



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
INGENIERÍA EN GESTIÓN DE GOBIERNOS SECCIONALES

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

INGENIERO EN GESTIÓN DE GOBIERNOS SECCIONALES

TEMA:

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO ESPECIALIZADO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL GAD PROVINCIAL DE ORELLANA, PERIODO 2017- 2020.

AUTOR:

JIMMY GABRIEL MOROCHO NAPA

ORELLANA - ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que el presente trabajo de titulación, ha sido desarrollado por el Sr. Jimmy Gabriel Morocho Napa, quien ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.

Ing. Marlene Beatriz Barba Ramírez
DIRECTORA

Ing. Yolanda Patricia Moncayo Sánchez
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Jimmy Gabriel Morocho Napa, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Riobamba, 15 de agosto de 2017

Jimmy Gabriel Morocho Napa,
C.C. 210062963-9

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación va dedicado de manera muy especial para mis padres Flor y Carlos, para mis hermanos Jaqueline, Wagner, Carlitos y Mariana, a mis sobrinos Roger, Dilan y Gabriela quienes fueron mi inspiración y el más grande orgullo en mi vida, quienes confiaron desde el primer momento en que lograría cumplir el objetivo de ser un profesional, sin importar el sacrificio que como familia se tuviera que hacer

A mis compañeros con quienes compartí bellos e inolvidables momentos en las aulas estudiantiles.

Jimmy Gabriel

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por haberme dado la vida a pesar de mis condiciones físicas estoy muy agradecido con El por haberme regalado una inteligencia increíble para poder cumplir con todos mis objetivos propuesto, a mis padres por haberme brindado su apoyo incondicional quienes supieron guiarme hacia el camino correcto a mis hermanos, a cada uno de los docentes que impartieron sus conocimientos hacia mi persona, a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo quien me abrió sus puertas para poder continuar con mis estudios profesionales.

También agradezco al padre Miguel Ángel, a la hermanita Manuela Martínez y a la hermana Magdalena quienes fueron un pilar fundamental en mi etapa de la secundaria.

Jimmy Gabriel

ÍNDICE GENERAL

Portada	i
Certificación del Tribunal	ii
Declaración de Autenticidad.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice General.....	vi
Índice de Tablas	x
Índice de Gráficos	xi
Índice de Anexos	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1 Formulación del Problema.....	4
1.1.2 Delimitación del Problema	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS	8
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	9
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	9
2.1.1 Antecedentes Históricos	11
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	14
2.2.1 Gestión Estratégica	14
2.2.2 Ventajas de la Gestión Estratégica.....	14
2.2.3 Discapacidad.....	15
2.2.4 Tipos de discapacidad.....	16
2.2.4.1 Discapacidad cognitiva	16
2.2.4.2 Discapacidad física	16
2.2.4.3 Discapacidad visual	16

2.2.5	Medicina física y rehabilitación.....	17
2.2.6	¿Qué es estimulación temprana?.....	19
2.2.6.1	¿Para qué estimular?	21
2.2.6.2	¿Cómo intervenir?.....	21
2.2.7	Fundamentación Científica	21
2.2.8	Terapias.....	27
2.2.8.1	Fisioterapias	27
2.2.8.2	Masoterapia.....	28
2.2.8.3	Kinesioterapia, o Terapia por el Movimiento	28
2.2.8.4	Ejercicios Terapéuticos.....	28
2.2.8.5	Control motor.....	28
2.2.8.6	Estiramientos Analíticos en Fisioterapia	29
2.2.8.7	Obstrucción bronquial.....	29
2.2.8.8	Hiperinsuflación toracopulmonar	29
2.2.9	Beneficios para la familia y la sociedad.....	29
2.2.10	Calidad de vida en los discapacitados.....	30
2.3	MARCO CONCEPTUAL	30
2.3.1	El Desarrollo Social Inclusivo en el Ecuador	34
2.4	IDEA A DEFENDER	35
2.5	VARIABLES	35
2.5.1	Variable Independiente	35
2.5.2	Variable Dependiente	35
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		35
3.1	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.2	TIPOS DE INVESTIGACIÓN	39
3.2.1	Objetivos de los Tipos de Investigación	39
3.2.2	Histórica, Descriptiva y Experimental.....	40
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.3.1	Población	41
3.3.2	La Muestra	41
3.4	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	43
3.4.1	Métodos	43
3.4.2	Técnicas	44
3.4.3	Instrumentos.....	45

3.5	RESULTADOS	46
3.5.1	Evaluación de la Información	58
3.5.1.1	Diagnostico Externo	58
3.5.1.2	Cruce Estratégico Externo	60
3.5.1.3	Conclusión General.....	61
3.6	Verificación de la IDEA a defender	62
CAPÍTULO IV: MARCO PROPOSITIVO		63
4.1	TÍTULO	63
4.2	CONTENIDO DE LA PROPUESTA.....	63
4.2.1	Antecedentes	63
4.2.2	Estudio de Mercado	64
4.2.2.1	Finalidad del Estudio de Mercado.....	64
4.2.2.2	Objetivos del estudio de mercado	64
4.2.2.3	Descripción del servicio.....	65
4.2.2.4	Mercado meta	66
4.2.2.5	Segmento de mercado	66
4.2.2.6	Análisis de la demanda	66
4.2.2.7	Demanda actual del proyecto	67
4.2.2.8	Proyección de la demanda	67
4.2.2.9	Oferta	68
4.2.2.10	Demanda Insatisfecha	69
4.2.2.11	Servicios a ofertar	69
4.2.2.12	Publicidad	70
4.2.2.13	Calidad de Servicio	70
4.2.3	Estudio Técnico	71
4.2.3.1	Localización del Proyecto.....	72
4.2.3.2	Tamaño del Proyecto	75
4.2.3.3	Distribución en Planta.....	76
4.2.3.4	Flujo grama de proceso.....	78
4.2.3.5	Costos de Producción.....	79
4.2.3.6	Elementos estratégicos.....	83
4.2.4	Estudio Administrativo y Legal	83
4.2.4.1	Denominación del Centro	84
4.2.4.2	Objetivos.....	84

4.2.4.3	Misión Institucional	84
4.2.4.4	Visión Institucional.....	84
4.2.4.5	Principios Institucionales	85
4.2.4.6	Orgánico Estructural	85
4.2.4.7	Tramitología.....	86
4.2.4.8	Requerimiento de Personal	87
4.2.5	Estudio Financiero	90
4.2.5.1	Inversión Inicial	90
4.2.5.2	Capital de Trabajo.....	91
4.2.5.3	Financiamiento.....	92
4.2.5.4	Ingresos	93
4.2.5.5	Costos y Gastos del Proyecto.....	94
4.2.5.6	Estado Proforma de Resultados	94
4.2.6	Evaluación Financiera.....	96
4.2.6.1	Valor Actual Neto	96
4.2.6.2	Tasa Interna de Retorno	97
4.2.6.3	Relación Beneficio Costo	98
4.2.7	Resumen de Indicadores	99
4.2.7.1	Análisis de Impactos	99
4.2.7.2	Impacto Social	99
4.2.7.3	Impacto Económico	101
4.2.7.4	Indicadores Sociales	102
4.2.7.5	Pobreza y pobreza extrema por ingresos	103
4.2.7.6	Impacto Educativo	104
4.2.7.7	Impacto Ambiental	105
4.2.7.8	Impacto General.....	106
	CONCLUSIONES	108
	RECOMENDACIONES.....	109
	BIBLIOGRAFÍA	110
	ANEXOS	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad	47
Tabla 2: Género	48
Tabla 3. Tiene usted más de un familiar con discapacidad	49
Tabla 4: Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación	50
Tabla 5. Tipo de discapacidad	51
Tabla 6: Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación.....	52
Tabla 7: Con que frecuencia necesita rehabilitación	53
Tabla 8: le gustaría que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada.	54
Tabla 9: Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia	55
Tabla 10: Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia.....	56
Tabla 11: Tener centro de atención en la ciudad	57
Tabla 12: Tipo de discapacidad en la provincia de Orellana	67
Tabla 13: Proyección de la demanda	68
Tabla 14: Atención anual a personas con discapacidad.....	75
Tabla 15: Proyección de atención de pacientes	75
Tabla 16: Terrenos y Edificios.....	79
Tabla 17: Vehículos	80
Tabla 18: Maquinaria, Tecnología y Equipos.....	80
Tabla 19: Muebles y Enseres	81
Tabla 20: Equipo de Protección Personal	81
Tabla 21: Suministros de Aseo	82
Tabla 22: Útiles de Oficina	82
Tabla 23: Gastos de Constitución	82
Tabla 24: Servicios Básicos	83
Tabla 25: Servicios Básicos	83
Tabla 26: Requerimiento de Personal.....	87
Tabla 27: Costos Mano de Obra Personal Administrativo	88
Tabla 28: Costos Mano de Obra Personal Operativo	89
Tabla 29: Inversión Inicial.....	90
Tabla 30: Capital de Trabajo	91
Tabla 31: Costos Fijos	91

Tabla 32: Costos Variables	92
Tabla 33: Fuente y Usos del Proyecto	92
Tabla 34: Servicios y Costos del Proyecto	93
Tabla 35: Ingresos del Proyecto	93
Tabla 36: Costos y Gastos del Proyecto	94
Tabla 37: Estado Proforma de Resultados	95
Tabla 38: Flujo de Caja.....	96
Tabla 39: Valor Actual Neto.....	97
Tabla 40: Tasa Interna de Retorno.....	97
Tabla 41: Relación Beneficio Costo	98
Tabla 42: Resumen de Indicadores.....	99
Tabla 43: Calificación Impacto Social.....	100
Tabla 44: Calificación Impacto Económico	101
Tabla 45: Calificación Impacto Educativo	104
Tabla 46: Calificación Impacto Ambiental.....	105
Tabla 47: General.....	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad.....	47
Gráfico 2: Género	48
Gráfico 3: Tiene usted más de un familiar con discapacidad	49
Gráfico 4: Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación	50
Gráfico 5: Tipo de discapacidad	51
Gráfico 6: Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación.....	52
Gráfico 7: Con que frecuencia necesita rehabilitación	53
Gráfico 8: Que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada. .	54
Gráfico 9: Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia.....	55
Gráfico 10: Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia	56
Gráfico 11: Tener centro de atención en la ciudad	57
Gráfico 12: Mapa Base del Cantón Francisco de Orellana.....	72
Gráfico 13: Terreno para la implantación del Centro Especializado de Rehabilitación.	74

Gráfico 14: Plano Arquitectónico de Zona de parqueaderos y acceso	77
Gráfico 15: Plano Arquitectónico de Centro de Acondicionamiento Físico	77
Gráfico 16: Diagrama de Flujo Proceso de Admisión	78
Gráfico 17: Diagrama de Flujo Proceso de Plan Familiar	79
Gráfico 18: Organigrama Estructural	86

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Encuestas.....	112
Anexo 2: Tipos de discapacidad	114
anexo 3 TIPOS DE REHABILITACIÓN.....	115

RESUMEN

Tomando en cuenta que el proceso de modernización y desarrollo de la sociedad requiere de nuevos e indispensables servicios; y luego de analizar la situación de las personas con discapacidad y sus familias en la provincia de Orellana, se planteó efectuar una investigación que permita formular el Estudio de Factibilidad para la creación de un Centro Especializado de Rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, cuya denominación es “CAERDIS”, para lo cual se realizaron los estudios de mercado, técnico, administrativo y legal, financiero. Con la finalidad de establecer la viabilidad de la propuesta desde que se determina la existencia de demanda para el servicio que se va a ofertar, que para el presente caso si existe, en el estudio técnico se estableció el diseño de planta es decir la infraestructura necesaria para otorgar servicios de calidad, así como los procesos que deben desarrollarse así como los respectivos costos de producción. En el estudio Administrativo Legal se estableció la filosofía empresarial, el organigrama estructural a través del cual se pondrían en marcha los diferentes procesos, además de definir el personal para las áreas de administración, médica y de servicios necesarios para su adecuado funcionamiento. El estudio financiero permitió establecer que la presente propuesta no se lo va a realizar con finalidades de lucro ya que los indicadores de rentabilidad fueron negativos, lo que se pudo contrarrestar con el análisis de impacto social y económico que registran resultados altamente positivos ya que demuestran los beneficios en términos de bienestar de las personas con discapacidad, sector vulnerable que requiere de la atención oportuna y de calidad que les permita mejorar su calidad de vida personal así como la de sus familias.

Ing. Marlene Beatriz Barba Ramírez
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

ABSTRACT

The present feasibility study for the creation of a specialized rehabilitation center for people with disabilities in the Orellana Provincial Decentralized Autonomous Government (GAD). Period 2017-2020. It has the purpose of determining if this project is feasible, providing adequate attention to people with disabilities from the province. For the development of the project, a direct observation was carried out, identifying and evaluating the population's existing needs respect to the vulnerable groups. An interview guide was also used through structured questions, achieving the expression of criteria. Finally, a conducted survey was devised up for people of the province as a way of sounding public opinion on the project. As a result of the investigation was known that total demand is 7.262 representing 5,3% corresponding to 100% of vulnerable people, and the total supply in 10% of services rendered by the Ministry of Public Health (MSP), giving an unsatisfied demand between 90% of people with disabilities. The financial study determined that for the startup of the project requires an investment of \$ 377.402,34, the financial evaluation in relation to the Net Present Value (VAN) is of 232.353,40, being a value against the investment and the Internal Rate of Return. (TIR) is of 6.42%, A non-attractive rate for investment, financially the project is not feasible but socially if it is, because it will be helping to give a solution for a vulnerable social group.

Keywords: <ECONOMIC AND ADMINISTRATIVE SCIENCES> < FEASIBILITY STUDY> < PEOPLE WITH DISABILITIES < SOCIAL PROJECT> < ORELLANA (PROVINCE) >.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación científica denominada Estudio de Factibilidad para la creación de un Centro de Rehabilitación física para discapacitados en la provincia de Orellana, ha sido desarrollada bajo la modalidad de Proyecto.

Para una fácil comprensión de lo investigado, se ha utilizado un lenguaje claro y sencillo. El informe final está estructurado en siete capítulos, los mismos que contienen el material recogido, analizado y elaborado, siguiendo una secuencia lógica y ordenada.

El Capítulo I contiene el planteamiento del problema en el que se determina la poca planificación para poder realizar una adecuada gestión inclusiva de las diferentes discapacidades a través del GAD Provincial de Orellana, ha sido la causa para que no exista una orientación práctica y ágil en el manejo de técnicas y herramientas para la implementación de la estrategia de rehabilitación para personas con discapacidades.

El Capítulo II se desarrollan los antecedentes investigativos para lo que se ha procedido a revisar en los archivos de la biblioteca de la facultad de Administración de Empresas en los que se han hallado tesis de contenidos similares y muy bien desarrolladas, las mismas que servirán de guía para el desarrollo del presente trabajo.

El Capítulo III se detalla la modalidad de la investigación, en donde se trata de un esfuerzo intelectual mediante el cual la persona se informa acerca de determinados temas, con el fin de que ciertos conocimientos queden internalizados y se integren al sistema cognitivo. La investigación se encauzó a describir las variables, utilizando la investigación de campo y bibliográfica, para responder a la pregunta: ¿Realizar el estudio de factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, período 2017- 2020? ¿Permitirá un trato justo y equitativo a las personas con discapacidades como lo manda la constitución?

El Capítulo IV trata de la Propuesta que es la Aplicación del estudio de campo, mismo que está enfocado a establecer la factibilidad para implementar un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad, para lo cual se desarrollaran los diferentes estudios como son el de Mercado, Técnico, Administrativo Legal y Financiero, lo que permitirá determinar si la propuesta es viable.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La poca planificación para poder realizar una adecuada gestión inclusiva de las diferentes discapacidades a través del GAD Provincial de Orellana, ha sido la causa para que no exista una orientación práctica y ágil en el manejo de técnicas y herramientas para la implementación de la estrategia de rehabilitación para personas con discapacidades.

La incorrección por parte de las autoridades locales, facilitadores, técnicos de la SETEDIS, para implementar Estrategias que permitan un trato justo a todas las personas con y sin discapacidad y sus familias, ha sido factor primordial para que exista un marginamiento por parte de la sociedad hacia las personas con discapacidades y una vergüenza en los senos de los hogares con familiares a los que se les presenta este tipo de problemática, sin importar tampoco si es discapacidad física o intelectual.

Se deberá considerar la carencia de un centro de rehabilitación especializado en toda la provincia, en cuanto a la creación de sitios acordes a ciertas discapacidades, además se puede evidenciar la escasa existencia de centros de rehabilitación física para la población, esto se debe principalmente al bajo número de profesionales o inversionistas privados dispuestos a emprender este tipo de negocio.

Por otra parte también se encuentra la marcada desconfianza que poseen al momento de solicitar los servicios médicos de la localidad, esto es originado por un alto índice de insatisfacción en los resultados de los tratamientos adquiridos anteriormente en centros médicos en la zona oriente de nuestro país.

Otra problemática, es el alto flujo de inversión que se requiere para implementar un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en la provincia; este problema es generado por las altas tasas de interés o las garantías reales que solicitan las entidades financieras para otorgar los créditos, mientras que en el campo

político no se denota como un mercado aceptable de votos por ser reducido y las inversiones altas.

Finalmente un factor importante que incide en gran manera es la dificultad que tienen los pacientes para movilizarse a las grandes ciudades que posean estos centros, en busca de una mejor atención, el cual ocasiona una pérdida de tiempo y un mayor gasto económico.

1.1.1 Formulación del Problema

El estudio de factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, periodo 2017- 2020. ¿Permitirá brindar una atención adecuada a las personas con discapacidad de la provincia?

1.1.2 Delimitación del Problema

Determinar si es factible la creación de un centro de rehabilitación para personas con discapacidad en la provincia de Orellana.

Para la realización de este trabajo de investigación se desarrollarán los siguientes procesos en la Provincia de Orellana, como: encuestas e entrevistas a población.

El presente trabajo de investigación se encuentra enfocado a la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad, a fin de lograr la inclusión social de personas con discapacidad, a partir del periodo 2017.”

La presente investigación será de campo, ya que proporcionara conocimientos sobre el problema que presenta actualmente la comunidad, en materia de inserción laboral de personas discapacitadas del cantón, razón por la cual se puede realizar un diagnóstico, ampliar y fundamentar la presentación de propuestas a través de este trabajo.

Delimitación espacial:

El presente trabajo de investigación consiste en realizar un estudio para conocer la factibilidad de un centro de rehabilitación para personas con capacidades especiales y la implementación de servicios en la atención de personas con discapacidad de la provincia de Orellana a través del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Orellana.

Delimitación Temporal:

Periodo: 1 de enero 2017 y el 31 de diciembre de 2020.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se tiene que tener presente que la Constitución de la República del Ecuador del 2008 en los artículos 47, 48 y 49 establece una nueva forma de convivencia ciudadana, en igualdad de condiciones, diversidad y armonía con la naturaleza, para alcanzar el buen vivir; contempla un cambio radical y rupturas profundas en paradigmas de equidad, inclusión, participación y empoderamiento de la ciudadanía, una nueva forma de conceptos y valores ciudadanos, una sociedad crítica, creativa y solidaria y equitativa, donde se fortalece la cohesión social, habla sobre las personas con discapacidad en el que se establece que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades de manera conjunta con la sociedad y la familia equipara oportunidades para la inclusión y atención social, reconociendo los derechos de atención gratuita y especializada en las entidades públicas y privadas que presentan servicios de salud, educación, social, trabajo, vivienda , sin dejar de lado que a las personas y a las familias se encuentren cubiertas por la seguridad social y reciban capacitación periódica para mejorar la calidad de vida.

El Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización establece las condiciones para que los grupos vulnerables sean de atención prioritaria en cobertura de servicios, planes y programas del estado.

Del mismo modo la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad ratificada por el Ecuador en el 2008, manifiesta la importancia de promover proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad.

La Rehabilitación Basada en la Comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad (posición conjunta, OMS, OIT, UNESCO 2004). Se la deberá desarrollar en los diferentes grupos sociales organizados de discapacitados de la provincia de Orellana, que a través del GAD provincial se los brinde la rehabilitación requerida para poder volverse en fuerza económicamente activa de la provincia.

En base a los instrumentos como el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017, Ley Orgánica de Discapacidades, Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, la Agenda Nacional para Igualdad en Discapacidades, Agenda Social, etc.

El Ecuador se compromete a efectivizar los derechos de las personas con discapacidad y sus familias para alcanzar el Buen Vivir a través del acceso a bienes, servicios con calidad y calidez.

El Gobierno central a través de la Vicepresidencia de la Republica a cargo de Lenin Moreno, creo el programa “Misión Solidaria Manuela Espejo” encargado de realizar el primer Estudio Biopsicosocial clínico y genético de las personas con discapacidad en el Ecuador, en su propio entorno familiar y social, teniendo en cuenta sus reales necesidades.

Según la guía de Rehabilitación Básica en la Comunidad (RBC) de Introducción (2012) La Matriz de RBC consiste de cinco componentes clave: la salud, la educación, la subsistencia, componente social y fortalecimiento. Dentro de cada componente, hay

cinco elementos. Los primeros cuatro componentes se relacionan con sectores de desarrollo claves, reflejando el enfoque multisectorial de la RBC.

El componente final se relaciona con el fortalecimiento de las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades; lo cual es fundamental para asegurar el acceso a cada sector de desarrollo y, así, mejorar la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos para las personas con discapacidad, además el ordenamiento territorial establece las condiciones para que los grupos vulnerables sean de atención prioritaria en cobertura de servicios, planes y programas del Estado.

Esta investigación se efectúa con el propósito definido de conocer si es viable o no desde el punto de vista financiero para llevar a cabo la inversión que permita la creación de esta empresa pública que será administrada por el GAD provincial dedicada a la prestación de servicios de salud. Además, notando la tasa de desempleo que existe en la actualidad se podrán beneficiar a los nuevos profesionales con esta nueva empresa pública que brinde este servicio. Por lo que la empresa pública requiere de este estudio para incrementar rentabilidad y extender sus servicios para los clientes insatisfechos. Ha de recordarse que toda empresa pública busca brindar servicios de calidad mas no obtener un lucro o rédito económico.

El presente proyecto está enfocado en la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad que sirva para una adecuada inserción en los sistemas productivos con la toma de decisiones acertadas en el proceso de desarrollo a través de una acción eficiente, eficaz y efectiva y así permitir su independencia económica, dentro de nuestra sociedad actual.

Es de vital importancia un estudio de factibilidad hoy en día, puesto que pretende conocer la viabilidad para implementar un proyecto de inversión, por tal motivo Varela, (1997, pág. 22) expresa “Se entiende por Factibilidad las posibilidades que tiene de lograrse un determinado proyecto”.

Con el estudio de factibilidad, se persigue la disminución de la incertidumbre en las inversiones de capital, como nos advierte Anzola, (2010, pág. 33) “Es el análisis de una empresa para determinar si el negocio que se propone será bueno o malo, y en qué

condiciones se debe desarrollar para volverlo exitoso y si el negocio propuesto contribuye con la conservación, protección o restauración de los recursos naturales y ambientales”.

