



PLAN MÉDICO FUNCIONAL

HOSPITAL
Dr. TEODORO MALDONADO CARBO



2014 - 2017



Comisión Técnica de Elaboración del Documento	<ul style="list-style-type: none">▪ Econ. José Matías Sánchez▪ Ing. Roberto Paredes Maldonado▪ Ing. Eddy Piguave Bohórquez▪ Econ. Juana Morán Tapia▪ Dra. Esthela Tinoco Moreno
Revisado Por	<ul style="list-style-type: none">▪ Econ. Marlon Manyá, Gerente General▪ Ing. Juan Carlos Gilbert, Director▪ Dra. Johanna Gabriela Alcívar, Directora Médica
Aprobado Por	<ul style="list-style-type: none">▪ Econ. Marlon Manyá, Gerente General



FICHA DE LA UNIDAD MÉDICA

SUBDIRECCIÓN O JEFATURA SGSIF	SGSIF GUAYAS
NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA	HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO
PROVINCIA	GUAYAS
CANTÓN	GUAYAQUIL
PARROQUIA	XIMENA
BARRIO	DEL SEGURO
DIRECCIÓN	AV. 25 DE JULIO VÍA PUERTO MARITIMO
INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PROPIA
TELÉFONO	(593) 4 2430010
CORREO ELECTRÓNICO	mmanya@htmc.gob.ec
RESPONSABLE DE LA UNIDAD	ECON. MARLON MANYA ORELLANA GERENTE GENERAL
TIPO DE UNIDAD	TERCER NIVEL



ORGÁNICO DE GESTION Y APOYO

INSTITUCIONAL ÁREA	RESPONSABLE
Gerencia General	Econ. Marlon Manyá Orellana
Dirección	Ing. Juan Carlos Gilbert
Dirección Médica	Dra. Johanna Gabriela Alcívar
Coordinación General Administrativa	Econ. José Hernández
Coordinación General Financiera	Econ. Fabián Zambrano
Coordinación General de Talento Humano	Ing. María Claudia Ames
Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio	Dra. Kerly Villacís
Coordinación General de Trasplantes	Dr. Jefferson Hidalgo
Coordinación General de Medicina Crítica	Dr. Ricardo Soto
Coordinación General de Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Carlos Hidalgo Samaniego
Coordinación General de Enfermería	Lic. Eleuteria Pozo
Coordinación General de Control de Calidad	Dra. Esthela Tinoco
Coordinación General de Auditoría Médica	Dra. María Isabel Delgado
Coordinación General Jurídica	Abg. Andrea Mera
Coordinación General de Docencia	Dr. Carlos Mawyin
Coordinación General de Investigación	Dr. Eduardo Marriott
Coordinación General de Planificación y Estadísticas	Econ. José Matías
Coordinación General de Tecnologías de información y Comunicación	Ing. Marlon Altamirano



Contenido

PRESENTACION.....	6
CAPÍTULO 1	7
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. RESEÑA HISTORICA.....	7
1.2. VISIÓN ESTRATÉGICA EN EL SECTOR SALUD	7
1.2.1. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2013-2017	7
1.2.2. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	12
1.3. MISION Y VISION DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO	12
1.4. OBJETIVOS PLAN MÉDICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO	13
CAPÍTULO 2	14
2. ENTORNO Y ANÁLISIS POBLACIONAL.....	14
2.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO	14
2.1.1. ENTORNO FÍSICO	14
2.1.1.1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA.....	14
2.1.1.2. ZONAS DE INCIDENCIA	14
2.1.1.3. ORGANIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.....	16
2.1.1.4. RED URBANA E INFRAESTRUCTURA VIAL, MARÍTIMA Y AÉREA.	18
2.1.1.5. EXTENSIÓN	19
2.1.2. ENTORNO ECONÓMICO Y SOCIAL.....	19
2.1.2.1. NIVEL DE OCUPACIÓN	19
2.1.2.2. POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA).....	20
2.1.2.3. ÍNDICES ECONÓMICOS RELEVANTES.....	23
2.1.2.4. ÍNDICES SOCIALES RELEVANTES	24
2.1.2.5. ANÁLISIS POBLACIONAL DENTRO DE LA ZONA DE INCIDENCIA.....	26
2.1.2.6. POBLACION ASEGURADA DEL PAÍS	36
2.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ECUADOR.....	45
2.2.1. Tasa Global de Fecundidad	45
2.1.2. NATALIDAD Y MORTALIDAD EN ECUADOR	46
2.1.3. ESPERANZA DE VIDA.....	48
CAPÍTULO 3	50
3. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA	50
3.1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL.....	50



3.2.	CARTERA DE SERVICIOS.....	52
3.2.1.	ESPECIALIDADES Y SERVICIOS MÉDICOS DEL HOSPITAL	52
3.3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DEL HOSPITAL	54
3.3.1.	MORTALIDAD	54
3.3.2.	MORBILIDAD.....	55
3.4.	INFRAESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LA EDIFICACIÓN	60
3.4.1.	EDIFICIO PRINCIPAL.....	60
3.4.2.	EXTERIORES DEL EDIFICIO PRINCIPAL	60
3.4.3.	DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS ACTUALES DEL HOSPITAL.....	62
3.5.	FUNCIONAMIENTO DE LOS ORGANOS DE GESTIÓN Y APOYO EN EL HOSPITAL	64
3.6.	ESTADÍSTICAS REFERENCIALES EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA INSTITUCIONAL....	70
3.6.1.	NECESIDADES DE ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN GLOBAL	70
3.6.1.1.	ÁREA DE CONSULTA EXTERNA	72
3.6.1.2.	CONSULTAS PROGRAMADAS	75
3.6.1.3.	ÁREA QUIRÚRGICA	90
3.8.	FACTURACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS HTMC.....	93
Capítulo 4	.....	94
4.1.	ESTRATÉGIAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	94
4.1.2.	ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES	94
4.1.3.	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	96
Capítulo 5	.....	97
5.1.	PLAN DE MEJORA PROYECTADO	97
Capítulo 6	.....	104
6.1.	CONCLUSIONES	104
Capítulo 7	.....	105
7.1.	RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	.....	106
ANEXO #1	ANÁLISIS FODA	108
ANEXO # 2	CRONOGRAMA DE ESTUDIOS PROYECTOS Y PROGRAMAS.....	111
ANEXO # 3:	ZONIFICACION PLANTA BAJA	116

PRESENTACION

Con la implementación de nuevas políticas en el Estado Ecuatoriano, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se acoge a los lineamientos instaurados por el Ministerio de Salud Pública, manteniendo la esencia en la cual nace el sistema de Seguridad Social en el Ecuador.

El Seguro General Obligatorio, que formara parte del Sistema Nacional de Seguridad Social a partir de sus fundamentos en: solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia, genera las directrices para la planificación del Plan Médico Funcional del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo para garantizar la prestación de servicios de salud que se ha mantenido hasta la fecha y busca mejorar de manera eficiente el servicio de esta institución en beneficio de los usuarios del IESS.

El IESS es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional; ello impulsa al Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil a cumplir con las directrices generadas por la institución en función de la adecuada prestación de servicios de salud a los afiliados del IESS, y es por ello que se debe recordar la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la Ley.

El Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo es una Unidad Médico Asistencial del IESS, con lo cual lo convierte en empresa prestadora de servicios de salud, dotada de autonomía administrativa y financiera, pero integrada a la Red Pública de Salud que se apoya en el Sistema de Referencia y Contra-referencia institucional.

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

1.1. RESEÑA HISTORICA

Fue inaugurado el 7 de octubre de 1970, cuando ejercía la Presidencia de la República el Dr. José María Velasco Ibarra. El HTMC es considerado de acuerdo a lo establecido en la resolución CD. 468 expedida el 30 de mayo del 2014, como una ***unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención de salud en hospitalización, y ambulatoria en cirugía clínica y cuidado materno – infantil, medicina crítica, trasplantes, enfermería y auxiliares de diagnóstico y tratamiento***, y cuyas actividades asistenciales se complementan como organismo integrante de la Red Pública de Salud, de acuerdo a la Constitución del Ecuador, Ley del Sistema Nacional de Salud, Convenio de Red, Resolución C.D. 308, Resolución C.D. 468 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, contribuyendo de esta manera al cumplimiento de los Objetivos del Milenio y el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.

1.2. VISIÓN ESTRATÉGICA EN EL SECTOR SALUD

1.2.1. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2013-2017

Objetivo 3 “MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN”

Inspirado en el artículo 358 del Sistema Nacional de Salud, mismo que establece “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral, se ha desarrollado como propósito final en el programa de gobierno 2013-2017, “MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN”; específicamente en el OBJETIVO 3 del PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2013-2017.

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad.

Las políticas en el ámbito de salud tendrán una mirada intersectorial que buscará garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2013)

Políticas del Objetivo 3:

- 3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.
- 3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.
- 3.4 Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud.
- 3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.
- 3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Lineamientos del Objetivo 3:

- 3.1.a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.
- 3.1.d. Implementar procesos de estandarización y homologación, con pertinencia cultural, social y geográfica, de la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario de los componentes del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.1.e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

- 3.1.f. Promover la certificación, la acreditación, el licenciamiento y/o la autorización, según corresponda, de la prestación de servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.1.g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- 3.1.h. Definir la institucionalidad y la estructura orgánica necesaria para la operación de los sistemas de calidad de servicios sociales.
- 3.1.i. Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

- 3.2.a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
- 3.2.b. Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
- 3.2.c. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
- 3.2.d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
- 3.2.e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.
- 3.2.g. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.
- 3.2.h. Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.
- 3.2.i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
- 3.2.j. Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis.
- 3.2.n. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.

- 3.3.a. Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud de manera coordinada e integrada, para optimizar el uso de recursos, con base en la capacidad de acogida de los territorios.

- 3.3.b. Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas.
- 3.3.c. Dotar y repotenciar la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario hospitalario, según corresponda, a lo largo del territorio ecuatoriano.
- 3.3.d. Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública.
- 3.3.e. Implementar el sistema de referencia y contrarreferencia entre instituciones de la red pública y la red complementaria en todos los niveles, garantizando el acceso oportuno y optimizando el uso de todos los recursos disponibles en el país.
- 3.3.h. Reestructurar el tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención.
- 3.3.i. Propiciar el uso adecuado de servicios de salud pública de acuerdo con las competencias de los diferentes niveles de atención, para optimizar la gestión y la operación de los establecimientos de salud pública.
- 3.3.l. Garantizar la provisión oportuna de medicamentos acorde con las necesidades sanitarias de la población, en especial para enfermedades catastróficas, raras y personas con discapacidad severa, dando preferencia al uso de medicamentos genéricos.
- 3.3.m. Promover la producción, distribución y comercialización de medicamentos genéricos.
- 3.3.n. Garantizar el acceso y uso de medicamentos adecuados en los pacientes y en los profesionales de salud que prestan sus servicios dentro de la red pública integral de salud, dando prioridad al acceso y uso de medicamentos genéricos.
- 3.3.r. Generar y promover la implementación de herramientas e instrumentos tecnológicos e informáticos, como la ficha médica única, para optimizar la gestión y la capacidad resolutive de las unidades de salud.
- 3.3.s. Impulsar la formación de profesionales especialistas y técnicos para el nuevo modelo de atención y de la red pública integral de salud, en todo el territorio.
- 3.4.a. Propiciar las condiciones necesarias para la inclusión y adaptación progresiva de las cosmovisiones, los conocimientos y los saberes ancestrales de las diversas culturas en la provisión de servicios primarios de salud, con enfoque preventivo y curativo y con énfasis en servicios materno-infantiles.
- 3.4.d. Incentivar la investigación y generar normativa para la protección e incorporación del conocimiento y los saberes ancestrales, comunitarios y populares al sistema de salud pública.

- 3.4.f. Generar mecanismos para la incorporación progresiva de los agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública.
- 3.5.f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.
- 3.5.g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- 3.5.h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- 3.6.c. Fortalecer y desarrollar mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida.
- 3.6.d. Fortalecer campañas de suplementos alimenticios y vitaminas en la población con déficit nutricional y en etapa de desarrollo cognitivo.
- 3.6.h. Normar, regular y controlar la preparación, la distribución y la comercialización de alimentos dentro de establecimientos públicos y privados que acogen a diferentes grupos de población, acorde a los requerimientos y estándares recomendados por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.

Metas del Objetivo 3:

Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%

Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%

Meta 3.3. Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años

Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%

Meta 3.5. Reducir la mortalidad por dengue grave al 2,0%

Meta 3.6. Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

Meta 3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos

1.2.2. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un acuerdo y compromiso de las naciones del mundo para impulsar acciones para la reducción de la pobreza, el mejoramiento de las condiciones de salud, educación y la protección ambiental, que se concretaron en la Declaración del Milenio suscrita por los países miembros de las NN.UU. y que establece 8 objetivos y metas a ser cumplidas hasta el año 2015.

El cumplimiento de los objetivos y metas son interdependientes, su consecución se orienta a reducir la inequidad en el acceso a condiciones de vida dignas para toda la población mundial y en el ámbito de la salud. (ONU, 2013)

Objetivo 4: Reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años, la meta es la reducción en los dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna: la meta es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y el 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, con las siguientes metas: reducir la propagación del VIH/SIDA; para el 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA; detenido y comenzar a reducir, en el 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

1.3. MISION Y VISION DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

MISIÓN: La misión del Hospital Teodoro Maldonado Carbo es brindar atención de salud especializada a través de estándares nacionales e internacionales para los afiliados, derechohabientes de la seguridad social y beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud contribuyendo al Buen Vivir.

VISIÓN: En el 2017 ser reconocidos a nivel nacional por la excelencia en la atención médica especializada promoviendo una cultura de mejoramiento continuo, fomentando la investigación científica y docencia dentro de instalaciones modernas, dotadas con equipamiento especializado y tecnología de punta a fin de garantizar las mejores condiciones de la población atendida.

1.4. OBJETIVOS PLAN MÉDICO FUNCIONAL DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

OBJETIVO GENERAL

Establecer las principales líneas de acción a seguir en el corto y medio plazo para alcanzar la visión definida por la institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el sector o la zona de influencia donde se encuentran los afiliados y asegurados que componen la población a atender en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
- Analizar los principales factores que afectan al desarrollo de una efectiva gestión hospitalaria en la institución.
- Analizar las principales causas de atención médica en la institución.
- Analizar y desarrollar estrategias efectivas que contribuyan al mejoramiento de la gestión hospitalaria en la institución.

CAPÍTULO 2

2. ENTORNO Y ANÁLISIS POBLACIONAL

2.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

2.1.1. ENTORNO FÍSICO

2.1.1.1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

El Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo, está ubicado al sur de la ciudad de Guayaquil, en la parroquia Ximena, entre las Avenidas 25 de Julio y García Moreno, junto al Centro Comercial Mall del Sur.

GRÁFICO N° 1. UBICACIÓN DEL HOSPITAL



Fuente y Elaboración: GoogleMaps

2.1.1.2. ZONAS DE INCIDENCIA

En el país existen 9 zonas de planificación y alrededor de 140 distritos administrativos; el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, debido a su tipología y/o características funcionales presta servicios a pacientes provenientes de varias zonas de planificación.

Conforme a lo establecido en el artículo 2 de la resolución C.D. 468 del Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las Unidades Médicas de Tercer Nivel IESS y de acuerdo a la estructura orgánica del IESS dada a través de resolución C.D. 457 del Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Hospital Teodoro Maldonado Carbo es de referencia Zonal. Brinda atención a pacientes procedentes de diferentes zonas de planificación; sin embargo su área de referencia es la zona 5, aunque, debido a su ubicación en la ciudad de Guayaquil su área de referencia también es la zona 8.

Es importante mencionar que de acuerdo a estadísticas históricas el hospital recibe un importante número de pacientes provenientes de las provincias de: Manabí, Azuay, y El Oro. (SENPLADES, 2012)

Zona de Planificación 5:

Esta zona de planificación está integrada por las provincias de: Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y Galápagos. La conforman 48 cantones y 72 parroquias rurales que corresponden a 25 distritos y 193 circuitos administrativos. En total tiene un área de extensión de 33.416,67 km² que corresponde al 12% del territorio nacional.

TABLA Nº 1. CÓDIGOS DISTRITALES DE LA ZONA 5

ZONAS ADMINISTRATIVAS DE PLANIFICACIÓN	PROVINCIA	CÓDIGO DISTRITAL	DESCRIPCIÓN DEL DISTRITO (CANTONES)
ZONA 5	BOLÍVAR	02D01	GUARANDA
		02D02	CHILLANES
		02D03	CHIMBO - SAN MIGUEL
		02D04	CALUMA - ECHEANDIA - LAS NAVES
	GUAYAS	09D11	ALFREDO BAQUERIZO MORENO - SIMÓN BOLÍVAR
		09D12	BALAO - NARANJAL
		09D13	BALZAR - COLIMES - PALESTINA
		09D14	ISIDRO AYORA - LOMAS DE SARGENTILLO - PEDRO CARBO
		09D15	EMPALME
		09D16	EL TRIUNFO- GNRAL. ANTONIO ELIZALDE
		09D17	MILAGRO
		09D18	CRNEL. MARCELINO MARIDUENA - NARANJITO
		09D19	DAULE - NOBOL - SANTA LUCIA
		09D20	SALITRE
	LOS RÍOS	09D21	SAN JACINTO DE YAGUACHI
		09D22	PLAYAS
		12D01	BABA - BABAHOYO - MONTALVO
		12D02	PUEBLO VIEJO - URDANETA
		12D03	MOCACHE- QUEVEDO
		12D04	QUINSALOMA - VENTANAS
	GALÁPAGOS SANTA ELENA	12D05	PALENQUE - VINCES
		12D06	BUENA FE-VALENCIA
		20D01	SAN CRISTOBAL - SANTA CRUZ - ISABELA
		24D01	SANTA ELENA
	24D02	LA LIBERTAD - SALINAS	

Fuente y Elaboración: SENPLADES

Zona de Planificación 8:

La Zona de Planificación 8 está al suroccidente de Ecuador, en la región Costa, provincia del Guayas. Comprende 4.864,55 km² de superficie. De acuerdo al último censo de Población y Vivienda (INEC 2010) tiene 2.654.274 habitantes que representan el 18% del total de la población, y de ésta el 96% está concentrada en el área urbana. En esta Zona de Planificación se han conformado 12 distritos y 67 circuitos administrativos.

TABLA Nº 2. CÓDIGOS DISTRITALES DE LA ZONA 8

ZONAS ADMINISTRATIVAS DE PLANIFICACIÓN ZONA 8	PROVINCIA GUAYAS	CÓDIGO DISTRITAL	DESCRIPCIÓN DEL DISTRITO (PARROQUIAS RURALES, URBANAS Y CANTONES)
CANTONES GUAYAQUIL SAMBORONDÓN DURAN		09D01	XIMENA 1 PARROQUIA RURAL: PUNA - ESTUARIO DEL RÍO GUAYAS
		09D02	XIMENA 2
		09D03	GARCÍA MORENO - LETAMENDI AYACUCHO - OLMEDO- BOLÍVAR- SUCRE URDANETA - 9 DE OCTUBRE - ROCAFUERTE - PEDRO CARBO-ROCA
		09D04	FEBRES CORDERO
		09D05	JARQUI- 1,TENGUEL
		09D06	TARQUI-2
		09D07	PASCUALES - 1
		09D08	PASCUALES - 2
		09D09	TARQUI-3
		09D10	PARROQUIAS RURALES: PROGRESO - EL MORRO- POSORJA ÁREA DE EXPANSIÓN DE GUAYAQUIL
		09D23	SAMBORONDON
		09D24	DURAN

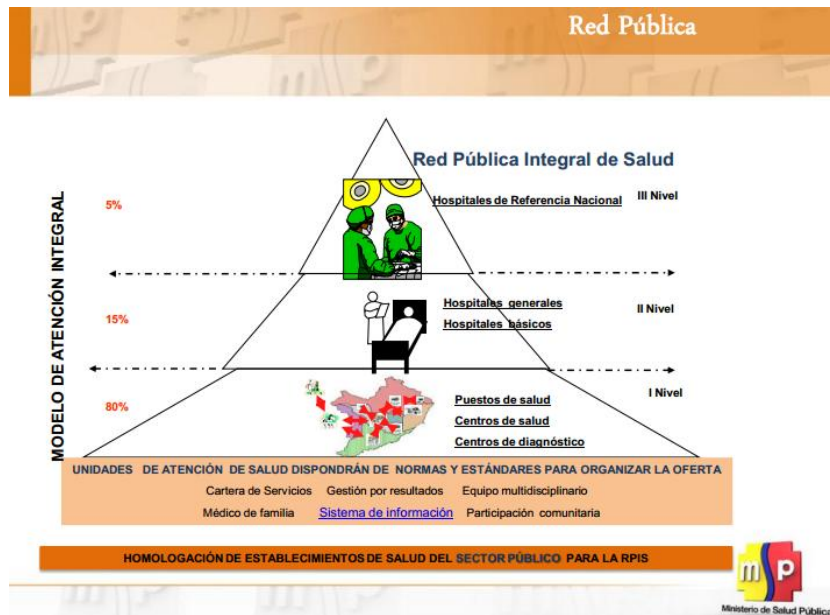
Fuente y Elaboración: SENPLADES

2.1.1.3. ORGANIZACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.

Esta liderada por la Autoridad Sanitaria en coordinación con las autoridades de las instituciones del sector público. Los proveedores privados con o sin fines de lucro conformarán la red complementaria. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

GRÁFICO Nº 2. RED PÚBLICA E INTEGRAL DE SALUD



Fuente y Elaboración: Ministerio de Salud Pública (MSP)

La organización, articulación de la Red y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel, permitirá racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades de tercer nivel de atención.

Estructuración de redes territoriales: sector público y privado

La estructuración de las redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada que se está implementando en el país, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y circuitos.

La organización de redes distritales de salud comprende la articulación de las unidades y servicios de salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los servicios de salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social.

