia. (Ver Figura 34)

Organigrama 6 O Figura C3.- Estructura Orgánica de la Unidad de Atención al Usuario, la misma coordina la atención de información y Trabajo Social. Esta Unidad reporta sus actividades directamente de la Gerencia. (Ver Figura 35)

Organigrama 7 O Figura C4.- Estructura Orgánica de la Unidad de Administrativa, la misma coordina todas las actividades dependientes de la parte administrativa financiera, servicios generales, mantenimiento, bodega, compras, etc. Esta Unidad reporta sus actividades directamente de la Gerencia. (Ver Figura 36)

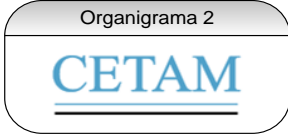
Organigrama 8 O Figura C5.- Estructura Orgánica de la Unidad de Administrativa de Gestión de Talento Humano, la misma coordina todas las actividades de contratación y gestión de personal. Esta Unidad reporta sus actividades directamente de la Gerencia. (Ver Figura 37)

Organigrama 1

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
CADENA DE VALOR

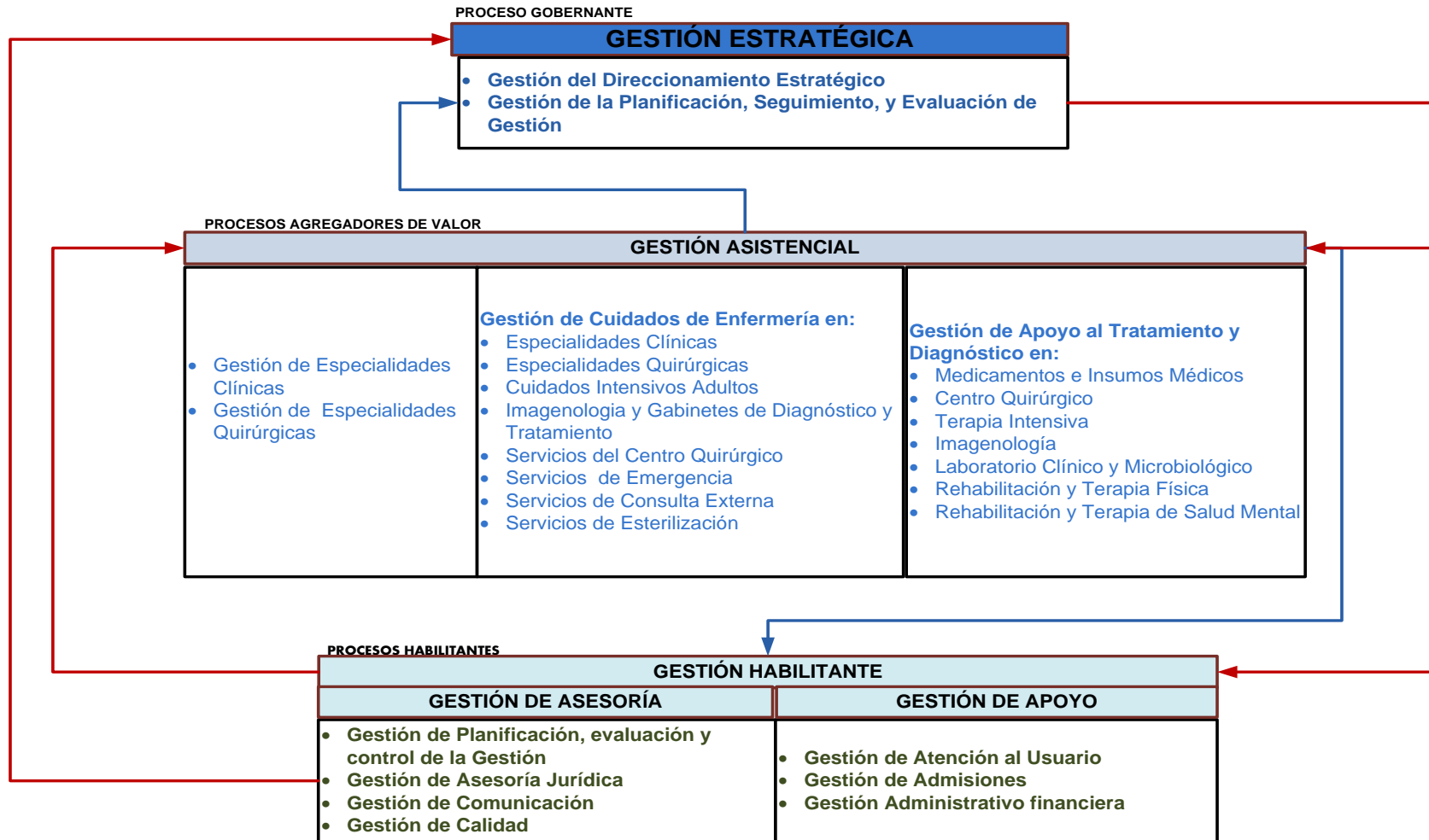
Se define la presente representación grafica según Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales;
Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012