Estos argumentos permiten tener una base legal y una imagen que desde el Gobierno Central brindan el apoyo para la institucionalidad de una metodología que permita la creación de Centros Especializados para personas con discapacidad, tras la realización de un estudio de factibilidad serio y acorde a la realidad de cada sector donde se lo aplicara, como es en la provincia de Orellana, a través del GAD Provincial.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Realizar el estudio de factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, período 2017- 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la viabilidad del proyecto a través de un estudio en el mercado en la provincia de Orellana.
- Definir el marco teórico para la fundamentación del estudio.
- Determinar la factibilidad del proyecto mediante el estudio técnico, administrativo y financiero

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Para determinar los antecedentes investigativos se ha procedido a revisar en los archivos de la biblioteca de la facultad de Administración de Empresas en los que se han hallado tesis de contenidos similares y muy bien desarrolladas, las mismas que servirán de guía para el desarrollo del presente trabajo, y que a continuación se enuncian:

Título: Estudio de factibilidad para la implementación de un centro eco turístico en el cantón Joya de los Sachas, provincia de Orellana

Autor: Vélez paredes, Ximena Alexandra.

Año: 2016.

La presente investigación propone: realizar un estudio de factibilidad para la implementación de un Centro Eco turístico en el cantón Joya de los Sachas, Provincia de Orellana; se utilizó técnicas de investigación bibliográfica y de campo, determinando la demanda objetivo donde se utilizó el 20% de la demanda insatisfecha; porcentaje que se estableció de acuerdo a una estimación razonable de los posibles visitantes. Posteriormente se analizó la oferta actual y se identificaron atractivos turísticos de la zona que pueden ser frecuentados por visitantes, disfrutando de la flora y fauna del lugar. En la provincia de estableció como potenciales clientes a turistas nacionales provenientes de las ciudades de Quito, Riobamba y a turistas extranjeros provenientes de los Estados Unidos quienes con mayor periodicidad acuden a este lugar teniendo gran aceptación en los sectores analizados para la creación del proyecto. En el estudio técnico se formuló la planificación filosófica y estratégica de la empresa, se realizó el estudio de mercadotecnia y el estudio de impacto ambiental aplicando la matriz Lázaro Lagos. Se estructuró la parte organizativa de la empresa con su manual de funciones y reglamento. La parte legal sustentó el proyecto en las leyes ecuatorianas relacionadas con el sector turístico. En el estudio económico se determinó una inversión total de \$ 527250.20. Se calcularon costos e ingresos, balance general, flujo de caja y el punto de equilibrio. Para la evaluación financiera se calculó el VAN: \$ 1288184.04. La relación B/C: \$ 2.44 y el TIR: 25% con un periodo de recuperación a partir del tercer año. Se

concluye que el proyecto es factible generando beneficios sociales, económicos y ambientales. Palabras claves: Centro Eco turístico Sacha Kawsay, estudio de factibilidad, atractivos naturales y culturales

Título: “Proyecto de Factibilidad para la creación de la Empresa Municipal de producción y comercialización de productos de limpieza en el cantón Riobamba, a fin de lograr la inclusión económica de personas con discapacidad, a partir del periodo 2016.”

Autor: Almeida Mazón Ermita Tatiana.

Año: 2016.

El presente Proyecto Investigativo tiene como tema “Proyecto de factibilidad para la creación de la empresa municipal de producción y comercialización de productos de limpieza en el cantón Riobamba, a fin de lograr la inclusión económica de personas con discapacidad, a partir del periodo 2016”. La empresa se denominará “RIO LIMPIA”, Según los estudios de Mercado y Financieros que se han realizado se determinó la demanda insatisfecha de productos de limpieza en el cantón Riobamba por lo que la puesta en marcha del proyecto necesita una inversión económica de 829.514,07 USD, por parte del GAD Municipal de esta ciudad, inversión que será recuperada al cumplirse el tercer año de labor de dicha empresa. La idea es ofertar al mercado riobambeño productos de limpieza para el hogar, de excelente calidad, a un precio cómodo, con una presentación moderna y llamativa. Las actividades de producción, comerciales y administrativas de la empresa serán en el sector del parque Industrial de esta ciudad. La publicidad y propaganda se realizará mediante cuñas televisivas y radiales, así como mediante la elaboración de gigantografías que serán ubicadas en los principales mercados municipales de la ciudad. En el presente proyecto se ha obtenido un Valor Actual Neto mayor a 0, por lo que el proyecto es factible realizarlo, ya que generará ganancias por encima de la rentabilidad exigida, La Tasa Interna de Retorno es del 24,16%. Se considera que este proyecto logrará el éxito deseado principalmente por tener una finalidad de ayuda social, de inserción laboral a las personas que por muchos años han sido discriminadas y que no han sido tomadas en cuenta sus habilidades y sus deseos de superación y de autonomía económica.

2.1.1 Antecedentes Históricos

La Fisioterapia se basa en procedimientos físicos científicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad, o lesión, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y de evitar una disfunción o deformidad. Los tratamientos están diseñados para reducir al máximo la incapacidad física residual, para acelerar la convalecencia, y para contribuir a la comodidad y bienestar del paciente. La fisioterapia se prescribe en pacientes con trastornos ortopédicos, neurológicos, vasculares y respiratorios, que pueden ser congénitos, incapacidades adquiridas por enfermedades o traumatismos, o disfunciones hereditarias. Los fisioterapeutas laboran en hospitales, centros de rehabilitación, clínicas, y centros para niños discapacitados; y en centros locales, estatales y privados. Además de la atención directa al paciente, los fisioterapeutas participan en otras áreas como consultas, supervisión, enseñanza, administración e investigación.

La palabra Fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas *physis* que significa Naturaleza y *therapeia* que significa Tratamiento. Esto quiere decir que etimológicamente la Fisioterapia es “Tratamiento por la Naturaleza”, aunque hoy en día se reconoce más como “Tratamiento por Agentes Físicos”. El cambio del sentido etimológico se consolida a partir de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en 1958 define a la Fisioterapia como “el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad”.

Este concepto es fundamental en la Fisioterapia ya que hace mención al ejercicio terapéutico por lo que incorpora un elemento fundamental que tiene el fisioterapeuta y que es el ejercicio desde una concepción terapéutica por medio del movimiento. Desde la antigüedad existen numerosos antecedentes del uso de agentes físicos con fines terapéuticos. En efecto, desde los hombres primitivos encontramos referencias a tratamientos basados en agentes físicos para combatir la enfermedad.

En la Antigua Mesopotamia, una casta sacerdotal (grupo social estrictamente dedicado al servicio religioso) llamada “Asu” era la encargada de realizar el tratamiento mediante agentes físicos y también mediante la fitoterapia. La Fitoterapia estudia la utilización de

las plantas medicinales y sus derivados con finalidad terapéutica ya sea para prevenir, para aliviar, o para curar las enfermedades.

El padre de la Medicina Occidental Hipócrates, puede considerarse también como uno de los grandes impulsores de la Terapéutica Física, alejándola de las prácticas religiosas y acercándola a posiciones más experimentales, su filosofía terapéutica era la de “ayudar a la naturaleza”, esto es, impulsar mediante medios naturales las fuerzas de auto curación del cuerpo. En el campo del masaje como agente terapéutico (Masoterapia) describió la llamada “fricción hacia arriba”, que aplicaba para realizar drenajes vasculares.

Aristóteles, por su parte, consagró sus esfuerzos en este campo al estudio de la Kinesiología, o ciencia del cuerpo humano en movimiento, y al estudio de la marcha humana. En el campo de la Electroterapia, o Electricidad como Agente Terapéutico, realizó experiencias con descargas eléctricas del pez torpedo, que aplicaba para los ataques de gota, método que después popularizarían los romanos. La Civilización Romana desarrolló esta herencia terapéutica del mundo helénico. Así, el masaje era práctica habitual en el Imperio, y se realizaba antes y después de los baños, de gran auge en aquellos días. Celio Aureliano introduce la hidroquinesiterapia (gimnasia acuática), y la suspensión de terapia (kinesiterapia con pesas y poleas), así como pautas para ejercicios postoperatorios y dolencias reumáticas como la artritis entre otras.

En la Época Moderna, el progreso y desarrollo de la ciencia amplía en gran medida los horizontes de la medicina. Se empiezan a realizar aplicaciones prácticas de los descubrimientos científicos en los laboratorios de las Universidades, así como se amplían los conocimientos anatómicos, de fisiología, y de terapéutica. A principios del siglo XX, se impulsa en los hospitales de Londres el uso de los agentes físicos para el tratamiento de patología respiratoria, siendo el germen de la actual fisioterapia respiratoria. A mediados del siglo XX, y después de las Guerras Mundiales o epidemias varias como la de la poliomielitis, cuyas facturas fueron la de una gran cantidad de enfermos, lesionados y discapacitados, poco a poco se va asentando en la clase médica mundial la idea de la creación de un corpus profesional que se consagre exclusivamente al estudio y práctica de esta disciplina, la Terapéutica Física.

Este es el motivo de la creación oficial de los cuerpos de Fisioterapeutas en todo el mundo, y la profesionalización y el despegue de la misma al acceder la Fisioterapia al rango de estudio de carácter Universitario. Algunas figuras importantes que han enriquecido la Fisioterapia en esta segunda mitad del siglo son Kalternbon, Maitland, McKenzie, Sohler, Cyriax, Souchard, Mézières, Busquets, Butler, Postiaux, Giménez, Perfetti, o Vojta entre otros muchos.

El nombre genérico de "Traumatología", que define aquella parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor es en la actualidad insuficiente, ya que esta especialidad se extiende mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas, abarcando también el estudio de aquellas congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde niño hasta la vejez (Raül, 1998).

En la actualidad, en muchos países se usa el nombre de "Ortopedia" para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso de la palabra "traumatología" hace que la palabra "ortopedia" excluya las lesiones traumáticas. Por lo anteriormente señalado se denomina a esta especialidad como "Ortopedia y Traumatología".

La palabra ortopedia empezó a usarse en el Siglo XVIII con la publicación por Andry, en el año 1743, de su trabajo "Ortopedia o el arte de prevenir y corregir en los niños las deformaciones del cuerpo". Este autor simbolizó esta rama de la medicina con la figura de un árbol torcido, el cual, para corregir su crecimiento, se encuentra atado fuertemente a una estaca.

Este símbolo representa a la especialidad y lo llevan como logotipo las Sociedades Científicas que se preocupan de su desarrollo, entre otras, la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Durante el Siglo XIX hubo un gran desarrollo de la ortopedia mediante el uso de métodos terapéuticos mecánicos, pero paralelamente, hacia fines de este siglo, se inicia el desarrollo de la cirugía, gracias al empleo del conocimiento de la asepsia, antisepsia, y la anestesia, dando las bases para el desarrollo de la cirugía general, incluyendo la cirugía ortopédica. Por esto hoy hablamos de los métodos terapéuticos conservadores, como los tratamientos ortopédicos, para

diferenciarlos de aquéllos en que se emplea la cirugía, denominándolos métodos quirúrgicos, a pesar que todos ellos forman parte de la ortopedia.

El gran auge de la cirugía ha hecho denominar a la especialidad como "cirugía ortopédica" o "cirugía del aparato locomotor". A fines del Siglo XIX Wilhelm Conrad Roentgen (1895) realizó el sensacional descubrimiento de los rayos X, que significó un gran avance en el diagnóstico de las lesiones del aparato locomotor (Adame, 2000).

Actualmente la especialidad ha tomado un impulso incalculable a través de las posibilidades de recuperación que ofrece a los pacientes que sufren traumatismos cada vez más frecuentes y de mayores proporciones. Además, el aumento del promedio de vida de las personas se traduce en un mayor número de lesiones osteoarticulares degenerativas e invalidantes.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 Gestión Estratégica

La Gestión Estratégica es el arte y la ciencia de formular, implementar y evaluar decisiones de diferentes funcionalidades que permitirán a las organizaciones alcanzar sus objetivos. Es el proceso de especificar los objetivos de las organizaciones, desarrollando políticas y planes para alcanzar esos objetivos, y asignando recursos para implementar esas políticas y planes. La gestión estratégica, por tanto, combina las actividades de varias áreas funcionales de una organización para lograr objetivos organizacionales. Es el nivel más alto de actividad gerencial.

2.2.2 Ventajas de la Gestión Estratégica

Entre las ventajas de la gestión estratégica podemos citar:

Para llevar a cabo el análisis estratégico utiliza los métodos de dichos análisis adecuados y adaptados al carácter específico y las condiciones de funcionamiento de escuela. Además, conoce cómo llevar a cabo correctamente un análisis estratégico que es el trabajo previo de cada decisión y cada actividad estratégica que emplea.

Es importante la ubicación de la población con quien se va a trabajar en este proyecto. Son lugares bastante alejados que tienen que movilizarse para encontrar a todas las personas discapacitadas, lo que requiere de tiempo y dinero. Se debería tomar en cuenta a estos sectores más necesitados por parte del gobierno.

2.2.3 Discapacidad

Discapacidad es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo sobre todo la psicológica o deficiencias físicas sensoriales o de otro tipo.

La definición de discapacidad puede ser dividida en las siguientes subcategorías:

Físicas. - Discapacidades que afectan los movimientos tales como la:

Espina bífida, síndrome, post-polio o parálisis cerebral.

Sensoriales. -Discapacidades que afectan uno o más sentidos tales como la ceguera o sordera.

Cognitivas. - Tales como el Autismo o el Síndrome de Down.

Psiquiátricas. -Tales como la Depresión o la Esquizofrenia.

Una persona discapacitada requiere de cuidados especiales, ya que no pueden valerse por sí solas y siempre necesita de otra persona para realizar sus actividades.

Es muy difícil aceptar a estas personas con discapacidad ya que no tienen el mismo desenvolvimiento y agilidad que una persona normal, de esta manera presentan situaciones incómodas para las personas que están a su alrededor.

2.2.4 Tipos de discapacidad

Es necesario que exista una comprensión de las diferentes clases de discapacidad, puesto que ello permitirá tener un acercamiento a las necesidades propias de cada tipo, esto conducirá a que las acciones, proyectos, políticas emprendidas por los diferentes Estados no sean excluyentes y den cabida para que la población de acuerdo a su limitación le sea posible utilizar los recursos físicos, tecnológicos, pedagógicos entre otros. Es decir que sean accesibles de acuerdo a sus necesidades, para que no experimenten dificultades que pueden ser evitables.

2.2.4.1 Discapacidad cognitiva

Es considerada como una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo; entre las más conocidas están: El Autismo, el síndrome Down, Síndrome de Asperger y el Retraso Mental. De acuerdo con Howard Gardner, las personas con discapacidad cognitiva tendrían dificultades principalmente en el desarrollo de la inteligencia verbal y matemática, mientras que en la mayoría de casos conservar intactas sus demás inteligencias tales como artística, musical, e interpersonal.

2.2.4.2 Discapacidad física

Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada; Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas. Esta condición día a día va mejorando y los gobiernos han ido tomando mayor conciencia de implementar políticas tendientes a que las ciudades sean lugares más amables hacia la persona que vive con una discapacidad. Se encuentran personas con discapacidad ocupando cargos importantes en la política, empresarios destacados, músicos, deportistas, artistas y otros.

2.2.4.3 Discapacidad visual

Es la carencia, deficiencia o disminución de la visión; Para muchas personas la palabra ciego significa carencia total de la visión, sin embargo, la discapacidad visual se divide en ceguera total o amaurosis, ceguera legal. Existen cambios de fondo en la vida de la

persona con ceguera en relación con el vidente, la representación que el ciego debe hacer de sí mismo es considerablemente diferente a la que hace un vidente, la pérdida de la visión intensifica el uso de los otros sentidos como una manera de compensar y de relacionarse efectivamente con el medio que le rodea.

2.2.4.4 Discapacidad auditiva

Es la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva, existen tres tipos de discapacidad auditiva: Pérdida auditiva conductiva, pérdida auditiva sensorial y pérdida auditiva mixta.

Las personas con discapacidad auditiva en la mayoría de los casos se sienten aisladas y frustradas por sus dificultades para acceder a la información. Estas personas desde pequeñas tienen una formación en su lenguaje natural es las señas.

No toda la persona tiene el mismo tipo de discapacidad existen diferentes clases de acuerdo a la valoración del médico. Por lo tanto, estas personas requieren de una rehabilitación física preventiva o permanente y poder integrarse a la familia y a la sociedad para ser valorados como seres humanos con las mismas oportunidades para salir adelante y no ser una carga para nadie.

2.2.5 Medicina física y rehabilitación

Las evidencias de enfermedades del sistema musculo-esquelético han estado presentes desde la antigüedad, como en los restos encontrados del Homo habilis, al este de África, que datan de casi 2 millones de años, y presentan lesiones óseas cicatrizadas; así como en el hombre de Neanderthal en Europa y en el cual se encontró la evidencia más antigua de una tumoración ósea, del año 35,000 A.C; lo que manifiesta que desde la aparición de la humanidad, siempre ha estado en estrecha interacción con su ecosistema, mostrando mediante la paleo patología, que al ser nómadas el patrón y magnitud de las lesiones era de una forma y que al adquirir hábitos sedentarios hace apenas 12,000 años, dichas lesiones y patologías se han ido modificando, como resultado de su adaptación al medio ambiente, ya fuera por las caídas, ataques de depredadores, o incluso por violencia bajo condiciones de enfrentamientos o guerra.

Ciertamente, la esperanza de vida asociada al nomadismo en los inicios de la humanidad era mucho menor a la actual, encontrándose entre los 30-35 años de edad. En Egipto se encontraron restos de un asentamiento humano grande con aproximadamente 30,000 habitantes, siendo en su mayoría personas jóvenes, alrededor de los 20 años de edad.

De hecho, según los escritos, los ancianos eran personas que lograban vivir más allá de los 40 años; ahora, estos datos no cambiaron hace mucho, ya que acorde a los datos provistos por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística, en México alrededor del año de 1930, la esperanza de vida era cercana a los 34 años; logrando pasar la barrera de los 60 años apenas en 1970; siendo la esperanza de vida actual en nuestro país de 77 años para las mujeres y de 72 para los hombres. Tales condiciones de vida en la antigüedad cobran relevancia en la actualidad, cuando uno observa al sistema musculoesquelético bajo la óptica de su función: «Sistema Locomotor».

Por lo tanto, sí es el encargado de permitir la movilidad del humano y un individuo que no fuera capaz de moverse adecuadamente para obtener su alimento, así como su protección, quedaría en franca desventaja con una morbimortalidad elevada, por lo cual desde entonces se han buscado los medios para la reparación oportuna y adecuada de dichas lesiones, siendo este el origen de la Ortopedia (Traumatología y Ortopedia, Cirugía Ortopédica), pero también desde entonces quedó claro que la sola reparación de la lesión o enfermedad era insuficiente para lograr que el «sistema locomotor» retornara a cumplir con sus funciones de movimiento para la protección.

Así pues, hay evidencia de que en China desde el año 2700 A.C se utilizaban los ejercicios terapéuticos y masajes; de la misma manera en la terapéutica Védica Hindú alrededor del 1800 A.C en la cual, además de los ejercicios, se le daban propiedades terapéuticas a los elementos ambientales: aire, agua y sol; equivalente hoy día a la hidroterapia y aplicación de calor local. La palabra Ortopedia nació de las raíces griegas «orthós» derecho y «paidos» niño, que aunque de origen se refiere a enderezar a los niños, en el contexto actual, se orienta al manejo médico-quirúrgico de las afecciones musculoesqueléticas de origen traumático (agudo), así como degenerativo (crónico) entre otras, teniendo su inicio como especialidad en Suiza en el año 1780 al formarse el primer Instituto para el tratamiento de las deformidades esqueléticas en los niños por

Jean- André Venel. Así también, la medicina física y rehabilitación evolucionó desde el 2700 A.C a la fecha, atravesando por varias contribuciones, como es el caso del libro: «Ejercicio» del Médico Cristóbal Méndez en 1553, y el enriquecimiento de tal terapéutica con los conocimientos de otros campos de la ciencia y la tecnología, como la física, en el caso de la inducción eléctrica de Alexander Faraday en 1831.

De tal forma que el primer departamento de medicina física de que se tiene registró por la Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación, fue creado por el Dr. Frank H. Krusen en 1936 en la Universidad Temple, en Philadelphia, EUA.

El propósito final de la Medicina Física y Rehabilitación, referido por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos de América, es ayudar a mejorar la fuerza muscular, movilidad articular, la realización de las actividades de la vida diaria y control del dolor (Cabrera, 2010) (Fernando S. , 2010).

2.2.6 ¿Qué es estimulación temprana?

La estimulación temprana consiste en una práctica relativamente joven de no más de 40 años, que ha tenido diferentes desarrollos de acuerdo a los modelos teóricos que la sustentaron y/o objetivos que con la misma se perseguían. Podemos clasificar en cuatro a los factores que pueden alterar el desarrollo normal de un niño en esos primeros dos años de vida.

Pueden deberse a: lesiones directas en el Sistema Nervioso, lesiones indirectas producidas por enfermedades en otros órganos, alteraciones genéticas y por último las producidas como consecuencia de factores ambientales. Aquí no nos referimos solamente al hipo estimulación, es decir cuando hay falta de estímulo, sino también a la hiperestimulación, o sea al exceso.

En el contexto de estas patologías es que surgió la llamada Estimulación Temprana como indicación terapéutica específica. Sin embargo, esto no invalida que actualmente podamos emplear el término Estimulación para todas aquellas prácticas referidas a favorecer el desarrollo integral del bebé.

2.2.6.1 ¿Para qué estimular?

Existe un fundamento biológico ineludible. El sistema nervioso nace inmaduro y no completa su proceso de maduración hasta el segundo año de vida aproximadamente. De esta manera brinda la oportunidad única de recibir en su desarrollo la influencia de la acción educativa.

Otro fundamento ineludible: el vínculo especial que se genera entre la mamá y el bebé. Todas las mamás le cantan a su bebé, pero seguramente todas cantarían con mayor placer si supieran que el cerebro del bebé percibe mejor las melodías que las palabras.

2.2.6.2 ¿Cómo intervenir?

Entendemos por estímulo a todo lo que el bebé percibe a través de sus sentidos, y más que eso. Los sentidos constituyen en esta etapa los instrumentos por excelencia de la inteligencia, aunque no debemos ignorar que los procesos inteligentes no son los únicos que se están desarrollando.

A esta edad los procesos están tan aplicados y relacionados entre sí que resulta difícil e impropio discriminarlos. La dimensión cognitiva, social y afectiva son parte indisoluble del desarrollo del bebé.

El vehículo esencial es el juego y el juguete. Cuando hablamos de juego y juguete no nos estamos refiriendo únicamente ni a un juego reglado ni a un juguete comprado. Por ejemplo, para un bebé de 3 meses que manifiesta una clara "preferencia visual" por los rostros humanos en detrimento de los objetos, no habrá juego más apropiado que permitir o incitar a que toque con sus manitos el rostro de su mamá (ROLLAN, 2012).

2.2.7 Fundamentación Científica

La Fisioterapia debe basarse en el conocimiento científico de los agentes físicos, para los cuales es fundamental relacionarlos con anatomía, fisiología, patología para plantear un protocolo de cuidados terapéuticos como así también normas de bioseguridad en el manejo de los equipos de electroterapia.

La Fisioterapia, del griego *physis*, naturaleza y *therapeía*, tratamiento, es aquella parte de la terapéutica que utiliza los agentes físicos a excepción de las radiaciones ionizantes (Molina, 1990).

Aunque, el uso de agentes físicos se halla presente desde los inicios en la terapéutica, sólo a partir del siglo XX se incluye la Fisioterapia en la clasificación de las distintas partes que integran aquélla. Una definición que representa perfectamente este hito es la de Max Hertz (1907) citada por Raposo (2001):

“La especialidad que nos ocupa pertenece a un grupo de materias didácticas que hasta ahora no han sido reunidas en un solo cuerpo porque no están caracterizadas por un sistema de órganos, sino por el exhaustivo dominio y manejo de una técnica terapéutica determinada. Refiriéndome con esto a los llamados métodos fisioterapéuticos. “Terapéutica sin medicamentos” o “arte de curar sin medicinas”.