La organización territorial de la red de servicios de salud permite también responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios

de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Las Redes en su territorialización se organizan con distribución distrital y en base al Sistema Nacional de Salud (SNS) se clasifican de la siguiente manera:

- Red del SNS para el Distrito de salud rural,
- Red del SNS para el Distrito capital de provincia y
- Red del SNS para los Distritos urbanos

Referencia y contrareferencia

El Modelo de Atención MAIS-FCI reconoce que la red pública y complementaria distrital o en el circuito, basado en el concepto de Atención Primaria de Salud puede funcionar eficientemente y ser eficaz, con el apoyo de un hospital y de un adecuado sistema de envío de casos (referencia – contrareferencias) que requieran atención (de alta complejidad) de aquella que puedan recibir en las unidades de tipo ambulatorio; correspondientemente los hospitales deben atender en el I nivel, especialmente a la población que proviene de sectores externos a su jurisdicción; de esta manera no sobrecargan su capacidad y podrán brindar apoyo adecuado a los pacientes referidos de los otros niveles.

La implementación y desarrollo del Sistema de Referencia y Contra-referencias como instrumento para la articulación entre los niveles de atención, conlleva una atención oportuna del paciente referido y que asegure la continuidad en el tratamiento y rehabilitación del mismo.

2.1.1.4. RED URBANA E INFRAESTRUCTURA VIAL, MARÍTIMA Y AÉREA.

Las características urbano-accesibles del hospital son buenas, debido a que se encuentra ubicado entre la avenida 25 de Julio en su parte frontal, y la avenida García Moreno en su parte trasera; en ambas avenidas se cuenta con fácil acceso vehicular y peatonal. En la Avenida 25 de Julio circula una gran cantidad de vehículos, así como también la troncal Sur de la Metrovía, que se conecta a su vez con todo el centro y norte de la ciudad, hasta llegar a la terminal terrestre. Este servicio ofrece facilidad de acceso de los afiliados y beneficiarios que vienen de las provincias de referencia regional; adicionalmente se puede mencionar que circulan líneas de buses urbanos y alimentadores de la metrovía que conectan la troncal con los sectores aledaños.

La conectividad entre los asentamientos poblacionales de la zona 5 y 8 es de tipo vial. La conectividad aérea está dada por servicios de naves pequeñas para transportación menor, para vuelos de mayor escala desde y hacia la zona 5 y 8 están los Aeropuertos José Joaquín de Olmedo de Guayaquil, Ulpiano Páez de Salinas, y el de Baltra en Galápagos, además se cuenta con 107 pistas de aterrizaje en toda la zona.

La transportación marítima de cabotaje es mínima en el territorio, mientras que la fluvial solo se mantiene entre poblaciones cercanas a las áreas rurales. La transportación marítima comercial tiene como centro el Puerto de Guayaquil.

La red vial zonal tiene aproximadamente 12.465,08 kilómetros de longitud. Los ejes viales que se destacan son:

- Salinas - Guayaquil
- Guayaquil- Playas
- Guayaquil - Pedro Carbo
- Guayaquil- El Empalme
- Guayaquil - Quevedo
- Babahoyo - Guaranda
- Durán- El Triunfo- Bucay
- Duran - Machala

2.1.1.5. EXTENSIÓN

El Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” cuenta con un área de terreno de 90.812 m², y un área de construcción de 38.591 m².

2.1.2. ENTORNO ECONÓMICO Y SOCIAL

2.1.2.1. NIVEL DE OCUPACIÓN

A nivel nacional los resultados del último censo de población y vivienda dieron a conocer que del total de la población ocupada, existió una disminución de concentración en actividades primarias (agricultura, ganadería, silvicultura y pesca) en relación al 2001 en 6 puntos porcentuales y con respecto a 1990 en alrededor de 10 puntos porcentuales, los cuales se distribuyen en otras actividades generadoras de valor como el comercio, construcción y actividades de transporte, almacenamiento y comunicaciones, las cuales se concentran en los principales polos históricos de desarrollo que corresponden a las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca.

TABLA Nº 3. POBLACIÓN OCUPADA EN EL ECUADOR SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD – PARTICIPACIÓN PORCENTUAL

Actividad	1990	2001	2010
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	31,3%	27,9%	21,8%
Comercio al por mayor y menor	13,1%	17,5%	18,5%
Industrias manufactureras	11,2%	10,5%	10,2%
Construcción	5,9%	6,4%	6,5%
Administración pública y defensa	5,7%	3,8%	4,1%
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	4,0%	5,1%	6,5%
Otras	28,8%	28,9%	32,4%

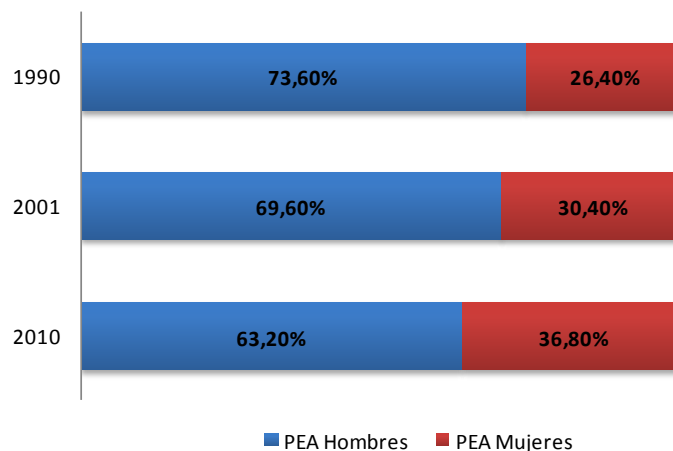
Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 y 2010

En la Zona de Planificación 5 y 8 sobresalen las actividades agrícolas y de pesca, industria manufacturera, comercio, transporte, comunicación y actividades de la construcción e inmobiliarias. En la provincia del Guayas específicamente en la ciudad de Guayaquil, se destaca la industria manufacturera y de construcción; además se recalca que esta provincia es la mayor aportante de Valor Agregado Bruto en el contexto nacional (80%), seguida por Los Ríos con un 14%.

2.1.2.2. POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA)

En cuanto a lo referente al acceso al trabajo en la población nacional se puede resaltar que el acceso a la educación que se ha venido generando paulatinamente, ha hecho que exista un mayor acceso al trabajo, principalmente de la mujer. La PEA en el 2010 estuvo compuesta por 6,1 millones de personas, de los cuales el 36,8% fueron mujeres. En el 2001 de los 4,6 millones de personas que conformaron la PEA, el 30,4% estuvo conformada por mujeres. Mientras que, en 1990 el 26,4% de la PEA (3,3 millones de personas) pertenece al género femenino.

GRÁFICO Nº3. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA NACIONAL



Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 Y 2010.

En lo que respecta a las provincias de Guayas, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y Galápagos, las cuales pertenecen a la Zona 5 y 8, se puede señalar que las provincias en donde se concentra la mayor cantidad de personas en edad de trabajar son: Guayas con 61% y Los Ríos con 23%, estas provincias concentran el 84% del total de la población en edad de trabajar en esta zona; asimismo la mayor parte de la PEA está concentrada en las provincias del Guayas (particularmente en la ciudad de Guayaquil), y Los Ríos con el 76% y el 15% respectivamente, dentro de la distribución porcentual en la zona 5 y 8. En la siguiente tabla se puede observar la estructura de la PEA de esta zona de planificación.

TABLA Nº 4. ESTRUCTURA DE LA PEA EN LAS ZONAS DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL	POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR		POBLACION ECONOMICAMENTE INACTIVA		POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	
		No.	% Provincial	No.	% Provincial	No.	% Provincial
GUAYAS	3.645.483	1.592.909	61,2%	1.412.597	73,0%	1.510.312	75,6%
LOS RÍOS	778.115	607.886	23,4%	315.630	16,3%	292.256	14,6%
SANTA ELENA	308.693	237.679	9,1%	128.749	6,7%	108.930	5,5%
BOLÍVAR	183.641	143.693	5,5%	71.535	3,7%	72.158	3,6%
GALÁPAGOS	25.124	20.517	0,8%	7.542	0,4%	12.975	0,6%
TOTAL	4.941.056	2.602.684	100%	1.936.053	100%	1.996.631	100%

Fuente y Elaboración: INEC, Fascículos Provinciales 2010

En lo concerniente a la participación de la mujer como miembro de la PEA a nivel zonal, se observa que la mujer tiene unos niveles de participación representativos alcanzando una media zonal de casi un 33% a comparación de los hombres que ocupan alrededor del 67%. Estos datos son consecuentes con el análisis de participación masculina y femenina en cada provincia; sin embargo se puede resaltar que la provincia de Galápagos y Bolívar son las provincias con mayor participación de la mujer. En el caso de Galápagos la participación de la mujer dentro de la PEA alcanza casi un 40% y en Bolívar casi un 38%. En la tabla que se presenta a continuación se puede observar la división por provincia de la PEA de acuerdo al género de sus habitantes.

TABLA Nº 5. ESTRUCTURA DE LA PEA EN ZONA DE PLANIFICACION 5 Y 8

PROVINCIA	GENERO	POBLACIÓN TOTAL		POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	
		No.	%	No.	%
GUAYAS	HOMBRES	1.815.914	49,81%	992.716	65,73%
	MUJERES	1.829.569	50,19%	517.596	34,27%
TOTAL GUAYAS		3.645.483		1.510.312	
LOS RIOS	HOMBRES	398.099	51,16%	216.706	74,15%
	MUJERES	380.016	48,84%	75.550	25,85%
TOTAL LOS RÍOS		778.115		292.256	
SANTA ELENA	HOMBRES	156.862	50,81%	80.038	73,48%
	MUJERES	151.831	49,19%	28.892	26,52%
TOTAL SANTA ELENA		308.693		108.930	
GALAPAGOS	HOMBRES	13.021	51,83%	7.848	60,49%
	MUJERES	12.103	48,17%	5.127	39,51%
TOTAL GALÁPAGOS		25.124		12.975	
BOLIVAR	HOMBRES	89.875	48,94%	45.096	62,50%
	MUJERES	93.766	51,06%	27.062	37,50%
TOTAL BOLIVAR		183.641		72.158	
TOTAL	HOMBRES	2.473.771	50,07%	1.342.404	67,23%
	MUJERES	2.467.285	49,93%	654.227	32,77%
	TOTAL	4.941.056	100%	1.996.631	100%

Fuente: INEC, Fascículos Provinciales 2010.

Elaboración: Autores.

En lo que respecta a las categorías de ocupación de la PEA en esta zona de planificación, aunque la distribución varía dependiendo de la provincia, se evidencia un estándar que señala a los trabajadores por cuenta propia y relación de dependencia en la empresa privada como los de mayor peso porcentual en la zona. Sin embargo, existe algunas matices de acuerdo a las características económicas de cada provincia; entre los cuales podemos señalar a la provincia de Bolívar cuya principal categoría de ocupación en los habitantes es la de trabajador por cuenta propia, y jornalero o peón, mismo que podría deberse a la elevada influencia que tiene la actividad agrícola en dicha provincia. En la tabla que se muestra a continuación se puede observar la distribución porcentual por característica de actividad en la zona 5 y 8.

TABLA Nº 6. CATEGORÍA DE OCUPACIÓN DE LA PEA EN LAS ZONAS DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8

PROVINCIA	CUENTA PROPIA	JORNALERO O PEON	EMPLEADO PUBLICO	NO DECLARADO	OTROS	EMPLEADO PRIVADO
GUAYAS	25,30%	11,20%	8,90%	6,20%	8,70%	39,70%
LOS RIOS	25,50%	22,20%	10,50%	6,60%	9,50%	32,60%
SANTA ELENA	29,10%	13,60%	12,70%	5,50%	11,30%	28,00%
BOLIVAR	48%	19,10%	13,70%	7,90%	6,50%	8,29%
GALAPAGOS	20,90%	4,80%	21,40%	7,40%	9,30%	36,20%

Fuente: INEC, Fascículos Provinciales 2010.

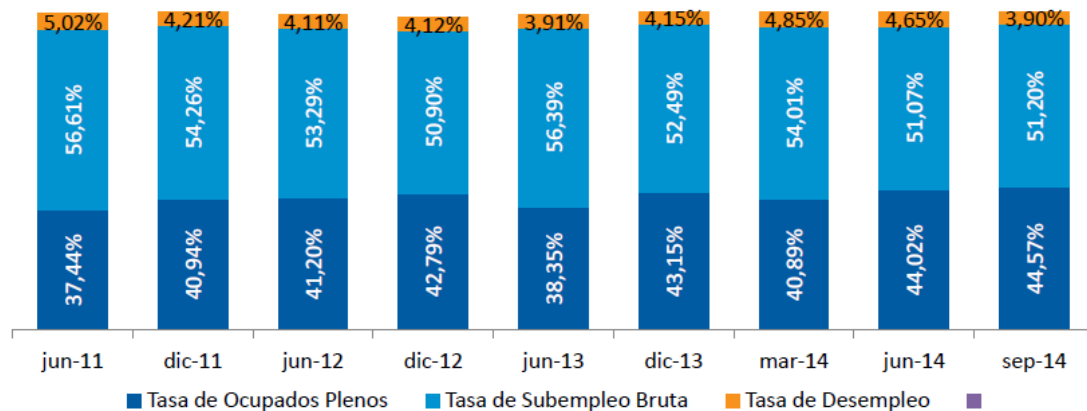
Elaboración: Autores.

2.1.2.3. ÍNDICES ECONÓMICOS RELEVANTES

Nivel de Desempleo

Las estadísticas manejadas por el INEC reflejan que para el 3er trimestre de 2014, la tasa de ocupación plena¹ (TOP) fue de 44,6% y comparándola con la tasa obtenida en el trimestre anterior se refleja un ligero crecimiento. La tasa de subempleo² (TS) fue de 51,2%, inferior a la registrada a finales de 2013 (52,5%); por otro lado la tasa de desempleo³ (TD) para este trimestre fue de 3,9%.

GRÁFICO Nº 4. TASA DE OCUPACIÓN PLENA, SUBEMPLEO Y DESEMPLIO (NACIONAL)



Fuente y Elaboración: INEC, ENEMDU, Indicadores Laborales, Septiembre 2014

Si observamos los mismos índices “desempleo, ocupación plena y subocupación”, de acuerdo a las ciudades más importantes del país (desde el punto de vista económico),

¹ TASA DE OCUPACIÓN PLENA (TOP): Porcentaje que resulta del cociente entre el número de ocupados plenos y la PEA.

<http://www.inec.gob.ec>

² TASA DE SUBEMPLEO (TS): Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de subempleados y la PEA.

<http://www.inec.gob.ec>

³ TASA DE DESEMPLIO: Es el porcentaje que resulta del cociente entre el número de desocupados y la PEA.

<http://www.inec.gob.ec>

la tasa de ocupación plena en el tercer trimestre de 2014, en la ciudad de Guayaquil se registra un crecimiento de 5,2 puntos porcentuales, al pasar de 52,5% en el 3er trimestre del 2013 a 57,7% en el 3er trimestre del presente año.

TABLA N° 7. TASA DE OCUPACIÓN PLENA

Periodo	Quito	Guayaquil	Cuenca	Machala	Ambato
mar-13	60,07%	52,77%	64,71%	50,57%	41,50%
jun-13	57,37%	46,10%	63,65%	48,91%	39,74%
sep-13	58,63%	52,53%	65,58%	49,81%	44,63%
dic-13	65,29%	53,10%	64,65%	55,83%	47,98%
mar-14	67,65%	54,59%	60,14%	50,47%	45,42%
jun-14	68,36%	54,02%	63,90%	49,94%	46,68%
sep-14	67,82%	57,65%	65,55%	55,42%	49,01%

Fuente y Elaboración: INEC, ENEMDU, Indicadores Laborales, Septiembre 2014

En lo que respecta a la tasa de subempleo, en marzo 2014, para la ciudad de Quito se ubicó en 26,9%, frente al 31,7% del mismo periodo del año anterior; esto implica una disminución de 4,8 puntos porcentuales. Para la ciudad de Guayaquil se registró una tasa de subempleo de 38,7% en 2014 y de 39,8% en 2013; es decir, una ligera disminución de 1,1 puntos porcentuales, aunque no es estadísticamente significativo.

TABLA N° 8. TASA DE SUBEMPLEO

Periodo	Quito	Guayaquil	Cuenca	Machala	Ambato
mar-13	31,74%	39,76%	31,31%	43,84%	50,79%
jun-13	34,15%	44,86%	31,55%	44,27%	52,28%
sep-13	30,46%	40,40%	29,93%	44,02%	50,34%
dic-13	29,93%	41,11%	31,68%	40,25%	48,54%
mar-14	26,94%	38,69%	36,44%	45,73%	48,77%
jun-14	26,01%	38,97%	32,60%	46,82%	47,94%
sep-14	25,50%	38,31%	30,28%	41,85%	46,08%

Fuente y Elaboración: INEC, ENEMDU, Indicadores Laborales, Septiembre 2014

2.1.2.4. ÍNDICES SOCIALES RELEVANTES

Indicadores de Pobreza

Estadísticas publicadas por el INEC dan a conocer que el país cada vez es menos pobre. En el 2010 el índice de pobreza Necesidades Básicas insatisfechas (NBI) fue del 60,1%, mientras que en el 2001 era del 69,3% y en 1990 de 84,3%. Sin embargo existen diferencias territoriales, situación que evidencia mejores condiciones en el país pero que estas aún no son homogéneas.

Dentro de las 10 provincias con mayores índices de pobreza en el país, podemos observar que 2 de las provincias de la zona cinco (Los Ríos, Bolívar) se encuentran dentro de esa estadística.

TABLA Nº 9. POBREZA POR NBI SEGÚN PROVINCIA.

PROVINCIA	POBREZA POR NBI
Zonas no delimitadas	93,40%
Sucumbíos	87,00%
Orellana	85,00%
Los Ríos	79,50%
Napo	78,60%
Esmeraldas	78,30%
Manabí	76,80%
Bolívar	76,30%
Morona Santiago	75,60%
Cotopaxi	75,10%
Santo domingo	74,40%
Zamora Chinchipe	73,80%
Santa Elena	72,20%
Pastaza	69,70%
Cañar	67,40%
Chimborazo	66,50%
Loja	61,80%
El Oro	61,20%
Guayas	58,40%
Carchi	57,20%
Tungurahua	57,00%
Imbabura	54,20%
Galápagos	52,00%
Azuay	48,30%
Pichincha	33,50%
Nacional	60,10%

Fuente y Elaboración: INEC, Nueva Demografía del Ecuador.

El indicador de pobreza media por ingreso corrobora que el país ha alcanzado un avance en este ámbito, ya que existió una caída de 37,6% en diciembre 2006 a 28,6% en diciembre 2011. En el área urbana la reducción del nivel de pobreza en este mismo periodo es de 25,9% a 17,4% y en el área rural de 60,6% a 50,9%. En lo que respecta a la extrema pobreza, paso de 16,9% en diciembre 2006 a 11,61% en diciembre 2011; el área urbana cae de 8,8% a 5% en el mismo periodo y en el área rural de 32,8% a 24,6%.

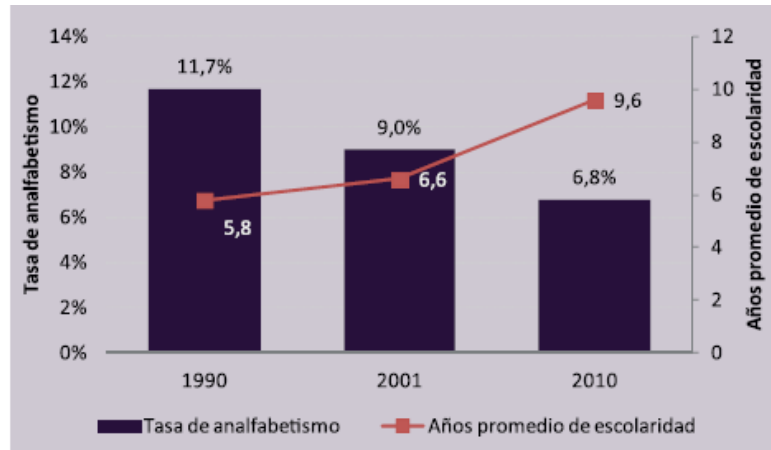
Nivel de educación

Los últimos resultados censales realizados en el país muestran avances importantes de la población en cuanto a su educación. El promedio de años de escolaridad se

incrementa de 5,8 en 1990 a 9,6 en el 2010 y la tasa de analfabetismo se reduce de 11,7% en 1990 a 6,8% en el 2010.

En términos absolutos en el sistema educativo (privado y público) en el año 2010 se encontraban estudiando 4.795.641 personas (28,4% de población del 2001); en comparación del año 2001 cuando se encontraban estudiando 3.448.431 (33,1% de población del 2010). Estas cifras muestran que esta variación supone un incremento en términos relativos del 39,1%. (INEC, 2012)

GRÁFICO Nº 5. ANALFABETISMO Y AÑOS PROMEDIO DE ESCOLARIDAD



Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 Y 2010.

En términos educativos no solo se puede indicar que hay más personas educándose, sino que lo hacen en el momento adecuado. Debido a que la tasa neta de asistencia a educación básica pasa de 78,5% en 2001 a 92,5% en 2010 y la tasa neta de asistencia a bachillerato pasa de 27,4% en 2001 a 53,9% en 2010.

De acuerdo a la información señalada por el INEC, al desagregar geográficamente estos indicadores en las provincias pertenecientes a la zona 5 y 8, podemos observar que Bolívar presenta una de las tasas de analfabetismo más altas (superior al 13%) y Galápagos que es la provincia con menor tasa de población analfabeta en el país, con solo un 1,3% de población analfabeta.

2.1.2.5. ANÁLISIS POBLACIONAL DENTRO DE LA ZONA DE INCIDENCIA

La población en el Ecuador desde 1950, ha incrementado su tamaño en más de 4 veces. En el 2010 el país registró 14.483.499 habitantes, sin embargo se evidencia una reducción del ritmo de crecimiento: entre los censos de 1950 a 1962 ya que el crecimiento fue de 2,96%, mientras que entre el censo del 2001 y 2010 el crecimiento fue de 1,95%.