PROCESO GOBERNANTE
Direccionamiento Estratégico del Hospital
PROCESOS AGREGADORES DE VALOR
Gestión Asistencial
Gestión de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas
Gestión de Cuidados de Enfermería
Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
PROCESOS HABILITANTES DE ASESORÍA
Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión.
Gestión de Asesoría Jurídica
Gestión de Comunicación
Gestión de Calidad
PROCESOS HABILITANTES DE APOYO
Gestión de Atención al Usuario
Gestión de Admisiones
Gestión Administrativa y Financiera



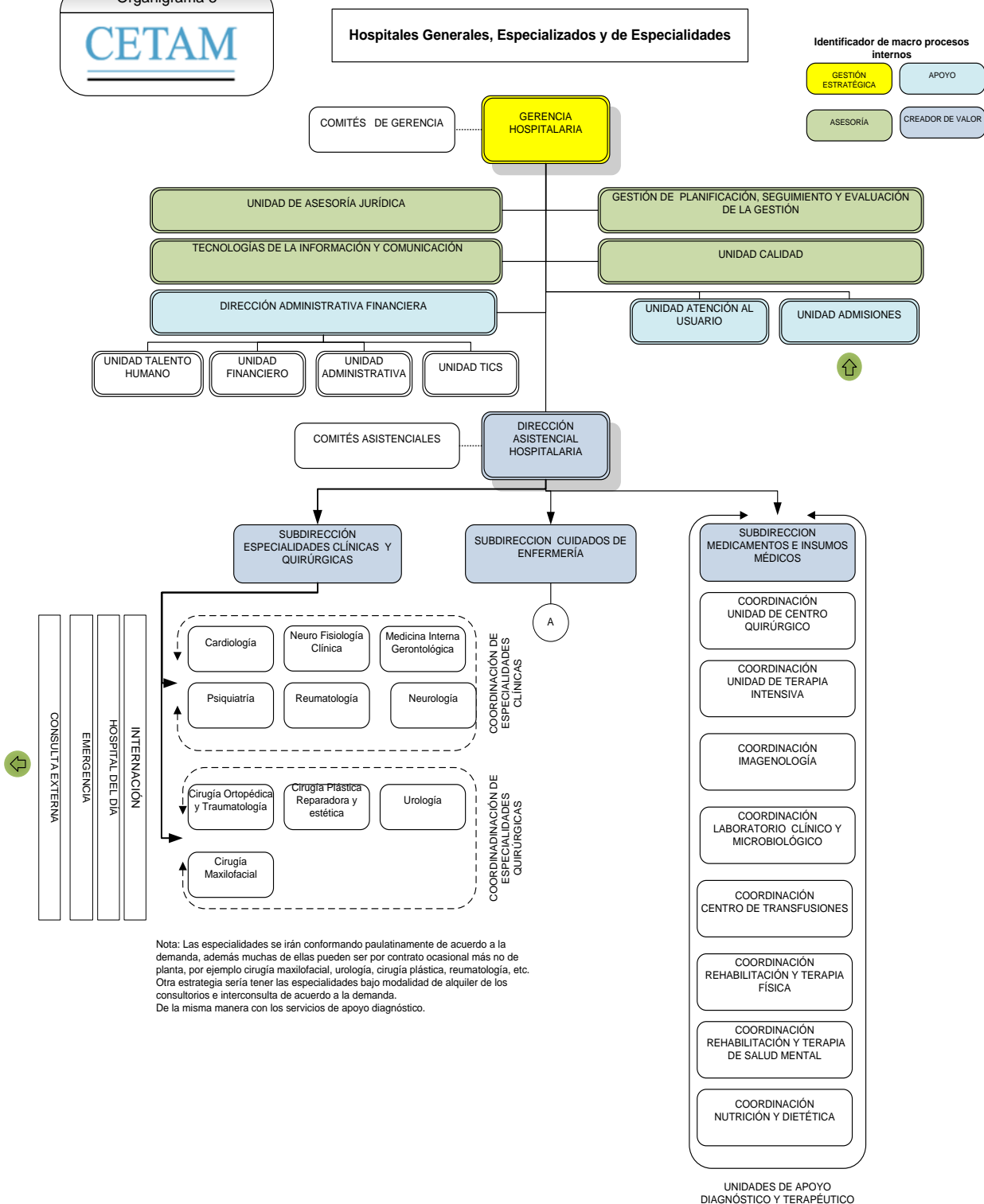
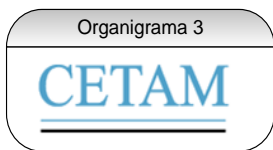
ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
MAPA DE PROCESOS