¿Qué había ocurrido en el curso de la historia, y qué ocurrió en el siglo XX para que un conjunto de medios físicos terapéuticos se reuniera bajo el nombre de Fisioterapia? ¿Cómo se pasó de una terapia ancestral mágica empírica a una ciencia, de un oficio a una profesión y de un saber intuitivo a unos estudios universitarios?

A continuación, se procederá a sintetizar esta triple evolución en relación a los cambios sociales y científicos de cada época: En Occidente y hasta la época contemporánea, el uso de los agentes físicos se vinculó más a prácticas higiénicas que a la terapéutica. Por otra parte, el desprestigio de la actividad manual propició que su aplicación fuera evitada por los médicos y que su estudio y desarrollo tuviera lugar en manos de empíricos.

Las prácticas y conocimientos desarrollados por éstos fueron demandados por la sociedad y, en consecuencia, por la Medicina, en épocas como la Ilustración (búsqueda de un empirismo naturalista), y la primera mitad del siglo XIX (para el tratamiento de las enfermedades derivadas de la Revolución Industrial).

Como consecuencia de este hecho, a finales del siglo XIX se empieza a aplicar el método científico al estudio de los medios físicos y es reivindicada su aplicación por las

nuevas especialidades médicas y paramédicas, es decir por los especialistas en Medicina Física y por los practicantes. También las enfermeras utilizaban medios físicos, de hecho, la Chartered Society of Physiotherapy (1943) tuvo su origen en la Chartered Society of Trained Masseuses, creada en 1894/95 por un grupo de enfermeras y parteras.

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta el momento actual, la Fisioterapia ha experimentado una importante evolución tanto científica como profesional. En este apartado desarrollaremos sucintamente este aspecto, centrándonos en la Fisioterapia del aparato locomotor. Nos basamos en el análisis realizado por Sahrman (2006), adaptándolo a la realidad de nuestro país. Esta autora tipifica la evolución de la Fisioterapia en dos grandes periodos: 1ª etapa: Tras la erradicación de la poliomielitis, parecía que la Fisioterapia había perdido su razón de ser.

Sin embargo, el haber demostrado efectividad en las alteraciones del movimiento hizo que se utilizara en pacientes que habían sufrido lesiones medulares o cerebrales. Los métodos utilizados anteriormente se mostraron obsoletos y se vivió una época algo confusa ya que no se conocían los mecanismos subyacentes a la clínica.

Como resultado, comenzaron a desarrollarse modelos de tratamiento basados en la experiencia y opinión de los terapeutas. Esta ausencia de directrices implicó el desarrollo de tratamientos altamente individuales y eclécticos, sentándose un precedente de lamentable falta de rigor.

Por otra parte, también se modificó la relación entre diagnóstico y tratamiento: el diagnóstico médico dejó de proporcionar las bases para el tratamiento de Fisioterapia, ya que se desconocía la fisiopatología de los trastornos tratados por los fisioterapeutas. 2ª etapa: La figura del fisioterapeuta se modifica en la década de los ochenta, a consecuencia de cambios culturales y sociales muy importantes (mejor nivel de vida y una mayor demanda de bienestar).

Además del desarrollo de los campos profesionales antes comentados, en esta época aumenta la demanda asistencial referente al alivio del dolor.

El modelo de intervención predominante es la exploración y tratamiento de la restricción de la movilidad articular. Las influencias son diversas: por una parte, los trabajos de los fisioterapeutas de Australia y Nueva Zelanda; por otra, las enseñanzas del doctor James Cyriax que instruía a médicos y fisioterapeutas en la identificación y tratamiento de los tejidos concretos que constituyen el epicentro del dolor; y por último las técnicas osteopáticas y quiroprácticas.

Aunque la mayoría de las referencias indicaban que debía ser el médico quien “evaluará y tratará” a los pacientes, la misma naturaleza de la profesión médica (más decantada hacia el tratamiento farmacológico) y de la propia intervención fisioterapéutica (muy analítica y con estrecha relación entre exploración y tratamiento) hizo que el fisioterapeuta se hiciese más autónomo.

La asesoría en la identificación de la estructura causante del dolor y la disfunción, y el abandono de los métodos paliativos para el alivio del dolor, constituyó un cambio filosófico en la profesión: además de la autonomía profesional antes señalada, el fisioterapeuta se constituyó en experto en el diagnóstico de las alteraciones del sistema neuromuscular esquelético.

Actualmente, el modelo de intervención parte de un diagnóstico establecido mediante herramientas consensuadas, fiables, específicas y sensibles. Asimismo, la investigación en Fisioterapia ha dotado a la profesión de conocimientos para discriminar la causa del dolor y para evitar su recurrencia.

El conocimiento emergente sobre la fisiopatología del dolor crónico ha mostrado que tratar únicamente los problemas musculares, neurológicos o esqueléticos resulta insuficiente. La evolución de la Fisioterapia ha situado al movimiento como objetivo central y ha pasado a dar al paciente un papel totalmente activo.

Asimismo, el fisioterapeuta está asumiendo un papel muy importante en los ámbitos de la educación, la promoción y la prevención de la salud. En la formulada el año 2007 se hace hincapié en la autonomía de la profesión, y se evidencia que los conocimientos propios de la Fisioterapia (especialmente en el campo del movimiento y sus

alteraciones) no sólo son aplicables en el tratamiento de las discapacidades, sino que pueden utilizarse para prevenir, promover y mantener la salud.

Asclepiades manejaba una terapéutica mucho menos agresiva que la de los otros médicos griegos: sus dietas siempre coincidían con los gustos de los pacientes, evitaba purgantes y eméticos, recomendaba reposo y masajes, recetaba vino y música para la fiebre y sus remedios eran tan simples que le llamaban el "dador de agua fría". Es interesante que Asclepiades no llegó a Roma como médico sino como profesor de retórica, pero como no tuvo éxito en esta ocupación decidió probar su suerte con la medicina, o sea que no tenía ninguna educación como médico antes de empezar a ejercer como tal.

Su éxito revela el carácter eminentemente práctico de la medicina romana, lo que también explica que otro lego en la profesión, Aulio Cornelio Celso (ca. 30 a.C. 50 d.C.) haya escrito *De Medicina*, el mejor libro sobre la materia de toda la antigüedad. Este libro formaba parte de una enciclopedia, *De Artibus*, que también trataba de agricultura, jurisprudencia, retórica, filosofía, artes de la guerra y quizá otras cosas más, pero que se perdieron. Por fortuna, en 1426 (13 siglos después) se encontraron dos copias completas de *Medicina*, que fue el primer libro médico que se imprimió con el invento de Gutenberg, en 1478, y el único texto completo de medicina que nos llegó de la antigüedad, porque (según Majno) el papiro de Smith se detiene en la cintura y el *Corpus Hipocráticum* es una mezcla caótica de textos de muy distinto valor.

Las Sociedades Científicas de la Salud constituyen agrupaciones de carácter exclusivamente científico integradas por los profesionales de este perfil y otros vinculados a las ciencias médicas, incorporadas y dependientes del Consejo Nacional de Sociedades Científicas, creado por la Resolución 157 de 1980 del Ministerio de Salud Pública.

En la época actual, la rápida evolución del conocimiento ha motivado el surgimiento en el mundo de innumerables ramas o vías de desarrollo, de extensión y complejidad variable que reúnen a grupos de científicos de diversos credos, con necesidad imperiosa de intercambio y discusión frecuente de sus experiencias individuales o colectivas. Las

sociedades científicas constituyen el ámbito idóneo para la materialización de esta necesidad como procedimiento por excelencia para su expansión.

En su evolución hacia estadios cualitativamente superiores, señalados con precisión por el Comandante en Jefe cuando anunciaba el gran objetivo de la Potencia Médica, el Sistema Nacional de Salud se enfrenta a un compromiso político moral de dimensiones extraordinarias en relación con las aspiraciones de nuestro pueblo en la esfera de la salud y sus proyecciones hacia el Tercer Mundo.

En consecuencia, con nuestros principios y compromisos, las sociedades científicas de profesionales de la salud están llamadas a elevar su papel de motor impulsor del desarrollo de la ciencia y la técnica en el campo de las ciencias médicas.

El trabajo que desarrolla el conjunto de sociedades agrupadas en el Consejo Nacional está encaminado hacia un fin común: elevar el nivel de salud de la población. Por esta razón, constituyen aspectos en los que deben continuar trabajando aún con mayor dedicación e intensidad: la aplicación del método científico en las investigaciones, así como la elevación del rigor ético y metodológico, la eliminación del subjetivismo y la superficialidad en la ciencia, el manejo de la metodología del conocimiento científico y la definitiva eliminación del coloniaje cultural en el ámbito de las ciencias.

El primer documento escrito sobre la masoterapia es chino y tiene 3.000 años de antigüedad. Los hindúes, egipcios y antiguos persas tenían sus técnicas manuales; hay referencias egipcias que datan del Siglo XXII A.C.

Para la medicina babilónica asiria el masaje era considerado útil para atacar al demonio que estaba produciéndole un mal al enfermo, y los persas tenían capítulos sobre masajes en sus escritos médicos. La palabra masaje tiene raíces variadas, como la árabe “mass” (palpar o tocar) o la griega “massein” (amasar o sobar). Por ello podemos saber que en estas culturas el masaje también formaba una rama importante de la terapia.

De Grecia proviene el considerado “Padre de la medicina”, Hipócrates de Cos, quién en el Siglo IV A.C. destacaba la importancia superlativa de las fricciones y las enseñaba a

sus alumnos. Unos seis siglos después, su gran seguidor Galeno estudiaría exhaustivamente las técnicas manuales y realizaría extensos escritos sobre el masaje.

A mediados del Siglo XIV, el médico francés Ambrosio Paré fundamenta la acción del masaje desde posiciones anatómo-fisiológicas. Luego continuaron los estudios por la comunidad científica. A principios del Siglo XIX, el gimnasta sueco Peter Henrik Ling combinó sus conocimientos deportivos con la fisiología y los estudios de Ambrosio Paré y describió sus aplicaciones en traumas, fatiga muscular y problemas post operatorios.

Tanta evidencia hizo que a mediados del siglo XIX el masaje se pusiera en boga en Europa occidental y Norteamérica, realizándose muchos estudios y publicaciones sobre sus beneficios.

Todo esto llevó a que las técnicas manuales fueran la principal forma de la medicina terapéutica hasta la revolución farmacéutica de la década de los 40 en el Siglo XX. Aun así continuaron las investigaciones, y estas fueron creciendo a medida que se iba perdiendo la confianza en la infalibilidad de los medicamentos. Hoy en día la evidencia de la historia nos grita que el masaje funciona como terapia.

Sin embargo el hombre de ciencia sigue depositando su fe ciega únicamente en aquello que pueda entender, en aquello en lo que pueda encontrar una explicación para el cómo, el dónde, el cuándo y el porqué. Entendemos que la confianza en un método terapéutico es importante también a la hora de evaluar su efectividad, por eso es importante responder a esas interrogantes analizando de qué manera actúa el masaje en el ser humano (Maria, 2011).

2.2.8 Terapias

2.2.8.1 Fisioterapias

En la actualidad, gracias a los avances de la tecnología, y fiel a su historia y tradición, la Fisioterapia dispone a su alcance del uso de numerosos agentes físicos (masaje, agua, sonido, electricidad, movimiento, luz, calor, frío...) en las modalidades de electroterapia,

ultrasonoterapia, hidroterapia, mecanoterapia, termoterapia, magnetoterapia o laserterapia, entre otras, pero sin descuidar o abandonar el desarrollo e impulso de nuevas concepciones y métodos de Terapia Manual (principal herramienta del fisioterapeuta) para la prevención, tratamiento, curación y recuperación de un gran número de patologías y lesiones.

El fisioterapeuta deberá establecer una valoración previa y personalizada para cada enfermo, y emitir el diagnóstico fisioterápico, que consistirá en un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales planteará unos objetivos terapéuticos, y en consecuencia diseñará un plan terapéutico utilizando para ello los agentes físicos propios y exclusivos de su disciplina. Sin ningún género de dudas, la herramienta principal del fisioterapeuta es la mano, y en consecuencia, la terapia manual así:

2.2.8.2 Masoterapia

Aplicación de distintas modalidades de masaje, como el masaje terapéutico, el drenaje linfático manual terapéutico, el masaje transverso profundo, crio-masaje, masaje deportivo, inducción y liberación miofascial, técnicas manuales neuromusculares, intensivas, masaje del tejido conjuntivo, masaje reflejo, masaje del periostio, etc.

2.2.8.3 Kinesioterapia, o Terapia por el Movimiento

Manipulación vertebral y de articulaciones periféricas. Fisioterapia Manual Ortopédica o Terapia Manual.

2.2.8.4 Ejercicios Terapéuticos

Reeducación postural global y métodos kinésicos manuales analíticos o globales de valoración y tratamiento, potenciación, estiramiento y reequilibración de la función músculo-esquelética.

2.2.8.5 Control motor

Movilizaciones articulares, neuro-meníngeas, faciales y viscerales.

2.2.8.6 Estiramientos Analíticos en Fisioterapia

Maniobras terapéuticas analíticas en el tratamiento de patologías músculo esquelética. Métodos manuales de reeducación del tono postural, sinergias y patrones neuromotores patológicos en el caso de la Fisioterapia Neurológica (Igualmente, aquí encontramos distintos conceptos según la escuela: Brunnstrom, Bobath, Perfetti, Vojta, Castillo-Morales, Lametear, etc.) (JESS, 2012)

2.2.8.7 Obstrucción bronquial

Consiste en una reducción de la luz de las vías respiratorias que afecta al débito del aire circulante. Puede ser total o parcial, reversible o irreversible. El Fisioterapeuta actúa en patología reversible y debe ser capaz de establecer el tipo, el lugar y el grado de obstrucción.

2.2.8.8 Hiperinsuflación toracopulmonar

Es un aumento anormal de la capacidad residual funcional (FRC) que sitúa el volumen corriente (volumen tidal) en el volumen de reserva inspiratorio (IRV). Es decir, se trata de un aumento del nivel ventilatorios de reposo. Las causas más frecuentes son la pérdida de retroceso elástico del parénquima pulmonar y la más frecuente, la obstrucción bronquial (Maria, 2011).

2.2.9 Beneficios para la familia y la sociedad

El 13,2% de ecuatorianos presenta alguna discapacidad. La cifra aceptada internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud es del 10%, pero en Ecuador es más alta debido a factores asociados con la extrema pobreza: desnutrición crónica (que alcanza a un 55% de niños entre 0-5 años), falta de vacunación (a la que accede solo el 33% de los niños), enfermedades infecto-contagiosas, embarazos continuos y falta de control prenatal, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud en el Ecuador el 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad, esto se debe a la extrema pobreza, desnutrición crónica, enfermedades infecto-contagiosas, embarazos continuos y falta de control prenatal, se calcula que para el año 2000 existirán 1.500.000 personas discapacitadas.

Podemos determinar que se está cumpliendo las cifras estimadas ya que cada día se reportan casos de personas discapacitadas, de acuerdo a lo que promociona el gobierno de una mejor vida, educación y empleo.

2.2.10 Calidad de vida en los discapacitados

Entre el 16 de enero y 3 de febrero de 2006, en las instalaciones de la ONU en Nueva York, el Comité Ad Hoc de la Asamblea General se reunió para revisar el borrador y redactar la primera Convención Internacional para la Protección y Promoción de los Derechos de la Personas con Discapacidades.

Más de 400 personas han participado en las discusiones, entre ellos muchos discapacitados. En los discursos conclusivos se reconoció que ha habido buen progreso en la profundización y comprensión común de los temas tratados, así como una notable unión en las opiniones de los participantes. Pero aún falta concluir el trabajo en las reuniones programadas para agosto y presentar el documento a votación para que llegue a ser una convención vinculante.

Afortunadamente, hoy día nadie duda, que las personas discapacitadas son sujetos plenamente humanos, titulares de derechos y deberes. Hay una convicción común, según la cual se debe respetar la dignidad de cada persona, independientemente de su edad, o el grado de desarrollo de sus facultades.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

✓ Factibilidad.-

Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. El estudio de factibilidad, es una tarea que suele estar organizada y

realizada por los analistas previos a la implementación de un proyecto. El estudio consume aproximadamente entre un 5% y un 10% del costo estimado total del proyecto, y el período de elaboración del mismo varía dependiendo del tamaño y tipo a desarrollar.

✓ **Estudio de Factibilidad.-**

El estudio de factibilidad es un instrumento que sirve para orientar la toma de decisiones en la evaluación de un proyecto y corresponde a la última fase de la etapa pre-operativa o de formulación dentro del ciclo del proyecto. Se formula con base en información que tiene la menor incertidumbre posible para medir las posibilidades de éxito o fracaso de un proyecto de inversión, apoyándose en él se tomará la decisión de proceder o no con su implementación (GESTIOPOLIS, 2014).

✓ **Factibilidad Económica**

Es una evaluación que demuestre que el negocio puede ponerse en marcha y mantenerse, mostrando evidencias de que se ha planeado cuidadosamente, contemplado los problemas que involucra y mantenerlo en funcionamiento.

✓ **Factibilidad Operativa**

Comprende una determinación de la probabilidad de que un proyecto se realice o funcione como se supone. Consiste en la creación de métodos y procedimientos que permitan que el personal involucrado en el sistema identifique su función y se comprometa con la misma de forma que prevalezca el objetivo global sobre los particulares.

✓ **Modelo de Gestión**

El concepto de gestión, por su parte, proviene del latín *gesio* y hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Se trata, por lo tanto, de la concreción de diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. La noción implica además acciones para gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar.

De esta forma, la gestión supone un conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto, concretar un proyecto o administrar una empresa u organización.

Por lo tanto, un modelo de gestión es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública.

Esto quiere decir que los gobiernos tienen un modelo de gestión en el que se basan para desarrollar sus políticas y acciones, y con el cual pretenden alcanzar sus objetivos.

El modelo de gestión que utilizan las organizaciones públicas es diferente al modelo de gestión del ámbito privado. Mientras el segundo se basa en la obtención de ganancias económicas, el primero pone en juego otras cuestiones, como el bienestar social de la población.

✓ **Discapacidad.-**

Está conformado por personas con discapacidad y sus familias responsables de velar por la efectivización de sus derechos, además son garantes de la continuidad y cumplimiento de las metas en los tiempos establecidos de la Estrategia de Desarrollo Inclusivo Comunitario.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) se define discapacidad como:

Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a diferencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

✓ **Equipo Promotor.-**

Está constituido por actores locales, del sector público, privado y de la sociedad civil, promoviendo acciones mancomunadas, establecidas en plan de acción comunitario, que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias en el territorio.

✓ **Plan de Acción Comunitario.-**

Es una herramienta de planificación en la que se plasman acciones, metas, tiempos, responsables e indicadores a llevarse a cabo por el equipo promotor y el equipo coordinador de la red distrital, tomando en cuenta las necesidades insatisfechas de la comunidad y la oferta institucional.

✓ **Los Objetivos**

El objetivo establece un resultado que permite cerrar la distancia entre la situación actual y un estado futuro deseado. Los objetivos deben ser realistas y alcanzables. Se deben cuantificar y medir. Tienen que ser accesibles para quién se lo proponga. A medida que se van logrando los objetivos, es necesario establecer nuevas metas o modificar objetivos ya definidos en función de los cambios que se producen en los negocios. La formulación de objetivos debe cumplir con algunos requisitos esenciales:

- Establece un único resultado a lograr (aumentar la producción un 10 % el año próximo).
- Comienza con un verbo de acción (lograr, aumentar, participar, desarrollar, etc.).
- Tiene una fecha límite para su cumplimiento. • Debe ser lo más específico y cuantificable posible.
- Es coherente con la misión de la empresa y con los demás objetivos que se establezcan.
- Deber ser factible de alcanzar, para no provocar frustración y falta de motivación.

✓ **Fortalecimiento.-**

La primera definición de fortalecimiento en el diccionario de la real academia de la lengua española es *acción y efecto de fortalecer*. Otro significado de fortalecimiento en el diccionario es *cosa que hace fuerte un sitio o una población*. Fortalecimiento es también *fortaleza* (Fernando G. , 2010).

✓ **Fortalecimiento Comunitario**

Fortalecimiento se entiende el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos, para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003). En esa definición se considera que fortalecer una comunidad no significa que un agente externo interviene para otorgar fuerza a los débiles, miembros de ese grupo, sino que es un proceso que realizan las comunidades (que no es ni uniforme ni homogéneo) para desarrollar y potenciar capacidades, y obtener y administrar recursos, a fin de lograr desarrollos y transformaciones dirigidas al bienestar colectivo y a la superación de relaciones de opresión, sumisión o explotación (Blogspot, 2010).

✓ **Inclusión.**

La palabra inclusión proviene etimológicamente del latín “*inclusiōnis*” y alude tanto a la acción como al efecto del verbo incluir, que a su vez procede del latín “*includere*”, vocablo integrado por el prefijo “*in*” que puede traducirse como “*en*” y por “*cludere*” con el significado de “*cerrar*”.

La inclusión designa a aquello que procede a encerrar algo dentro de otra cosa material o inmaterial, y al resultado de esa acción (BEMBIRE, 2010).

2.3.1 El Desarrollo Social Inclusivo en el Ecuador

El desarrollo social inclusivo, se fundamenta en el diseño e implementación de acciones y políticas públicas para todos los ecuatorianos, para que puedan acceder a la igualdad de oportunidades, independientemente de su estatus social, género, edad, condición

física y mental, etnia, religión, etc. El acceso a los servicios y bienes, a la educación, a la salud, al trabajo, a la recreación, al deporte, a la plena participación como ciudadano, al ejercicio de sus derechos sin restricción o condicionamiento alguno. (Vicepresidencia y CONADIS, 2007). *“Todas las actividades que se ofrecen a las demás personas sin discapacidad, respetando su derecho a la diferencia y no como una condición objeto de subestimación, discriminación, marginación y exclusión; y, el diseño universal comprende la construcción de productos y de ambientes que puedan ser utilizados por todas las personas, con seguridad y que, en la medida de lo posible, se ofrezcan sin necesidad de adaptaciones particulares”.*

2.4 IDEA A DEFENDER

¿Realizar el estudio de factibilidad determinará la viabilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, período 2017- 2020?

2.5 VARIABLES

2.5.1 Variable Independiente

Estudio de Factibilidad

2.5.2 Variable Dependiente

La creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad de la provincia de Orellana.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es una búsqueda científica y sistemática, puede ser cuantitativa y cualitativa y tiene diversas categorías: básica aplicada o evaluativa. La investigación está basada en modalidades: es una colección de prácticas eclécticas de indagación que

implica: referencias metodológicas, opiniones filosóficas e ideológicas, cuestiones de investigación y resultados con viabilidad la modalidad de investigación informa sobre el diseño de exploración más adecuado.

Modalidad de Investigación Cuantitativa

Inicialmente se inicia en la investigación en agricultura y en las ciencias puras. Este tipo de modalidad maximiza la objetividad con el empleo de número, de estadísticas y de control experimental

Modalidades de Investigación Experimental

Tiene el control sobre lo que le pasara a los sujetos que mediante la imposición u ocultación sistemáticas de condiciones específicas comparaciones entre los sujetos que han soportado las condiciones impuestas.

El propósito es: investigar las relaciones causa – efecto entre las condiciones manipuladas y los resultados obtenidos.

Caso único

En la educación ha estado fuertemente influenciado por una tradición de estudiar un grupo de sujetos en lugar de individuos.