TABLA Nº 10. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL

Censos	Población	Tasa de crecimiento Intercensal
1950	3.202.757	
1962	4.564.080	2,96%
1974	6.521.710	3,10%
1982	8.138.974	2,62%
1990	9.697.979	2,19%
2001	12.156.608	2,05%
2010	14.483.499	1,95%

Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 Y 2010.

A pesar de lo expuesto anteriormente, esta realidad no es homogénea dentro del país, una vez analizada la información por provincia, ya que se identifican distintas tendencias de crecimiento poblacional. Además, el crecimiento en el área urbana es superior al de áreas rurales y diferenciando por regiones naturales, la región amazónica muestra una mayor variación con respecto al 2001.

TABLA Nº 11. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO DISTRIBUIDA POR ÁREAS

Área	2001	2010	Tasa de crecimiento
Área Urbana	7.431.355	9.090.786	2,24%
Área Rural	4.725.253	5.392.713	1,47%
Total	12.156.608	14.483.499	1,95%

Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 Y 2010.

En este contexto hay que recordar que el mayor peso poblacional lo tiene la costa, mientras que las provincias más pobladas no son necesariamente las que más han crecido. En la siguiente tabla se muestra el crecimiento para cada desagregación territorial.

TABLA Nº 12. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO DISTRIBUIDA EN REGIONES

Regiones naturales	2001	2010	Tasa de crecimiento
Costa	6.098.086	7.236.822	1,90%
Sierra	5.463.907	6.449.355	1,84%
Amazonía	548.419	739.814	3,33%
Insular	18.640	25.124	3,32%
Zonas no delimitadas	27.556	32.384	1,79%
Total	12.156.608	14.483.499	1,95%

Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 y 2010.

En lo referente a la población existente en las zonas de planificación 5 y 8, se puede mencionar que la provincia del Guayas posee la mayor cantidad de habitantes de la zona, aglomerando casi el 74% de la población total, esto se debe principalmente al peso poblacional que tiene la ciudad de Guayaquil en dicha provincia; de acuerdo a los datos del censo nacional 2010 más del 63% de los habitantes de la provincia del Guayas viven en la ciudad de Guayaquil, y además dicha ciudad encabeza la lista de las 10 ciudades más pobladas del país. El 36% restante de la población total en estas zonas

de planificación está distribuido principalmente entre las provincias de Los Ríos y Santa Elena que suman está cerca del 21% de la población total, y el 5% de la población total restante está repartido entre las provincias de Bolívar y Galápagos.

Las proyecciones de crecimiento poblacional desde el año 2014 al 2020 señalan un crecimiento promedio bienal no superior al 3% en la población total de las zonas 5 y 8, de igual manera en las provincias con mayor número de habitantes (Guayas y Los Ríos).

En la tabla que se muestra a continuación se puede observar el crecimiento poblacional proyectado en estas zonas de planificación:

TABLA Nº 13. CRECIMIENTO POBLACIONAL PROYECTADO (2010-2020)

PROVINCIAS ZONA 5	Población						Tasa de Crecimiento Bienal				
	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2010-2012	2012-2014	2014-2016	2016-2018	2018-2020
GUAYAS	3.645.483	3.901.981	4.024.929	4.146.996	4.267.893	4.387.434	7%	3%	3%	3%	3%
LOS RÍOS	778.115	829.779	853.622	876.912	899.632	921.763	7%	3%	3%	3%	2%
SANTA ELENA	308.693	334.276	350.624	367.235	384.102	401.178	8%	5%	5%	5%	4%
BOLÍVAR	183.641	195.719	199.646	203.344	206.771	209.933	7%	2%	2%	2%	2%
GALÁPAGOS	25.124	27.284	28.726	30.172	31.600	33.042	9%	5%	5%	5%	5%
TOTAL	4.941.056	5.289.039	5.457.547	5.624.659	5.789.998	5.953.350	7%	3%	3%	3%	3%

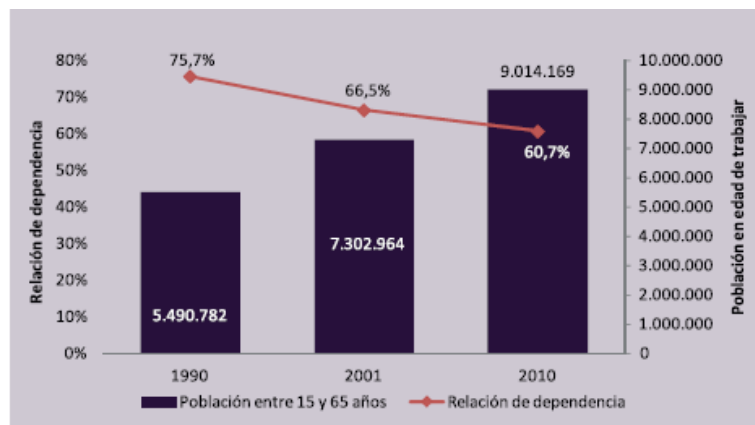
Fuente y Elaboración: INEC, Nueva cara demográfica del Ecuador

ESTRUCTURA ETARIA POBLACIONAL

A partir del año 2010 la mayoría de la población ecuatoriana se encuentra en edad de trabajar. La edad promedio de un ecuatoriano es de 29 años, la tasa de dependencia pasó de 76% a 66% entre 1990 y el 2001, para luego pasar al 61% en el 2010. Ahora, el 62,2% de la población está entre los 15 y 64 años de edad. Es decir, el Ecuador ha ingresado en lo que se conoce como “bono demográfico” (momento en el que la mayoría de la población se encuentra en edad de trabajar).

La relación de dependencia infantil que se define como la proporción entre el número de niños de 0 a 14 años y los adultos en edad de trabajar (de 15 a 64 años) en el 2010 fue del 50%, evidenciando una disminución en relación al 2001 (55%) y en relación a 1990 (68%), mientras que la relación de dependencia del adulto mayor (definida como la proporción entre el número de adultos mayores frente a los adultos en edad de trabajar) fue del 10%, similar a la del 2001 (11%) y superior a la de 1990 (8%). (INEC, 2012)

GRÁFICO Nº 6. POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR Y RELACIÓN DE DEPENDENCIA



Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 y 2010.

En el 2010, se evidencia así una fuerte participación del segmento de población joven: el 50% de la población tiene menos de 25 años de edad, los menores a 15 años representan el 31,3% de la población y los adultos mayores de 65 años el 6,5%, siendo estos grupos los extremos de la pirámide poblacional. La población de 15 a 64 años de edad representó el 62,2%, proporción que se incrementó en 2,1 puntos porcentuales con respecto al 2001 y en 5,3 puntos porcentuales en relación a 1990.

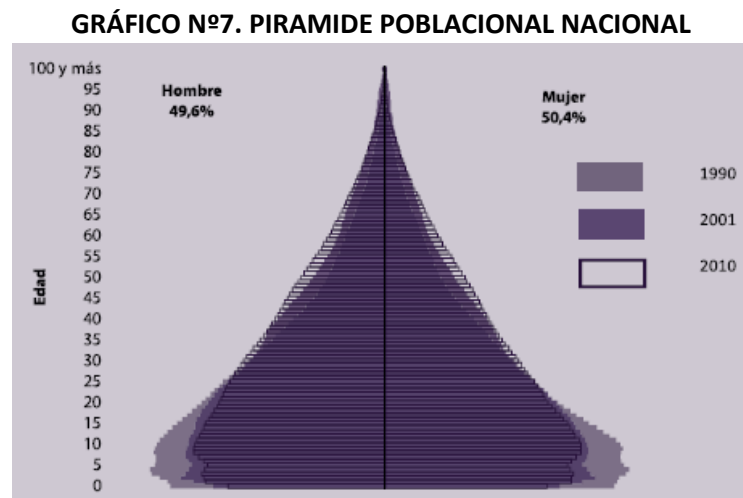
TABLA Nº 14. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDADES, AÑO 2010

Grupos quinquenales de edad	Población	%
Menor de 1 año	259.957	1,8%
De 1 a 4 años	1.202.320	8,3%
De 5 a 9 años	1.526.806	10,5%
De 10 a 14 años	1.539.342	10,6%
De 15 a 19 años	1.419.537	9,8%
De 20 a 24 años	1.292.126	8,9%
De 25 a 29 años	1.200.564	8,3%
De 30 a 34 años	1.067.289	7,4%
De 35 a 39 años	938.726	6,5%
De 40 a 44 años	819.002	5,7%
De 45 a 49 años	750.141	5,2%
De 50 a 54 años	610.132	4,2%
De 55 a 59 años	515.893	3,6%
De 60 a 64 años	400.759	2,8%
De 65 a 69 años	323.817	2,2%
De 70 a 74 años	240.091	1,7%
De 75 a 79 años	165.218	1,1%
De 80 a 84 años	115.552	0,8%
De 85 a 89 años	60.735	0,4%
De 90 a 94 años	25.500	0,2%
De 95 a 99 años	8.039	0,1%
De 100 años y más	1.953	0,0%
Total	14.483.499	100,0%

Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 y 2010

La pirámide de población ecuatoriana se caracteriza por ser de un tipo expansiva, cuya base se encuentra ensanchada y su cúspide estrecha, sin embargo si se compara con las pirámides de los censos de población anteriores muestra una tendencia regresiva, haciéndose más angosta en la base y ensanchándose en la parte media. La población menor de 15 años de edad, representa el 31,3% de la población y la población mayor a los 65 años el 6,5%. Este cambio de estructura por edad, sitúa al Ecuador en las puertas de una “ventana de oportunidad”, con un 62,2% de población no dependiente (mayor de 15 años y menor de 65).

A continuación se puede observar la pirámide poblacional nacional 1990 - 2001 - 2010.



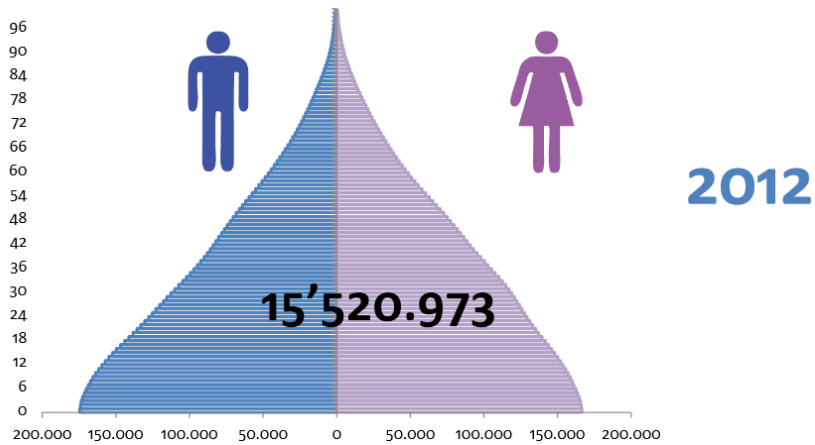
Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 1990, 2001 y 2010

A lo largo del territorio nacional se mantienen las mismas características en la mayor parte de provincias; es decir una pirámide expansiva, ensanchada en su base y angosta en la cima que presenta una tendencia regresiva. Analizando la información territorialmente, se puede diferenciar provincias como Pichincha y Guayas cuya forma es mucho más ensanchada en el centro que el resto de provincias; esto significa mayor participación entre 15 y 65 años. En otros casos sucede lo contrario, por ejemplo en las provincias de la Amazonía el estándar es una pirámide poblacional que se compone en mayor proporción por niños y jóvenes menores de 15 años. En el caso de Galápagos se presenta una particularidad que muestra diferencias evidentes en la estructura de su pirámide poblacional, con una base mucho más estrecha y ensanchada en el centro.

Según las proyecciones realizadas por el INEC tomando como base referencial el censo poblacional del 2010, el comportamiento de la pirámide poblacional en el país hasta el año 2040 se verá de la siguiente manera:

- a) En el año 2012 la mayor parte de la población estuvo concentrada en edades menores a 25 años.

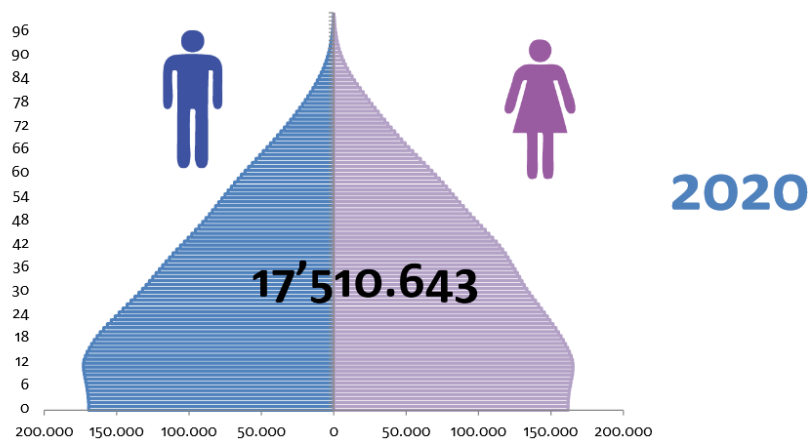
GRÁFICO Nº 8. PIRÁMIDE POBLACIONAL POR SEXO 2012



Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones de proyecciones de población 2010.

- b) A partir del año 2020 se comienza a observar la reducción de la fecundidad en el número de nacimientos

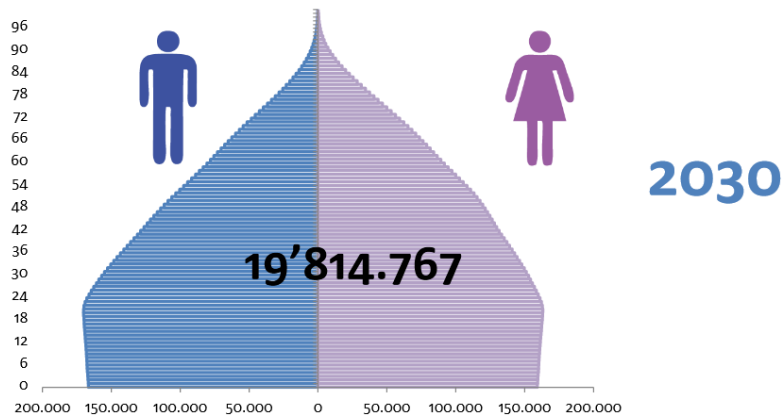
GRÁFICO Nº 9. PIRÁMIDE POBLACIONAL POR SEXO 2020



Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones de proyecciones de población 2010.

- c) En el año 2030 se observa una concentración de la población en edades productivas

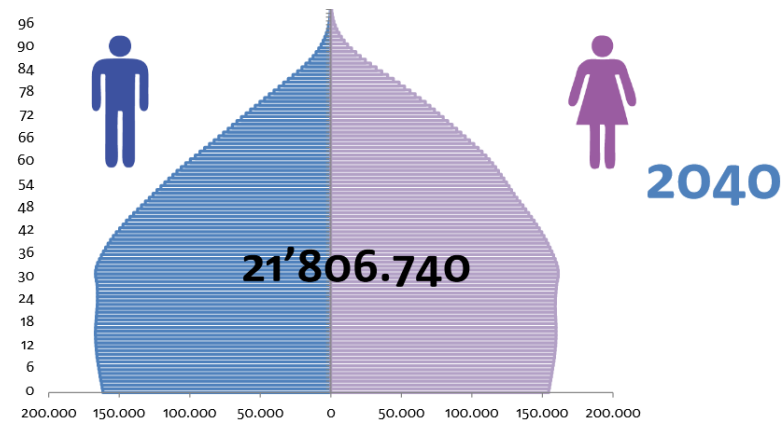
GRÁFICO Nº 10 PIRÁMIDE POBLACIONAL POR SEXO 2030



Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones de proyecciones de población 2010.

d) En el año 2040 se observa un claro proceso de envejecimiento.

GRÁFICO Nº 11 PIRÁMIDE POBLACIONAL POR SEXO 2040



Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones de proyecciones de población 2010.

PROYECCIÓN ESTRUCTURA ETARIA ZONA 5 Y 8 - POBLACION DE REFERENCIA

De acuerdo a las proyecciones realizadas por el observatorio demográfico de la CEPAL, en referencia a los grupos etarios podemos observar que existe una marcada tendencia al decrecimiento del grupo de la población de 0 a 14 años desde el año 2012 hasta el año 2020, comparando las cifras de la población total en los años que se han proyectado; por otro lado es evidente el crecimiento que va a tener el grupo de la población de 15 a 59 años hasta el año final de referencia (2020).

En la tabla citada a continuación se puede observar el detalle de la proyección por grupos etarios del 2012 al 2020:

TABLA Nº 15. PROYECCIÓN POBLACIONAL (2012-2020)

GRUPO ETARIO	POBLACIÓN TOTAL 2012	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL POR GRUPOS ETARIOS AL 2012	PROYECCION DE POBLACION POR GRUPOS ETARIOS AL 2012	PROYECCION POBLACION TOTAL 2015	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL POR GRUPOS ETARIOS AL 2015	PROYECCION DE POBLACION POR GRUPOS ETARIOS AL 2015	PROYECCION DE POBLACIÓN TOTAL AL 2020	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL POR GRUPOS ETARIOS AL 2020	PROYECCION DE POBLACION POR GRUPOS ETARIOS AL 2020
0-14	5.289.030	30,9	1.634.310	5.541.311	29,4	1629145	5.953.350	26,1	1553824
15-59		63	3.332.089		64	3546439		64,5	3839911
60 a 74		6,2	327.920		7,1	393433		8,2	488175
74 y más		2,4	126.937		2,7	149615		3	178601

Fuente: Observatorio demográfico CEPAL 2012.

Elaboración: Autores

Como se puede observar en la proyección por grupos etarios en la población de referencia asignada, el grupo poblacional menores de 14 años muestra una marcada diferencia de crecimiento con el grupo poblacional de 15 a 59, lo que va acorde a las tendencias de disminución de las tasas de fecundidad a nivel mundial y nacional. Sin embargo, la población de mujeres en edad fértil de la zona 5 y 8, muestra un crecimiento menor pero constante al 2020.

TABLA Nº 16. PROYECCIÓN DE POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN LA ZONA 5 y 8

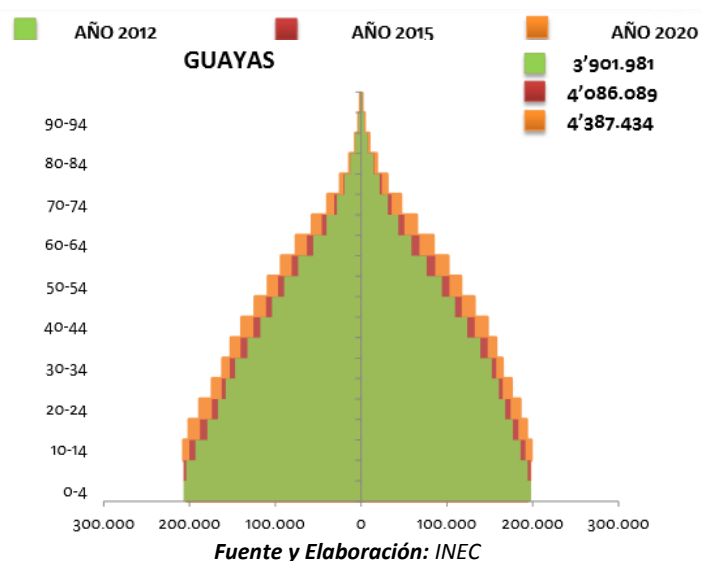
PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2012 - 2020 EN LA ZONA 5								
TOTAL POBLACION MUJERES 2012	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2012	TOTAL PROYECCION MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2012	TOTAL POBLACION MUJERES 2015	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2015	TOTAL PROYECCION MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2015	TOTAL POBLACION MUJERES 2020	% DE CRECIMIENTO POBLACIONAL MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2020	TOTAL PROYECCION MUJERES EN EDAD FÉRTIL 2020
2.644.066	51,5	1.361.694	2.775.624	51,8	1.437.773	2.990.116	51,7	1.545.890

Fuente: INEC Ecuador en cifras proyecciones poblacionales.

Elaboración: Autores

A continuación se puede observar las pirámides poblacionales que configuran la zona 5 y 8:

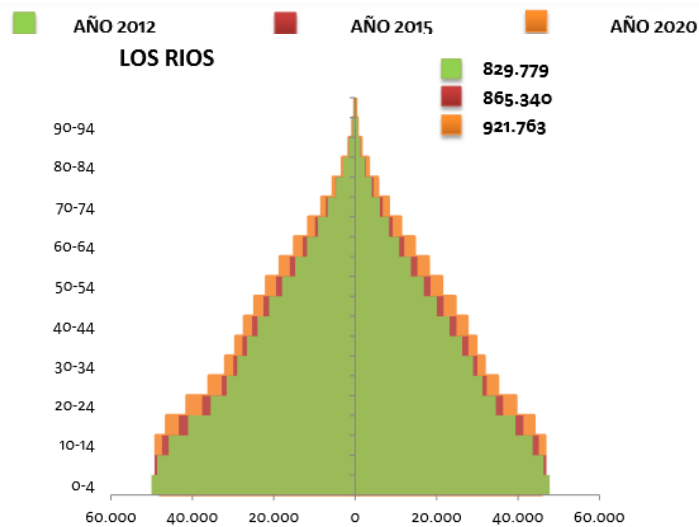
GRÁFICO Nº 12. PIRAMIDE POBLACIONAL GUAYAS



En Guayas la pirámide poblacional es mucho más ensanchada en el centro, si bien continúa manteniendo una base expandida, la tendencia a largo plazo es contractiva debido a la disminución del grupo de la población de 0 a 4 años.

Se puede observar que hay una similitud entre los datos poblacionales a nivel país, con los reflejados en esta provincia, especialmente en lo referente al grupo poblacional de 0 a 4 años (población infantil), que hacia el 2020 tiene un marcado descenso.