Se define la presente representación grafica según Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales; Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012



**ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
ORGÁNICO FUNCIONAL POR MACROPROCESOS**

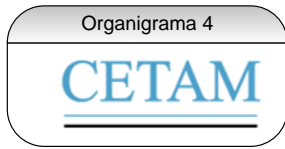
Se define la presente representación grafica tomando como referencia lo mencionado en Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales; Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012



Nota: Las especialidades se irán conformando paulatinamente de acuerdo a la demanda, además muchas de ellas pueden ser por contrato ocasional más no de planta, por ejemplo cirugía maxilofacial, urología, cirugía plástica, reumatología, etc. Otra estrategia sería tener las especialidades bajo modalidad de alquiler de los consultorios e interconsulta de acuerdo a la demanda. De la misma manera con los servicios de apoyo diagnóstico.

Dra. Claudia Raquel Ontaneda Cordero
MGS. EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
UCSG.

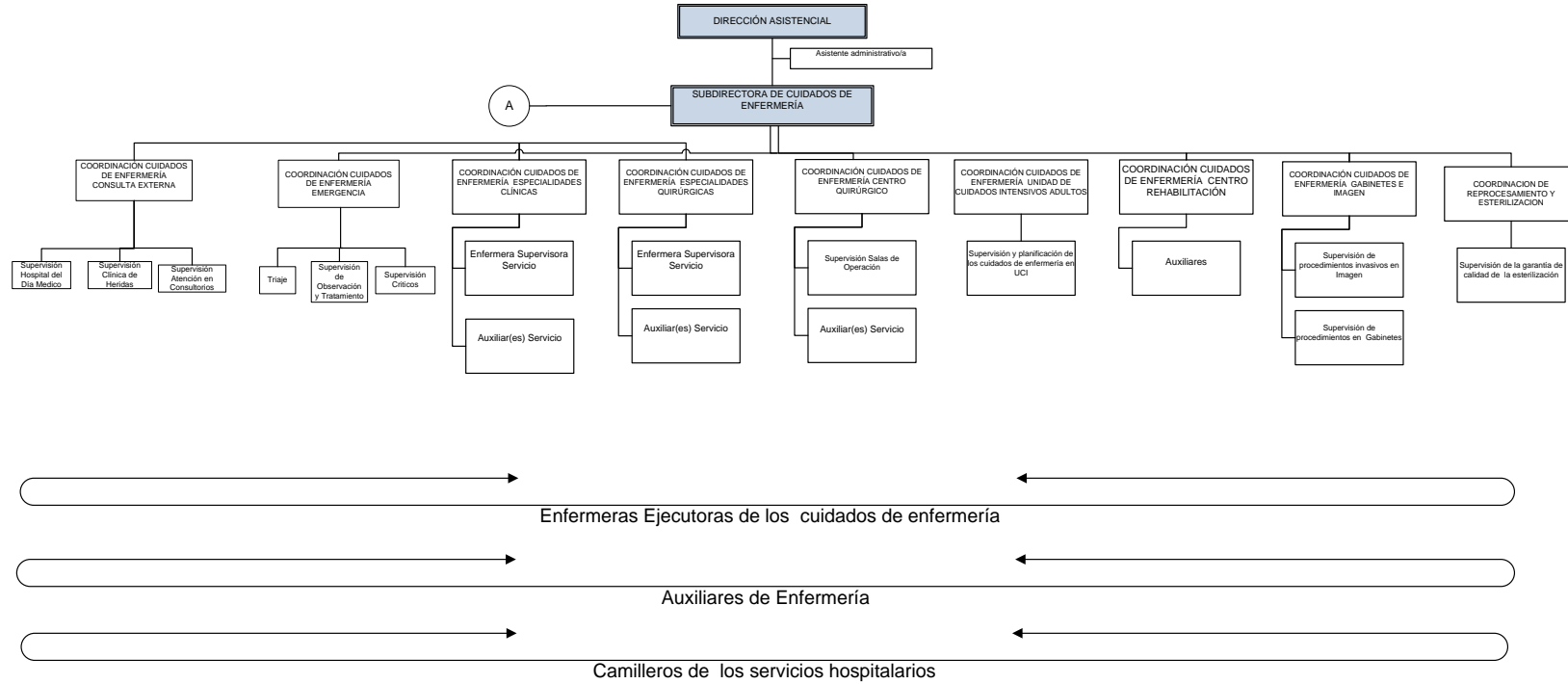
Elaborado por: El Autor



ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR

Unidad de Cuidados de Enfermería

Se define la presente representación grafica tomando como referencia lo mencionado en Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales; Acuerdo Ministerial 00001537 del 31 de julio del 2012



Dra. Claudia Raquel Ontaneda Cordero.
MGS. EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
UCSG.