La modalidad de caso único una especificación de métodos empleados con un único individuo y permite unas conclusiones razonables de causa y efecto.

Encuesta

Selecciona una muestra de sujetos y les administra un cuestionario o realiza entrevistas para recoger datos, para describir actividades, creencias, opiniones, etc.

Ex Post Facto

Para explorar las relaciones causales posibles entre variables que no pueden ser manipuladas por el investigador, se centra en lo que ha pasado diferencialmente en grupos comparables; estudia si los sujetos de cada grupo son diferentes de alguna manera.

Etnográfica. (Antropología y sociología)

Descripción e interpretación de un grupo o sistema cultural o social, implica un trabajo de campo prolongado empleando la observación, entrevistas y recogiendo productos grupales. Expone fielmente los comentarios auténticos y representativos de los participantes.

Fenomenología (Filosofía y psicología)

Se refiere a una filosofía de la ciencia, describe los significados de una experiencia vivida. Busca transformar una experiencia vivida en una descripción reflexiva y la apropiación meditada de algo significativo.

Estudio de Caso (Ciencia social y humana y áreas aplicadas como la evaluación)

Examina un sistema definido o un caso en detalle a lo largo del tiempo empleando múltiples fuentes de datos encontrados en el entorno. Las afirmaciones pueden denominarse “lecciones aprendidas”

Teoría Fundamentada (Sociología)

Va más allá de la descripción para desarrollar conceptos detallados para la formación de ideas teóricas. Es un conjunto riguroso de procedimientos para elaborar una teoría sustantiva usando un método comparativo, análisis de datos, técnicas de inducción y verificación.

Estudios críticos (varias disciplinas)

Conforman una teoría crítica, la teoría feminista teoría de la raza y perspectivas posmodernas que asumen que el conocimiento es subjetivo.

Está enfocada al análisis narrativo, investigación - acción, la etnografía crítica, investigación acción participativa y la investigación feminista.

Análisis Histórico

Implica una recogida sistemática y una crítica de documentos que describen sucesos pasados.

Los historiadores educativos estudian programas educativos, prácticas, instituciones, personas, políticas y movimientos pasados.

La investigación, en cualquiera de sus campos disciplinarios, tiene relación con diferentes formas de razonamiento.

En otras palabras, la forma de razonar tiene relación con:

- El cómo se entiende y comprende una realidad.
- La significación que le otorga el sujeto a lo que estudia e investiga.
- La dirección y el sentido que le adjudica a su objeto de estudio.
- La intervención que hace el investigador.

Aquí es importante precisar que a cualquier forma de razonar –se esté consciente o no de ello– le subyace un sustento teórico desde el cual es posible tal razonamiento; es decir, el razonamiento se configura –intencionalmente o no– a partir de elementos de orden teórico-conceptuales, de perspectivas analíticas-interpretativas y, primordialmente, de los modos de vivir y habitar el mundo (Magon, 2011).

“De este concepto se define que cualquier forma en la que razone el investigador siempre y cuando este bien sustentada en argumentos teóricos y científicos es aceptable dentro de la investigación”

3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Objetivos de los Tipos de Investigación

El terminar este tema el estudiante estará en capacidad de:

1. Identificar diferentes formas de clasificar las investigaciones.
2. Reconocer la relación entre los propósitos de las investigaciones y el tipo de investigación que se adopta.
3. Explicar la diferencia entre el concepto de investigación científica e investigación experimental.
4. Clasificar de diversas formas cinco investigaciones realizadas.

Aunque el método científico es uno, existen diversas formas de identificar su práctica o aplicación en la investigación. De modo que la investigación se puede clasificar de diversas maneras. Enfoques positivistas promueven la investigación empírica con un alto grado de objetividad suponiendo que si alguna cosa existe, existe en alguna cantidad y su existe en alguna cantidad se puede medir. Esto da lugar al desarrollo de investigaciones conocidas como cuantitativas, las cuales se apoyan en las pruebas estadísticas tradicionales. Pero especialmente en el ámbito de las ciencias sociales se observan fenómenos complejos y que no pueden ser alcanzados ser observados a menos que se realicen esfuerzos holísticos con alto grado de subjetividad y orientados hacia las cualidades más que a la cantidad. Así se originan diversas metodologías para la

recolección y análisis de datos (no necesariamente numéricos) con los cuales se realiza la investigación conocida con el nombre de Cualitativa.

La forma más común de clasificar las investigaciones es aquella que pretende ubicarse en el tiempo (según dimensión cronológica) y distingue entre la investigación de las cosas pasadas (Histórica), de las cosas del presente (Descriptiva) y de lo que puede suceder (Experimental).

3.2.2 Histórica, Descriptiva y Experimental

Tradicionalmente se presentan tres tipos de investigación de los cuales surgen los diversos tipos de investigaciones que se realizan y son: Histórica, Descriptiva, Experimental.

La investigación histórica trata de la experiencia pasada, describe lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad que sustenta los acontecimientos pasados. El investigador depende de fuentes primarias y secundarias las cuales proveen la información y a las cuáles el investigador deberá examinar cuidadosamente con el fin de determinar su confiabilidad por medio de una crítica interna y externa. En el primer caso verifica la autenticidad de un documento o vestigio y en el segundo, determina el significado y la validez de los datos que contiene el documento que se considera auténtico.

La investigación descriptiva, según se mencionó, trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Esta puede incluir los siguientes tipos de estudios: Encuestas, Casos, Exploratorios, Causales, de Desarrollo, Predictivas, De Conjuntos, De Correlación.

La investigación experimental consiste en la manipulación de una (o más) variable experimental no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por qué causa se produce una situación o acontecimiento particular. El experimento provocado por el investigador, le permite introducir determinadas variables de estudio manipuladas por él, para controlar el aumento o disminución de esas variables y su efecto en las conductas observadas.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

Cada país o región tiene una población característica que aumenta por los nacimientos y las inmigraciones y decrece por las defunciones y las emigraciones, lo que es objeto de estudio por parte de la dinámica poblacional o demográfica, que usa como un instrumento prioritario es la pirámide de población, para reflejar esos ritmos de crecimiento. Para saber el número de personas que viven en determinado lugar y sus características, se emplean los censos.

Se habla de población como el número de habitantes que integran un estado ya sea el mundo en su totalidad, o cada uno de los continentes, países, provincias o municipios que lo conforman; y puede referirse también a aquel acto poblacional que significa dotar de personas a un lugar (WIGODSKI, 2012).

La población está determinada por sus características definitorias. Por esto, es el conjunto de elementos con una misma característica y que está debidamente delimitado su espacio y ocupacional, que tiene un régimen organizativo común. Siendo este la totalidad del fenómeno a estudiar. A esta se le denomina población o universo.

3.3.2 La Muestra

Es un número determinado de unidades de un universo que representa su conducta en su conjunto. Una muestra, en un sentido amplio, no es más que eso, una parte del todo que se llama universo o población y que sirve para representarlo en forma acertada y veraz. Cuando el investigador realiza en ciencias sociales un experimento, una encuesta o cualquier tipo de estudio o análisis, trata de obtener conclusiones generales acerca de una población determinada. Para un estudio en que la población es muy numerosa se recomienda tomará un sector, al que se conoce como muestra.

Para la recopilación de información referente a conocimientos, actitudes y prácticas, es necesario definir el universo y la muestra de la población con discapacidad.

Población: La población de la provincia de Orellana es de 5066 habitantes (PDyOT, 2015).

A continuación, se describe la fórmula que se aplicará para poder calcular la muestra de la población a ser encuestada.

Para determinar el tamaño de la muestra a investigar, se utilizará la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población; corresponde a 5066 personas con discapacidad,

Θ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96

e = Límite aceptable de error maestro que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Siendo en nuestro caso el siguiente el cálculo a realizar

n = el tamaño de la muestra.

N = 5066.

Θ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = 1.96

e = 5% = 0,05

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

$$n = \frac{5066 * 0.5^2 * 1.96^2}{(5066 - 1) * 0.05^2 + 0.5^2 * 1.96^2}$$

$$n = \frac{4865.38}{13.62}$$

$$n = 357$$

La muestra será de 357 habitantes con algún tipo de discapacidad a ser encuestados dentro de la provincia.

3.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1 Métodos

Entre los métodos a utilizarse consta la observación, tabulación, el análisis e interpretación de datos de primera mano dentro de la provincia de Orellana.

Para obtener un criterio general para la elaboración del presente trabajo se utilizarán métodos y técnicas científicas para de este modo alcanzar los objetivos propuestos.

- ✓ **Método inductivo.** - Este método permitirá concluir de forma general sobre la base del análisis de información descrita de dichos fenómenos particulares, partiendo de la observación de hechos o acontecimientos de carácter particular dentro del área estudiada.

Es uno de los métodos más utilizados al momento de realizar una investigación científica y del pensamiento, esto es por cuanto su principal característica es el llegar a una conclusión o teoría sobre diversos aspectos a través del análisis de casos particulares, en otras palabras, es el método que sale de lo particular y llega a lo general.

- ✓ **Método deductivo.** - A través de este método el rasgo distintivo de este método científico es el llegar a las conclusiones siempre y cuando haya premisas previas, es decir, se llegara a la conclusión de las proposiciones que conforman un argumento, de ellas y solamente de ellas deviene.

Este método ha sido referenciado a través de la historia de la humanidad, a través de los antiguos filósofos como Aristóteles. Ha de anotarse que la educación siempre partirá de una base o cuestión o ley general para llegar a lo particular, ósea va de lo general a lo particular. Es así, como de la teoría general acerca de un fenómeno o situación, se explican hechos o situaciones particulares. Se estableció que es fundamental que los servidores municipales se concienticen en la implementación de nuevos paradigmas para que, conjuntamente fortalezcan la gestión.

- ✓ **Método analítico.** - Mediante este método se va analizar a profundidad la información que se encuentre en dicha institución logrando así explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

3.4.2 Técnicas

La técnica de investigación a utilizarse para la recolección de información fue básicamente aquellas que nos permitieron identificar, analizar, sintetizar y determinar aquellos factores involucrados de una u otra forma en el proceso investigativo, es así que utilizaremos las siguientes:

- a) **Observación** Se realizó la observación directa identificando y evaluando las necesidades existentes en la población respecto a los grupos vulnerables que permita generar la creación de este centro especializado en atención a grupos vulnerables.
- b) **Entrevista:** Se utiliza para recabar información de manera verbal, a través de preguntas estructuradas. En este caso, se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas con respuestas abiertas para que los entrevistados, expresen sus criterios y estos incluirlos en la elaboración de la propuesta en análisis.

- c) **Encuesta:** Es una de las técnicas más utilizadas para recopilar información primaria y la más fácil de aplicar, brinda información de cualquier universo en corto tiempo, se lo realizará como una forma de sondear la opinión pública, estas estarán dirigidas a los pobladores de la provincia de Orellana.

3.4.3 Instrumentos

Consiste en la aplicación de mecanismos que se utilizará para llegar a las conclusiones del plan de fortalecimiento, los cuales nos ayudarán a detectar el problema. Estos son como guía de entrevistas, encuestas.

Fuentes primarias

Dentro de esta fuente primaria se destacan tres aspectos muy importantes para la recolección de información y datos, como son: observación directa, entrevista, encuesta, es decir el trabajo que realiza el investigador en el campo en forma directa.

- ✓ **Observación Directa.** - La aplicación de esta técnica permitirá captar los principales procesos de inserción y tratamiento a personas con discapacidades de la provincia de Orellana, suscribiendo notas en los papeles de trabajo, logrando detectar el estado actual de la misma.
- ✓ **Entrevista.** - Mediante esta técnica se espera conocer los criterios y opiniones de las personas que forman parte de la comunidad, con el fin de obtener información de parte de personas entendida en la materia de la investigación.
- ✓ **Encuesta.** - Se realizara encuestas al personal de los diferentes sectores sociales que conforman provincia de Orellana, resaltando los criterios y opiniones de las personas con el fin de conocer sobre la organización de las personas que presentan algún tipo de discapacidad

Fuentes secundarias

Este tipo de técnica ayuda a la estructuración del proceso para determinar la factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad de la provincia de Orellana recopilando información importante y actualizada.

- ✓ **Cuestionario.-** Es de gran importancia ya que por medio de este se obtendrá la información deseada fundamentalmente a escala masiva y estará conformado por preguntas previamente elaboradas y que serán de tipo cerrado, permitiendo obtener opiniones y criterios alrededor de las variables antes mencionadas.
- ✓ **Guía de entrevista.-** Se elaborará previa a la entrevista, esto nos permitirá recolectar información útil para el análisis de procesos de la investigación.

Cuestionario de Control Interno. - Es un instrumento que será utilizado para evaluar los procedimientos que permita la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad de la provincia de Orellana, la definición de niveles de servicio; procedimientos administrativos y procedimientos de control. Es la aplicación de las pruebas de control o de cumplimiento a través de un cuestionario previamente preparado.

3.5 RESULTADOS

Para recopilar la información mediante encuestas, se diseñó el cuestionario tomando en cuenta los objetivos del diagnóstico, para determinar la situación actual de las personas con capacidades especiales. La información fue captada directamente además de considerar las expectativas de los padres de familia como superar las necesidades de sus hijos con alguna discapacidad, cabe recalcar que para la presente encuesta se consideró a la población con sus parroquias urbanas y rurales, además se recolecto cierta información del ministerio de salud pública, datos estadísticos de la población de Orellana, páginas web en líneas.

1.- Edad

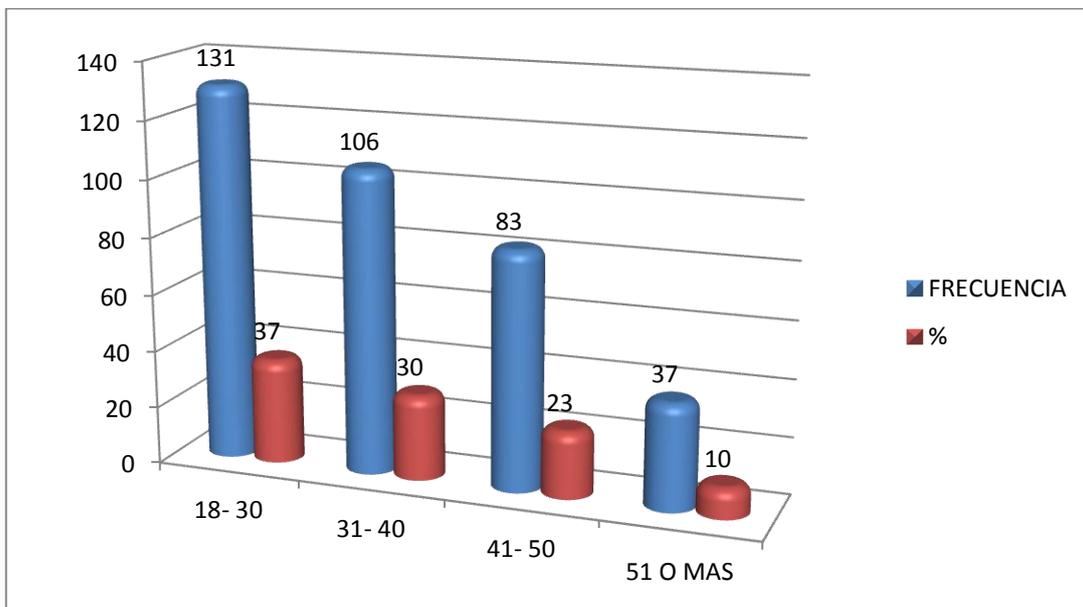
Tabla 1: Edad

EDAD	FRECUENCIA	%
18- 30	131	37
31- 40	106	30
41- 50	83	23
51 o Mas	37	10
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 1: Edad



Fuente: Tabla 1.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

De la presente encuesta se puede evidenciar que el 37% de la población se encuentra entre los 18 y 30 años, el 30% esta hasta los 41 años, el 23% está dentro de los rangos de 41 a 50 años, y apenas un 10 % está dentro de las personas que superan los 51 años.

2.- Genero

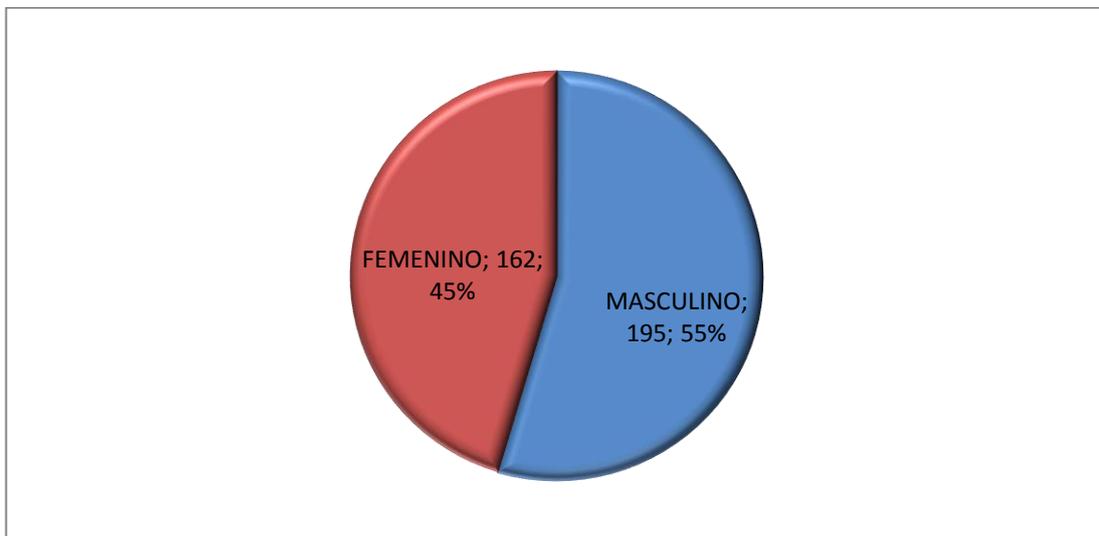
Tabla 2: Género

GENERO	FRECUENCIA	%
Masculino	195	55
Femenino	162	45
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 2: Género



Fuente: Tabla 2.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta se evidencia que el 55% de las personas abordadas son hombres y el 45% son mujeres

3.- ¿Tiene usted más de un familiar con algún tipo de discapacidad?

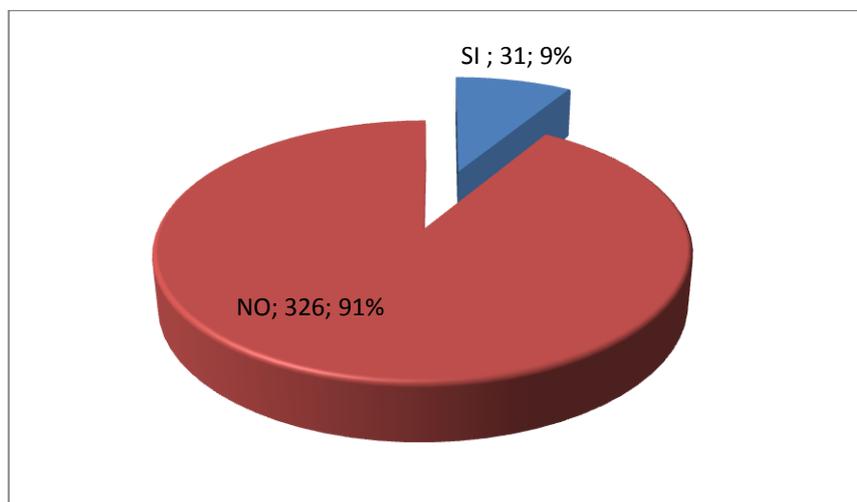
Tabla 3. Tiene usted más de un familiar con discapacidad

TIENE USTED MAS DE UN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
Si	31	9
No	326	91
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 3: Tiene usted más de un familiar con discapacidad



Fuente: Tabla 3.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Se palpa que un 26% de la población de la provincia de Orellana tiene algún familiar con discapacidad, y el restante 74% no tiene familiares con discapacidad.

4.- ¿Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación?

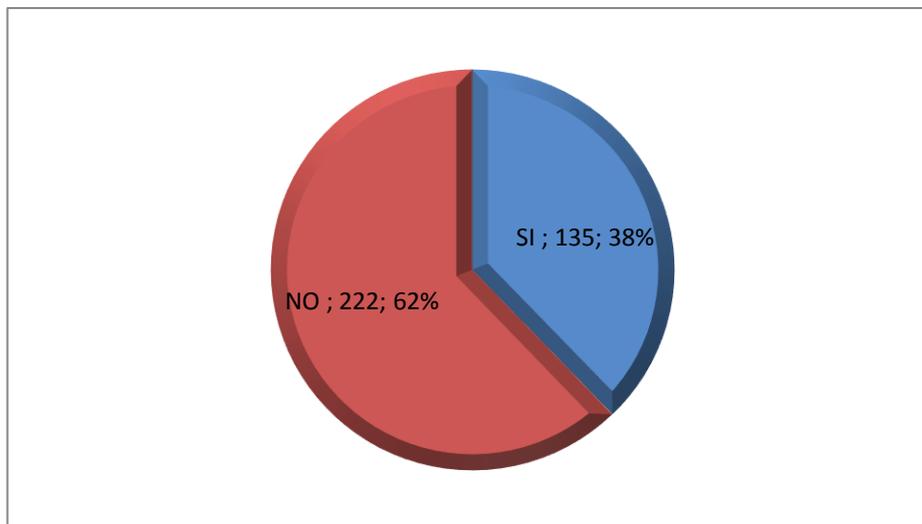
Tabla 4: Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación

SU FAMILIAR ASISTE A ALGUN CENTRO DE REHABILITACION	FRECUENCIA	%
SI	135	38
NO	222	62
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 4: Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación



Fuente: Tabla 4.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

De las personas encuestadas de las cuales apenas un 38% si asiste a un centro de rehabilitación y el 58% no asiste por diversas razones como el que no hay un centro de rehabilitación cerca a su domicilio u otras.

5.- ¿Conoce usted el nombre de la discapacidad?

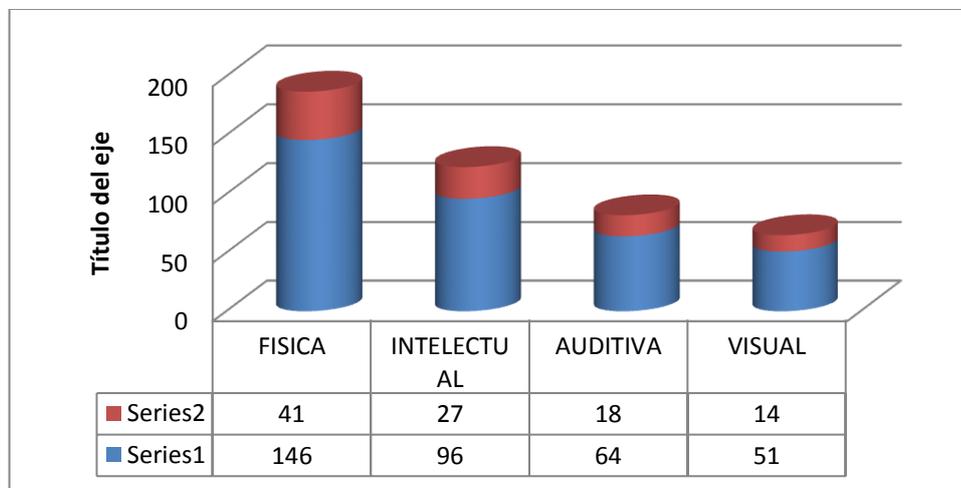
Tabla 5. Tipo de discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
Física	146	41
Intelectual	96	27
Auditiva	64	18
Visual	51	14
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 5: Tipo de discapacidad



Fuente: Tabla 5.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Dentro de la discapacidad existen diferentes tipos de patologías unas curables y otras sin oportunidad de mejorar en las 357 encuestas varios tipos de discapacidades, el 41% es el porcentaje más alto de la discapacidad física que las partes más afectadas son los brazos y las piernas como (paraplégicas, poliomielitis, invalidez, luxación de caderas). En la discapacidad intelectual 27% también es un porcentaje considerable ya que es afectado el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptiva que se manifiesta en

habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, el 18% representa a la discapacidad auditiva las personas tienen carencia de audición casi siempre están aisladas necesitan formación de lenguaje natural (sordomudos), el 14% por ciento representa a la discapacidad visual de acuerdo a las investigaciones se ha detectado que es genético por que se casan entre familiares.