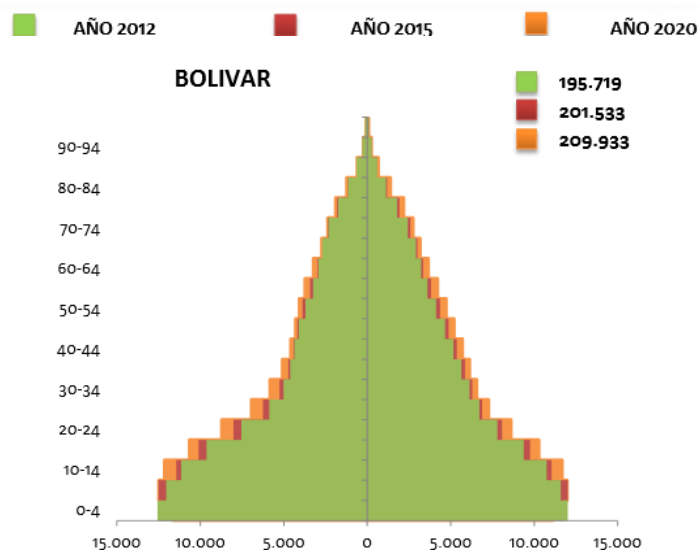
GRÁFICO Nº13. PIRAMIDE POBLACIONAL LOS RÍOS



Fuente y Elaboración: INEC

La provincia de Los Ríos denota una pirámide poblacional cuya base representa la mayor parte de su población; además de una ligera contracción en la población de 25 a 34 años.

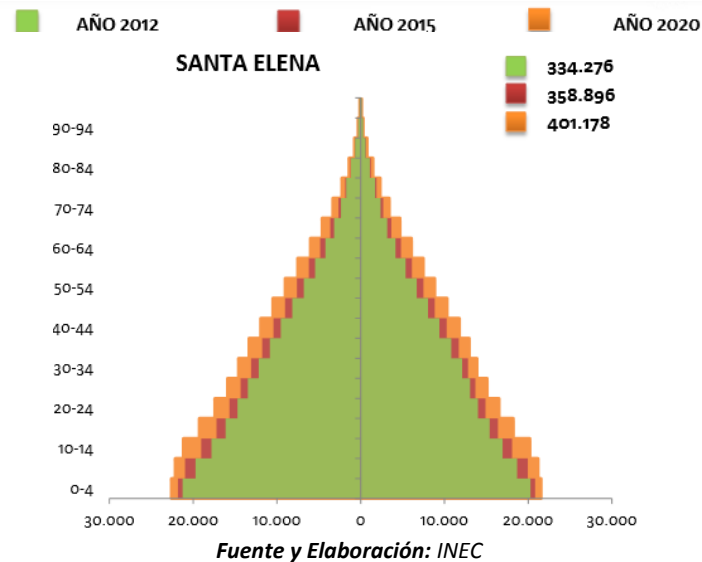
GRÁFICO Nº 14. PIRAMIDE POBLACIONAL BOLÍVAR



Fuente y Elaboración: INEC

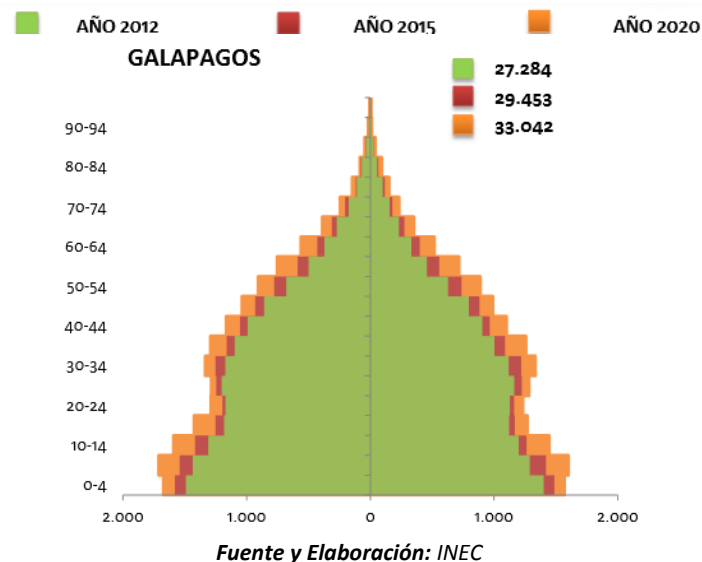
En Bolívar la base de la pirámide es más amplia, gran cantidad de la población es menor a 15 años. En esta provincia se evidencia un ensanchamiento no solo en el centro de la pirámide poblacional, su cúspide también se agranda lo cual refleja un mayor grado de envejecimiento actual y proyectado.

GRÁFICO Nº15. PIRAMIDE POBLACIONAL SANTA ELENA



En la provincia de Santa Elena la pirámide poblacional muestra un crecimiento progresivo moderado de acuerdo a la tendencia que se puede observar en la pirámide.

GRÁFICO Nº16. PIRAMIDE POBLACIONAL GALÁPAGOS



La pirámide poblacional de Galápagos muestra un comportamiento contractivo de la población, con una base estrecha que logra un ensanchamiento en el centro.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Es importante mencionar que, el artículo 42 numeral 33 del Código del Trabajo determina que el empleador público o privado, que cuente con un número mínimo de veinticinco trabajadores, está obligado a contratar, el 4% de personas con discapacidad, en labores permanentes que se consideren apropiadas en relación con sus conocimientos, condición física y aptitudes individuales, observándose los principios de equidad de género y diversidad de discapacidad. Por lo que, dentro de esta población se encontraría un grupo de afiliados aportantes, sin embargo es mandatorio en la ley que se brinde atención en salud, sin distinción, a toda la población de personas con discapacidad. Por lo tanto el HTMC brinda atención médica a toda la población con discapacidad, sea ésta afiliada o no.

Actualmente, según cifras del MSP dentro de la zona de planificación 8, viven alrededor de 64.668 personas con algún tipo de discapacidad, de las cuales el 90% se encuentra en la ciudad de Guayaquil.

TABLA Nº 17. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN ZONA DE PLANIFICACIÓN 8

GRADO DE DISCAPACIDAD	GUAYAQUIL	DURÁN	SAMBORONDÓN	TOTAL
TOTAL	58.149	4.743	1.776	64.668

Fuente: MSP

Elaboración: Autores

En la zona de planificación 5, se encuentran 55.888 personas con algún tipo de discapacidad, de las cuales el 73% viven en las provincias de Guayas y Los Ríos.

TABLA Nº18. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN ZONA DE PLANIFICACIÓN 5

GRADO DE DISCAPACIDAD	GUAYAS	LOS RIOS	SANTA ELENA	BOLIVAR	GALAPAGOS	TOTAL
TOTAL	22.558	18.394	8.787	5.797	352	55.888

Fuente: MSP

Elaboración: Autores

2.1.2.6. POBLACION ASEGURADA DEL PAÍS

El país ha mostrado un exponencial crecimiento de la cobertura de aseguramiento a la Seguridad Social, principalmente durante el año 2014. De acuerdo con las estadísticas manejadas por el IESS, el crecimiento en la cobertura de aseguramiento pasó de 4.835.745 afiliados en el 2011 a 9.475.483 en el 2014, es decir que se incrementaron casi en un 50%.

El crecimiento en los últimos 4 años de análisis marca su pico más alto en el 2014; la variación entre el 2011 y 2012 refleja un crecimiento del 8,96%, entre el 2012 y 2013 un crecimiento de 4,31%, y entre el 2013 y 2014 un 72,41% en la cobertura de aseguramiento del país.

Entre las principales causas de este nivel de incremento se pueden señalar a la obligatoriedad de la afiliación y el incremento de las afiliaciones voluntarias que representan casi un 31% de los afiliados totales en el año 2014; entre el grupo de las afiliaciones voluntarias se puede además señalar que existe un grupo considerable de ecuatorianos en el exterior que en la actualidad no demandan prestaciones pero que en el futuro buscaran exigir sus derechos. Por otro lado, se puede señalar que la atención médica se extendió a los conyugues y a los hijos menores de 18 años lo que ha incrementado aún más la cobertura de servicios médicos públicos.

TABLA Nº 19. POBLACIÓN TOTAL ASEGURADA

	2011	2012	Variación 2011-2012	2013	Variación 2012-2013	2014	Variación 2013-2014
AFILIADOS TOTALES	4.835.745	5.269.049	8,96%	5.496.036	4,31%	9.475.483	72,41%

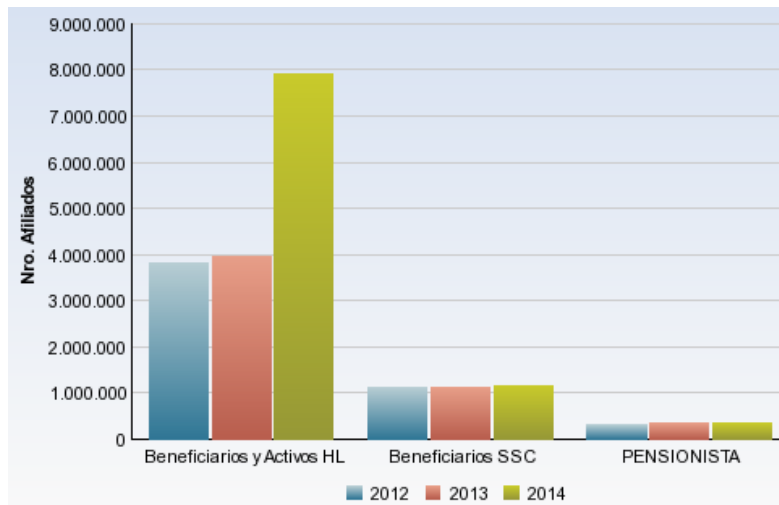
Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

Observando el crecimiento que ha tenido el número de asegurados de acuerdo al grupo específico en el que se encuentran, podemos evidenciar que el principal grupo que se ha incrementado, es el grupo de Beneficiarios y Activos Historia Laboral (HL) en el que podríamos ubicar al grupo de los afiliados pertenecientes a la PEA, y sus familias (obligatoriedad de la afiliación laboral) y afiliados de forma voluntaria (dentro o fuera del país).

En el siguiente gráfico se puede observar el nivel de cobertura de acuerdo a los diferentes grupos de afiliación que presentan los afiliados en el país durante los últimos 3 años.

GRÁFICO Nº 17. POBLACIÓN AFILIADA Y BENEFICIARIA

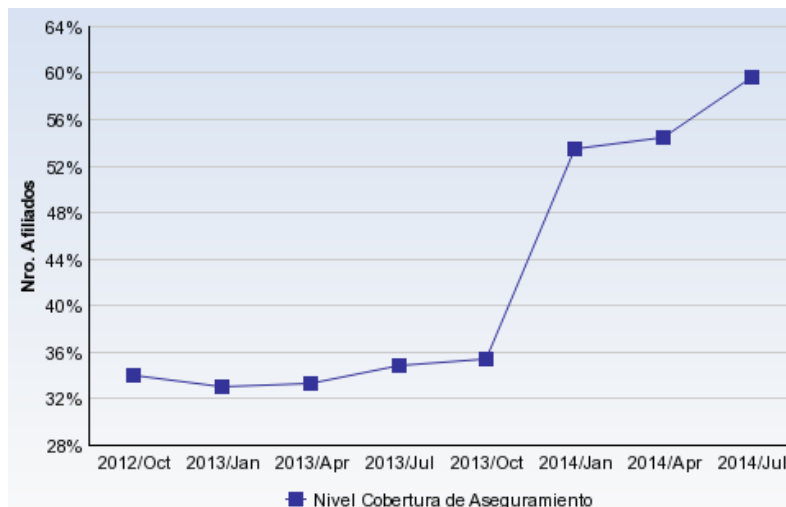


Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

En el siguiente gráfico se pueden observar el nivel de cobertura de acuerdo a los diferentes grupos de afiliación que presenta la población beneficiaria de los servicios de atención médica en el país durante los 3 últimos años.

GRÁFICO Nº 18. NIVEL DE COBERTURA DE ASEGURAMIENTO 2012 – 2014



Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

AFILIADOS COTIZANTES DEL PAÍS⁴

Específicamente la afiliación a la seguridad social obligatoria (IESS) en el país hasta septiembre del 2014 presenta un nivel de aseguramiento de 2.602.802 personas. Es importante mencionar que este grupo de afiliados se ha incrementado

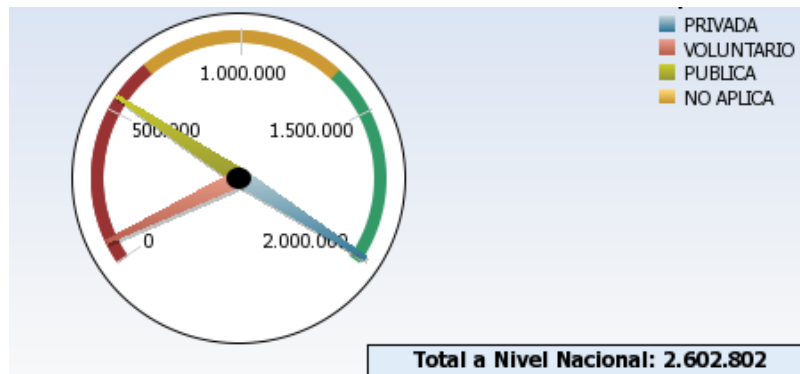
⁴ Se refiere a los afiliados activos que se encuentran aportando al sistema de seguridad social.

considerablemente debido a las políticas laborales implementadas por el Gobierno nacional, entre las que se puede mencionar: la afiliación de empleados de las MYPIMES y la afiliación a las trabajadoras domésticas. Lo anterior, ha permitido una marcada tendencia de crecimiento hasta el año 2014 de acuerdo a los datos de aseguramiento social a nivel país señalados anteriormente.

La distribución por tipo de afiliación (Privada, Voluntaria y Pública), está compuesta en mayor proporción por las afiliaciones de la empresa privada con alrededor del 77% de afiliados, seguido de las afiliaciones por entidades públicas que corresponden al 20% de afiliados y las afiliaciones voluntarias con un 3%.

El siguiente gráfico muestra la distribución de la afiliación de acuerdo a su tipo.

GRÁFICO Nº 19. AFILIACIÓN NACIONAL POR RELACIÓN DE TRABAJO

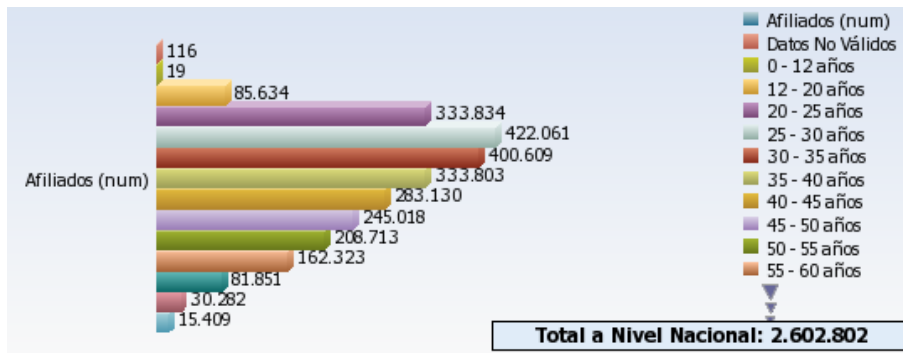


Fuente: Plataforma Cognos BI
Elaboración: IESS

El peso de la población afiliada cotizante en el país por grupos de edad al año 2014, muestra que el mayor número de afiliados se encuentra en el grupo de población de 25 a 30 años con alrededor de 422.061 afiliados, la población en edad de 30 a 35 años con 400.609 y la población de 20 a 25 años con 333.834. El grupo de población que menor peso tiene es la población correspondiente a los adultos mayores que estando o no jubilados, aún continua trabajando.

El gráfico a continuación presentado da a conocer la distribución de los afiliados cotizantes por rangos de edades.

GRÁFICO Nº 20. AFILIADOS POR RANGO DE EDADES A NIVEL NACIONAL



Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

POBLACIÓN ASEGURADA BENEFICIARIA EN LAS ZONAS DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8.

Analizando el crecimiento que han tenido el número de asegurados en los 4 últimos años, se puede apreciar un considerable crecimiento en todas las provincias de referencia (zona 5 y 8); según las estadísticas recabadas desde el año 2011 al 2014, ha existido un considerable crecimiento en el número de asegurados principalmente en el último año de análisis, siendo este crecimiento consecuente con los datos reflejados a nivel país.

Entre los principales crecimientos (porcentuales) de la población asegurada podemos destacar principalmente los pertenecientes a las provincias de Los Ríos, Santa Elena y Galápagos. Además, dentro de los datos analizados en referencia a cobertura del aseguramiento por provincias, se puede observar que la provincia del Guayas tiene el mayor peso por aseguramiento durante los 4 últimos años debido a la cantidad de habitantes que allí se concentran.

En la tabla presentada a continuación podemos observar la información más relevante sobre la cobertura de aseguramiento en los últimos 4 años, incluyendo la población total por provincia, población total asegurada, y la variación desde el año 2011 hasta el 2014 de cada provincia de la zona 5 y de la zona 8.

TABLA N° 20. POBLACIÓN ASEGURADA ZONA DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8

PROVINCIAS	AÑO 2011			AÑO 2012		
	POBLACIÓN*	POBLACION ASEGURADA	COBERTURA	POBLACIÓN*	POBLACION ASEGURADA	COBERTURA
GUAYAS	3.744.351	1.119.832	30%	3.901.981	1.214.930	31%
LOS RIOS	780.443	136.932	18%	829.779	152.681	18%
BOLIVAR	185.049	49.013	26%	195.719	53.562	27%
SANTA ELENA	301.168	65.348	22%	334.276	66.721	20%
GALAPAGOS	24.366	9.326	38%	27.284	10.306	38%
TOTAL	5.035.377	1.380.451	27%	5.289.039	1.498.200	28%
PROVINCIAS	AÑO 2013			AÑO 2014		
	POBLACIÓN*	POBLACION ASEGURADA	COBERTURA	POBLACIÓN*	POBLACION ASEGURADA	COBERTURA
GUAYAS	3.963.541	1.290.220	33%	4.024.929	2.253.325	56%
LOS RIOS	841.767	164.414	20%	853.622	335.477	39%
BOLIVAR	197.708	51.843	26%	199.646	95.507	48%
SANTA ELENA	342.408	68.682	20%	350.624	137.333	39%
GALAPAGOS	28.000	10.896	39%	28.726	20.384	71%
TOTAL	5.373.424	1.586.055	30%	5.457.547	2.842.026	52%

**Proyecciones de población a partir del Censo 2010*

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

Dentro de los grupos específicos de aseguramiento de la zona 5 y 8 se observa el mismo comportamiento de la población asegurada a nivel nacional; es decir un elevado incremento en el número de cobertura de aseguramiento del número de afiliados y Activos HL en el año 2014.

TABLA Nº21. GRUPOS DE AFILIADOS ZONA DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8

No. Afiliados	2011			2012		
	AFILIADOS NIVEL NACIONAL	AFILIADOS ZONA 5	COBERTURA	AFILIADOS NIVEL NACIONAL	AFILIADOS ZONA 5	COBERTURA
Afiliados y Activos HL*	3.045.055	926.342	30%	3.306.202	977.721	30%
Beneficiarios SSC**	1.028.634	195.071	19%	1.106.083	225.718	20%
Pensionistas***	302.245	86.941	29%	322.670	92.494	29%
OTROS****	459.811	172.097	37%	534.094	202.267	38%
Total	4.835.745	1.380.451	29%	5.269.049	1.498.200	28%

No. Afiliados	2013			2014		
	AFILIADOS NIVEL NACIONAL	AFILIADOS ZONA 5	COBERTURA	AFILIADOS NIVEL NACIONAL	AFILIADOS ZONA 5	COBERTURA
Afiliados y Activos HL*	3.346.777	1.011.974	30%	7.885.787	2.448.132	31%
Beneficiarios SSC**	1.126.257	248.284	22%	1.155.106	275.842	24%
Pensionistas***	350.249	99.571	28%	365.977	104.896	29%
OTROS****	672.753	226.226	34%	68.613	17.754	26%
Total	5.496.036	1.586.055	29%	9.475.483	2.828.870	30%

*AFILIADOS Y ACTIVOS HL: Beneficiarios HL, Afiliado Cotizante, Afiliado Activo

**BENEFICIARIOS SSC: Beneficiarios SSC, Jefe de Familia SSC

***PENSIONISTAS: Jubilado por invalidez, montepío, vejez, discapacidad

****OTROS: Pensionistas Seguro Social Campesino, Pensionistas Seguro Riesgos de Trabajo, Afiliado en Mora

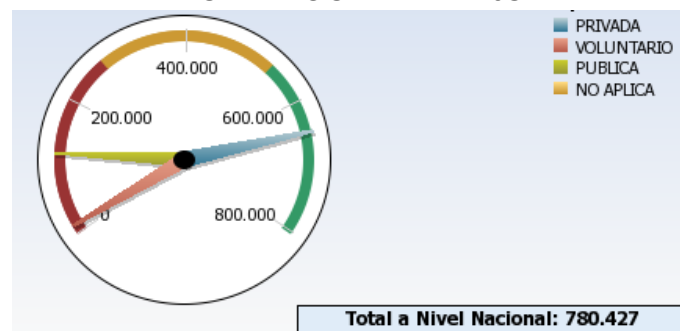
Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

AFILIADOS COTIZANTES DE LAS ZONAS 5 Y 8

La población afiliada adscrita a la zona 5 y 8 representa al año 2014 el 30% de la población afiliada del país. La distribución de acuerdo al tipo de afiliación esta mayormente inclinada hacia la población afiliada perteneciente a la empresa privada con alrededor del 83% de afiliados, seguido de las afiliaciones por entidades públicas que corresponden al 13% de afiliados y las afiliaciones voluntarias con un 4%.