Figura 33/C1. *Estructura Orgánica Cuidados de Enfermería.* Elaborado por: El Autor

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE ADMISIONES
 SEGÚN MANUAL DE ADMISIONES MSP vigente , 2010 y SEGÚN ACUERDO MINISTERIAL: No. 0001537
 ESTATUTO ORGANICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES Del 25 de séptiembre del 2012

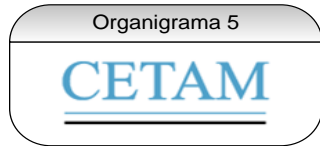
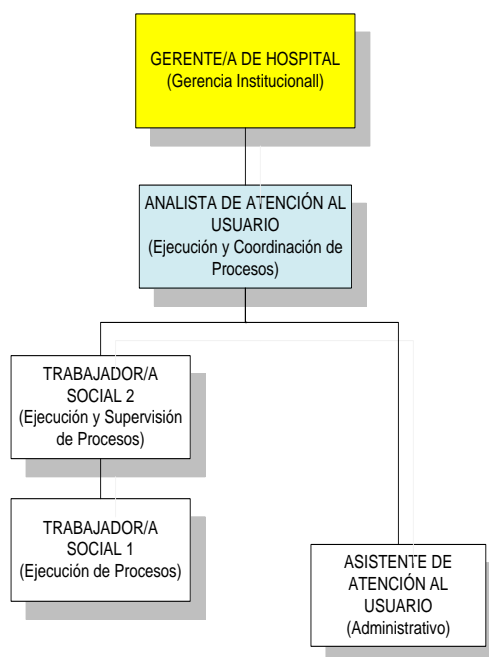
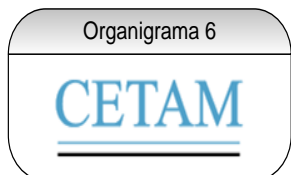


Figura 34/C2. *Estructura Orgánica de la Unidad de Admisiones.* Elaborado por: El Autor

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

SEGÚN MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL MSP DE 2010 Y SEGÚN ACUERDO MINISTERIAL No. 0001537

ESTATUTO ORGANICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES del 25 de septiembre del 2012



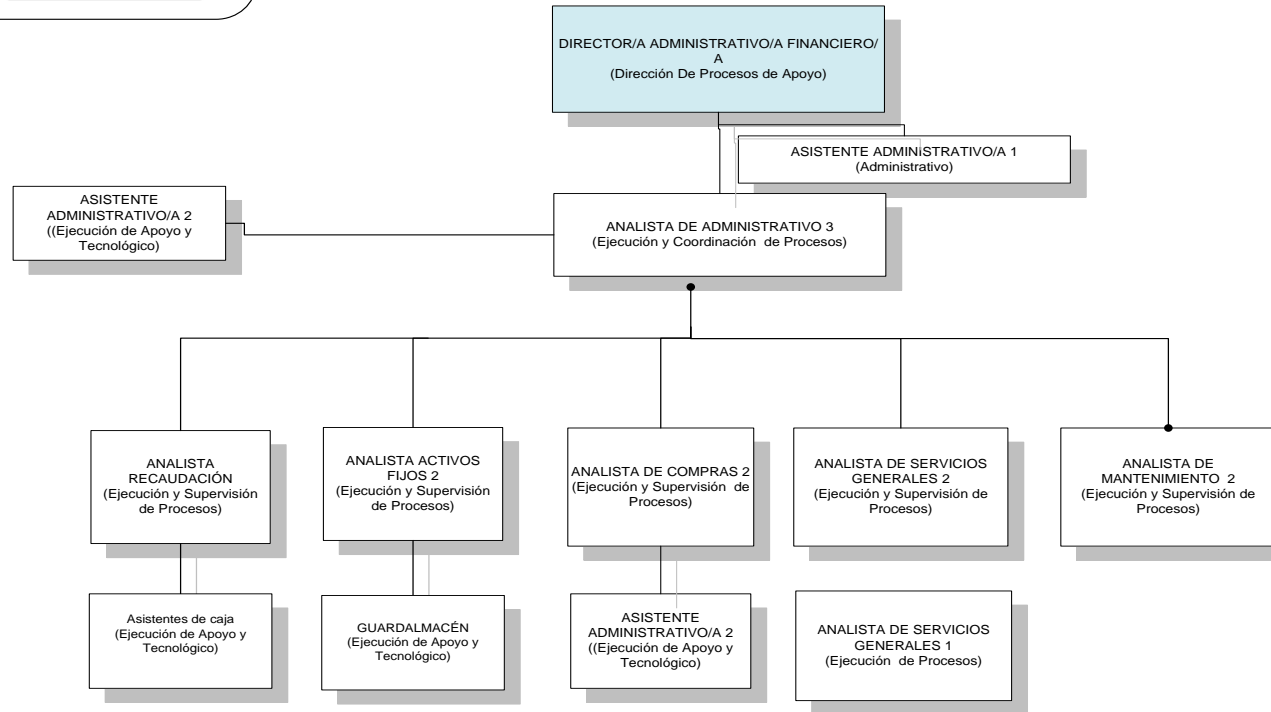
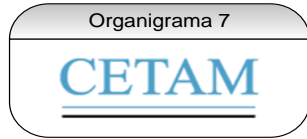
Dra. Claudia Raquel Ontaneda Cordero.
 MGS. EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
 UCSG.