6.- Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación?

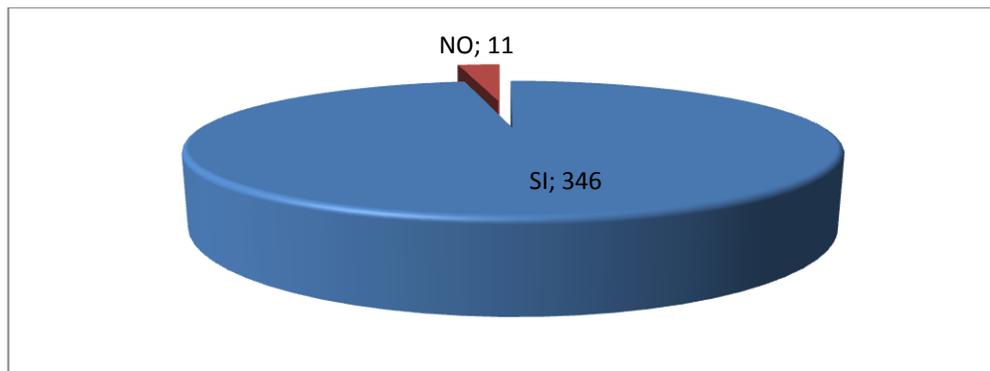
Tabla 6: Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación

ESTARIA DISPUESTO A ENVIAR A SU FAMILIAR A UN CENTRO DE REHABILITACION	FRECUENCIA	%
Si	346	97
No	11	3
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 6: Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación.



Fuente: Tabla 6.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

De la siguiente encuesta se desprende que el 97% de las personas entrevistadas si están dispuestos a llevar a su familiar para que se los vea en un centro de rehabilitación y un 3% esta renuente a hacerlo.

7.- ¿Con que frecuencia necesita rehabilitación?

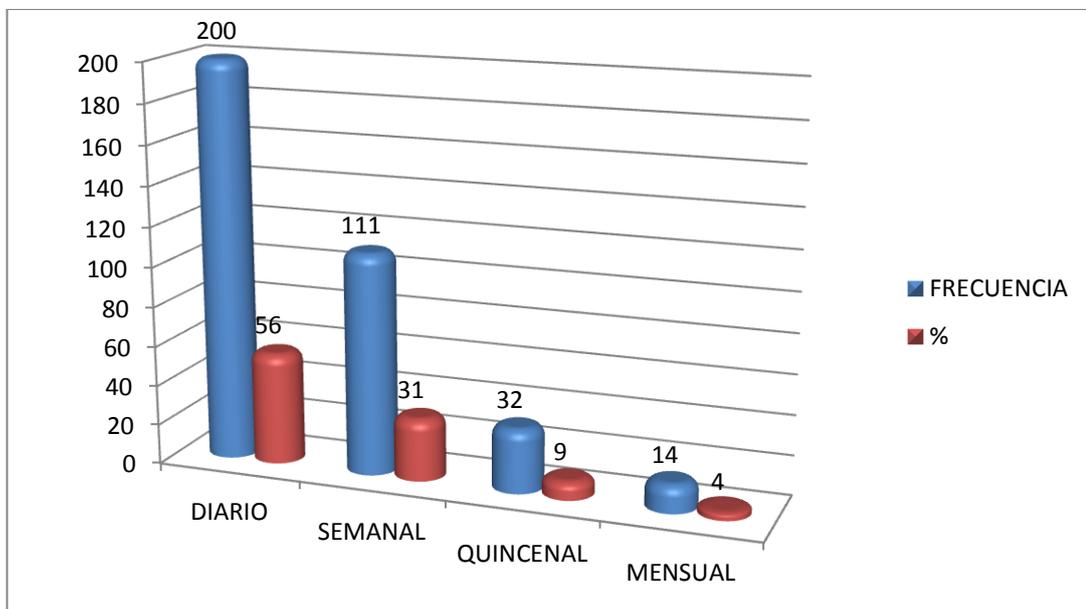
Tabla 7: Con que frecuencia necesita rehabilitación

CON QUE FRECUENCIA NECESITA RAHABILITACIÓN	FRECUENCIA	%
Diario	200	56
Semanal	111	31
Quincenal	32	9
Mensual	14	4
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 7: Con que frecuencia necesita rehabilitación



Fuente: Tabla 7.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Al evidenciar que un 56% de las personas que sufren discapacidad necesita atención especializada a diario, el 31% requiere en forma semanal, el 9% en forma quincenal y el 4% en forma mensual.

8.- ¿Le gustaría que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada?

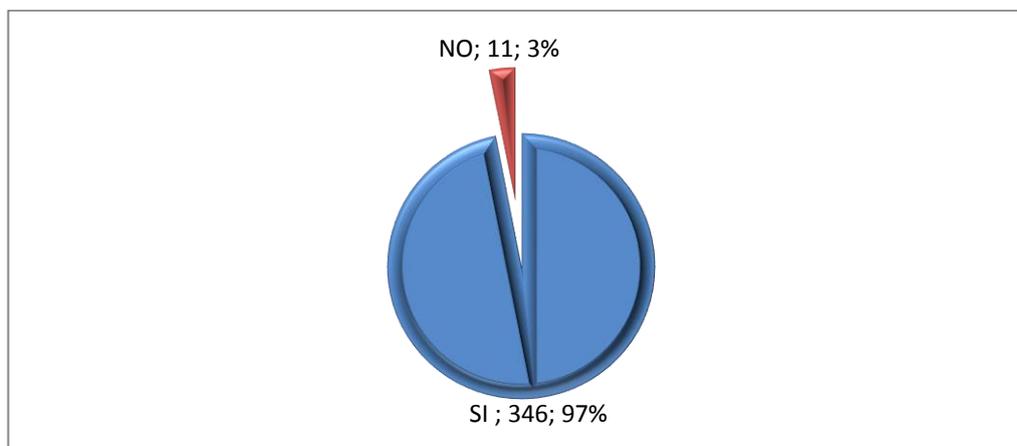
Tabla 8: le gustaría que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada.

LE GUSTARIAQUE EL PACIENTE RECIBA TERAPIA ESPECIALIZADA DE REHABILITACIÓN GARANTIZADA	FRECUENCIA	%
Si	346	97
No	11	3
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 8: Que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada.



Fuente: Tabla 8.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Se puede entender que el 97% por ciento están de acuerdo en recibir terapias de rehabilitación especializada por personas altamente calificadas y el 3% no están de acuerdo en recibir ningún tipo de terapias, algunas de ella no han tenido la oportunidad de realizar una consulta médica o menos acudir a las campañas de ayudas para personas discapacitadas.

Hoy en día con los programas para proteger y cuidar a los discapacitados están dando resultados, pero existen otra mayoría que no han recibido tratamiento por no tener recursos económicos o no contar con un centro de rehabilitación especializado y organizado para este tipo de servicio.

9.- ¿Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia

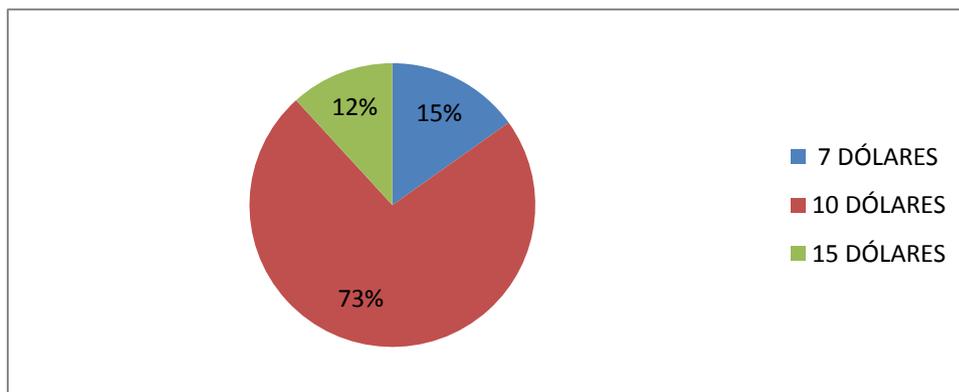
Tabla 9: Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia

VALOR A PAGAR	FRECUENCIA	%
7 Dólares	54	15
10 Dólares	261	73
15 Dólares	42	12
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 9: Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia



Fuente: Tabla 9.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Una gran mayoría de personas con algún tipo de capacidad especial prefieren pagar 10 dólares por terapia con un 73%, un 15% optan por pagar 7\$ por terapia y un 12% prefieren pagar 15 dólares por terapia.

10. Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia?

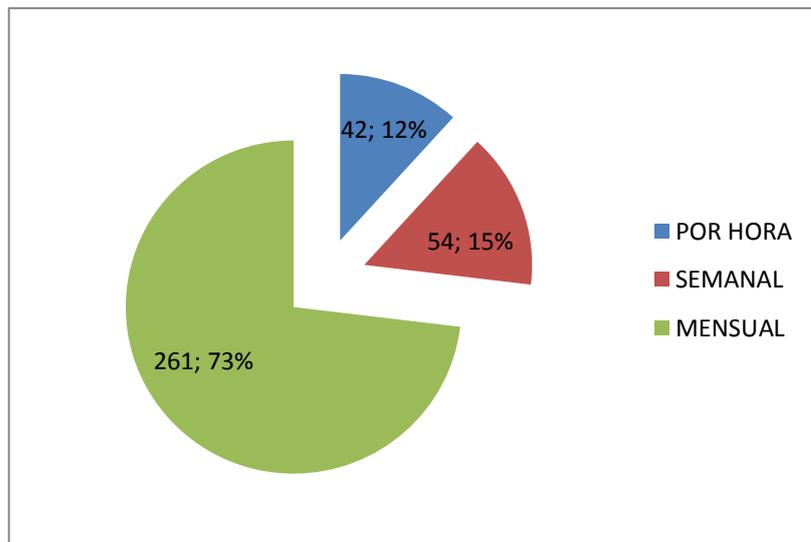
Tabla 10: Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia

VALOR A PAGAR	FRECUENCIA	%
Por Hora	42	12
Semanal	54	15
Mensual	261	73
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 10: Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia



Fuente: Tabla 10.

Elaborado por: El Autor 2017

Análisis:

Una gran mayoría de personas con algún tipo de capacidad especial prefieren realizar los pagos en forma mensual con un 73%, semanal prefiere un 15% de las personas implicadas y un 12% prefiriera hacerlo en forma horaria.

11.- ¿Desearía usted tener un centro de rehabilitación en la ciudad capital de la provincia?

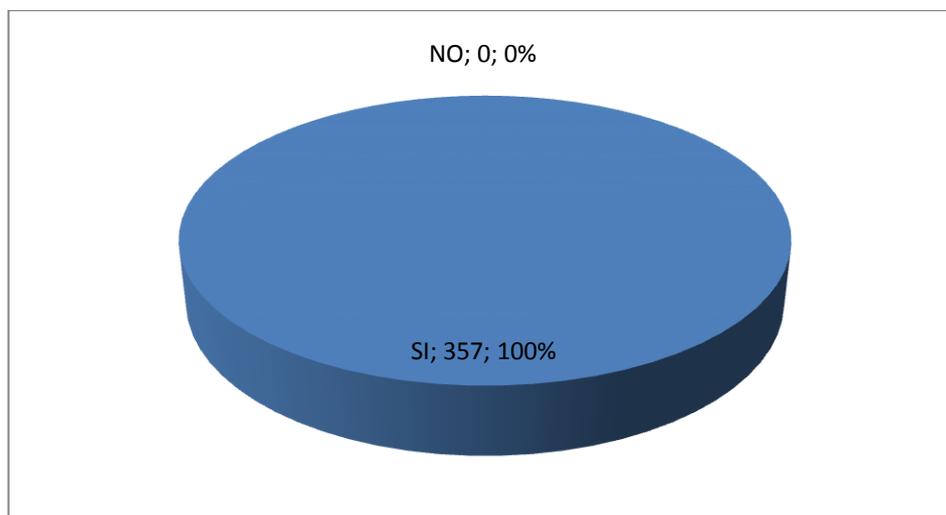
Tabla 11: Tener centro de atención en la ciudad

TENER CENTRO DE ATENCION EN LA CIUDAD	FRECUENCIA	%
Si	357	100
No	0	0
	357	100

Fuente: Encuesta Aplicada.

Elaborado por: El Autor 2017

Gráfico 11: Tener centro de atención en la ciudad



Fuente: Tabla 11

Elaborado por: El Autor 201

Análisis:

Con todos los resultados obtenidos en la encuesta realizada podemos concluir que si es necesario la creación de un centro de rehabilitación para personas con discapacidad en la ciudad de Puerto Francisco de Orellana.

Se puede decir que es una necesidad que tienen las personas con capacidades especiales de tener un lugar para hacer sus terapias.

3.5.1 Evaluación de la Información

Al hacer la evaluación de la información recopilada a través de las encuestas realizadas a los padres de familia y los instrumentos de información secundaria se ha llegado a determinar las principales necesidades de la población tanto de las zonas rurales y urbanas.

En las zonas rurales tienen el mayor porcentaje de discapacidad, como es la discapacidad física con el 41%, auditiva 18%, visual 14%, intelectual 27% esto es debido a que no ha existido control de embarazos, campañas de vacunación.

El 73% de los padres de familia están dispuestos a pagar mensualmente por las terapias que reciban.

El 97% de la población estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación, por lo que el 100 % está de acuerdo con el centro de rehabilitación a implantarse en el cantón.

Por lo que los padres de familia están de acuerdo para que sus hijos reciban terapias de rehabilitación con personal garantizado y responsable.

3.5.1.1 Diagnostico Externo

Como parte del diagnóstico externo se puede determinar que el entorno general, cuyos actores son los Organismos Rectores, Ministerio de Salud Conadis, INFA, Ministerio de Bienestar Social, la Banca y cualquier otra Institución con la suficiente autoridad como para vernos condicionados por ella.

A continuación, se expone la información recogida sobre las cuatro variables: Aliados, Oponentes, Oportunidades y Riesgos que constituye el área de influencia que tendrá el nuevo proyecto.

Aliados:

- Las personas con capacidades especiales son quienes necesitan del servicio de rehabilitación física, para la recuperación física psíquica, social y laboral.
- Los padres de familia y las personas discapacitadas que quieren que exista un Centro de Rehabilitación Física en la Provincia de Orellana
- Los profesionales altamente calificados con ética profesional son los que brindaran servicio personalizado para la satisfacción del paciente.

Oponentes:

- El transporte que limita a los pacientes a la continuidad de las terapias constituye obstáculos físicos y barreras sociales, para sus terapias.
- La negativa del Ministerio de Salud en acreditar el permiso de Sanidad y funcionamiento para la creación del centro de rehabilitación física en la provincia de Orellana
- La falta de participación del paciente y la familia en el proceso continuo de rehabilitación para que alcance un nivel óptimo de movimiento corporal humano.

Oportunidades:

- Con la Creación del Centro de Rehabilitación física el paciente tendría un proceso continuo de terapias para prevenir la aparición de disfunciones secundarias y favorecer la integración social en la comunidad y la familia.
- Con el tratamiento de rehabilitación se puede eliminar los obstáculos sociales, con oportunidad de integración laboral, relaciones interpersonales para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- No existe competencia en el mercado local, regional para la creación de una Institución dedicada a las terapias de rehabilitación física.

Riesgos

- La falta de constancia de los pacientes a sus rehabilitaciones, puede ser uno de los riesgos, son tratamientos a corto y largo plazo para su recuperación, es muy importante el apoyo familiar.
- La inestabilidad económica y laboral de nuestro país constituye un riesgo para la realización de este proyecto.

3.5.1.2 Cruce Estratégico Externo

Aliados-Oportunidades

- Al contar con personas discapacitadas que necesitan diferentes tipos de rehabilitación, constituye una oportunidad para la creación del Centro de Rehabilitación Física en la Provincia de Orellana.
- La aceptación por parte de los pacientes y padres de familia para que exista un centro de rehabilitación física, donde se podrá realizar una terapia personalizada con equipos de última tecnología de esta manera poder integrarles a la sociedad para que puedan independizarse y no ser una carga para su familia.
- Al no existir competencia en el mercado es un punto favorable para poner en marcha el desarrollo del proyecto y prestar un servicio garantizado satisfacción del paciente.

Aliados- Riesgos

- Con la participación de pacientes y la familia en el proceso de rehabilitación nos permitirá conocer qué clase de discapacidad tiene, cuánto tiempo necesita para su

recuperación buscar alternativas para que se realice todo el tratamiento en el tiempo menos posible.

- Al disponer de profesionales de la Salud lograremos trabajar en conjunto el paciente y la familia, ya que su recuperación depende primordialmente de la paciencia, comprensión y responsabilidad de todos los involucrados.

Oportunidades – Oponentes

- El paciente tiene derechos y beneficios que rige en la Ley del discapacitado como empleo, salud, educación entre otros, muchas veces por desconocimiento y falta de interés no se ha hecho evaluar por un médico.
- Con la creación del centro de rehabilitación tiene la oportunidad de ser valorado por un profesional y determinar el grado de discapacidad para seguir un tratamiento para su movilidad física.

Oponentes – Riesgos

- Con la falta de compromiso tanto del paciente la familia y los medios de comunicación, es muy difícil que el paciente este satisfecho con el servicio que recibirá y el tiempo que durará su tratamiento para una mejor calidad de vida.
- Existen centros de rehabilitación privados que tienen acceso pocas personas ya que sus terapias son altamente costosas por lo que no tendrán oportunidad las personas de bajos recursos.

3.5.1.3 Conclusión General

Al evidenciar que un 56% de las personas que sufren discapacidad necesita atención especializada a diario, y que los porcentajes disminuyen de forma notable se puede llegar a la conclusión y sin temor de equivocarse que la necesidad de un centro

especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana es imprescindible.

3.6 VERIFICACIÓN DE LA IDEA A DEFENDER

Al realizar el estudio de factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD provincial de Orellana, período 2017- 2020. Se permitirá un trato justo y equitativo a las personas con discapacidades dentro de la provincia como lo manda la constitución de la Republica.

CAPÍTULO IV: MARCO PROPOSITIVO

4.1 TÍTULO

Estudio de factibilidad para la creación de un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad en el GAD Provincial de Orellana, periodo 2017- 2020.

4.2 CONTENIDO DE LA PROPUESTA

4.2.1 Antecedentes

La presente investigación de campo tiene como finalidad conocer una noción clara de la cantidad de posibles consumidores que podrán disponer del servicio a ofrecer, la misma que fue posible utilizando técnicas de investigación, es necesario resaltar que las encuestas se las hizo a los familiares de las personas discapacitadas. Para lo cual hubo que trasladarse a la provincia de Orellana para captar esta información en el lugar de los acontecimientos.

El contenido de la presente propuesta, está enfocado a establecer la factibilidad para implementar un centro especializado de rehabilitación para personas con discapacidad, para lo cual se desarrollarán los diferentes estudios como son el de Mercado, Técnico, Administrativo Legal y Financiero, lo que permitirá determinar si la propuesta es viable.

Las personas con discapacidad en el cantón forman un conglomerado importante de la población, de acuerdo a la información disponible en el SIISE, en Orellana, existe un total de 5.3% de población (5.066 habitantes) con alguna discapacidad, debiendo destacarse que el mayor porcentaje de personas tanto en hombres como en mujeres presentan discapacidad físico motoras.

4.2.2 Estudio de Mercado

La presente investigación de campo tiene como finalidad establecer la cantidad de posible usuarios que podrán hacer uso del servicio a ofertar, debiendo considerar que este proyecto es de carácter social ya que con los servicios propuestos se busca mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad de la provincia de Orellana, sin que por esta consideración, se deje de realizar la propuesta de manera técnica, para lo cual es necesario desarrollar es Estudio de Mercado, sobre todo para establecer la demanda a la que se debe dar atención con el presente proyecto.

Al revisar las variables sociodemográficas más detalladamente que son: edad, género, profesión, tipo de discapacidad física, se establece que la atención está dirigida a hombres y mujeres de cualquier edad que habitan en zonas urbanas y rurales del cantón, independiente de profesión u ocupación que presenten algún tipo de discapacidad.

4.2.2.1 Finalidad del Estudio de Mercado

La finalidad del estudio de mercado es asegurar que exista un número suficiente de individuos, que, dadas ciertas condiciones, presentan una demanda que justifique la puesta del mismo, viene a ser la columna vertebral de estudios técnicos y financieros, requiere un margen de fiabilidad en los resultados.

Finalmente, el estudio de mercado nos dará la información acerca del precio apropiado para colocar nuestro bien o servicio y competir en el mercado o bien así poner un nuevo precio por alguna razón justificada y exponer los canales de distribución acostumbrados para el tipo de servicio que se desea brindar y cuál es su funcionamiento, que beneficios y garantías obtendrán los usuarios al recibir este servicio.

4.2.2.2 Objetivos del estudio de mercado

El principal objetivo del estudio de mercado es obtener información que nos ayude para enfrentar las condiciones del mercado, tomar decisiones y anticipar la evolución del mismo dentro de un espacio definido durante un periodo de mediano plazo y a qué precio están dispuestos a obtenerlos.

Esta información debe ser lo suficientemente veraz para poder demostrar:

- Conocer un número suficiente de consumidores con las características necesarias para considerarlo como demanda de los servicios que vamos a ofrecer.
- Determinar el comportamiento de los consumidores que puedan ejercer una demanda real que justifique el servicio que se piensa ofrecer.

4.2.2.3 Descripción del servicio

El centro de rehabilitación física para discapacitados ofrecerá los servicios de rehabilitación y terapia física a las personas que lo requieran de acuerdo a su condición física, con la aplicación de ejercicios que le permita una pronta recuperación.

Se aplicará terapia manual en:

- Ultrasonido
- Hidroterapia
- Ejercicio terapéutico

Para lo cual se contará con el equipo técnico y humano necesario como Psicólogo, Médico Fisiatra para que realice la valoración del paciente, los fisioterapeutas de cada área será un servicio de calidad personalizado con el fin que supere sus dolencias físicas.

El horario de atención será de lunes a sábados con sesiones la mañana de 8:00 – 12:00h y en la tarde 14:00- 16:00horas.

El precio se cobrará por utilizar los servicios y equipos del centro los cuales variaran de acuerdo a las horas que requiera cada usuario. Pero durante los primeros meses de servicio se cobrará una tarifa única por hora por utilizar las instalaciones.

4.2.2.4 Mercado meta

Llegar como alternativa para formar un equipo de trabajo que empiece a evaluar la posibilidad de mejorar su salud en el menor tiempo posible, involucrando a los profesionales de la salud y a los padres de familia de los pacientes fomentando una participación activa.

Se planifica contar como meta inicial con 215 pacientes de acuerdo a la muestra obtenida de las encuestas, quienes serán los que demanden de nuestros servicios.