GRÁFICO Nº 21. AFILIADOS EN LAS ZONAS DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8 POR RELACIÓN DE TRABAJO



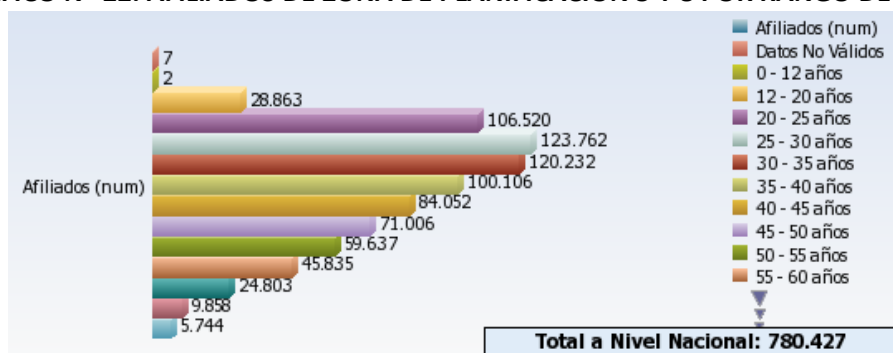
Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

La población afiliada cotizante en la zona 5 y 8 por grupos etarios al año 2014, muestra un comportamiento similar al grupo de los afiliados cotizantes a nivel país. Así podemos mencionar que el mayor número de afiliados se encuentra en la población de 25 a 30 años con alrededor de 123.762 afiliados, la población de 30 a 35 años con 120.232 y la población de 20 a 25 años con 106.520. Y además, la población que menor peso tiene es la población correspondiente a los adultos mayores que estando o no jubilados, aún continua trabajando.

El gráfico a continuación presentado da a conocer la distribución de los afiliados cotizantes por rangos de edades en las Zonas de Planificación 5 y 8.

GRÁFICO Nº 22. AFILIADOS DE ZONA DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8 POR RANGO DE EDAD



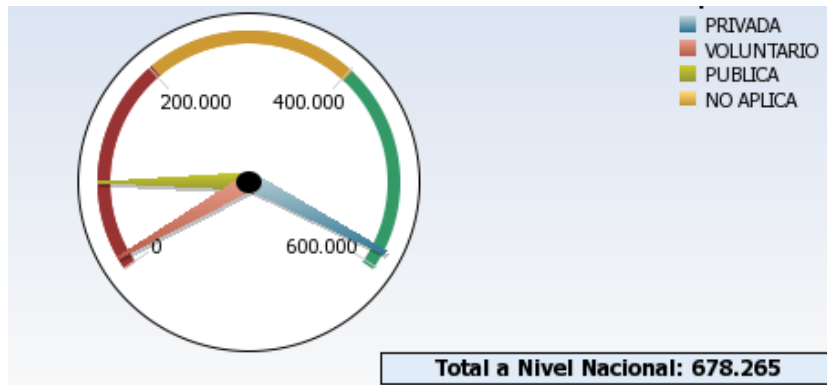
Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

Dentro de las zonas 5 y 8, la población que más peso por afiliación cotizante refleja es la ubicada en la provincia del Guayas, en el año 2014 ha representado cerca del 87% de la población afiliada de la zona 5 y 8, y el 26% de la población afiliada del país.

La distribución por tipo de afiliación es consecuente con los datos reflejados a nivel país y a nivel zonal analizados anteriormente, ubicando primero a la población afiliada por el sector privado con un 87%, luego a la afiliación por entidades públicas con 10% y por último a las afiliaciones voluntarias con el 3% de las afiliaciones.

**GRÁFICO Nº 23. AFILIADOS DE ZONA DE PLANIFICACIÓN 5 Y 8
POR RELACIÓN DE TRABAJO**



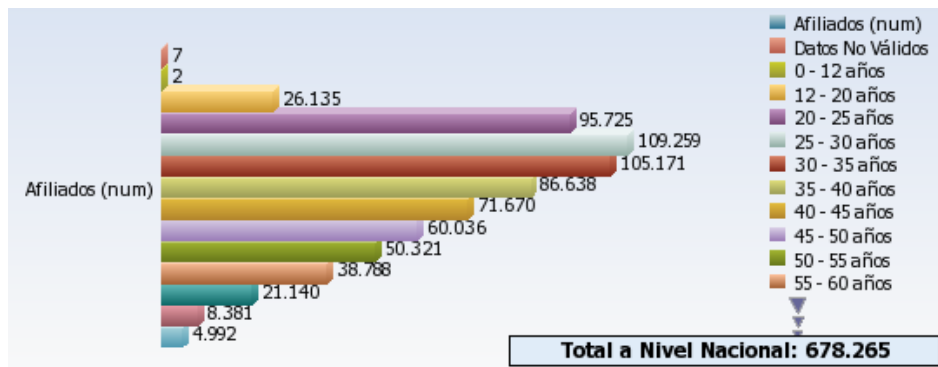
Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: IESS

De acuerdo a la distribución de la población afiliada cotizante por grupos etarios en la provincia del Guayas se muestra un patrón similar al reflejado en el país y en la zona siendo los grupos de la población de 20 a 35 años los que se encuentran en su mayoría afiliados. De la misma forma los adultos mayores que estando o no jubilados y continúa aún trabajando representan el menor peso de la población afiliada en la provincia.

El gráfico a continuación presentado da a conocer la distribución de los afiliados cotizantes por rangos de edades en la provincia del Guayas.

GRÁFICO Nº 24. AFILIADOS DE LA PROVINCIA DE GUAYAS POR RANGO DE EDAD



Fuente: Plataforma Cognos BI

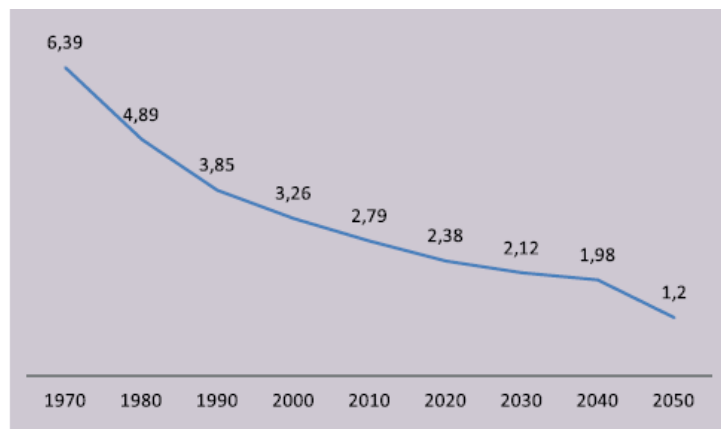
Elaboración: IESS

2.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ECUADOR

2.2.1. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Según la publicación del INEC en su investigación “Nueva cara demográfica del Ecuador” donde se dieron a conocer nuevos cálculos en base a los resultados del censo 2010. Muestran entre otras cosas la evolución de la Tasa Global de Fecundidad que anuncia para el año 2030 el momento en que Ecuador estará bajo el umbral de remplazo. Esto quiere decir que a partir de ese momento la tasa de natalidad decae, siendo esta insuficiente para remplazar la población actual y poco a poco el proceso de envejecimiento hará que la población empiece a reducirse en tamaño. La transición demográfica significará que el Ecuador ha llegado a un umbral de crecimiento donde convergen varios fenómenos: estabilización de las tasas de fertilidad, estabilización de tasas de mortalidad y el inicio del decrecimiento poblacional.

GRÁFICO Nº 25 PROYECCIÓN DE TASAS DE FECUNDIDAD 1970-2050



Fuente y Elaboración: INEC, “Nueva cara demográfica del Ecuador”

Según el INEC, la reducción en la velocidad de crecimiento poblacional puede ser el resultado de diversos factores, resaltando la reducción del número de hogares y la decisión de tener menos hijos por hogar. En el censo del 2010 se conoció que el promedio de hijos por hogar que arrojó es de 1,6 personas, el cual disminuyó en relación al 2001 (1,8) y a 1990 (2,3).

Existen varias hipótesis que se pueden estructurar para analizar este fenómeno; sin embargo ganan terreno aquellas que se relacionan con el incremento del nivel educativo, el acceso a servicios básicos y la decisión de retrasar o desistir del matrimonio. Estos elementos pueden influir al momento de decidir el número de hijos en una familia.

Considerando únicamente el nivel de instrucción de los padres, se puede mencionar que en el 2010, en hogares donde el nivel de instrucción máximo alcanzado por los padres era un centro de alfabetización, el promedio de promedio de hijos fue de 4,13; mientras que en hogares con padres que alcanzan un nivel superior registraron un promedio 1,09 hijos. En lo concerniente al área rural el promedio de hijos por hogar fue de 1,7, el cual supera al promedio de 1,5 en el área urbana.

Por otro lado, las mujeres en edad fértil en el 2010 representaron el 51,7% del total de mujeres, mientras que en 1990 eran el 49,4%. La razón entre niños y mujeres en el año 2010 fue de 38 niños menores de 5 años por cada 1.000 mujeres en edad fértil mientras que en 1990 fue de 51. La tasa global de fecundidad por su parte ha disminuido de 3 a 2 entre el 2001 y el 2010.

En la tabla que se muestra a continuación se puede conocer la tasa global de fecundidad durante los 2 últimos censos realizados

TABLA Nº22. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Tasa global de fecundidad	2001	2010
Mujer (15 a 49 años)	3.166.593	3.804.976
Número de hijos nacidos vivos	306.592	288.066
Tasa Global de Fecundidad	3%	2,4%

Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda 2001 y 2010

2.1.2. NATALIDAD Y MORTALIDAD EN ECUADOR

En concordancia a la decisión de tener menos hijos, acorde a los registros de nacimientos, en los últimos 20 años la tasa de natalidad ha reflejado una considerable reducción, al pasar de 26 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1990 a 21 en el 2009.

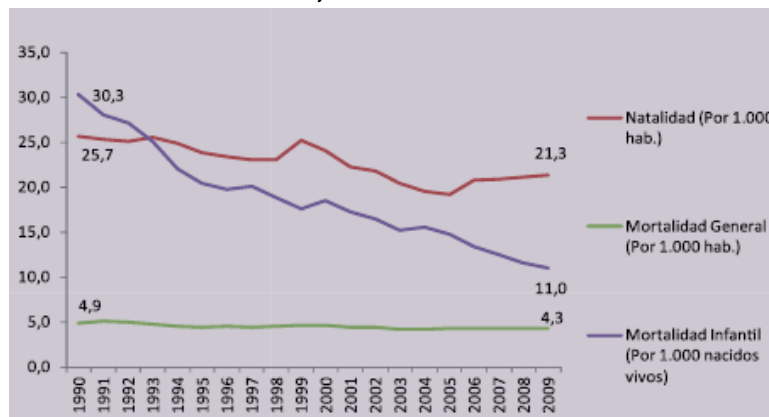
Entre 1990 y 2009 la mortalidad infantil ha disminuido en alrededor de la mitad, pasando de una tasa de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 11. La mortalidad materna por su lado muestra una disminución importante, al pasar de 117 muertes por cada 100 mil nacidos vivos a 70. Una reducción en la mortalidad infantil predice mejoras en el servicio de salud.

A pesar de que los indicadores expuestos anteriormente reflejan una reducción significativa de la mortalidad infantil, la mortalidad general se mantiene prácticamente constante. En el 2010 las muertes generales responden principalmente al deceso de

adultos mayores a 65 años (54,3%) y a adultos entre las edades de 15 a 49 años (21,5%). Al hacer esta relación entre hombres y mujeres, la incidencia de muertes en adultos que superan los 64 años de edad es mayor en las mujeres, el 61,4% de mujeres fallecen a esa edad, mientras que en los hombres es del 48,8%. Las principales causas de muerte radican en enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, influenza y neumonía, accidentes de tránsito y enfermedades cerebro vascular; estas cinco categorías representan el 30% de las causas de muerte.

El gráfico presentado a continuación muestra la tendencia histórica de la tasa de natalidad, mortalidad infantil y mortalidad general.

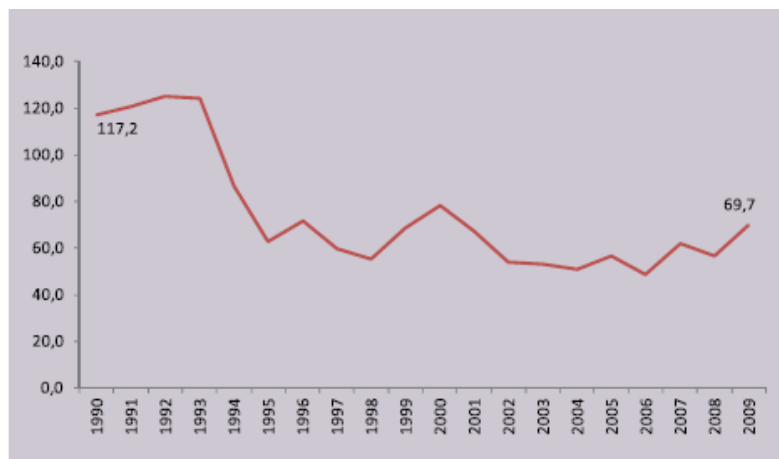
GRÁFICO Nº 25. TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD GENERAL



Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda.

El gráfico presentado a continuación muestra la tendencia histórica de la tasa de mortalidad materna.

GRÁFICO Nº26. TASA DE MORTALIDAD MATERNA



Fuente y Elaboración: INEC, Censos de Población y Vivienda

Según el Ministerio de Salud Pública, las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Ecuador son las siguientes:

TABLA N° 23. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL - ECUADOR 2010
(Egresos hospitalarios - lista detallada cie 10)

N° Orden	Código CIE-10	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA
1°	J18	Neumonía, organismo no especificado	34,027	3.3	24.3
2°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32,675	3.2	23.3
3°	K80	Colelitiasis	27,677	2.7	19.8
4°	K35	Apendicitis aguda	24,027	2.3	17.2
5°	O06	Aborto no especificado	21,894	2.1	15.6
6°	K40	Hernia inguinal	12,848	1.2	9.2
7°	O47	Falso trabajo de parto	11,849	1.1	8.5
8°	N39	Otros trastornos del sistema urinario	10,926	1.1	7.8
9°	S06	Traumatismo intracraneal	10,555	1.0	7.5
10°	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9,530	0.9	6.8

Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones y Proyecciones de Población por provincias y cantones. 2001 - 2010

TABLA N° 24. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ECUADOR 2009
(Lista Corta Cie-10)

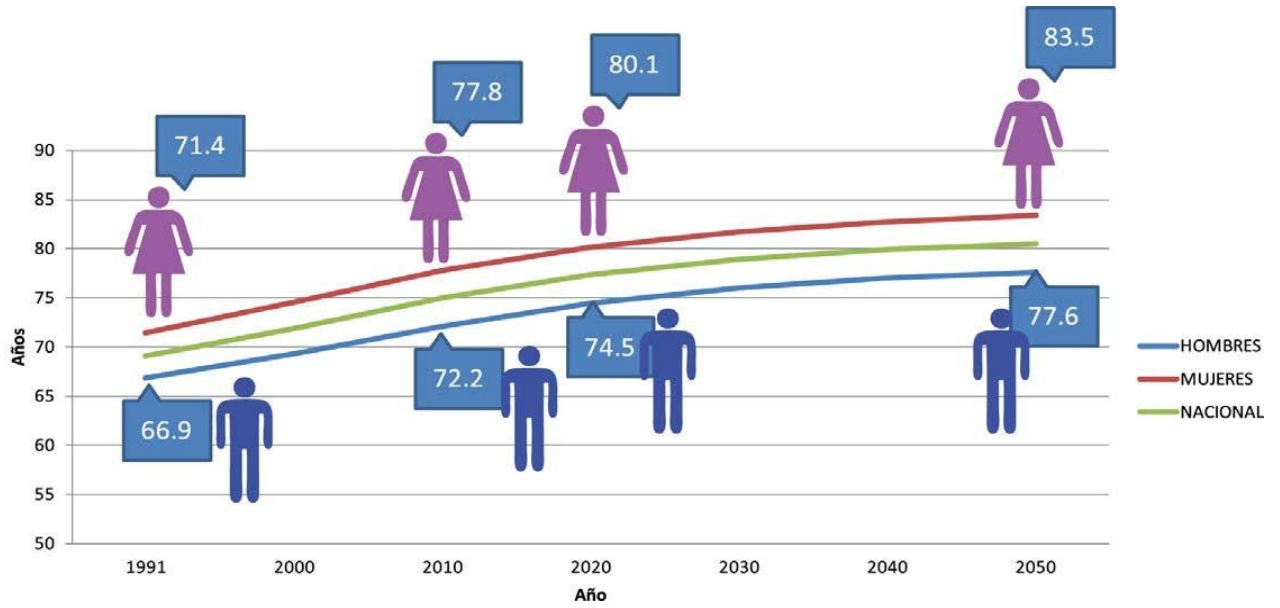
N° Orden	Código CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	TASA	%
1	E10-E14	Diabetes mellitus	4,067	29.0	6.8
2	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3,789	27.1	6.3
3	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3,176	22.7	5.3
4	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	3,158	22.5	5.3
5	J10-J18	Influenza y neumonía	3,099	22.1	5.2
6	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2,293	16.4	3.8
7	X85-Y09	Agresiones (homicidios)	2,187	15.6	3.7
8	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades	1,907	13.6	3.2
9	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,902	13.6	3.2
10	C16	Neoplasia maligna del estómago	1,626	11.6	2.7

Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones y Proyecciones de Población por provincias y cantones. 2001 - 2010

2.1.3. ESPERANZA DE VIDA.

En cuanto a la Esperanza de vida, se prevee que en los años siguientes la población ecuatoriana vivirá mas años. En el 2020, la esperanza de vida para los hombres será de 74.5 años, mientras que para las mujeres alcanzará los 80 años.

GRÁFICO Nº27. ESPERANZA DE VIDA



Fuente y Elaboración: INEC, Estimaciones y Proyecciones de Población por provincias y cantones. 2001 - 2010

CAPÍTULO 3

3. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

3.1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

El reglamento interno de la estructura orgánica de las Unidades Médicas de Nivel III del IESS que fue aprobado en la resolución No. C.D. 468, el 19 de Junio del 2014 señala que el organigrama funcional estará compuesto de la siguiente manera:

Gerencia General que es el órgano de Gobierno de la Unidad Médica Nivel III

Órganos de Gestión:

Dirección

- Coordinación General Administrativa
- Coordinación General Financiera
- Coordinación General de Talento Humano

Dirección Técnica

- Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio
- Coordinación General de Trasplantes
- Coordinación General de Medicina Crítica
- Coordinación General de Diagnóstico y Tratamiento
- Coordinación General de Enfermería
- Coordinación General de Control de Calidad
- Coordinación General de Auditoría Médica

Órganos de Apoyo:

- Coordinación General Jurídica
- Coordinación General de Docencia
- Coordinación General de Investigación
- Coordinación General de Planificación y Estadística
- Coordinación General de Tecnologías de Información y Comunicación
- Área de Comunicación Social

A continuación se puede observar el Organigrama funcional del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.



HOSPITAL Dr. TEODORO MALDONADO CARBO

- Comités**
- Bioética
 - Bioseguridad
 - Emergencia y Desastre
 - Epidemiología
 - Farmacia y Terapéutica
 - Historias Clínicas
 - Infectología
 - Mortalidad

Gerente General

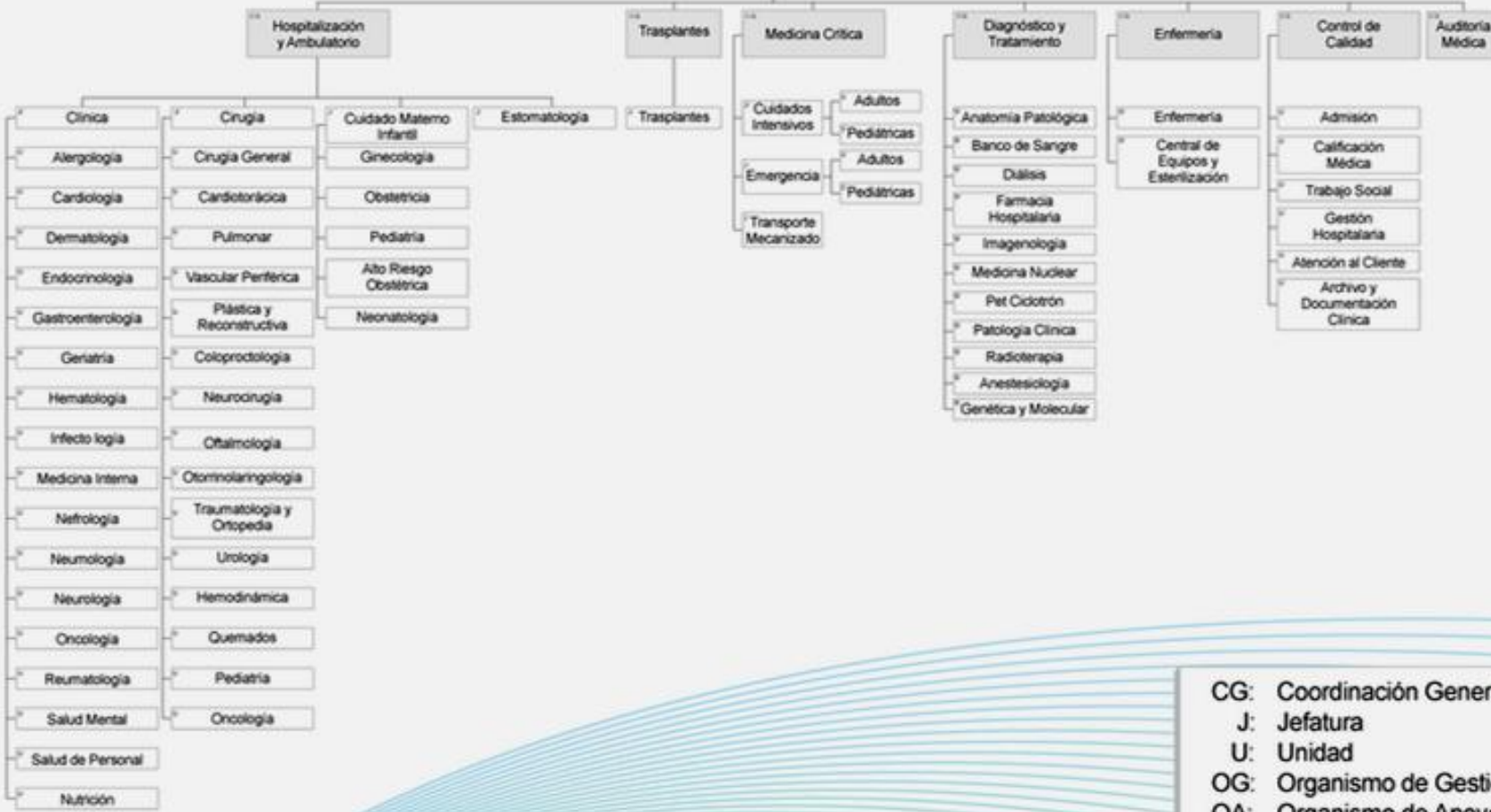
- Investigación
- Planificación y Estadística
- Tecnología de Información y Comunicación

- Comunicación Social
- Jurídica
- Docencia

Director

Director Técnico

- Administrativo**
 - Alimentación, Esterilización y Lavandería
 - Transporte, Seguridad y Guardiana, Construcción y Mantenimiento de Edificio
 - Bodega General y Control de Activos
 - Contratación Pública
- Financiero**
 - Presupuesto y Contabilidad
 - Facturación y Consolidación de Costo
 - Recaudación y Pagos
 - Subsidios, Responsabilidad Patronal, Seguros, Cuenta de Red Pública
 - Tesorería
- Talento Humano**
 - Planificación y Administración del Talento Humano
 - Capacitación y Formación
 - Evaluación del Desempeño
 - Desarrollo y Fortalecimiento Institucional



- CG: Coordinación General
- J: Jefatura
- U: Unidad
- OG: Organismo de Gestión
- OA: Organismo de Apoyo.