Figura 35/C3. *Estructura organizacional de Atención al Usuario*

Elaborado por: El Autor

**ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**

SEGÚN ACUERDO MINISTERIAL: No. 0001537
ESTATUTO ORGANICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES
Del 25 de septiembre del 2012



Dra. Claudia Raquel Ontaneda Cordero.
MGS. EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
UCSG.

Figura 36/C4. *Orgánico Estructural de la Dirección Administrativa Financiera.* Elaborado por: El Autor

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

SEGÚN ACUERDO MINISTERIAL: No. 0001537
 ESTATUTO ORGANICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES
 Del 25 de septiembre del 2012

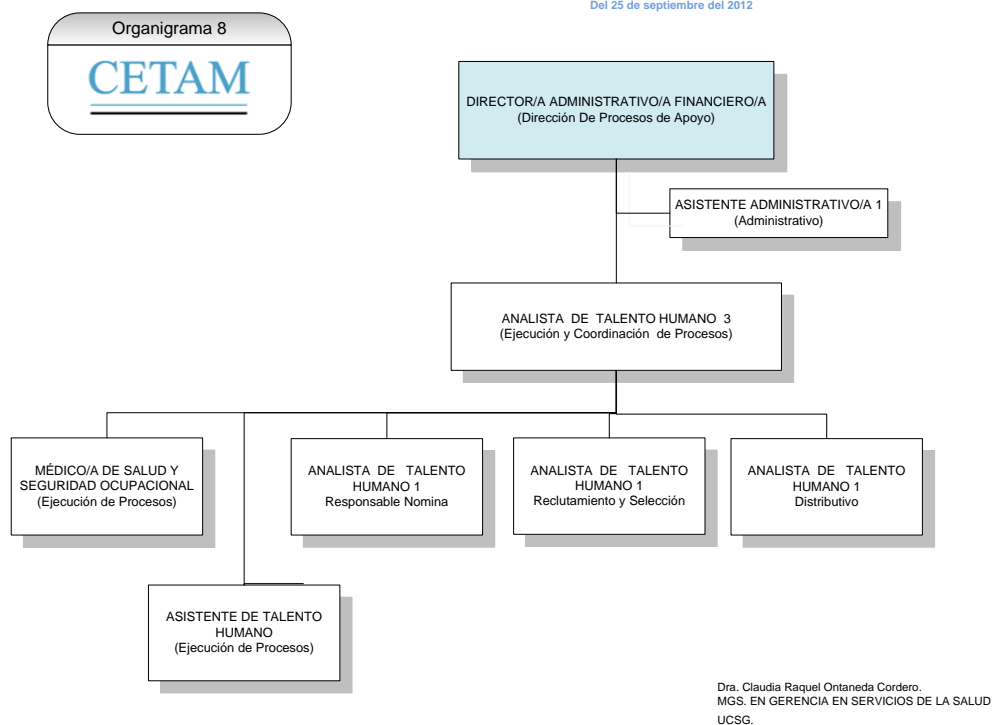


Figura 37/C5. *Orgánico Estructural de la Unidad de Talento Humano.*

Elaborado por: E l Autor

APENDICE D**EMPLAZAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL
CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL ADULTO MAYOR.**

Figura 38 /D1:

Lámina 1.- Implantación

Elaborado por: El Autor

Figura 39 /D2:
Lámina 2.- Planta Baja

Elaborado por: El Autor

Figura 40 /D3:

Lámina 3.- Primer Piso

Elaborado por: El Autor

Figura 41 /D4:

Lámina 4.- Segundo Y Tercer Piso

Elaborado por: El Autor

APENDICE E

Tabla 50/E1.