Considerando que luego de un período de prueba que puede ser de un año, habremos ganado preferencia por los servicios prestados en el mercado, para alcanzar un incremento durante los cuatro años para llegar a un crecimiento sustentable para el fortalecimiento y permanencia del centro.

4.2.2.5 Segmento de mercado

Al revisar las variables sociodemográficas más detalladamente que son: edad, género, profesión, tipo de discapacidad física, el segmento son hombres y mujeres de cualquier edad que habitan en zonas urbanas y rurales del cantón, que pueden ser deportistas, comerciantes, obreros agricultores, estudiantes, propensos de haber sufrido algún tipo de accidente o enfermedad que los haya dejado discapacitados físicamente de forma temporal o permanente, Se ha tomado en cuenta que se proyectara para que los cantones aledaños puedan acceder a este servicio por lo que no existe competencia alguna en el sector.

4.2.2.6 Análisis de la demanda

El área de mercado que va adquirir este servicio son personas con diferente tipo de discapacidad en su totalidad son 7262 por lo que es considerada demanda total. Este servicio ira en constante crecimiento se toma en cuenta que todos hay nacimientos con discapacidad congénita adquirida a corto o largo plazo pueden ser personas de diferentes clases sociales media o baja, quienes pueden acceder a utilizar el servicio de rehabilitación.

4.2.2.7 Demanda actual del proyecto

La población con discapacidad en la provincia de Orellana representa el 5.3% de la población total, es decir 7.262 habitantes que presentan algún tipo de discapacidad que puede ser mental. Psiquiátrica, físico motora, visual, auditiva.

Tabla 12: Tipo de discapacidad en la provincia de Orellana

TIPO DE DISCAPACIDAD	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Mental	581	8
Psiquiátrica	436	6
Permanente por más de un año	1598	22
Físico motora	3558	49
Visual	653	9
Auditiva	436	6
	7262	100

Fuente: PDYOT provincia de Orellana

Elaborado por: El Autor

Este dato sirve de base para realizar la proyección de la demanda para los años de vida útil del proyecto que para el presente caso es de 5 años.

4.2.2.8 Proyección de la demanda

A fin de determinar la demanda proyectada para nuestro proyecto, se ha considerado como año base la información registrada en el PDYOT, en lo referente a población y tipos de discapacidades en la provincia de Orellana, y se ha realizado la proyección para los cinco años del proyecto, tomando como referencia la tasa de crecimiento poblacional para la provincia de Orellana, cuyo dato se lo obtuvo de los datos publicados por el INEC, y que registra el 3%.

Tabla 13: Proyección de la demanda

TIPO DE DISCAPACIDAD	TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL	AÑO BASE	AÑOS				
		POBLACIÓN	2018	2019	2020	2021	2022
Mental	3%	581	598	616	634	653	672
Psiquiátrica	3%	436	449	463	476	490	505
Permanente por más de un año	3%	1.598	1.646	1.695	1.743	1.796	1.849
Física motora	3%	3.558	3.665	3.775	3.881	3.998	4.118
Visual	3%	653	673	693	712	734	756
Auditiva	3%	436	449	463	476	490	505
		7.262	7.480	7.704	7.922	8.160	8.405

Fuente: Tabla No.12; Tasa de Crecimiento Poblacional.

Elaborado por: El Autor

4.2.2.9 Oferta

El análisis de la oferta está basado en la cuantificación de los centros existentes en la provincia de Orellana y a qué porcentaje de la población discapacitada atienden, para lo cual se consideraran los datos de la encuesta en la que se estableció que la mayor parte de personas discapacitadas encuestadas indicaron que no asisten a ningún centro de rehabilitación por cuanto en la provincia no existe, por lo que la demanda a cubrir prácticamente sería la del 100% ya que en la actualidad no se cuenta en la provincia con un Centro de Rehabilitación para personas con discapacidad.

En la provincia de Orellana existe atención a las personas con discapacidad a través de los servicios que otorga el MIES en la modalidad servicio en el hogar y la comunidad, que consiste en la atención en la vivienda de la o el usuario, trabajo y asesoramiento con la familiar terapias y coordinación para la atención médica con el MSP. Se debe destacar que este servicio es mínimo por lo que se requiere de la existencia de un Centro Especializado de Rehabilitación a la que puedan acceder la mayor parte de personas que presentan algún tipo de discapacidad en la provincia de Orellana. Sin embargo, de ello

se tomarán en cuenta los pacientes atendidos a través de esta modalidad a fin de no duplicar los esfuerzos, y conseguir que el servicio ofertado por el GADP de Orellana se torne eficiente y oportuno.

4.2.2.10 Demanda Insatisfecha

Este espacio económico se da por la diferencia entre la oferta y la demanda; la demanda potencial es mayor que la oferta, por lo que constituye un punto favorable para continuar con el proyecto en la siguiente etapa.

Se puede determinar que el 90% de la población necesita este servicio por lo que se ha determinado que si está dispuesta a pagar mensualmente las terapias. Con la finalidad de una mejor calidad de vida para estas personas.

4.2.2.11 Servicios a ofertar

El Centro Especializado de Rehabilitación, pretende ofertar servicios que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de la provincia de Orellana, a través de la atención integral en terapias de rehabilitación física, estimulación temprana, lenguaje, terapia ocupacional, psicomotricidad, música terapia, que les permita desarrollar habilidades y destrezas para su reinserción familiar y social.

Los servicios a brindar son:

- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje
- Terapia física
- Psicología individual y familiar
- Trabajo Social
- Capacitación a cuidadores de personas con discapacidad
- Terapia con pintura y música
- Hipoterapia
- Cano terapia

El equipo profesional del Centro Especialidades de Rehabilitación, se movilizará en brigadas de atención gratuita los días viernes a los coliseos de los diferentes cantones de la provincia de Orellana a fin de dar atención a la mayor parte de población con discapacidad de la provincia.

4.2.2.12 Publicidad

Existen diferentes canales de apoyo para entregar el mensaje diseñado y dirigido a captar la atención de un segmento de mercado, tendremos los medios de comunicación, radio, periódico, hojas volantes entre otros.

Los objetivos específicos de la publicidad son los siguientes:

- Informar la existencia de la empresa, productos y precios.
- Persuadir al consumidor para adquiere el servicio
- Recordar la existencia de las ventajas del producto y el lugar donde puede adquirirlo.

4.2.2.13 Calidad de Servicio

El Centro pretende ofrecer una imagen de terapia efectiva que permita contrarrestar las dolencias y dar una esperanza de rehabilitación en el menor tiempo posible. Para que tengan iguales oportunidades y participación en la vida de la comunidad en diferentes actividades. Como hacer una evaluación, planificación y revisión de las necesidades de los pacientes. Los servicios que prestará el centro serán las siguientes.

- Área de terapia física

Para la restauración de los músculos, aprendizaje de las funciones del organismo a fin de preservar la máxima movilidad y alivio del dolor.

- Área de terapia de lenguaje

Sirve para evaluar y tratar las alteraciones del lenguaje.

- Área de terapia ocupacional

Ayuda a las personas con dificultades para lograr destrezas y actitudes necesarias para un estilo de vida saludable y equilibrada.

- Área de terapia auditiva

Es mejorar las posibilidades de escucha y el deseo de comunicación de la persona.

- Gimnasio

Conclusión

Luego de analizar la información obtenida se determina que existen una gran cantidad de personas con discapacidad, el Centro de Rehabilitación Física brindara salud para que los pacientes lleven un nuevo estilo de vida y mejorar sus problemas físicos. No hay otro lugar que ofrezca este servicio por lo que captaremos todo el mercado. De esta manera se generaría fuentes de trabajo y será un progreso para el cantón.

4.2.3 Estudio Técnico

El estudio técnico está compuesto por muchos factores siendo los que abordaremos los siguientes: la macro localización, micro localización, tamaño o capacidad productiva del servicio, ingeniería y procesos, así como los gastos en los que se deberá incurrir para la puesta en marcha del presente proyecto; factores muy importantes que aportan para determinar la viabilidad técnica del mismo.

➤ **Micro localización**

La micro localización se realizó considerando las vías de acceso con las que cuenta el sector además de que en este espacio se podrá contar con una gran extensión de espacios verdes, ya que en la terapia y rehabilitación de las personas con discapacidad es muy importante la relación de ellos con la naturaleza, poder estar en un lugar rodeado de vegetación en el que pueden realizar más actividades para recrearse además de sus terapias.

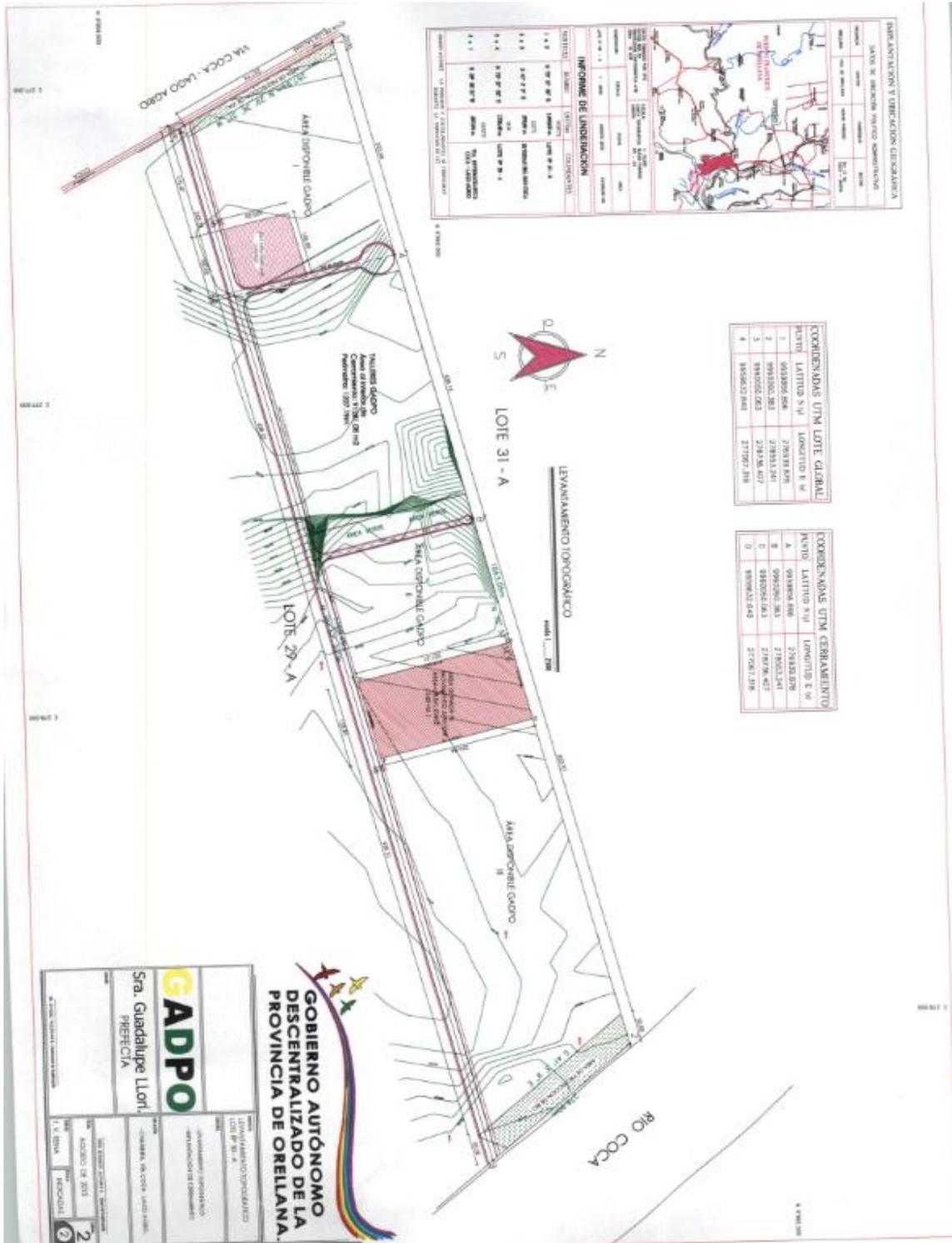
Este terreno cumple con las condiciones de fácil acceso, rodeado de vegetación, cercano a la ciudad y a su vez lo suficientemente alejado como para que el usuario sienta una conexión con la naturaleza y se pueda relajar, ya que, al ser una zona natural boscosa, es como una pausa en su entorno, evitando a través de la naturaleza el paso de ruido al lugar, permitiendo que sea un lugar de relajación por su contacto con lo natural.

En lo referente a usos de suelo en el sector en el que se encuentra el terreno seleccionado, se puede observar que alrededor del lugar existen muy pocas construcciones y más bien se mantienen las áreas verdes. Los terrenos adyacentes también son de propiedad municipal lo que facilita el establecer actividades que vayan acorde al Centro Especializado de Rehabilitación y que contrapongan con esta actividad social.

El terreno se encuentra ubicado en las calles Río Coca y la vía Coca – Lago Agrio, adyacente al predio para la implantación del proyecto, se encuentra linderado por el predio donado al Movimiento Juan XXIII, en este sector también encontramos los talleres del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Orellana.

El plano del terreno es el que a continuación se exhibe:

Gráfico 13: Terreno para la implantación del Centro Especializado de Rehabilitación



Fuente: GADPO

4.2.3.2 Tamaño del Proyecto

Se requerirá de una construcción con todas las adecuaciones e instalaciones, en las que se brindará servicio de rehabilitación y terapias, la distribución de las áreas que se hará cumpliendo con los requerimientos de seguridad que permita al personal desarrollar sus labores sin ningún tipo de riesgo.

Para determinar el tamaño del proyecto existen varios parámetros entre ellos tenemos:

- Recursos disponibles
- Personal especializado y capacitado
- Infraestructura

De acuerdo a los servicios que se van a otorgar y a la capacidad de la infraestructura podemos dar atención a los siguientes pacientes, según las diferentes discapacidades que presenten.

Tabla 14: Atención anual a personas con discapacidad

SERVICIOS	ESTACIONES	PACIENTES ATENDIDOS	
		MENSUAL	ANUAL
Psicólogo		100	1.200
Medico Fisiatra		100	1.200
Fisioterapistas	5	500	6.000
TOTAL		700	8.400

Fuente: Investigación

Elaborado por. El Autor

Tabla 15: Proyección de atención de pacientes

SERVICIOS	AÑOS				
	1	2	3	4	5
Psicólogo	1.200	1.236	1.273	1.311	1.351
Medico Fisiatra	1.200	1.236	1.273	1.311	1.351
Fisioterapistas	6.000	6.180	6.365	6.556	6.753

Fuente: Investigación

Elaborado por. El Autor

4.2.3.3 Distribución en Planta

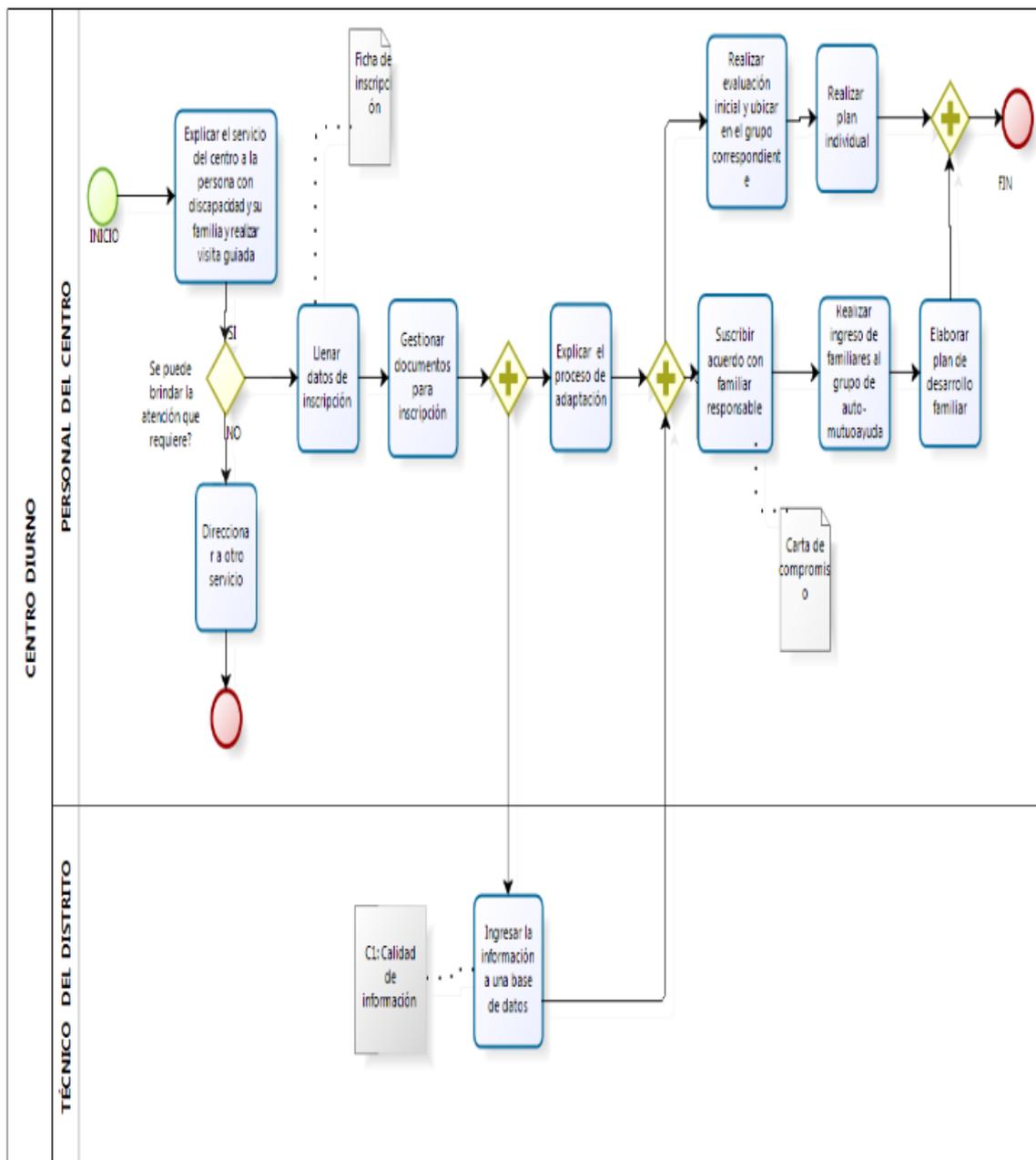
La planta se ubicará en un terreno de 1000m², propiedad del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Orellana, cuyas instalaciones serán distribuidas de la siguiente manera, cuidando que los materiales utilizados permitan que la infraestructura sea sísmo resistente cumpliendo las Normas Ecuatorianas de la Construcción, mismas que permiten garantizar la seguridad de los usuarios de nuestros servicios, además de prever los espacios verdes necesarios para que la terapia brindada sea integral y que permita el contacto de nuestros pacientes con la naturaleza:

- Departamento Médico. Son áreas que necesitan los médicos para realizar sus consultas, tanto el médico Fisioterapeuta como el Psicólogo.
- Departamento Administrativo: Estará distribuido en Dirección, Secretaría y Contabilidad.
- Área de terapia de lenguaje, Ocupacional, Física, auditiva y educación especial: estará implementada con los equipos necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Gimnasio: A fin de evitar complejidad de otras patologías, complicaciones pulmonares, hepáticas, atrofas musculares. Los equipos pueden ser caminadoras, balones, paralelas, varales, bicicletas, otros.
- Sala para Hidroterapia y Sala de Electroterapia
- Baños públicos y baños privados
- Parqueadero
- Cuarto de aseo. Contará con todos los servicios básicos necesarios, a fin de mantener el Centro permanentemente en óptima presentación y pulcritud, ya que constituye una parte de la imagen de toda institución.

4.2.3.4 Flujo grama de proceso

A través del siguiente diagrama se describe cual será el proceso de admisión y Plan de Atención Familiar en el Centro de Atención Especializada de Rehabilitación para personas con discapacidad.

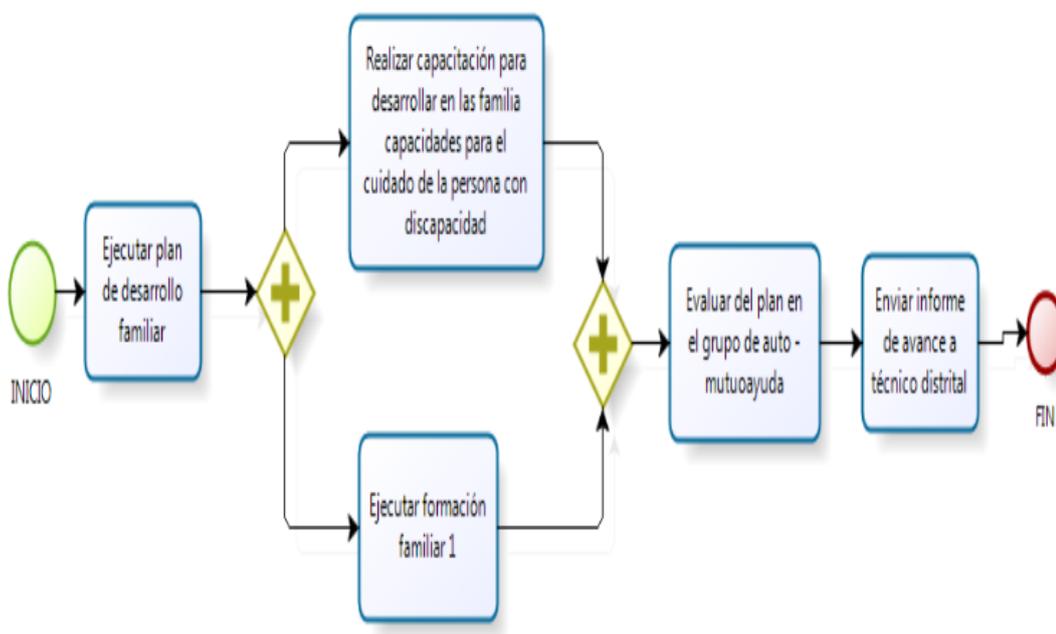
Gráfico 16: Diagrama de Flujo Proceso de Admisión



Fuente: Guía Operativa de los Servicios de Discapacidad – MIES

Elaborado por: El Autor

Gráfico 17: Diagrama de Flujo Proceso de Plan Familiar



Fuente: Guía Operativa de los Servicios de Discapacidad – MIES

Elaborado por: El Autor

4.2.3.5 Costos de Producción

Dentro de los costos se considerar todos los rubros necesarios para la puesta en marcha del Centro de Atención Especializada, mismos que se detallan a continuación:

Tabla 16: Terrenos y Edificios

DETALLE	m2	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
EDIFICIO	600	150,00	90.000,00
TOTAL			90.000,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Se debe destacar que el presente cuadro de terrenos y edificios se hace constar solamente el costo de la edificación, por cuanto el terreno es de propiedad del GADPO

Tabla 17: Vehículos

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Buseta	1	25.000,00	25.000,00
TOTAL			25.000,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 18: Maquinaria, Tecnología y Equipos

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Tanque para hidromasaje	1	4.200,00	4.200,00
Rampa	1	1.197,00	1.197,00
Barreras Paralelas	1	983,00	983,00
Rueda para hombro	1	940,00	940,00
Electro estimulador muscular	1	490,00	490,00
Electro estimulador nervioso	1	250,00	250,00
Ultrasonido	1	150,00	150,00
Escalera para dedos	1	150,00	150,00
Andador	1	84,00	84,00
Colchonetas	15	80,00	1.200,00
Camillas	15	15,00	225,00
Impresora Multifunción láser color	1	150,00	150,00
Procesador Intel Core I7; 16 GB de memoria, con tecnología DDR4, pantalla LCD de 23,8", con retroiluminación LED, Cámara WEB de 1080p y micrófono dual	3	1.200,00	3.600,00
Negatoscopio de un cuerpo pintado	1	185,00	185,00
Cradillas de un peldaño pintadas, medidas: 47*30*28	1	39,00	39,00
Fonendoscopio simple de diafragma y campana	1	56,00	56,00
Tensiómetro de columna de mercurio	1	117,00	117,00
Electrocardiógrafo portátil	1	6.500,00	6.500,00
Saturador de oxígeno	1	2.200,00	2.200,00
Esterilizadores eléctricos	2	600,00	1.200,00
Teléfono inalámbrico	3	75,00	225,00
TOTAL			24.141,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 19: Muebles y Enseres

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Escritorio ejecutivo	3	145,00	435,00
Silla Giratoria	1	78,00	78,00
Silla Metálica	2	35,00	70,00
Mesas cuadradas de 110 de diámetro fabricada en melamínico	2	120,00	240,00
Sillas de espera tipo visita, estructura tubular de 1'x1,5mm, esponja de alta densidad, tapizada en cuerina y/o tela	15	48,00	720,00
Pizarra de tiza líquida de 140 x 120	2	75,00	150,00
Silla de ruedas	2	260,00	520,00
Sillas Giratorias			
Archivadores	5	75,00	375,00
Sala de reuniones	1	450,00	450,00
TOTAL			3.038,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 20: Equipo de Protección Personal

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Señalética	1	800,00	800,00
Mandiles	75	7,00	525,00
Botiquin	2	85,00	170,00
Extintores	2	47,50	95,00
TOTAL			1.590,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 21: Suministros de Aseo

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Escobas	50	2,00	100,00
Tachos	65	12,00	780,00
Fundas De Basura (6 Un.)	100	0,90	90,00
Suavizante Gl	20	5,50	110,00
Jabón Liquido Gl	10	7,50	75,00
Cera Para Pisos	10	5,50	55,00
Desinfectante Gl	20	4,50	90,00
Recogedores	5	2,00	10,00
TOTAL			1.310,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 22: Útiles de Oficina

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Hojas De Papel Bond Resmas	30	4,00	120,00
Grapadoras	12	4,00	48,00
Perforadoras	12	3,00	36,00
Esferos Cajas	12	12,00	144,00
Lapices Cajas	12	10,00	120,00
Borradores Cajas	3	6,00	18,00
Marcadores Cajas	6	8,00	48,00
Clips Cajas	12	1,50	18,00
Portaminas (Caja)	10	3,50	35,00
TOTAL			587,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 23: Gastos de Constitución

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Permisos Sanitarios	1	200,00	200,00
TOTAL			200,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 24: Servicios Básicos

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Telefono	1	600	600,00
Luz	1	120	120,00
Agua	1	96	96,00
Internet	1	360	360,00
TOTAL			1.176,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

Tabla 25: Servicios Básicos

DETALLE	CTDAD.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Paquete Anual	1	2.500,00	2.500,00
TOTAL			2.500,00

Fuente: Cotización

Elaborado por: El Autor

4.2.3.6 Elementos estratégicos

Objetivos

- Promover acciones preventivas de las discapacidades mediante la aplicación de técnicas y procedimientos de Rehabilitación integral.
- Lograr en el menor tiempo posible un óptimo nivel funcional, físico mental y social del ser humano.
- Brindar terapias específicas de Rehabilitación para lo cual se debe contar con equipos de alta tecnología en Rehabilitación.