3.2. CARTERA DE SERVICIOS

3.2.1. ESPECIALIDADES Y SERVICIOS MÉDICOS DEL HOSPITAL

El Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” es un hospital de especialidades médicas y de procedimientos de alta complejidad, que lo convierten en un hospital de nivel III de referencia zonal. Entre las áreas y especialidades de salud que el orgánico funcional del hospital dispone en la resolución No. 468 podemos mencionar a la atención de salud en hospitalización y ambulatoria en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, trasplantes, enfermería y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. (IESS, 2014)

Dentro de la cartera de servicios hospitalarios es la siguiente:

Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio

1. Jefatura de Área Clínica

- 1.1. Unidad de Alergología
- 1.2. Unidad de Cardiología
- 1.3. Unidad de Dermatología
- 1.4. Unidad de Endocrinología
- 1.5. Unidad de Gastroenterología
- 1.6. Unidad de Geriatria
- 1.7. Unidad de Hematología
- 1.8. Unidad de Infectología
- 1.9. Unidad de Medicina Interna
 - 1.1.1. Unidad de Nefrología
 - 1.1.2. Unidad de Neurología
 - 1.1.3. Unidad de Oncología
 - 1.1.4. Unidad de Reumatología
 - 1.1.5. Unidad de Salud Mental
 - 1.1.6. Unidad de Salud de Personal
 - 1.1.7. Unidad de Nutrición

2. Jefatura de Área de Cirugía

- 2.1. Unidad de Cirugía General
- 2.2. Unidad de Cardiotorácica
- 2.3. Unidad de Pulmonar
- 2.4. Unidad de Vascular Periférica
- 2.5. Unidad de Plástica y Reconstructiva
- 2.6. Unidad de Oncología
- 2.7. Unidad de Pediatría
- 2.8. Unidad de Coloproctología
- 2.9. Unidad de Neurocirugía
 - 2.1.1. Unidad de Oftalmología
 - 2.1.2. Unidad de Otorrinolaringología

- 2.1.3. Unidad de Traumatología y Ortopedia
- 2.1.4. Unidad de Urología
- 2.1.5. Unidad de Hemodinámica
- 2.1.6. Unidad de Quemados

3. Jefatura de Área de Cuidado Materno Infantil

- 3.1. Unidad de Ginecología
- 3.2. Unidad de Obstetricia
- 3.3. Unidad de Pediatría
- 3.4. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico
- 3.5. Unidad de Neonatología

4. Jefatura de Área de Estomatología

Coordinación General de Trasplantes

- 1. Jefatura de Gestión de Trasplante

Coordinación General de Medicina Crítica

1. Jefatura de Área de Cuidados Intensivos

- 1.1. Unidad Adultos
- 1.2. Unidad Pediátricos

2. Jefatura de Área de Emergencias

- 2.1. Unidad Adultos
- 2.2. Unidad Pediátricos

3. Jefatura de Transporte Medicalizado

Coordinación de Diagnóstico y Tratamiento

- 1. Unidad de Anatomía Patológica
- 1.2. Unidad de Banco de Sangre
- 1.3. Unidad de Diálisis
- 1.4. Unidad de Farmacia Hospitalaria
- 1.5. Unidad de Imagenología
- 1.6. Unidad de Medicina Nuclear
- 1.7. Unidad de PET Ciclotrón
- 1.8. Unidad de Patología Clínica
- 1.9. Unidad de Radioterapia
- 1.1.1. Unidad de Anestesiología
- 1.1.2. Unidad de Genética y Molecular

Coordinación General de Enfermería

- 1. Unidad de Enfermería
- 2. Unidad Central de Equipos y Esterilización

Coordinación General de Control de Calidad

- 1.1. Unidad de Admisión
- 1.2. Unidad de Calificación Médica
- 1.3. Unidad de Trabajo Social
- 1.4. Unidad de Gestión Hospitalaria
- 1.5. Unidad de Atención al Cliente
- 1.6. Unidad de Archivo y Documentación Clínica

Coordinación General de Auditoría Médica

Órganos de Apoyo:

Coordinación General Jurídica
 Coordinación General de Docencia
 Coordinación General de Investigación
 Coordinación General de Planificación y Estadística
 Coordinación General de Tecnologías de la Información y Comunicación

Órganos de Asesoría:

Comité de Bioética
 Comité de Bioseguridad
 Comité de Emergencias y Desastres
 Comité de Epidemiología
 Comité de Farmacia y Terapéutica
 Comité de Historias Clínicas
 Comité de Infectología
 Comité de Mortalidad

3.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DEL HOSPITAL

3.3.1. MORTALIDAD

Las estadísticas internas, correspondiente a la tasa de mortalidad del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo reflejan que dentro de la institución, durante el período enero a agosto de 2014, las 5 causas más comunes de mortalidad fueron:

TABLA Nº 25. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HTMC (Ene-Ago 2014)

CAUSAS DE MORTALIDAD	Nº de Pacientes	Participación (%)
Insuficiencia Renal Crónica	67	8,2%
Insuficiencia Respiratoria Aguda	52	6,3%
Hemorragia Gastrointestinal	30	3,6%
Insuficiencia Renal Terminal	25	3,0%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	22	2,7%
Otras causas	626	76,2%
TOTAL	822	100%

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

Observando las especialidades médicas en donde se ha tenido el mayor nivel de mortalidad, podemos evidenciar que las causas más frecuentes de mortalidad son consecuentes con la especialidad médica en la que fueron tratadas. Las 5 especialidades que mayor tasa bruta de mortalidad⁵ presentan son las siguientes:

TABLA Nº 26. TASA CRUDA DE MORTALIDAD POR ESPECIALIDAD HTMC 2013

ESPECIALIDAD	TASA CRUDA DE MORTALIDAD (%)
Medicina Interna	21,2
Neurología	15,0
Neumología	12,8
Nefrología	9,3
Hematología	7,7

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

3.3.2. MORBILIDAD

Las principales causas de morbilidad en el país son a causa de las enfermedades catastróficas⁶. Las estadísticas 2013 que el Ministerio de Salud maneja reflejan que las principales enfermedades catastróficas son:

1. Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
2. Todo tipo de cáncer.
3. Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
4. Insuficiencia renal crónica.
5. Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
6. Secuelas de quemaduras graves.
7. Malformaciones arterio venosas cerebrales.
8. Síndrome de KlippelTrenaunay.
9. Aneurisma tóraco-abdominal.

El perfil epidemiológico que presentan los pacientes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, muestra que las enfermedades “crónicas degenerativas” continuaron siendo una de las primeras causas de morbilidades en los pacientes del hospital durante el año 2013, y en comparación a los años 2011 y 2012. Esta es una realidad que no dista mucho de lo que ocurre en el país. Las estadísticas epidemiológicas del hospital muestran que para el 2013 la Hipertensión arterial ocupó

⁵ Tasa Bruta de Mortalidad: Corresponde al % de muertes dentro de la institución, con hospitalización menor a 48 horas y mayor a 48 horas, desde que fueron tratadas.

⁶ ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: son aquellas en las que el paciente necesita de tratamiento continuo y costoso para poder vivir.

el primer lugar, la Diabetes Mellitus el segundo lugar y en tercer lugar el Síndrome metabólico que en realidad es un conjunto de signos que revelan un potencial candidato para la Diabetes o presentar ACV.

TABLA N° 27. ENFERMEDADES CRÓNICAS (Año 2013)

Enfermedad	Nº de pacientes (%)
Hipertensión Arterial	7.017
Diabetes Mellitus	2.786
Síndrome Metabólico	587
Obesidad	494
Enf. Pulm. Obst. Crón.(EPOC)	319
TOTAL	11.203

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TIPOS DE CÁNCER

El hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo presentó en el año 2013 pacientes con diferentes tipos de cáncer; entre los 6 tipos de cáncer con mayor presencia, estuvieron el cáncer prostático, leucemias, cáncer uterino, cáncer pulmonar, cáncer gástrico y cáncer mamario.

El sexo masculino en edad promedio mayor a 50 años, constituye la principal población afectada con cáncer, ya que de acuerdo a las estadísticas el cáncer de próstata es la primera causa de cáncer en el hospital; la segunda patología que es considerada el segundo tipo de cáncer de mayor atención dentro del hospital es la leucemia, y llama la atención que de los tipos de cáncer que más afectan al sexo femenino, el cáncer uterino duplica los casos de cáncer de mama tratados dentro del hospital durante el año 2013.

Tabla N° 28. TIPOS DE CANCER TRATADOS EN EL HTMC (Año 2013)

Tipo de Cáncer	Nº de Pacientes	Participación (%)
Cáncer Prostático	580	44%
Leucemias	297	23%
Cáncer Uterino	162	12%
Cáncer Pulmonar	124	9%
Cáncer Gástrico	106	8%
Cáncer Mamario	54	4%
TOTAL	1.323	100%

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

El cáncer es una patología que cobra vigencia de análisis por los inmensos recursos que el mismo consume a la seguridad social, de allí que la elaboración de políticas de prevención para el mismo se constituye en una necesidad real, el cáncer de próstata es

el que mayor número de pacientes aqueja en nuestras estadísticas seguido por las Leucemias y Cáncer uterino que no coinciden con el perfil epidemiológico que refiere el MSP, y si es un espejo de que los usuarios jubilados son la segunda población más importante para nosotros, que el sexo masculino es el que mayor demanda de atención de allí que para nuestra estadística, el cáncer de próstata alcanza cifras muy altas, seguido por otra patología degenerativa como es la leucemia que es considerada una patología de riesgo laboral, lo que si llama la atención como no es el cáncer de mama el mayor en presentación de las patologías que afectan al sexo femenino sino y más bien el cáncer uterino el que incluso lo dobla en cifras .

SALUD SEXUAL

El VIH se constituyó en el 2013 como la enfermedad de contacto genital, con mayor número de pacientes atendidos en el HTMC, esto confirma indiscutiblemente la continua propagación del virus, constituyéndose en las enfermedades crónicas de tratamiento, especializado y con gran demanda de recursos.

TABLA N° 29. PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMEDADES DE CONTACTO GENITAL (Año 2013)

TIPO DE ENFERMEDAD	Nº CASOS
VIH	493
Herpes Genital	53
Gonorrea confirmada con laboratorio	20
Sífilis: Primaria y Secundaria	15
Sífilis Congénita	2
Otras ITS	741
TOTAL	1.324

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

SALUD MATERNO INFANTIL

Al realizar el análisis de la salud materna, nos tomamos una pausa para analizar un problema que es importante para todo el sistema de salud ecuatoriano las cifras de natalidad de nuestro país hablan de que el comportamiento de nuestra población aceleradamente parecida a las poblaciones del mundo occidentalizado. Importante es señalar en el análisis de este espacio es que las cifras de partos normales estén por debajo de las cesáreas, problema e indudablemente que esto tiene muchos orígenes, pero que debe de ser intervenido, ya que con el mismo se arrastra muchos problemas para el paciente y la Institución.

Consecuentemente la tasa global de fecundidad observa una marcada disminución hacia el año 2050, en donde se proyecta una tasa de los 1,92 hijos en promedio por cada mujer en edad fértil.

La tasa de mortalidad infantil también experimenta una marcada disminución hacia el 2030 y está directamente relacionado a los Programas de fomento y prevención y control del niño sano que se ejecutan en los servicios de salud públicos y privados en el País.

LAS ENFERMEDADES TUBERCULOSAS

La tuberculosis es una de las patologías que refleja los problemas de inequidad social en el país debido a que en condiciones de pobreza o hacinamiento es más plausible su contagio. Razón por la cual su erradicación constituye uno de los Objetivos del Milenio de la OMS. Durante el año 2013 se presentaron en el hospital 194 casos de Tuberculosis pulmonar confirmada.

TABLA Nº 30. CASOS DE ENFERMEDADES TUBERCULOSAS (Año 2013)

TUBERCULOSIS		Nº CASOS
Tuberculosis Pulmonar	BK + (confir.	194
	BK- (no conf.	145
Meningitis Tuberculosa		6
Otras formas de Tuberculosis		35
TOTAL		380

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

SALUD OCUPACIONAL Y LABORAL

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

A pesar de no tener cifras específicas referentes a esta problemática, considerando de manera referencial las cifras de las cirugías que se realizan en nuestra Hospital. En lo concerniente al servicio de traumatología podemos evidenciar cifras representativas, que estarían relacionadas con el número de accidentes de tránsito.

**TABLA Nº 31. PRODUCCION DE LAS UNIDADES DE CIRUGIA
(Año 2013)**

Cirugías	Nº de Pacientes
Cirugía General	2186
Traumatología	1930
Ginecología y Obstetricia	1540
Urología	1085

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

Esta sección nos ayuda a determinar que los recursos del Hospital deben de ir a esta área considerando que el número controlado de accidentes de tránsito informado el año 2013 por el departamento de estadística es de aproximadamente de 653 y además que nuestro hospital es para los trabajadores, se considera este departamento como de vital importancia para los planes de desarrollo del hospital.

SALUD MENTAL.

Al realizar el análisis del perfil epidemiológico de la seguridad social, llama la atención el incremento de pacientes que atendidos con patologías como la Ansiedad y Depresión.

**TABLA Nº 32. CASOS DE ENFERMEADES DE SALUD MENTAL
(Año 2013)**

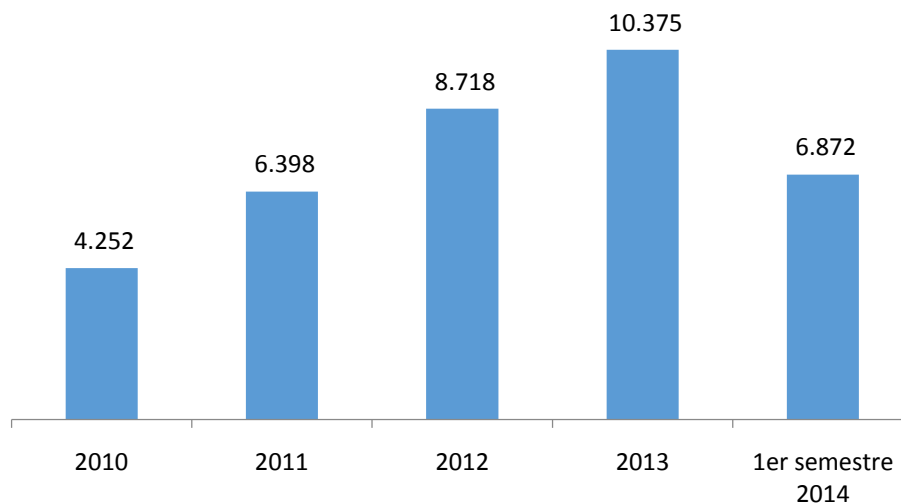
Patología	Cantidad	Sexo femenino	Sexo masculino
Depresión	1.178	744	434
Ansiedad	1.218	707	511
Demencia	152	75	77
Alcoholismo (bebedor problema)	24	3	21
Psicosis	24	8	16
Tabaquismo	4	3	1
Fármaco-dependencia	4		4

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores



GRÁFICO Nº 28. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA



Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

3.4. INFRAESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LA EDIFICACIÓN

3.4.1. EDIFICIO PRINCIPAL

El hospital Teodoro Maldonado Carbo posee cuatro puntos de acceso.

- Consulta externa
- Puerta Principal
- Emergencia
- Rehabilitación

Dentro de su estructura física constan cuatro pisos. La planta baja está dividida por varios pasillos y los pisos restantes se encuentran divididos por secciones de acuerdo a la especialidad y áreas de hospitalización.

3.4.2. EXTERIORES DEL EDIFICIO PRINCIPAL

En la parte externa del hospital se ubican las siguientes instalaciones:

- Central de Gases Medicinales
- Generadores Eléctricos
- Central de Vacio
- Central de Combustible
- Cuarto de Maquinarias
- Central de Distribución Eléctrica

- Cuarto de Transformadores
- Bodega
- Centro de Acopio de Basura

Central de Gases Medicinales:

Esta central es manejada por la empresa AGA y supervisada por el departamento de Seguridad, Salud y Ambiente del Hospital. La central almacena y distribuye Óxido Nitroso (tanque blanco), Aire Medicinal (tanque blanco y negro) y Oxígeno Medicinal (tanque blanco).

La demanda de consumo del hospital determina la adquisición de gases en la institución; generalmente la adquisición se realiza de 2 a 3 veces al mes.

Los tanques almacenadores del gas poseen válvulas con sistema de cierre automático en caso de la activación de alguna alarma.

Generadores Eléctricos:

El hospital posee 2 generadores a diesel, mismos que se activan al mínimo cambio de voltaje. No necesariamente al existir una ausencia de electricidad. Únicamente el 40% de la red eléctrica interna del hospital está conectada a los generadores.

Central de Vacío:

Esta central también es administrada por la empresa AGA, esta empresa se encarga de la distribución del vacío según las necesidades del hospital; además de su respectivo mantenimiento.

Central de combustible:

En la central de combustible existen cuatro tanques a diesel, con una capacidad total de 4.000 galones. La capacidad máxima de energía eléctrica que se puede generar son 8 horas.

Cuarto de Maquinarias:

En el cuarto de maquinas existen 2 calderos; uno para uso normal y otro de respaldo. Cada caldero posee una capacidad de 250 HP. En el funcionamiento diario del hospital se utiliza para proveer de vapor caliente al quirófano, rehabilitación, cocina, post-operatorio, esterilización y demás áreas en las que se requieran.

Central de distribución eléctrica:

En esta central se encuentran los tableros donde están los Paneles de Transferencia Automática de ambos generadores.

Cuarto de Transformadores:

Esta área almacena dos transformadores que reciben 7,5 kV y generan 110 V y 220 V por conversión.

Bodega:

Está ubicada en la parte periférica del hospital; principalmente está dividida en Bodega de Activos de Transito y Bodega de ingreso de fármacos, insumos, entre otros. Sin embargo, existen sub-bodegas que almacenan activos específicos del hospital.

Centro de Acopio de Basura:

El hospital posee un centro de acopio de basura con 2 contenedores. El primero posee una capacidad de 2.500 kg y el otro con capacidad de 700 kg. Al momento se encuentran en mal estado.

3.4.3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESPACIOS ACTUALES DEL HOSPITAL

En la siguiente tabla se puede conocer la capacidad de infraestructura física instalada por cada área del hospital, además de la ubicación de la misma.



TABLA N° 33. MATRIZ DE ESPACIOS FÍSICOS ACTUALES DEL HTC.M.

Área/unidad funcional		Metrage Actual	Ubicación actual de área/unidad funcional					
			Planta baja	1er piso	2do piso	3er piso	4to piso	
Hospitalización	Hospitalización convencional	Admisión general	448,86	X				
		Unidades de Hospitalización médica	1.658,07		X	X	X	X
		Unidades de Hospitalización quirúrgica	1.617,54			X	X	
		Unidad de Hospitalización Oncohematología	104,81	X	X			
		Unidad de Hospitalización pediátrica	0,00					
	Unidad de atención neonatal	Cuidados básicos	67,55			X		
		Cuidados intermedios	32,67			X		
		Cuidados intensivos	31,20			X		
	Unidades Especiales	Cuidados intensivos del adulto	218,90				X	
		Cuidados intermedios del adulto	0,00					
		Cuidados intensivos del niño	0,00					
		Cuidados intermedios del niño	0,00					
		Unidad de Quemados	0,00					
	CCEE y gabinetes	CCEE y Gabinetes	1.233,78	X				
		Unidad de Endoscopias	40,80					
Unidad de Hemodinámica		106,98	X					
Auxiliares del diagnóstico	Imagenología	364,65	X					
	Medicina Nuclear	0,00						
	Laboratorio Clínico	998,31	X	X				
	Banco de tejidos	0,00						
	Anatomía Patológica + Morgue	174,89		X				
Auxiliares del tratamiento	Centro quirúrgico							
	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	0,00						
	Hospital de día	64,53	X	X				
	Medicina Transfusional	168,40	X	X				
	Emergencias	228,98	X					
	Unidad de Diálisis	329,40	X					
Administración	Medicina Física y Rehabilitación	267,90	X					
	Dirección y Administración	23,49	X					
Docencia	Docencia	39,20	X					
	Farmacia	389,97	X					
Servicios de apoyo	Registros hospitalarios y archivo clínico	146,30	X					
	Informática	246,00	X					
	Esterilización	121,71				X		
	Cafetería	0,00						
Servicios generales	Alimentación y nutrición	437,04	X					
	Ropería	263,15	X					
	Bodega	390,79	X					
	Mantenimiento	36,39	X					
	Guardiana	37,00	X					
	Vestuarios generales	84,00	X	X	X	X		
	Limpieza	38,83	X					
	Residuos	104,96	X					
Zona comercial								
Parqueadero	Parqueadero	20.376,00	X					
TOTAL		30.893,05						

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaboración: Autores

3.5. FUNCIONAMIENTO DE LOS ORGANOS DE GESTIÓN Y APOYO EN EL HOSPITAL

Durante los años que tiene en funcionamiento el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, paulatinamente se fue incrementando el número de atenciones en las unidades médicas de la institución; esto generó que el hospital principalmente realice aumentos en los espacios físicos de la edificación, contrate a personal médico y adquiera los equipos necesarios para brindar una correcta atención médica.