Tabla de Amortización

TABLAS DE AMORTIZACIÓN DE PRESTAMOS

CONDICIONES	BNF
MONTO DEL PRÉSTAMO	\$ 133.818,18
TASA EFECTIVA ANUAL (%)	10,36%
AÑOS	3
FRECUENCIA DE PAGOS	12
TASA PERIODO (%)	0,86%
Nº DE PAGOS A EFECTUAR	38

CAPITAL DE TRABAJO

# de pago	Fecha	Interés	Capital Pagado	Pago Mensual	Saldo		
0	03/01/15	Aprobación del Préstamo			\$ 133.818,18		
1	02/02/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
2	04/03/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
3	03/04/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
4	03/05/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
5	02/06/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
6	02/07/15	1.161,81	0,00	1.161,81	133.818,18		
7	01/08/15	1.161,81	4.463,84	6.805,85	129.184,24		
8	31/08/15	1.113,61	4.463,84	6.687,45	124.710,30		
9	30/09/15	1.075,12	4.463,84	6.629,08	120.268,38		
10	30/10/15	1.038,72	4.463,84	6.490,98	115.802,42		
11	29/11/15	988,32	4.463,84	6.462,28	111.348,48		
12	29/12/15	968,93	4.463,84	6.413,87	106.884,64	CAPITAL	INTERESES
					\$ 28.723,84	\$ 13.248,88	
13	28/01/16	821,63	4.463,84	6.375,47	102.440,80		
14	27/02/16	883,13	4.463,84	6.337,07	97.888,88		
15	28/03/16	844,73	4.463,84	6.298,87	93.632,72		
16	27/04/16	806,34	4.463,84	6.260,28	89.078,79		
17	27/05/16	787,94	4.463,84	6.221,88	84.824,85		
18	26/06/16	729,64	4.463,84	6.183,48	80.170,81		
19	26/07/16	681,15	4.463,84	6.145,08	76.718,87		
20	25/08/16	662,75	4.463,84	6.106,89	71.280,03		
21	24/09/16	614,35	4.463,84	6.068,29	68.809,09		
22	24/10/16	575,96	4.463,84	6.029,89	62.356,15		
23	23/11/16	537,58	4.463,84	4.991,60	57.801,21	CAPITAL	INTERESES
24	23/12/16	499,18	4.463,84	4.963,10	53.447,27	\$ 53.447,27	\$ 8.624,14
25	22/01/17	480,78	4.463,84	4.914,70	48.893,33		
26	21/02/17	422,37	4.463,84	4.876,31	44.639,39		
27	23/03/17	383,97	4.463,84	4.837,81	40.085,45		
28	22/04/17	345,67	4.463,84	4.799,61	36.831,61		
29	22/05/17	307,18	4.463,84	4.761,12	31.177,67		
30	21/06/17	268,78	4.463,84	4.722,72	28.723,84		
31	21/07/17	230,38	4.463,84	4.684,32	22.289,70		
32	20/08/17	191,99	4.463,84	4.645,92	17.816,78		
33	19/09/17	163,68	4.463,84	4.607,63	13.381,82		
34	19/10/17	115,19	4.463,84	4.569,13	8.907,88		
35	18/11/17	76,79	4.463,84	4.630,73	4.463,84	CAPITAL	INTERESES
36	18/12/17	38,40	4.463,84	4.492,34	0,00	\$ 53.447,27	\$ 2.994,97
		\$ 24.798,09	\$ 133.818,18	\$ 168.384,27			
		INTERESES	CAPITAL	TOTAL PAGADO			