4.2.4 Estudio Administrativo y Legal

Uno de los aspectos importantes dentro del proyecto es la administración del mismo, por lo que es importante definirla como un instrumento que permita concretar acciones para el cumplimiento de los objetivos planteados, por lo tanto, el Centro de Atención

Especializado de Rehabilitación para personas con discapacidad “CAERDIS” del GADP de Orellana, es una dependencia parte de la Unidad de Desarrollo Social y Humano del GADP.

4.2.4.1 Denominación del Centro

La entidad será denominada Centro de Atención Especializado de Rehabilitación para personas con discapacidad “CAERDIS”, que identifica claramente al Centro, es decir es un ente público cuyo objetivo es brindar atención especializada a personas con discapacidad de la provincia de Orellana.

4.2.4.2 Objetivos

- Promover acciones preventivas de las discapacidades mediante la aplicación de técnicas y procedimientos de rehabilitación integral.
- Lograr en el menor tiempo posible un óptimo nivel funcional, físico mental y social del ser humano
- Brindar terapias específicas de Rehabilitación para los cual se debe contar con equipos de alta tecnología en rehabilitación
- Contar con personal especializado tanto para el área administrativa como para el área técnica acorde a las necesidades que requieran los pacientes.

4.2.4.3 Misión Institucional

El Centro de Atención Especializada es una entidad sin ánimos de lucro, cuya misión es proporcionar el apoyo necesario para que las personas con discapacidad y sus familias disfruten de calidad de vida en condiciones de igualdad de oportunidades con el resto de la ciudadanía.

4.2.4.4 Visión Institucional

Somos una organización innovadora que mejora día adía y genera confianza en nuestros clientes internos como externos, a través de la prestación de servicios que serán

referentes en la provincia, logrando así mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

4.2.4.5 Principios Institucionales

Los principios corporativos acordes a los servicios que presta el Centro de Atención Especializada de Rehabilitación para personas con discapacidad son:

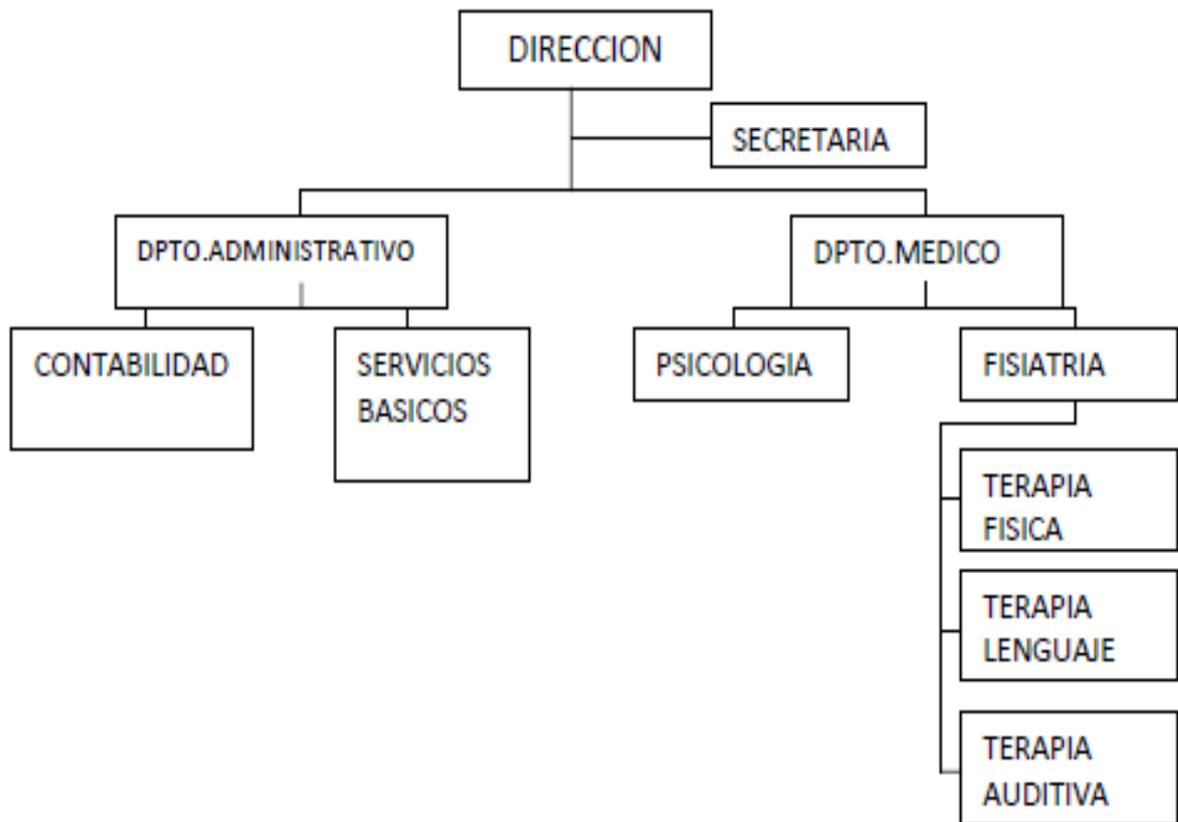
- **Calidez.** Nuestro principio fundamental es el servicio con calidez, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- **Puntualidad.** Ser ejemplo en el cumplimiento de tiempos y plazos previamente establecidos y acordados.
- **Solidaridad.** Preocuparnos por el bienestar de los demás es parte de nuestra responsabilidad, extender la mano y brindar apoyo a quien lo necesita será nuestra mayor satisfacción.
- **Trabajo en red.** Compromiso con la comunidad, de manera especial en el medio rural.
- **Honestidad.** El Centro de Atención Especializada en rehabilitación para personas con discapacidad demostrara siempre su accionar honesto en favor de un sector que requiere atención prioritaria.
- **Responsabilidad.** Trabajaremos cumpliendo normas y reglamentos para satisfacción del paciente.
- **Ética.** Quienes seamos parte del “CAERDIS”, seremos íntegros en nuestras acciones, demostrando total respeto por las normas que lo rijan.

4.2.4.6 Orgánico Estructural

El Organigrama Estructural refleja las jerarquías del requerimiento de personal tanto administrativo como técnico, indispensable para la puesta en marcha de “CAERDIS”

Con la finalidad de que el talento humano que laborará en este Centro, cuente con funciones y actividades claramente definidas, se ha establecido el siguiente organigrama estructural.

Gráfico 18: Organigrama Estructural



Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

4.2.4.7 Tramitología

Para el adecuado funcionamiento del Centro de Rehabilitación se requiere realizar una serie de trámites a fin de contar con la autorización para su funcionamiento, para lo cual es necesario contar con:

- ✓ Habilitación del establecimiento por parte del Ministerio de Salud
- ✓ Permiso Municipal.
- ✓ Permiso del Cuerpo de Bomberos.
- ✓ Registro Único de Contribuyentes
- ✓ Permiso Sanitario

4.2.4.8 Requerimiento de Personal

Para el adecuado funcionamiento de “CAERDIS” Centro de Atención Especial en Rehabilitación de Personas con Discapacidad, se requiere del siguiente personal tanto para el área administrativa como técnica.

Tabla 26: Requerimiento de Personal

AREA	CARGO	No.	SUELDO EN DOLARES	JORNADA
Administrativa	Administrador	1	600	½ Tiempo
	Secretaria Recepcionista	1	650	Tiempo Completo
	Contador	1	600	½ Tiempo
Medica	Médico Terapista	1	1200	½ Tiempo
	Enfermera	1	700	Tiempo Completo
	Terapista Ocupacional	1	820	Tiempo Completo
	Psicólogo	1	410	½ Tiempo
	Terapista Físico	3	820	Tiempo Completo
	Trabajador Social	1	360	½ Tiempo
Servicios	Auxiliar de Limpieza	1	450	Tiempo Completo

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor.

Tabla 27: Costos Mano de Obra Personal Administrativo

CARGO	CTDA D	SUELDO MENSUAL	SUELDO ANUAL TOTAL	DECIMO TERCER SUELDO	DECIMO CUARTO SUELDO	APORTE PATRONAL 11,45%	VACACIONES	ANUAL CON BENEFICIOS	SUELDO TOTAL
Administrador	1	600,00	7.200,00	600,00	370,00	68,70	600,00	8.838,70	17.677,40
Secretaria Recepcionista	1	650,00	7.800,00	650,00	370,00	74,43	650,00	9.544,43	19.088,85
Contador	1	600,00	7.200,00	600,00	370,00	68,70	600,00	8.838,70	17.677,40
Abogado									-
Medico Terapista	1	1.200,00	14.400,00	1.200,00	370,00	137,40	1.200,00	17.307,40	34.614,80
Enfermera	1	700,00	8.400,00	700,00	370,00	80,15	700,00	10.250,15	20.500,30
Terapista Ocupacional	1	820,00	9.840,00	820,00	370,00	93,89	820,00	11.943,89	23.887,78
Psicólogo	1	410,00	4.920,00	410,00	370,00	46,95	410,00	6.156,95	12.313,89
Terapista Físico	3	820,00	9.840,00	820,00	370,00	93,89	820,00	11.943,89	23.887,78
Trabajadora Social	1	360,00	4.320,00	360,00	370,00	41,22	360,00	5.451,22	10.902,44
									180.550,64

Tabla 28: Costos Mano de Obra Personal Operativo

CARGO	CTDAD	SUELDO MENSUAL	SUELDO ANUAL	DECIMO TERCER SUELDO	DECIMO CUARTO SUELDO	APORTE PATRONAL 11,15%	VACACIONES	ANUAL CON BENEFICIOS	SUELDO TOTAL TRABAJADORES
Auxiliar De Limpieza	1	450	5400,00	450	375	50,18	450	1.325,18	1.325,18
									1.325,18

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

4.2.5 Estudio Financiero

El estudio financiero nos permite tener una visión clara en cuanto a recursos económicos necesarios para la puesta en marcha del proyecto.

4.2.5.1 Inversión Inicial

Son los desembolsos que se debe realizar en el presente proyecto para la construcción de la infraestructura requerida para un adecuado y correcto funcionamiento. La Inversión Inicial se constituye por los valores a invertir en Activos Fijos, Capital de Trabajo, Gastos de Administración, Ventas y Constitución, mismos que se detallan a continuación:

Tabla 29: Inversión Inicial

DETALLE	VALOR	
ACTIVOS FIJOS		\$142.179,00
Terrenos Y Edificios	\$90.000,00	
Vehiculos	\$25.000,00	
Maquinaria Tecnología Y Equipos	\$24.141,00	
Muebles Y Enseres	\$3.038,00	
ACTIVOS DIFERIDOS		\$187.913,64
Gastos De Constitucion	\$200,00	
Gastos Administrativos	\$185.213,64	
Gastos De Ventas	\$2.500,00	
CAPITAL DE TRABAJO		\$47.309,70
Capital De Trabajo	\$47.309,70	
TOTAL INVERSIÓN INICIAL		\$377.402,34

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

Como se puede observar para la puesta en marcha del proyecto se requiere una inversión de \$377.402,34USD, cuyo mayor rubro corresponde a los gastos administrativos que ascienden a \$185.213,64USD.

4.2.5.2 Capital de Trabajo

“La inversión en capital de trabajo constituye el conjunto de recursos necesarios en la forma de activos corrientes, para la operación normal del proyecto durante el ciclo productivo, para una capacidad y tamaño determinados” (SAPAG CHAIN, 2007)

Tabla 30: Capital de Trabajo

(+)Costos Variables	1.176,00
(+)Costos Fijos	188.062,82
(=) COSTO DE PRODUCCIÓN	189.238,82
Ciclo Productivo	30 DÍAS
Ciclos A Financiar	3 ciclos
Capital De Trabajo0	(Costo Total de Producción/360 días) * Ciclo Productivo
CAPITAL DE TRABAJO	525,66
CAPITAL DE TRABAJO * CICLOS A FINANCIAR	47.309,70

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

Tabla 31: Costos Fijos

DETALLE	VALOR
Suministros De Aseo	1.310,00
Útiles De Oficina	587,00
Publicidad	2.500,00
Mano De Obra	1.325,18
Equipo De Protección Personal	1.590,00
Gastos De Constitución	200,00
Sueldos Y Salarios	180.550,64
TOTAL	188.062,82

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

Tabla 32: Costos Variables

DETALLE	VALOR
Servicios Básicos	1.176,00
TOTAL	1.176,00

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

4.2.5.3 Financiamiento

El financiamiento de “CAERDIS” básicamente será por aporte del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Orellana, como se lo demuestra en la tabla que a continuación se detalla.

Tabla 33: Fuente y Usos del Proyecto

RUBROS	USOS DE FONDOS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
		GADPO
ACTIVOS FIJOS	\$142.179,00	\$142.179,00
Terrenos Y Edificios	\$90.000,00	\$90.000,00
Vehiculos	\$25.000,00	\$25.000,00
Maquinaria Tecnología Y Equipos	\$24.141,00	\$24.141,00
Muebles Y Enseres	\$3.038,00	\$3.038,00
ACTIVOS DIFERIDOS	\$187.913,64	\$187.913,64
Gastos De Constitucion	\$200,00	\$200,00
Gastos Administrativos	\$185.213,64	\$185.213,64
Gastos De Ventas	\$2.500,00	\$2.500,00
CAPITAL DE TRABAJO	\$47.309,70	\$47.309,70
TOTAL	\$377.402,34	\$377.402,34

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

4.2.5.4 Ingresos

Los ingresos del proyecto están calculados en base a los servicios que el “CAERDIS” va a prestar, mismos que fueron definidos en el tamaño del proyecto.

Tabla 34: Servicios y Costos del Proyecto

SERVICIOS	COSTO EN USD
Psicología	\$5,00
Fisiatria	\$10,00
Terapia	\$5,00

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

Para el precio de venta se consideró, como se planteó desde el principio, que el presente proyecto es de carácter social por tanto los costos son los mínimos que permitan que todas las personas discapacitadas que requieran de nuestros servicios puedan acceder a los servicios de rehabilitación que oferta “CAERDIS”.

De acuerdo a las proyecciones realizadas los ingresos del proyecto serán:

Tabla 35: Ingresos del Proyecto

CONCEPTO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Psicólogo	1.200	1.236	1.273	1.311	1.351
Precio de Venta	\$5,00	\$5,17	\$5,35	\$5,53	\$5,72
PSICOLOGIA	\$6.000,00	\$6.390,12	\$6.805,61	\$7.248,11	\$7.719,38
Medico Fisiatra	1.200	1.236	1.273	1.311	1.351
Precio de Venta	\$10,00	\$10,34	\$10,69	\$11,06	\$11,43
FISIATRIA	\$12.000,00	\$12.780,24	\$13.611,21	\$14.496,21	\$15.438,76
Terapista	6.000,00	6.180,00	6.365,40	6.556,36	6.753,05
Precio de Venta	\$5,00	\$5,15	\$5,31	\$5,48	\$5,65
TERAPIA	\$30.000,00	\$31.854,81	\$33.824,30	\$35.915,55	\$38.136,10
TOTAL INGRESOS	\$48.000,00	\$51.025,17	\$54.241,11	\$57.659,87	\$61.294,24

Fuente: Tabla Proyección de Atención

Elaborado por: El Autor

4.2.5.5 Costos y Gastos del Proyecto

Es necesario establecer los costos en los requiere incurrir el Centro para poder ejecutar el proyecto, considerando dentro de estos gastos de administración, ventas y de constitución para su proyección de igual manera se ha considerado el porcentaje de inflación que actualmente es de 3.4% según el INEC.

Tabla 36: Costos y Gastos del Proyecto

RUBROS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
1. COSTOS DE PRODUCCIÓN	\$181.875,82	\$186.710,64	\$192.480,00	\$198.427,63	\$204.559,04
Mano De Obra	\$181.875,82	\$186.710,64	\$192.480,00	\$198.427,63	\$204.559,04
2. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	\$4.663,00	\$5.950,84	\$6.138,92	\$6.332,95	\$6.533,13
Suministros De Aseo	\$1.310,00	\$1.354,54	\$1.400,59	\$1.448,21	\$1.497,45
Útiles De Oficina	\$587,00	\$605,14	\$623,84	\$643,11	\$662,99
Servicios Basicos	\$1.176,00	\$2.352,03	\$2.424,71	\$2.499,63	\$2.576,87
Equipo De Protección Personal	\$1.590,00	\$1.639,13	\$1.689,78	\$1.741,99	\$1.795,82
3. GASTOS DE VENTAS	\$2.500,00	\$2.585,00	\$2.672,89	\$2.763,77	\$2.857,74
Publicidad	\$2.500,00	\$2.585,00	\$2.672,89	\$2.763,77	\$2.857,74
4. GASTOS DE CONSTITUCIÓN	\$200,00	\$206,18	\$212,55	\$219,12	\$225,89
TOTAL	\$189.238,82	\$195.452,66	\$201.504,36	\$207.743,47	\$214.175,80

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

4.2.5.6 Estado Proforma de Resultados

El Estado Proforma de Resultado, o Estado de Pérdida y Ganancias nos permite establecer la utilidad neta del ejercicio, después de haber deducido costos y gastos, por ser una entidad pública no corresponde realizar el pago de utilidades, así como tampoco el Impuesto a la Renta.

Tabla 37: Estado Proforma de Resultados

RUBRO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Ventas Netas	\$54.000,00	\$57.415,29	\$61.046,72	\$64.907,98	\$69.013,61
Costos De Producción	\$181.875,82	\$186.710,64	\$192.480,00	\$198.427,63	\$204.559,04
UTILIDAD BRUTA	-\$127.875,82	-\$129.295,35	-\$131.433,28	-\$133.519,65	-\$135.545,43
Gastos De Administración	\$4.663,00	\$5.950,84	\$6.138,92	\$6.332,95	\$6.533,13
Gastos De Ventas	\$2.500,00	\$2.585,00	\$2.672,89	\$2.763,77	\$2.857,74
Gastos De Constitución	\$200,00				
Depreciación	\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90
Amortización	\$40,00	\$40,00	\$40,00	\$40,00	\$40,00
TOTAL GASTOS	\$19.620,90	\$20.793,74	\$21.069,71	\$21.354,62	\$21.648,77
UTILIDAD O PERDIDA DEL EJERCICIO	-\$147.496,72	-\$150.089,09	-\$152.502,99	-\$154.874,28	-\$157.194,20

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

Como se puede observar el presente proyecto es desarrollado sin ánimos de lucro, ya que es de carácter netamente social, y en vista de que va dirigido a un sector de atención prioritario como son las personas con discapacidad, el mismo no genera utilidad y deberá ser subsidiado por el GADPO.

4.2.6 Evaluación Financiera

Corresponde al flujo real de efectivo, nos permite tener una idea más real de la situación de la empresa, en cuanto a disponibilidad o liquidez de efectivo que tendrá el Centro durante la vida útil del proyecto, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 38: Flujo de Caja

RUBROS	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
Ventas		\$54.000,00	\$57.415,29	\$61.046,72	\$64.907,98	\$69.013,61
Valor Salvamento						\$54.580,00
Costos De Producción		\$181.875,82	\$186.710,64	\$192.480,00	\$198.427,63	\$204.559,04
Gastos De Administración		\$4.663,00	\$5.950,84	\$6.138,92	\$6.332,95	\$6.533,13
Gastos De Ventas		\$2.500,00	\$2.585,00	\$2.672,89	\$2.763,77	\$2.857,74
Amortizac. Activos Diferidos		\$40,00	\$40,00	\$40,00	\$40,00	\$40,00
Utilidad Neta		\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00	\$0,00
Depreciaciones		\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90	\$12.217,90
Inversión Activos Fijos	-\$142.179,00					
Inversión Activos Diferidos	-\$200,00					
Capital De Trabajo		-\$47.309,70				
FLUJO DE CAJA	-\$142.379,00	-\$59.527,60	-\$12.217,90	-\$12.217,90	-\$12.217,90	-\$12.217,90

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

4.2.6.1 Valor Actual Neto

El Valor Actual Neto es el procedimiento que permite calcular el valor presente de un determinado número de flujos de caja futuros, originados por una inversión, la metodología consiste en descontar al momento actual (es decir, actualizar mediante una tasa) todos los flujos de caja del proyecto. A este valor se le resta la inversión inicial, de tal modo que el valor obtenido es el valor actual neto del proyecto.