A partir de la resolución de Consejo Directivo N° 468 se crean órganos de apoyo que anteriormente no existieron dentro de HTMC, por lo cual se continúa con el proceso de conformación de equipos técnicos para que estas áreas generen la información suficiente para la toma de decisiones a nivel gerencial.

Sin embargo la magnitud del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, como un hospital de 3er nivel de complejidad que posee dentro de sus servicios 34 especialidades médicas, generó diversas problemáticas que han sido difíciles de solucionar puesto que el hospital no tenía hasta finales del mayo de 2014 un Departamento de Planificación y Estadística que desarrolle una correcta planificación estratégica y operativa para realizar una efectiva gestión hospitalaria.

A continuación se presentaran las problemáticas del hospital por criterios; sin embargo es importante resaltar que se realizó un análisis holístico en el diagnóstico de la gestión hospitalaria; es decir que se identificaron problemáticas (causas) que generan un mismo efecto de acuerdo a los criterios analizados.

PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS A SOLUCIONAR

Fármacos e insumos:

La poca cultura de planificación y el desconocimiento de la importancia de herramientas de planificación en la institución como PAPP y PAC, ha impedido una planificación adecuada de materiales e insumos, lo que ha generado desabastecimiento de medicinas, materiales e insumos médicos de acuerdo a la necesidad real de los servicios médicos durante el año.

Infraestructura:

El espacio físico en el que funcionan las diferentes unidades médicas no cumplen con el metraje necesario para brindar una adecuada atención al paciente, generando en algunos casos condiciones de hacinamiento; además existe una inadecuada distribución del espacio físico en el que funcionan las áreas médicas, impidiendo agilizar el proceso de atención al paciente y cumplir con diversas normas de bioseguridad.

Por otro lado existen algunas áreas que necesitan renovar su fachada y realizar adecuaciones para cumplir con una correcta atención al paciente.

Equipos médicos y de apoyo a la gestión en la institución:

No existe un sistema para el manejo y control de inventarios, impidiendo conocer anticipadamente las necesidades de materiales y equipos para la correcta planificación de su compra y su correspondiente mantenimiento periódico. Esta situación ha generado en el caso específico de las camas hospitalarias una inadecuada distribución de las mismas dentro de las áreas médicas y evidentemente un déficit de camas.

A continuación se detalla el estado en el que se encuentran los equipos de Alta Complejidad que dispone el Hospital en las diferentes áreas médicas.

TABLA N° 34. Estado de Funcionamiento de los equipos de Alta y Media Complejidad del HTMC

Dependencia	Área	Cantidad de Equipos	Estado de Funcionamiento		
			BUENO	REGULAR	MALO
Coordinación General de Diagnóstico y Tratamiento	Diálisis A	2	2		1
	Diálisis B	1	1		1
	Diálisis Emergencia	4	4		
	Oncología	2	1		1
	Rx Imageonología	6	3	3	
Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio	Alergología	2		2	
	Cardiología	4	3		3
	Cirugía 1° estación	3	1	1	1
	Cirugía 2° estación	5	3		2
	Coloproctología	3	3		
	Dermatología	3		2	1
	Emergencia/Ginecología	1	1		
	Gastroenterología C.E.	9	2	9	5
	Ginecoobstetricia C.E.	2		2	
	Nefrología	3	2	1	
	Neonatología	9	9		
	Neumología	3	3		
	Neurocirugía	4	3	1	
	Neurología	5	5		
	Oftalmología C.E.	28	15	13	
	Post-operatorio	3	2	3	2
	Quirófano # 1	1		1	
	Quirófano # 2	2		2	
	Quirófano # 3	1		1	
	Quirófano # 9	1		1	
Quirófano bodega	1		1	1	
Terapia del dolor	2	2			
Traumatología Hospitalización	1			1	

	Urología	1	1		
Coordinación General de Medicina Crítica	Emergencia	4	3	1	2
	Emergencia Observación C	3	3		
	Emergencia Observación D	5	4	1	
	Observación A-B	2	1	1	
	Observación cirugía	3	3		
	UCI	8	6		2
Total		137	86	46	23

Elaboración y Fuente: HTMC, Coordinación General de Enfermería

Facturación del servicio médico:

La no facturación de algunos servicios médicos se genera por la inexistencia de ciertos equipos médicos, la falta de especialistas que manejen esos equipos y brinden dicho servicio y la carencia de espacio físico para ubicar el equipamiento médico y brindar una correcta atención al paciente.

Seguridad:

Existen insuficientes cámaras de seguridad y resguardo de personal de guardianía en diversas áreas médicas.

Talento Humano:

La institución posee en la actualidad una falencia de personal médico y administrativo para cumplir efectivamente con el servicio al paciente y con las necesidades operativas de la institución. Además existe desmotivación por cierto grupo del personal debido a que nunca se ha realizado un sistema de gestión hospitalaria efectivo y sienten incertidumbre de los beneficios que pueden generar las soluciones a desarrollar. Por otro lado existe poca colaboración por parte del personal (entrega de información incompleta, no se cumplen los tiempos de entrega de información o no se cumplen, baja asistencia del personal a reuniones de trabajo).

A continuación se detalla el distributivo del personal que labora en el HTMC:

TABLA Nº 35. DISTRIBUTIVO DE PERSONAL HTMC (AGOSTO 2014)

Área	Régimen Laboral		TOTAL
	Código de Trabajo	LOSEP	
Área Médica	385	1.152	1.537
Área Administrativa	333	245	578
TOTAL	718	1.397	2.115

Elaboración y Fuente: HTMC, Recursos Humanos.

Necesidades de Personal

De acuerdo a las necesidades de contratación de Talento Humano que han sido recogidas en cada una de las Coordinaciones del HTMC, se da a conocer las necesidades de personal requeridas, actualmente y a futuro. Entre las necesidades de personal a futuro se presenta los requerimientos del personal que en los próximos años se acoge al beneficio de la jubilación. Las siguientes tablas muestran lo mencionado.

TABLA Nº 36. REQUERIMIENTO DE PERSONAL DEL HTMC

Dependencias	Cantidad
Control de calidad	5
Diagnostico y Tratamiento	11
Hospitalización y Ambulatorio	112
Medicina Crítica	24
Total	152

Elaboración y Fuente: HTMC, Recursos Humanos.

TABLA Nº 37. PERSONAL DEL HTMC POR JUBILARSE

Dependencias	2015	2016	2017
Dirección	2		
Coordinación General de Hospitalización y Ambulatorio	9	4	3
Coordinación General de Medicina Crítica	2	1	2
Coordinación General de Diagnóstico y Tratamiento	3		2
Coordinación General de Enfermería	10	6	3
Coordinación General de Control de Calidad			1
Coordinación General Administrativa	7	5	4
Coordinación General Financiera	1	1	
Docencia	1		
Total	35	17	15
Participación en el Total de personal del HTMC	1,7%	0,8%	0,7%

Elaboración y Fuente: HTMC, Recursos Humanos.

Control de los procesos médicos:

Existen 34 manuales de funcionamiento de las diferentes áreas médicas de la Institución los cuales fueron elaborados en el mes de Agosto y se encuentran en periodo de revisión, así mismo el área médica ha contribuido con la creación de 21 Protocolos Médicos los que deberán ajustarse y unificarse con los existentes en los otros hospitales de nivel III y con los del MSP con el objetivo de mantener un mismo lenguaje médico en todos los protocolos que corresponden a hospitales especialistas.

Bioseguridad:

Existe la necesidad de la creación del Departamento de Seguridad y Riesgos laborales el cual en este año 2014 se comenzó a trabajar para su creación, se hace notorio la necesidad de una política Institucional en relación al tema, nuestro hospital a contribuido mínimamente con la creación del Sub-Comité Paritario de Bioseguridad de esta unidad médica, la elaboración del manual del manejo de desechos hospitalarios, y un manual de bioseguridad general.

Tecnologías de la Información y Comunicación:

La institución no dispone de un adecuado sistema informático que permita el registro efectivo de información para generar estadísticas confiables que sean utilizadas en la toma de decisiones; esta situación se presenta principalmente en la información que genera cada unidad médica, el departamento financiero en referencia a la ejecución del gasto mensual por partida presupuestaria, y la información de control y gestión de inventario.

Servicio al Usuario:

En la actualidad no existen las señaléticas necesarias para que el paciente pueda orientarse rápidamente y dirigirse al servicio médico que desee; por otro lado es importante mencionar que la elevada cantidad de pacientes que frecuentan el hospital para ser atendidos, impide que el personal de atención al asegurado les pueda brindar una correcta orientación a todos los usuarios. Estas dos situaciones contribuyen a la existencia de mayor congestionamiento en algunas áreas del hospital.

Investigación médica:

No se ha realizado un adecuado fomento a la investigación médica en el hospital. Entre los aspectos por los cuales se ha debilitado la investigación se puede mencionar la

disminución de postgradistas en ciertas áreas debido a que universidades con las que se mantiene convenio se encuentran en procesos de mejora y no están ofertando todos los postgrados médicos que antes ofertaban. Por otro lado, la insuficiente política institucional destinada a la investigación no ha permitido logros en este campo.

Aprovisionamiento de Energía:

El hospital posee un alto riesgo de sufrir fallas en el suministro de energía eléctrica. Debido al incremento de la cobertura en el aseguramiento el hospital amplió la oferta de servicios, sin embargo no se realizó, paralelo a ello, un adecuado manejo del suministro eléctrico generando un riesgo que no ha sido mitigado.

Permisos de Funcionamiento:

Existen requerimientos de deben cumplir las instalaciones del hospital que en la actualidad no permiten renovar los permisos de funcionamiento.

Procesos de Certificación y acreditación de la Institución:

Al momento, nuestra Institución cuenta con certificación ISO en la Unidad Técnica de Patología en proceso de certificación se encuentran los servicios de Anatomía Patológica, Banco de Sangre y Radioterapia.

Imagen Institucional:

A pesar de los esfuerzos realizados para comunicar de manera efectiva la gestión de este hospital, las problemáticas presentadas anteriormente, han generado la percepción de la mala imagen del servicio de atención médica al usuario.

3.6. ESTADÍSTICAS REFERENCIALES EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA INSTITUCIONAL

3.6.1. NECESIDADES DE ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN GLOBAL

La estadística de camas censales del hospital registra la existencia de 428 camas; mismas que se encuentran distribuidas de la siguiente manera, las áreas de especialidades clínicas con 182 camas, medicina crítica 175 camas, especialidades quirúrgicas con 153 y especialidades clínico quirúrgica con 93 camas.

TABLA Nº 38. DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS CENSABLES Y NO CENSABLES

CAMAS NO CENSABLES	
DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS	TOTAL
PLANTA BAJA - ÁREA DE MÉDICA CRÍTICA	
Emergencia (Urgencia)	99
Observación	64
Unidad de cuidados intensivo (U.C.I.)	12
Neonatología*	30
CAMAS CENSABLES	
DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS	TOTAL
ESPECIALIDADES CLINICAS	
Cardiología	27
Gastroenterología	25
Medicina interna	20
Nefrología	20
Oncología clínica	18
Hematología	17
Endocrinología	15
Neumología	14
Neurología	14
Psiquiatría	12
ESPECIALIDADES CLINICO QUIRURGICAS	
Obstetricia	38
Neonatología**	18
Urología	22
Ginecología	12
Otorrinolaringología	11
Proctología	6
Oftalmología	4
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	
Cirugía ortopédica y traumatología	43
Cirugía general	42
Neurocirugía	29
Cirugía vascular	16
Cirugía plástica estética y reconstructiva	14
Cirugía cardiotorácica	9
Total general	428

*Corresponde a cunas en alojamiento conjunto.

**Corresponde a 6 cunas (incubadoras) en cuidados intermedios, 8 cunas (incubadoras) en UCIN, 4 cunas (incubadoras) en Infectología

Fuente y Elaboración: Coordinación General de Planificación y estadística.



Un diagnóstico de todas las especialidades médicas, tomando como variable de referencia el número de camas disponibles para brindar un servicio efectivo a los pacientes que acuden al HTMC, determinó que el número de camas no es suficiente para cubrir la demanda de servicios médicos; lo que genera retrasos y saturación en el servicio médico que se brinda al asegurado y afiliado cotizante.

Por otro lado, de acuerdo a las variables que influyen en el nivel de estancia hospitalaria en los pacientes de hospitalización de acuerdo al criterio médico de los jefes de unidades médicas, se puede señalar varios factores; existe un déficit de personal médico y de enfermería situación que impide disminuir el tiempo de atención al paciente hospitalizado, escasos de insumos y medicamentos, implementación de procedimientos y procesos efectivos que contribuyan a disminuir la estancia de pacientes en el hospital. (UnidadesMédicas, 2014)

Considerando el total de egresos hospitalarios por tipo de especialidad y los días que han permanecido los pacientes en hospitalización podemos observar que en el primer semestre del 2014 la estancia promedio de pacientes por especialidad es la siguiente:

TABLA N° 39. DÍAS PROMEDIO DE HOSPITALIZACIÓN

ESPECIALIDADES	PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA
Neurología	12,8
Psiquiatría	11,0
Hematología	10,8
Cirugía plástica	10,4
Neumología	10,0
Neurocirugía	9,4
Gastroenterología	9,1
Cardiología	8,6
Endocrinología	8,6
Cirugía cardiotorácica.	8,3
Cirugía vascular	7,6
Urología	6,8
Traumatología	6,4
Oncología	6,3
Nefrología	5,9
Medicina interna	4,4
Proctología	4,4
Cirugía general	3,8
Pediatría	3,5
Ginecología	3,1
Otorrinolaringología	3,0
Neonatología	3,0
Oftalmología	2,2
Obstetricia	2,1
PROMEDIO	6,6

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

3.6.1.1. ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

El Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo ha reflejado un considerable número de pacientes atendidos, en el hospital durante los 3 últimos años. Analizando los datos de pacientes atendidos en Consulta Externa, desde el año 2010 al 2013 se denota un crecimiento principalmente en el número de atenciones del año 2013 a comparación del 2012. Además, si se toma como referente de comparación el primer semestre desde el 2010 al 2014 se observa el mismo comportamiento; es importante mencionar esta situación es el reflejo del incremento en el nivel de aseguramiento y afiliados cotizantes en el país y la zona de incidencia del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

TABLA Nº 40. PACIENTES ATENDIDOS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES EN EL HTMC – CONSULTA EXTERNA

2010	2011	Variación 2010-2011	2012	Variación 2011-2012	2013	Variación 2012-2013
232.600	232.850	0,11%	264.923	14%	399.550	51%

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 41. PACIENTES ATENDIDOS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES EN EL HTMC – CONSULTA EXTERNA (Comparativo Primer Semestre)

1ER SEMESTRE 2010	1ER SEMESTRE 2011	Variación 2010-2011	1ER SEMESTRE 2012	Variación 2011-2012	1ER SEMESTRE 2013	Variación 2012-2013	1ER SEMESTRE 2014	Variación 2013-2014
113.293	114.242	0,84%	134.634	18%	153.977	14%	197.760	28%

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

Los asegurados y afiliados que en mayor medida han recibido atención en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo corresponden a la población de los 15 a 61 años de edad.

TABLA Nº 42. PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD – CONSULTA EXTERNA

POBLACIÓN ATENDIDA POR RANGO DE EDADES	2010	2011	2012	2013	1ER SEMESTRE 2014
MENOR 1 MES	2.263	1.867	749	1.362	770
DE 1 A 11 MESES	5.968	5.559	3.553	4.897	2.848
DE 1 A 14 AÑOS	3.699	9.575	11.931	18.813	12.921
DE 15 A 40 AÑOS	69.520	72.185	87.454	160.261	60.291
DE 41 A 60 AÑOS	83.997	80.794	90.885	119.257	68.091
DE 61 A MAS	67.153	62.870	70.351	94.960	52.839
TOTAL	232.600	232.850	264.923	399.550	197.760

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores



Las 10 especialidades médicas que mayor cantidad de pacientes han atendido en consulta externa, no varían mucho durante los años analizados (2010-2014). A continuación se presentan las 10 áreas médicas, que mayor cantidad de atenciones ha registrado durante el año 2013 y el primer semestre del 2014.

**TABLA Nº 43. 10 ESPECIALIDADES CON MAYOR ATENCION A PACIENTES
(AÑO 2013)**

ESPECIALIDADES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES - CONSULTA EXTERNA	
	CANTIDAD	%
Medicina interna	29.437	7,37%
Traumatología	25.048	6,27%
Ginecología	18.546	4,64%
Endocrinología	17.579	4,40%
Pediatría	17.001	4,26%
Dermatología	16.515	4,13%
Obstetricia	16.317	4,08%
Oncología	16.225	4,06%
Cardiología	16.007	4,01%
Urología	15.607	3,91%
Las demás (23 especialidades)	211.268	52,88%
Total	399.550	

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

**TABLA Nº 44. 10 ESPECIALIDADES CON MAYOR ATENCION A PACIENTES
(PRIMER SEMESTRE DEL 2014)**

ESPECIALIDADES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS POR ESPECIALIDADES - CONSULTA EXTERNA	
	CANTIDAD	%
Medicina interna	17.342	8,77%
Traumatología	13.522	6,84%
Ginecología	11.560	5,85%
Endocrinología	11.504	5,82%
Pediatría	10.898	5,51%
Dermatología	10.860	5,49%
Cardiología	10.099	5,11%
Cirugía general	9.801	4,96%
Oncología	8.959	4,53%
Obstetricia	8.800	4,45%
Las demás (23 especialidades)	84.415	42,69%
Total	197.760	

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

Considerando las variables 1era consulta de pacientes en el año y consultas o atenciones subsecuentes, podemos señalar que a pesar de que en el año 2012 y 2013 existió un incremento en el nivel de atenciones (1era consulta y subsecuentes) la frecuencia de visitas de los pacientes ha sido semejante al comportamiento de los años anteriores. En el 2013 los pacientes acudieron al hospital 1,9 veces.

TABLA N° 45. FRECUENCIA ANUAL DE ATENCIÓN ESPECIALIDADES - CONSULTA EXTERNA

	2010		2011		2012		2013	
	1ERA CONSULTA	SUBSECUENTES	1ERA CONSULTA	SUBSECUENTES	1ERA CONSULTA	SUBSECUENTES	1ERA CONSULTA	SUBSECUENTES
	51.575	98.652	78.325	131.839	97.581	153.652	119.229	220.626
FRECUENCIA DE VISITAS	1,9		1,7		1,6		1,9	

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

El estándar nacional del Ministerio de Salud Pública que es también estándar internacional, del tiempo óptimo de atención por paciente para especialidades de consulta externa es de 20 minutos, entendiéndose máximo 3 pacientes por hora.

El número de atenciones a pacientes por hora en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo ha venido en aumento desde el año 2010, pasando de 3,17 pacientes atendidos en dicho año, a 4,77 pacientes atendidos por hora en lo que va del año 2014, es decir un 62% superior al estándar permitido.

De acuerdo a los médicos y personal de incidencia en cada una de las áreas o especialidades médicas que prestan sus servicios en el hospital, esto ha sido el resultado de la congestión en los procesos debido al exceso de demanda que posee la institución.

En la siguiente tabla se presenta el promedio de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo

**TABLA N° 46. PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA – HTMC
(Todas las especialidades)**

2010	2011	2012	2013	2014 Junio
3,17	3,38	3,59	4,61	4,7

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

De acuerdo a los datos analizados las principales especialidades que presentan un nivel de atención inferior a los estándares requeridos son:

**TABLA Nº 47. PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS POR HORA – HTMC
(Junio 2014)**

Especialidades	Promedio Pacientes
Otorrinolaringología	8,10
Gastroenterología	7,72
Cirugía vascular	7,65
Oncología	6,13
Dermatología	6,03
Cirugía maxilo-facial	6,03
Nefrología	5,81
Medicina preventiva	5,71
Psiquiatría	5,68
Neurología	5,62
Urología	5,60
Obstetricia	5,60
Neurocirugía	5,41
Cirugía cardiorácica	5,04
Cardiología	4,85
Neumología	4,85
Proctología	4,76
Oftalmología	4,73
Medicina general	4,59
Infectología	4,26
Neonatología	3,95
Medicina Física y rehabilitación	3,86
Cirugía plástica	3,70
Ginecología	3,47
Medicina interna	3,13
Promedio	5,29

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

3.6.1.2. CONSULTAS PROGRAMADAS

Desde inicios del año en curso, las reservas de consultas o citas médicas las han manejado directamente los médicos del hospital y no a través del Call Center como se realizaba años anteriores; indistintamente a la finalidad que motivo la medida, en el hospital se presenta un periodo excesivo de espera para lograr ser atendido o conseguir una consulta, debido a que la capacidad instalada del hospital no logra abastecer la demanda.

Algunas especialidades tienen programadas consultas y atenciones hasta Diciembre del 2015, lógicamente existe un grupo de pacientes que por el hecho de realizar tratamientos médicos está programada su cita de manera subsecuente; sin embargo

periódicamente nuevos pacientes solicitan un nuevo tipo de atención generando un congestionamiento en el servicio. De acuerdo a estadísticas internas existen especialidades que poseen consultas o atenciones programadas hasta diciembre del 2015.