Elaborado por: E I Autor

47	13/11/19	6.611,20	8.838,96	14.160,16	630.843,18	CAPITAL	INTERESES
48	13/12/19	6.438,72	8.838,96	14.076,87	622.004,21	‡ 103.887,37	‡ 70.168,08
49	12/01/19	6.362,26	8.838,96	14.001,19	613.366,26		
50	11/02/19	6.287,77	8.838,96	13.928,72	604.726,32		
51	13/03/19	6.213,30	8.838,96	13.852,24	596.087,37		
52	12/04/19	6.138,82	8.838,96	13.777,77	587.448,42		
53	12/05/19	6.064,34	8.838,96	13.703,29	578.808,47		
54	11/06/19	4.989,87	8.838,96	13.628,82	570.170,53		
55	11/07/19	4.816,39	8.838,96	13.554,34	561.531,58		
56	10/08/19	4.840,82	8.838,96	13.479,86	552.892,63		
57	09/09/19	4.766,44	8.838,96	13.405,39	544.253,68		
58	09/10/19	4.891,97	8.838,96	13.330,91	535.614,74		
59	08/11/19	4.817,49	8.838,96	13.256,44	526.975,79	CAPITAL	INTERESES
60	08/12/19	4.643,01	8.838,96	13.181,96	518.336,84	‡ 103.887,37	‡ 69.431,58
61	07/01/20	4.468,54	8.838,96	13.107,49	509.697,89		
62	06/02/20	4.384,06	8.838,96	13.033,01	501.058,95		
63	07/03/20	4.319,59	8.838,96	12.958,53	492.420,00		
64	06/04/20	4.245,11	8.838,96	12.884,06	483.781,06		
65	06/05/20	4.170,64	8.838,96	12.809,58	475.142,11		
66	05/06/20	4.096,16	8.838,96	12.735,11	466.503,16		
67	05/07/20	4.021,68	8.838,96	12.660,63	457.864,21		
68	04/08/20	3.847,21	8.838,96	12.586,16	448.225,26		
69	03/09/20	3.872,73	8.838,96	12.511,68	440.586,32		
70	03/10/20	3.788,26	8.838,96	12.437,21	431.947,37		
71	02/11/20	3.723,78	8.838,96	12.362,73	423.308,42	CAPITAL	INTERESES
72	02/12/20	3.849,31	8.838,96	12.288,26	414.669,47	‡ 103.887,37	‡ 48.707,07
73	01/01/21	3.674,83	8.838,96	12.213,78	406.030,53		
74	31/01/21	3.600,36	8.838,96	12.139,30	397.391,58		
75	02/03/21	3.425,88	8.838,96	12.064,83	388.752,63		
76	01/04/21	3.351,40	8.838,96	11.990,35	380.113,68		
77	01/05/21	3.276,93	8.838,96	11.915,88	371.474,74		
78	31/05/21	3.202,45	8.838,96	11.841,40	362.835,79		
79	30/06/21	3.127,98	8.838,96	11.766,92	354.196,84		
80	30/07/21	3.053,50	8.838,96	11.692,45	345.557,89		
81	29/08/21	2.979,03	8.838,96	11.617,97	336.918,95		
82	28/09/21	2.904,55	8.838,96	11.543,50	328.280,00		
83	28/10/21	2.830,07	8.838,96	11.469,02	319.641,06	CAPITAL	INTERESES
84	27/11/21	2.755,60	8.838,96	11.394,55	311.002,11	‡ 103.887,37	‡ 37.882,58
85	27/12/21	2.681,12	8.838,96	11.320,07	302.363,16		
86	26/01/22	2.606,65	8.838,96	11.245,59	293.724,21		
87	25/02/22	2.532,17	8.838,96	11.171,12	285.085,26		
88	27/03/22	2.457,70	8.838,96	11.096,64	276.446,32		
89	26/04/22	2.383,22	8.838,96	11.022,17	267.807,37		
90	26/05/22	2.308,75	8.838,96	10.947,69	259.168,42		
91	25/06/22	2.234,27	8.838,96	10.873,22	250.529,47		
92	25/07/22	2.159,79	8.838,96	10.798,74	241.890,53		
93	24/08/22	2.085,32	8.838,96	10.724,27	233.251,58		
94	23/09/22	2.010,84	8.838,96	10.649,79	224.612,63		
95	23/10/22	1.936,37	8.838,96	10.575,31	215.973,68	CAPITAL	INTERESES
96	22/11/22	1.861,89	8.838,96	10.500,84	207.334,74	‡ 103.887,37	‡ 27.258,08
97	22/12/22	1.787,42	8.838,96	10.426,36	198.695,79		
98	21/01/23	1.712,94	8.838,96	10.351,89	190.056,84		
99	20/02/23	1.638,46	8.838,96	10.277,41	181.417,89		
100	22/03/23	1.563,99	8.838,96	10.202,94	172.778,95		
101	21/04/23	1.489,51	8.838,96	10.128,46	164.140,00		
102	21/05/23	1.415,04	8.838,96	10.053,98	155.501,06		
103	20/06/23	1.340,56	8.838,96	9.979,51	146.862,11		
104	20/07/23	1.266,09	8.838,96	9.905,03	138.223,16		
105	19/08/23	1.181,61	8.838,96	9.830,56	129.584,21		
106	18/09/23	1.117,13	8.838,96	9.756,08	120.945,26		

Elaborado por: E l Autor

Tabla 51/E2.

Tabla de Amortización-Activos Fijos

ACTIVOS FIJOS					
# de pago	Fecha	Interés	Capital Pagado	Pago Mensual	Saldo
0	03/01/15	Aprobación del Préstamo			\$ 984.840,00
1	02/02/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
2	04/03/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
3	03/04/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
4	03/05/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
5	02/06/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
6	02/07/15	8.490,22	0,00	8.490,22	984.840,00
7	01/08/15	8.490,22	8.638,95	17.129,17	976.201,05
8	31/08/15	8.415,75	8.638,95	17.054,70	967.562,11
9	30/09/15	8.341,27	8.638,95	16.980,22	958.923,16
10	30/10/15	8.266,80	8.638,95	16.905,74	950.284,21
11	29/11/15	8.192,32	8.638,95	16.831,27	941.645,26
12	29/12/15	8.117,85	8.638,95	16.756,79	933.006,32
13	28/01/16	8.043,37	8.638,95	16.682,32	924.367,37
14	27/02/16	7.968,89	8.638,95	16.607,84	915.728,42