Tabla 39: Valor Actual Neto

AÑOS	FLUJO NETO	FACTOR DE DESCUENTO	FLUJO NETO ACTUALIZADO
0	-\$142.379,00	1,00	-\$142.379,00
1	-\$59.527,60	0,91	-\$54.318,46
2	-\$12.217,90	0,83	-\$10.173,13
3	-\$12.217,90	0,76	-\$9.282,90
4	-\$12.217,90	0,69	-\$8.470,57
5	-\$12.217,90	0,63	-\$7.729,33
VAN			-\$232.353,40

Fuente: Costos del Proyecto

Elaborado por: El Autor

En el presente proyecto se ha obtenido un VAN < 0, por lo que financieramente hablando el proyecto no es factible, pero sin embargo socialmente si lo es por cuanto se estará coadyuvando a brindar una solución para un grupo social que requiere de atención especializada para mejorar su calidad de vida, así como la de sus familias

4.2.6.2 Tasa Interna de Retorno

Se denomina Tasa Interna de Retorno (TIR), a la tasa de descuento que hace que el Valor Actual neto (VAN) se igual a cero, para su cálculo se toma en cuenta los flujos de caja netos actualizados.

Tabla 40: Tasa Interna de Retorno

AÑOS	FLUJO NETO	FACTOR DE DESCUENTO	FLUJO NETO ACTUALIZADO
0	\$142.379,00	1,00	-\$142.379,00
1	-\$59.527,60	0,94	-\$55.936,48
2	-\$12.217,90	0,88	-\$10.788,23
3	-\$12.217,90	0,83	-\$10.137,41
4	-\$12.217,90	0,78	-\$9.525,85
5	-\$12.217,90	0,73	-\$8.951,18
VAN			-

Fuente: Cuadro Cálculo del VAN

Elaborado por: El Autor

La Tasa Interna de Retorno del proyecto es del 6.42%, como vemos no es una tasa atractiva para la inversión que se debe realizar.

4.2.6.3 Relación Beneficio Costo

La fórmula utilizada es la siguiente:

$$\text{Relación } \frac{B}{C} = \text{Ingresos actualizados} / (\text{inversión inicial} + \text{egresos actualizados})$$

Los ingresos y egresos actualizados se detallan a continuación:

Tabla 41: Relación Beneficio Costo

INVERSIÓN	INGRESOS	COSTOS Y GASTOS	INGRESOS ACTUALIZADOS	COSTOS ACTUALIZADOS	SALDO	RECUPERACION CAPITAL
- 142.179,00			10%	10%		- 142.179,00
1	\$54.000,00	\$189.238,82	\$49.274,57	\$172.678,91	\$123.404,34	-\$265.583,34
2	\$57.415,29	\$195.452,66	\$47.806,36	\$162.742,03	\$114.935,67	-\$380.519,01
3	\$61.046,72	\$201.504,36	\$46.382,01	\$153.098,76	\$106.716,75	-\$487.235,76
4	\$64.907,98	\$207.743,47	\$45.000,19	\$144.026,92	-\$99.026,73	-\$586.262,49
5	\$69.013,61	\$214.175,80	\$43.659,64	\$135.492,66	-\$91.833,02	-\$678.095,51
SUMA	\$306.383,60	\$1.008.115,11	\$232.122,77	\$768.039,28		

Fuente: Cuadro Cálculo del VAN

Elaborado por: El Autor

Ingresos Actualizados = \$232.122,77

Costos Actualizados = \$768.039,28

Inversión Inicial = \$142.179,00

Inversión Inicial + Costos Actualizados = 910.218,28

Ingresos Actualizados / Inversión Inicial + Costos Actualizados = 0,26

Este indicador nos permita establecer que por cada dólar invertido se recuperan 0.26 ctvs. de dólar

4.2.7 Resumen de Indicadores

A continuación, se detallan los valores obtenidos en los indicadores que nos permiten evidenciar que financieramente el proyecto sería factible de realizarlo, pero socialmente como ya se lo había destacado existen las razones suficientes para poder hacerlo y que incluso dentro del COOTAD existe la disposición de asignar el 10% del total de ingresos del GAD a los sectores prioritarios, como es en este caso las personas con discapacidad que necesitan atención del sector gubernamental.

Tabla 42: Resumen de Indicadores

INDICADORES	VALOR
VAN	\$-232.353,40
TIR	6,42%
RBC	0,26

Fuente: Cuadro Cálculo del VAN

Elaborado por: El Autor

4.2.7.1 Análisis de Impactos

El presente proyecto por tratarse de un centro de servicio a personas con discapacidad, amerita tener presente varios aspectos para ser analizados mediante la formulación de impactos entre los más importantes se destacan el social y económico.

4.2.7.2 Impacto Social

Actualmente se dispone de estadísticas en cuanto a información de todos los aspectos relevantes del país, esta información recopilada ha permitido visualizar la existencia de un número considerable de personas con discapacidad tal como se lo demostró en el estudio de mercado del presente proyecto, la provincia de Orellana no es la excepción ya que existen aproximadamente 7.200 personas que padecen una discapacidad, que incluso son de escasos recursos económicos y que requieren de atención especializada,

este antecedente es un indicador para emprender la implementación de un Centro de Atención Especializada de Rehabilitación, al que puedan acceder sin discriminación por razones económicas, sociales o de cualquier otra índole.

Tabla 43: Calificación Impacto Social

Indicador	Nivel de Impacto						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Atención Personalizada							x
Acceso de personas desplazadas por la sociedad							x
Buenas relaciones interpersonales							x
Bienestar social adecuado						x	
						2	9

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

Resultado:

Total, de Impacto Social = $11/4 = 2.75$

Nivel de Impacto Social = Alto positivo

Análisis

Las clases medias y bajas son las que menos posibilidades tienen para acceder a servicios de rehabilitación y dentro de los objetivos del buen vivir y las funciones de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, está el dotar de servicios de calidad más a un sector de atención prioritaria. La creación de “CAERDIS” ofrece servicios que aportan a la valorización de las personas con discapacidad y lograr poco a poco la inserción de ellas en una sociedad bastante exigente y ciega en cuanto a ayuda social se refiere.

Los indicadores de medición propuestos dan como resultado un impacto alto positivo, porque de alguna manera evidencia la necesidad de implementar un centro de este nivel en la provincia de Orellana.

4.2.7.3 Impacto Económico

El acceso a centros de atención especializados los hace familias que disponen de ingresos económicos estables y medianamente buenos y que regularmente se encuentran en las ciudades grandes.

Con la implementación de “CAERDIS” en el cantón Francisco de Orellana y que dará atención a la provincia, se logrará dar atención a personas de bajos o nulos recursos económicos y que este factor es el que le impide acceder a servicios de rehabilitación especializada, como se lo ha demostrado el lucro no es el fin de este proyecto, todo lo contrario es de carácter social, además de que con la implementación del centro a más de brindar servicios con calidad y calidez, también constituye un aporte importante ya que como se puede demostrar con el estudio financiero, se dará oportunidad a un número considerable de profesionales de laborar en el GADPO, lo que a su vez este hecho contribuye a la dinamización de la economía del cantón, ya que estos profesionales requerirán de otros tipos de servicios como alimentación, recreación, etc, que tendrán que consumirlos aquí en el cantón.

Tabla 44: Calificación Impacto Económico

Nivel de Impacto							
Indicador	-3	-2	-1	0	1	2	3
Mano de Obra Especializada							x
Tarifas accesibles							x
Facilidad de acceso al centro de atención						X	
Familias de escasos recursos atendidas							x
						2	9

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

Resultado:

Total de Impacto = $11/4 = 2.75$

Nivel de Impacto = Alto Positivo

Análisis

Las personas de escasos recursos económicos serán las más favorecidas debido a que tendrán la oportunidad de acceder a servicios en la localidad, a los cuales anteriormente no lo hacían lo que le permitirá mejorar su calidad de vida, así como la de sus familias, quienes también contarán con la capacitación respectiva para que puedan atender a sus familiares que presenten algún tipo de discapacidad.

Las tarifas como pago por la atención son valores que les permitirá contar con rehabilitación permanente en caso de requerirlo, limitando que el factor dinero sea el impedimento para acceder a los servicios.

4.2.7.4 Indicadores Sociales

Al hacer mención de los indicadores sociales enfocamos en su funcionalidad, sirven para describir y explicar el cambio social el desarrollo de los indicadores sociales en las últimas décadas ha tenido el propósito de corregir la visión unilateral y a veces distorsionada de los indicadores macroeconómico.

En el presente proyecto se ha obtenido un $VAN < 0$, por lo que financieramente hablando el proyecto no es factible, pero sin embargo socialmente si lo es por cuanto se estará coadyuvando a brindar una solución para un grupo social que requiere de atención especializada para mejor su calidad de vida así como la de sus familias.

Al obtener el VAN negativo se debería considerar que el proyecto no es factible. Más a de hacerse mención que el proyecto es de carácter social y no económico por lo que el rédito social es elevado y el VAN será un factor de segundo orden.

Para profundizar en este detalle se debe recalcar algunos de los indicadores sociales de la provincia, como son la pobreza.

4.2.7.5 Pobreza y pobreza extrema por ingresos

Según este indicador se califica como “pobres” o “pobres extremos” a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo ingreso per cápita, en un periodo determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza o pobreza extrema respectivamente. El indicador se construye a través del número de personas pobres por ingresos expresado como porcentaje del total de la población para un determinado año.

La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios. Mientras que la línea de pobreza extrema es el equivalente monetario de una canasta que cubra los costos mínimos de alimentación. Para tal efecto, aquellos individuos cuyo ingreso total per cápita sea inferior a la línea de pobreza son considerados pobres. Finalmente, se calcula la proporción de pobres frente al total de la población. Igual procedimiento se realiza para el cálculo de pobreza extrema por ingresos.

La línea de pobreza sirve como un umbral del nivel de ingreso mínimo para que los habitantes de un determinado país puedan adquirir un adecuado estándar de vida. Es una medida indirecta que permite medir la redistribución de la riqueza. Dentro de la política socio-económica sirve para generar reformas estatales con el objetivo de que la población cuente con la capacidad necesaria para generar sus oportunidades y cubrir sus necesidades básicas. Metodológicamente, aunque los informantes generalmente declaran con cierta precisión sus salarios, los datos que proporcionan sobre los ingresos no salariales son erráticos y probablemente menores a los reales. El indicador estima la pobreza sin corregir el posible sub-registro de los ingresos.

Merece la pena recalcar que una de las más importantes críticas que se hace a la medición de la pobreza por ingresos, consiste en que ésta es una medida coyuntural que es susceptible de fluctuación en el tiempo en función de la ocupación de los miembros del hogar, su condición laboral y nivel salarial. De igual manera, de acuerdo a esta medida el ingreso del hogar se distribuye equitativamente al interior del mismo, desconociéndolo como un lugar de conflicto de intereses, en donde algunos miembros tienen preferencia sobre otros, y la toma de decisiones sobre la distribución del ingreso puede no ser equitativa.

4.2.7.6 Impacto Educativo

La UNESCO considero que américa latina es la región más equitativa del planeta. La población rural es una de las más afectadas sobre todos sus mujeres y sus niños todos los indicadores educativos sobre acceso, abandono analfabetismos y calidad son los más alarmantes en las ciudades. El índice de pobreza de pobreza son siempre los más bajos con el trabajo y desarrollo territorial, por ende los hogares más pobres de la provincia de Orellana serán los más beneficiarios con este proyecto

Tabla 45: Calificación Impacto Educativo

Indicador	Nivel de Impacto						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Atención en centros educativos							x
Acceso de personas desplazadas por la sociedad							x
Facilidad de Ingreso a centros educativos							x
Familias sin educación						x	
						2	9

Fuente: Investigación

Elaborado por: El Autor

Resultado:

Total de Impacto = $11/4 = 2.75$

Nivel de Impacto = Alto Positivo

Análisis

Las personas de escasos recursos económicos serán las más favorecidas debido a que tendrán la oportunidad de acceder a servicios en la localidad, a los cuales anteriormente no lo hacían lo que le permitirá mejorar su calidad de vida, así como la de sus familias, quienes también contarán con la capacitación respectiva para que puedan atender a sus

familiares que presenten algún tipo de discapacidad, y puedan ser dependientes por si solos.

4.2.7.7 Impacto Ambiental

Los gobiernos locales cuentan con áreas y técnicos especializados en temas ambientales, el centro de atención para personas especiales no va a ser un foco que generara desechos contaminantes peligrosos de ser así se implementaran medidas de mitigación para contrarrestar tal evento contaminante y de ser posible la reutilización mediante reciclaje de los mismos. Cabe recalcar que no se trata de un centro hospitalario que genere desechos peligrosos que no se puedan tratar o que requieran tratamiento especial.

Tabla 46: Calificación Impacto Ambiental

Nivel de Impacto	-3	-2	-1	0	1	2	3
Indicador							
Buena utilización de desechos						x	x
Espacios adecuados para residuos sólidos						x	x
Recolección diaria de basura.							x
Areas de atención libres de humo						x	
TOTAL						2	3

Fuente: Cuadros Estadísticos

Elaborado por: el Autor

Resultados

Total de Impacto = $11/4 = 2,75$

Nivel de Impacto = Alto positivo

Análisis

Para llevar adelante la implementación del centro de rehabilitación se debería tomar en cuenta a los técnicos del área ambiental, será una estrategia porque mediante ellos se podrá desde la puesta en marcha y en el transcurso de la operatividad tener presente

aspectos que en el futuro no causen daños ambientales al cliente interno, externo y más aún que afecte al entorno de la sociedad de Orellana.

4.2.7.8 Impacto General

Abarca todos los impactos para la realización de este proyecto, mediante el proceso de identificar el problema , obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre las metas y la planificación, de los impactos del servicio en relación, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones.

Tabla 47: General

Indicador	Nivel de Impacto							
	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Impacto Social								x
Impacto Económico								x
Impacto Educativo								x
Impacto Ambiental						x		
TOTAL						2	3	

Fuente: Cuadros Estadísticos

Elaborado por: el Autor

Resultados

Total de Impacto = $11/4 = 2,75$

Nivel de Impacto = alto positivo

Análisis

Mediante una evaluación general de los impactos podemos determinar que las metas propuestas nos da un resultado alto positivo, quiere decir que la población en general está de acuerdo en las actividades para el desarrollo del proyecto, de esta manera se puede planificar la programación y latona de decisiones para poner en práctica y realizarlo con éxito en el Cantón.

. PARTIDA PRESUPUESTARIA PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

N°	PARTIDA PRESUPUESTARIA	CARGO	CTDAD	SUELDO MENSUAL	SUELDO ANUAL TOTAL	DECIMO TERCER SUELDO	DECIMO CUARTO SUELDO	APORTE PATRONAL 11,45%	VACACIONES	ANUAL CON BENEFICIOS	APORTE TOTAL
1	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.01	ADMINISTRADOR	1	600	7200	600	370	68.7	600	8838.7	
2	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.02	SECRETARIA REPCIONISTA	1	650	7800	650	370	74.43	650	9544.43	19088.86
3	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.03	CONTADOR	1	600	7200	600	370	68.7	600	8838.7	17677.4
4	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.04	ABOGADO									0
5	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.05	MEDICO TERAPISTA	1	1200	14400	1200	370	137.4	1200	17307.4	34614.8
6	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.06	ENFERMERA	1	700	8400	700	370	80.15	700	10250.15	20500.3
7	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.07	TERAPISTA OCUPACIONAL	1	820	9840	820	370	93.89	820	11943.89	23887.78
8	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.08	PSICÓLOGO	1	410	4920	410	370	46.95	410	6156.95	12313.9
9	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.09	TERAPISTA FISICO	3	820	9840	820	370	93.89	820	11943.89	23887.78
10	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.10	TRABAJADORA SOCIAL	1	360	4320	360	370	41.22	360	5451.22	10902.44
11	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.11	AUXILIAR DE LIMPIEZA	1	450	5400	450	370	50.18	450	1325.18	8045.36
12	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.12	TERRENO	1							900000	900000
13	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.13	VEHICULO	2	2084	4168					50016	54184
14	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.14	MAQUINARIA TECNOLIOGIA Y EQUIPO	1	0	0	0	0	0	0	24141	24141
15	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.15	MUEBLES Y ENSERES	1	0	0	0	0	0	0	3038	3038
16	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.16	Suministro de Oficina	1	0	0	0	0	0	0	587	587
17	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.17	SUMINISTRO DE ASEO	1	0	0	0	0	0	0	1310	1310
18	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.18	PUBLICIDAD	1	0	0	0	0	0	0	2500	2500
19	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.19	MANO DE OBRA	1	0	0	0	0	0	0	1325.18	1325.18
20	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.20	EQUIPO DE PROTECCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	1590	1590
21	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.21	GASTO CONSTITUCIÓN	1	0	0	0	0	0	0	200	200
22	22.05.000.002.00.00.7.71.02.03.000.000.000.000.00.00.00.22	SERVICIOS BASICOS	1	0	0	0	0	0	0	1176	1176
TOTAL											1160969.8

CONCLUSIONES

- De acuerdo al Diagnostico Situacional se concluye que en la provincia de Orellana existe un número considerable de personas afectadas por algún tipo de discapacidad, quienes necesitan de atención médica y rehabilitación especializada que les permita en la medida de lo posible valerse por sus propios medios y sobre todo mantener la calidad de vida que como seres humanos todos merecemos.
- Existe variada información la cual permite investigar de una manera concisa la problemática a tratarse permitiendo contar con información particular que permita tener el conocimiento necesario para dar solución a la problemática identificada.
- Partiendo del Estudio de Mercado, el análisis de datos de las encuestas realizadas señala que el mayor porcentaje de población se inclina por la implementación de un Centro que brinde los servicios de rehabilitación para personas con discapacidad ya que no existe un lugar en el cantón y provincia que brinde estos servicios.
- Se puede concluir que los impactos sociales y económicos dan la pauta de lo importante que es implementar el centro de rehabilitación, por los beneficios que se logran con su ejecución para las personas con discapacidad
- El Gad Provincial de Orellana cuenta con una partida presupuestaria para el inicio de “CERDIS” lo cual se considera necesario emprender lo más pronto posible este proyecto que será de gran beneficio para la sociedad de la provincia de Orellana.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que los servicios a ofertar sean brindados con calidad, calidez y de manera oportuna con la finalidad de coadyuvar al mejorar la calidad de vida de los pacientes que se beneficien con nuestros servicios.
- Se recomienda siempre cumplir con la normativa vigente a fin de que el Centro no tenga inconvenientes al momento de ya empezar a funcionar y poder brindar los servicios que los usuarios requieren.
- No se debe descuidar el trabajo que con la comunidad y los familiares de las personas con discapacidad se debe realizar a fin de garantizar el bienestar integro de la familia del paciente.
- Motivar la participación activa de las familias de los usuarios, con la finalidad de que el cuidado de las personas con discapacidad no se los realice solamente en el Centro de Rehabilitación sino permanentemente en sus hogares también.
- De acuerdo al estudio técnico se recomienda realizar acciones, trámites y demás actividades para el financiamiento de la inversión tomando en cuenta a los organismos gubernamentales y seccionales para la realización de cualquier proyecto son estudios técnicos y reales de la situación de las personas discapacitadas del cantón.

BIBLIOGRAFÍA

- Adame, C. J. (2000). TRAUMATOLOGO Y ORTOPEDISTA.
- Ander-egg. (1992). TIPOS DE INVESTIGACION.
- BEMBIRE, C. (2010). CONCEPTO DE INCLUSION.
- Blogspot. (2010). CONCEPTO DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO.
- Cabrera, R. (2010). MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN CON LA ORTOPEDIA: INTERACCIÓN IDEAL.
- Dankhe. (1986). Tipos de exploración.
- Fernando, G. (2010). Diccionario de la lengua Española. En C. D. FORTALECIMIENTO.
- Fernando, S. (2010). DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN, CEMIC.
- FRANKLIN, B. (s.f.). *Organización y métodos un enfoque competitivo*, Pág 3. México: Mc Graw Hill; .
- GESTIOPOLIS. (2014). Concepto de Estudio de Factibilidad.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Empresa>. (s.f.).
<http://www.monografias.com>. (2015). principales-tipos-investigacion2.
(s.f.). <http://www.pymesfuturo.com/puntodeequilibrio.htm>.
- JESS, S. (2012). MEDICINA DISICA.
(2006). Ingeniería Económica. En &. A. L. Blank. México: McGrawHill, 6ta. Edición.
- Magon, F. (2011). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.
- Mardones, C. y. (2014). Elaboración de tesis e informes Técnico-Profesionales-ed. Conosu.
- Maria, I. S. (2011). MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN FISIOTERAPIA.
- Meneses, E. (s.f.). "Preparación y evaluación de Proyectos.
- MIGUEL, B. U. (2004). *EVALUACION DE PROYECTOS QUINTA EDICION*.
- PDyOT. (2015). PROVINCIA DE ORELLANA.
- Raül, S. B. (1998). TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA.
- ROLLAN, L. (2012). PARA QUE ESTIMULAR.
- SALAZAR, F. (2007). *Gestión Estratégica de Negocios*, Pág. 151.
- SAPAG CHAIN, N. &. (2007). PREPARACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS 5TA, EDICION. MEXICO: McGraw Hill.

WIGODSKI, J. (2012). DICCIONARIO ESPAÑOL.

Zorrilla. (1993). la investigación se clasifica en cuatro tipos: básica, aplicada, documental, de campo o mixta.

ANEXOS

Anexo 1: Encuestas

La presente encuesta tiene por objeto, establecer cuál es la necesidad de las personas con discapacidad de una atención especializada y de calidad. La información obtenida será utilizada estrictamente para los fines del proyecto.

1. Edad
- | | | | |
|---------|--------------------------|---------|--------------------------|
| 18 – 30 | <input type="checkbox"/> | 31 – 40 | <input type="checkbox"/> |
| 41 – 50 | <input type="checkbox"/> | > 50 | <input type="checkbox"/> |

2. Genero
- | | | | |
|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Femenino | <input type="checkbox"/> | Masculino | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|

3. ¿Tiene usted más de un familiar con algún tipo de discapacidad?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

4. ¿Su familiar asiste a algún centro de rehabilitación?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

5. ¿Conoce usted el tipo de la discapacidad?
-

6. ¿Estaría dispuesto a enviar a su familiar a un centro de rehabilitación?
- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|--------------------------|

7. ¿Con que frecuencia necesita rehabilitación?

Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>
Quincenal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>

8. ¿Le gustaría que el paciente reciba terapia especializada de rehabilitación garantizada?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

9. ¿Qué valor estaría dispuesto a pagar por terapia?

7 DÓLARES	<input type="checkbox"/>	10 DÓLARES	<input type="checkbox"/>	15 DÓLARES	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------

10. ¿Cómo estaría dispuesto a pagar el valor de la terapia?

Por hora	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>
Mensual	<input type="checkbox"/>		

11. ¿Desearía usted tener un centro de rehabilitación en la ciudad capital de la provincia?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Anexo 2: Tipos de discapacidad

DISCAPACIDAD FISICA

Integrantes de la asociación sonrisas de la Provincia de Orellana



DISCAPACIDAD COGNITIVA VISUAL



DISCAPACIDAD AUDITIVA



DISCAPACIDAD DE LENGUAJE



anexo 3 TIPOS DE REHABILITACIÒN

REHABILITACIÓN FÍSICA



TERAPIA OCUPACIONAL



Gracias