116	14/07/24	372,38	8.638,95	9.011,33	34.555,79
117	13/08/24	297,90	8.638,95	8.936,85	25.916,84
118	12/09/24	223,43	8.638,95	8.862,37	17.277,89
119	12/10/24	148,95	8.638,95	8.787,90	8.638,95
120	11/11/24	74,48	8.638,95	8.713,42	0,00
		\$ 539.129,20	\$ 984.840,00	\$ 1.523.969,20	
		INTERESES	CAPITAL	TOTAL PAGADO	

Elaborado por: El Autor

Tabla 52/E3.

Tabla de Amortización- Capital de Trabajo

CAPITAL DE TRABAJO					
# de pago	Fecha	Interés	Capital Pagado	Pago Mensual	Saldo
0	03/01/15	Aprovación del Préstamo			\$ 133.618,18
1	02/02/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
2	04/03/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
3	03/04/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
4	03/05/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
5	02/06/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
6	02/07/15	1.151,91	0,00	1.151,91	133.618,18
7	01/08/15	1.151,91	4.453,94	5.605,85	129.164,24
8	31/08/15	1.113,51	4.453,94	5.567,45	124.710,30
9	30/09/15	1.075,12	4.453,94	5.529,06	120.256,36
10	30/10/15	1.036,72	4.453,94	5.490,66	115.802,42
11	29/11/15	998,32	4.453,94	5.452,26	111.348,48
12	29/12/15	959,93	4.453,94	5.413,87	106.894,54
13	28/01/16	921,53	4.453,94	5.375,47	102.440,60
14	27/02/16	883,13	4.453,94	5.337,07	97.986,66
					
31	21/07/17	230,38	4.453,94	4.684,32	22.269,70
32	20/08/17	191,99	4.453,94	4.645,92	17.815,76
33	19/09/17	153,59	4.453,94	4.607,53	13.361,82
34	19/10/17	115,19	4.453,94	4.569,13	8.907,88
35	18/11/17	76,79	4.453,94	4.530,73	4.453,94
36	18/12/17	38,40	4.453,94	4.492,34	0,00
		\$ 24.766,09	\$ 133.618,18	\$ 158.384,27	
		INTERESES	CAPITAL	TOTAL PAGADO	

Elaborado por: El Autor



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Ontaneda Cordero Claudia Raquel, con C.C: # 1103932669 autor(a) del trabajo de titulación: *“ESTUDIO DE LA DEMANDA SOCIAL PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN TRAUMATOLOGÍA PARA EL ADULTO MAYOR, UBICADO EN EL SECTOR SUR DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO”* 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, 21 de Julio de 2016

f. _____
Nombre: Ontaneda Cordero Claudia Raquel
C.C: 1103932669



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTUDIO DE LA DEMANDA SOCIAL PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN TRAUMATOLOGÍA PARA EL ADULTO MAYOR.		
UBICADO EN EL SECTOR SUR	DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Claudia Raquel Ontaneda Cordero		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Laura Vera Salas, Cinthya Game Varas, María del Carmen Lapo Maza.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de julio de 2016	No. DE PÁGINAS:	191
ÁREAS TEMÁTICAS:	Administración y Gerencia Hospitalaria, Estudio de la Demanda Social, Factibilidad Financiera, Creación de un Centro de Traumatología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	DEMANDA SOCIAL, VIABILIDAD, CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA, ADULTOS MAYORES. (SOCIAL DEMAND, VIABILITY TRAUMA CENTER, SENIORS.)		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo analizar la demanda social que permita conocer la viabilidad del servicio para la creación de un centro de traumatología para el adulto mayor en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito. La investigación se la realizó a todos los habitantes del área urbana y rural del Distrito Metropolitano de Quito. Como metodología de la investigación se utilizó el tipo de investigación de alcance cuantitativo y no cuantitativo de diseño no experimental, ya que permitió concluir las necesidades de unos en base a las ofertas de otros. El análisis partió con la revisión de la literatura y el marco conceptual, estos dos acápites permitieron identificar los factores que inciden en las necesidades de salud de ese grupo etario y así plantear soluciones para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el sector poblacional escogido. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la encuesta y una guía de entrevistas. Las encuestas fueron dirigidas a los familiares de los Adultos Mayores y las entrevistas a profesionales de la salud. Los resultados indican que no existen centros especializados en Traumatología en el Sur del Distrito Metropolitano de Quito y que existe la demanda social esperada. La factibilidad financiera partiendo de los requerimientos de recursos materiales, humanos y financieros fueron positivos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593 + 984364930	E-mail: claudia_ontanedarc@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			