Las 7 especialidades con mayor número de consultas programadas son las siguientes:

TABLA N° 48. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA

Período	Pacientes
2014-10	2.109
2014-11	1.614
2014-12	1.501
2015-01	416
2015-02	11
2015-03	31
2015-06	1
2015-07	1
TOTAL	5.684

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA N° 49. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

Período	Pacientes
2014-10	1.721
2014-11	1.250
2014-12	1.011
2015-01	10
2015-02	24
2015-05	4
2015-06	9
2015-07	1
2015-08	7
2015-09	8
2015-10	3
2015-12	1
TOTAL	4.049

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 50. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN UROLOGÍA

Periodo	Pacientes
2014-10	1.224
2014-11	887
2014-12	1.066
2015-01	105
2015-03	18
2015-04	4
2015-05	7
2015-06	26
2015-07	17
2015-08	20
2015-09	11
2015-10	4
TOTAL	3.389

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 51. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN GASTROENTEROLOGIA

Periodo	Pacientes
2014-10	796
2014-11	1.010
2014-12	1.054
2015-01	79
2015-02	26
2015-03	20
2015-04	12
2015-05	18
2015-06	2
2015-07	4
2015-09	7
2015-10	1
TOTAL	3.029

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores



TABLA N° 52. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN CARDIOLOGÍA

Periodo	Pacientes
2014-10	1.072
2014-11	789
2014-12	833
2015-01	184
2015-02	62
2015-03	3
2015-05	1
2015-06	1
2015-07	2
2015-10	4
TOTAL	2.951

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA N° 53. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN MEDICINA INTERNA

Periodo	Pacientes
2014-10	1.302
2014-11	661
2014-12	629
2015-01	7
TOTAL	2.599

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

TABLA N° 54. CITAS AGENDADAS PARA ATENCIÓN EN ONCOLOGÍA

Periodo	Pacientes
201410	800
201411	681
201412	412
201501	192
201502	65
201503	39
201504	23
201506	11
201508	2
TOTAL	2.225

Fuente: Estadísticas HTMC

Elaboración: Autores

El congestionamiento que se ha podido evidenciar en los servicios médicos que brinda el hospital, es un claro efecto del paulatino deterioro en eficiencia productiva que ha tenido la institución durante los últimos años, tanto en áreas agregadoras de valor como en áreas de apoyo. Por otro lado, el aumento de la cobertura del Seguro Social

(asegurados y afiliados cotizantes) ha generado aún mayor congestión debido a que la demanda de servicios médicos supera la capacidad instalada.

El sistema de referencia y contrareferencia ha utilizado el apoyo de prestadores externos para tratar de satisfacer la demanda por servicios médicos que no puede brindar el HTMC como hospital de tercer nivel de Especialidades y Alta complejidad en las zonas 5 y 8, y principalmente en la provincia del Guayas, ha sido beneficioso desde la óptica del asegurado y afiliado, ya que este recibe los servicios médicos que por ley le corresponden. Sin embargo el costo que le significa al IESS, el pago a prestadores externos por no atención de pacientes en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo debido a su baja productividad significa un costo que se podría evitar. (HTMC, 2014)

A continuación se presentan los principales prestadores externos de tercer nivel, en los cuales se han atendido afiliados al IESS durante los años 2011, 2012 y 2013.

CLÍNICA KENNEDY POLICENTRO

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Nacido vivo, único
 - Producto único, nacido en hospital
 - Otros recién nacidos pretermino
 - Abdomen agudo
 - Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de frecuencia cardiaca fetal
 - Parto por cesárea de emergencia
 - Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla
 - Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
 - Taquipnea transitoria del recién nacido
 - Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas

- **Hospitalización Quirúrgica**
 - Parto por cesárea de emergencia
 - Leiomioma del útero
 - Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
 - Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de frecuencia cardiaca fetal
 - Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación
 - Parto único espontaneo, sin otra especificación



- Parto por cesárea electiva
- Ruptura prematura de las membranas
- Parto único por cesárea
- Esterilización

- **UCI**
 - Otros recién nacidos pretermino
 - Parto por cesárea de emergencia
 - Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
 - Preeclampsia severa
 - Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias
 - Taquipnea transitoria del recién nacido
 - Dificultad respiratoria del recién nacido
 - Producto único, nacido en hospital
 - Pequeño para la edad gestacional
 - Parto único por cesárea

- **Ambulatorio:**
 - Supervisión de embarazo normal
 - Caries dental
 - Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva
 - Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa
 - Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias
 - Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo
 - Enfermedad inflamatoria del cuello uterino
 - Disuria
 - Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte

- **Emergencia:**
 - Abdomen agudo
 - Cefalea
 - Dolor en el pecho, no especificado
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - Fiebre de origen desconocido
 - Dolor precordial
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Fiebre, no especificada
 - Dolor agudo
 - Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen

TABLA Nº 55. PACIENTES ATENDIDOS CLÍNICA KENNEDY POLICENTRO 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA	HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICA	UCI	AMBULATORIO	EMERGENCIA	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	7	0	0	67	0	74
II semestre 2011	1.752	29	31	30.813	0	32.625
Total 2011	1.759	29	31	30.880	0	32.699
I semestre 2012	4.326	2.489	141	62.789	161	69.745
II semestre 2012	5.553	1.463	152	69.490	66	76.885
Total 2012	9.879	3.952	293	132.279	227	146.630
I semestre 2013	6.926	898	146	83.530	0	91.500
TOTAL	30.202	8.860	794	409.848	454	450.158

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

CLÍNICA KENNEDY ALBORADA

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Abdomen agudo
 - Contusión de la rodilla
 - Nacido vivo, único
 - Hemorragia gastrointestinal, no especificada
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - Otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos, no clasificados en otra parte
 - Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada
 - Cólico renal, no especificado
 - Hematuria, no especificada
 - Embarazo confirmado

- **Ambulatorio:**
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Dolor abdominal y pélvico
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Abdomen agudo
 - Enfermedad cardiaca hipertensiva
 - Cefalea
 - Cólico renal, no especificado
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Herida de la cabeza
 - Insuficiencia respiratoria aguda

- **Emergencia:**
 - Dolor abdominal y pélvico



- Mareo y desvanecimiento
- Contusión del tobillo
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Herida de la cabeza
- Contusión de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)
- Lumbago no especificado
- Cólico renal, no especificado
- Fiebre, no especificada
- Abdomen agudo

TABLA Nº 56. PACIENTES ATENDIDOS CLÍNICA KENNEDY ALBORADA 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	EMERGENCIA	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	3	8	0	11
II semestre 2011	537	255	1	792
Total 2011	540	263	1	803
I semestre 2012	877	178	33	1.055
II semestre 2012	679	106	31	785
Total 2012	1.556	284	64	1.840
I semestre 2013	897	385	0	1.282
TOTAL	5.089	1.479	130	6.568

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

CLÍNICA GUAYAQUIL

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Cardiomiopatía isquémica
 - Abdomen agudo
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Cólico renal, no especificado
 - Dolor precordial
 - Otros dolores abdominales y los no especificados
 - Contusión de la rodilla
 - Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Hipertensión esencial (primaria)
- **Ambulatorio:**
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Dolor abdominal y pélvico



- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Abdomen agudo
 - Enfermedad cardiaca hipertensiva
 - Cefalea
 - Cólico renal, no especificado
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Herida de la cabeza
 - Insuficiencia respiratoria aguda
- **Emergencia:**
- Dolor abdominal y pélvico
 - Mareo y desvanecimiento
 - Contusión del tobillo
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Herida de la cabeza
 - Contusión de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)
 - Lumbago no especificado
 - Cólico renal, no especificado
 - Fiebre, no especificada
 - Abdomen agudo

TABLA N° 57. PACIENTES ATENDIDOS EN CLÍNICA GUAYAQUIL 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	EMERGENCIA	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	3	8	0	11
II semestre 2011	537	255	1	792
Total 2011	540	263	1	803
I semestre 2012	1.190	1.278	33	2.501
II semestre 2012	2.355	1.444	31	3.830
Total 2012	3.545	2.722	64	6.331
I semestre 2013	2.466	1.393	0	2.569
TOTAL	10.636	7.363	130	16.837

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

CLÍNICA SAN FRANCISCO

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
- Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal
 - Calculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
 - Colecistitis aguda
 - Abdomen agudo
 - Apendicitis aguda



- Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena
 - Contusión de la rodilla
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Hernia umbilical con obstrucción, sin gangrena
 - Hemorragia gastrointestinal, no especificada
- **Ambulatorio:**
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Bronquitis aguda
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado
 - Amigdalitis aguda
 - Lumbago con ciática
 - Cefalea
 - Dolor abdominal y pélvico
 - Cólico renal, no especificado
 - Contusión de la rodilla
- **Emergencia:**
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Amigdalitis aguda
 - Amigdalitis aguda
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Bronquitis aguda
 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado
 - Otras gastritis agudas
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Fiebre, no especificada
 - Cólico renal, no especificado
 - Lumbago no especificado

TABLA Nº 58. PACIENTES ATENDIDOS EN SAN FRANCISCO 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	EMERGENCIA	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	1	1	0	2
II semestre 2011	442	64	0	506
Total 2011	443	65	0	508
I semestre 2012	2.893	842	294	4.029
II semestre 2012	2.795	2.065	444	5.304
Total 2012	5.688	2.907	738	9.333
I semestre 2013	3.292	5.122	0	8.414
TOTAL	15.554	11.066	1.476	28.096

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

PANAMERICANA

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Abdomen agudo
 - Calculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
 - Contusión de la rodilla
 - Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla
 - Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla
 - Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis
 - Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena
 - Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región lumbosacra y la pelvis
 - Apendicitis aguda
 - Contusión del hombro y del brazo

- **Ambulatorio:**
 - Abdomen agudo
 - Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla
 - Fiebre de origen desconocido
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Cefalea
 - Otros traumatismos y los no especificados del abdomen, de la región lumbosacra y la pelvis
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Cólico renal, no especificado
 - Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla
 - Fiebre, no especificada

- **UCI**
 - Infarto cerebral, no especificado
 - Disnea
 - Traumatismo intracraneal
 - Dolor precordial
 - Traumatismos múltiples, no especificados
 - Insuficiencia renal crónica, no especificada
 - Calculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
 - Neumonía, no especificada
 - Abdomen agudo



TABLA N° 59. PACIENTES ATENDIDOS EN CLÍNICA PANAMERICANA 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	UCI	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	20	0	2	22
II semestre 2011	290	32	16	338
Total 2011	310	32	18	360
I semestre 2012	2.608	412	122	3.142
II semestre 2012	3.240	2.070	0	5.310
Total 2012	5.848	2.482	122	8.452
I semestre 2013	3.099	1.952	0	5.051
TOTAL	15.415	6.980	280	22.675

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

Omnihospital

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Gastritis, no especificada
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Abdomen agudo
 - Hemorragia gastrointestinal, no especificada
 - Dolor abdominal y pélvico
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Cardiomiopatía isquémica
 - Contusión de la rodilla
 - Embarazo abdominal
 - Calculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis

- **Ambulatorio:**
 - Trastorno interno de la rodilla
 - Cefalea
 - Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Dolor abdominal y pélvico
 - Epilepsia
 - Lumbago con ciática
 - Esguinces y torceduras de la columna lumbar
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Síndrome de cefalea en racimos



TABLA Nº 60. PACIENTES ATENDIDOS EN OMNIHOSPITAL 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	9	19	28
II semestre 2011	656	298	954
Total 2011	665	317	982
I semestre 2012	1.912	1.396	3.308
II semestre 2012	656	1.279	1.935
Total 2012	2.568	2.675	5.243
I semestre 2013	1.820	3.950	5.770
TOTAL	8.286	9.934	18.220

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

CLÍNICA ALCIVAR

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Enfermedades que requirieron Paquetes de Atención**
 - Tumor maligno del encéfalo
 - Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines
 - Tumores benignos de las meninges
 - Trastornos del nervio trigémino
 - Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio
 - Hemangioma y linfangioma de cualquier sitio
 - Tumor maligno de la medula espinal, de los nervios craneales y otras partes del sistema nervioso central
 - Malformaciones congénitas de las grandes venas
 - Tumor maligno de las meninges

- **Hospitalización Clínica:**
 - Dolor abdominal y pélvico
 - Fractura de la pierna, inclusive el tobillo
 - Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
 - Fiebre de origen desconocido
 - Angina de pecho
 - Fractura del fémur
 - Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Infarto agudo del miocardio
 - Depleción del volumen

- **Ambulatorio**
 - Dolor abdominal y pélvico



- Traumatismo superficial de la pierna
- Fractura de la pierna, inclusive el tobillo
- Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de la rodilla
- Trastorno interno de la rodilla
- Fractura del antebrazo
- Dorsalgia
- Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos de tobillo y pie
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Fractura del hombro y del brazo

TABLA Nº 61. PACIENTES ATENDIDOS EN CLINICA ALCIVAR 2011- 2013

PERIODO	PAQUETES DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	AMBULATORIO	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	0	230	597	827
II semestre 2011	0	100	0	100
Total 2011	0	330	597	927
I semestre 2012	7	1.357	1.962	3.326
II semestre 2012	22	1.045	4.302	5.340
Total 2012	29	2.402	6.264	8.666
I semestre 2013	0	1.667	9.584	11.251
TOTAL	58	7.131	23.306	30.437

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

HOSPITAL LUIS VERNAZA

Dentro de las principales necesidades de atención por las cuales se refirieron pacientes a este prestador se pueden señalar las siguientes:

- **Hospitalización Clínica:**
 - Insuficiencia renal crónica
 - Hipertensión esencial (primaria)
 - Catarata senil
 - Pterigion
 - Colelitiasis
 - Dolor abdominal localizado en parte superior
 - Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias
 - Otras formas especificadas de catarata
 - Acc vascular encefalico agudo, no espec como hemorrágico o isquémico
 - Diabetes mellitus no insulino dependiente
- **Hospitalización Quirúrgica**
 - Pterigion
 - Catarata senil



- Colelitiasis
 - Catarata senil nuclear
 - Hernia inguinal
 - Desviación del tabique nasal
 - Hernia umbilical
 - Hallux valgus (adquirido)
 - Otras formas especificadas de catarata
 - Trastorno de menisco debido a desgarro o lesión antigua
- **Ambulatorio**
- Hipertensión esencial (primaria)
 - Diabetes mellitus no insulino dependiente
 - Dispepsia
 - Gastritis y duodenitis
 - Lumbago no especificado
 - Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias
 - Gastritis, no especificada
 - Colelitiasis
 - Trastorno interno de la rodilla
 - Cefalea
- **UCI**
- Traumatismo, no especificado
 - Acc vascular encefalico agudo, no espec como hemorragico o isquemico
 - Síndrome de dificultad respiratoria del adulto
 - Dolor precordial
 - Insuficiencia respiratoria, no especificada
 - Abdomen agudo
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - Insuficiencia cardiaca
 - Neumonía, no especificada
 - Dolor abdominal localizado en parte superior

TABLA Nº 62. PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL LUIS VERNAZA 2011- 2013

PERIODO	HOSPITALIZACIÓN CLINICA	HOSPITALIZACION QUIRURGICA	AMBULATORIO	UCI	TOTAL ATENDIDOS
I semestre 2011	8	8	5.660	5	5.681
II semestre 2011	284	333	97.740	101	98.458
Total 2011	292	341	103.400	106	104.139
I semestre 2012	1.070	2.261	280.539	422	284.292
II semestre 2012	1.637	2.713	342.850	385	347.585
Total 2012	2.707	4.974	623.389	807	631.877
I semestre 2013	2.594	8.042	458.910	314	469.860
TOTAL	8.592	18.672	1.912.488	2.140	1.941.892

Fuente: Plataforma Cognos BI

Elaboración: Autores

3.6.1.3. ÁREA QUIRÚRGICA

Para establecer la situación actual del Área Quirúrgica, se han tenido en cuenta distintos factores, como disponibilidad horaria media quirúrgica, tiempo medio por intervención (se incluye el tiempo de la propia intervención, tiempo de anestesia y tiempo empleado en la limpieza del quirófano), número de días hábiles para realizar intervenciones quirúrgicas programadas.

Con todas estas variables, se ha obtenido un número de intervenciones quirúrgicas totales de 10.309 durante el primer semestre del año 2014, mismas que están divididas en cirugías ambulatorias, emergencia y hospitalización.

Las cirugías ambulatorias representan el 15% de las cirugías totales realizadas en el 1er semestre del 2014 y en el año 2013 representaron el 24% de las cirugías totales realizadas; es importante mencionar que este tipo de cirugías son de complicación menor y se deberían realizar en hospitales de 1ero y 2do nivel para focalizar la capacidad instalada del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la demanda insatisfecha de pacientes con complicaciones mayores.

Las cirugías de emergencia y hospitalización, representan el mayor grupo de intervenciones quirúrgicas realizadas durante el primer semestre del año 2014 y los 4 años anteriores; siendo consecuente con la variable incremento del número de asegurados en el año 2012, el total de cirugías ha crecido en alrededor de un 20% en el año 2013 con respecto a las cirugías totales realizadas en el 2011, de acuerdo a estadísticas internas del HTMC.

En las siguientes tablas podemos observar el total de cirugías por especialidad y su respectiva tipología a nivel general durante los años 2010 al 2013 y primer semestre 2014:



TABLA Nº 63. INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDADES	2010		2011		2012		2013		1er SEMESTRE 2014	
	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%
CIRUGIA GENERAL	2.579	15%	2.956	18%	3.737	21%	4.370	22%	3.198	31%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	2.584	15%	2.304	14%	2.625	15%	3.831	19%	2.125	21%
UROLOGIA	2.073	12%	1.538	10%	1.388	8%	1.784	9%	851	8%
OFTALMOLOGIA	1.276	7%	1.179	7%	725	4%	1.477	7%	705	7%
OBSTETRICIA	3.990	23%	4.145	26%	3.748	21%	2.201	11%	524	5%
GINECOLOGIA	1.182	7%	1.100	7%	1.629	9%	1.442	7%	475	5%
DPTO. URGENCIA	1.343	8%	661	4%	750	4%	1.004	5%	415	4%
CIRUGIA PLASTICA	404	2%	359	2%	602	3%	752	4%	394	4%
OTORRINOLARINGOLOGIA	570	3%	488	3%	533	3%	1.083	5%	386	4%
CIRUGIA VASCULAR	341	2%	363	2%	502	3%	714	4%	384	4%
PROCTOLOGIA	352	2%	342	2%	403	2%	504	2%	276	3%
CIRUGIA MAXILO FACIAL		0%		0%	239	1%	313	2%	212	2%
CIRUGIA CARDIOTORACICA	329	2%	476	3%	586	3%	462	2%	210	2%
NEUROCIURUGIA	179	1%	205	1%	239	1%	243	1%	111	1%
OTROS		0%		0%	95	1%	21	0%	43	0%
TOTAL	17.202	100%	16.116	100%	17.801	100%	20.201	100%	10.309	100%

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 64. INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR TIPO DE SERVICIO – AMBULATORIO

ESPECIALIDADES	2010		2011		2012		2013		1er SEMESTRE 2014	
	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%
CIRUGIA CARDIOTORACICA	13	0%	8	0%	33	1%	99	2%	10	1%
CIRUGIA GENERAL	104	3%	84	3%	163	5%	447	9%	219	14%
CIRUGIA MAXILO FACIAL		0%		0%	217	6%	154	3%	92	6%
CIRUGIA PLASTICA	207	6%	169	7%	351	10%	365	8%	58	4%
CIRUGIA VASCULAR	83	3%	73	3%	168	5%	215	4%	68	4%
GINECOLOGIA	172	5%	285	11%	247	7%	304	6%	125	8%
NEUROCIURUGIA	15	0%	3	0%	16	0%	44	1%		0%
OBSTETRICIA	367	11%	630	25%	810	23%		0%		0%
OFTALMOLOGIA	634	20%	331	13%	182	5%	752	16%	308	20%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	479	15%	410	16%	618	17%	1.139	24%	467	31%
OTORRINOLARINGOLOGIA	37	1%	15	1%	79	2%	505	11%	7	0%
PROCTOLOGIA	4	0%	2	0%	31	1%	67	1%	9	1%
UROLOGIA	1.101	34%	498	20%	562	16%	678	14%	105	7%
DPTO. URGENCIA	5	0%	15	1%	19	1%	25	1%	56	4%
OTROS		0%		0%	88	2%	2	0%		0%
TOTAL	3.221	100%	2.523	100%	3.584	100%	4.796	100%	1.524	100%

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 65. INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR TIPO DE SERVICIO - EMERGENCIA

ESPECIALIDADES	2010		2011		2012		2013		1er SEMESTRE 2014	
	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%
CIRUGIA CARDIOTORACICA	43	1%	83	2%	101	3%	2	0%	8	0%
CIRUGIA GENERAL	1.167	32%	1.444	42%	1.964	52%	174	30%	1.579	50%
CIRUGIA MAXILO FACIAL		0%		0%	10	0%	2	0%	5	0%
CIRUGIA PLASTICA	5	0%		0%	1	0%	1	0%	6	0%
CIRUGIA VASCULAR	39	1%	38	1%	18	0%	8	1%	35	1%
GINECOLOGIA		0%	30	1%		0%		0%	41	1%
NEUROCIRUGIA	51	1%	26	1%	18	0%	3	1%	10	0%
OBSTETRICIA		0%		0%		0%	212	36%	496	16%
OFTALMOLOGIA	42	1%	24	1%	36	1%	1	0%	6	0%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia	577	16%	946	27%	825	22%	88	15%	431	14%
OTORRINOLARINGOLOGIA	15	0%	6	0%	3	0%		0%	6	0%
PROCTOLOGIA	15	0%	9	0%	6	0%	2	0%	16	1%
UROLOGIA	373	10%	299	9%	110	3%	13	2%	163	5%
DPTO. URGENCIA	1.316	36%	570	16%	693	18%	81	14%	355	11%
OTROS		0%		0%		0%		0%	1	0%
TOTAL	3.643	100%	3.475	100%	3.785	100%	587	100%	3.158	100%

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

TABLA Nº 66. INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR TIPO DE SERVICIO -HOSPITALIZACIÓN

ESPECIALIDADES	2010		2011		2012		2013		1er SEMESTRE 2014	
	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%	No. De Cirugías	%
CIRUGIA CARDIOTORACICA	273	3%	385	4%	452	4%	26	5%	192	3%
CIRUGIA GENERAL	1.308	13%	1.428	14%	1.610	15%	84	16%	1.400	25%
CIRUGIA MAXILO FACIAL		0%		0%	12	0%		0%	115	2%
CIRUGIA PLASTICA	192	2%	190	2%	250	2%	6	1%	330	6%
CIRUGIA VASCULAR	219	2%	252	2%	316	3%	15	3%	281	5%
GINECOLOGIA	1.010	10%	785	8%	1.382	13%	131	26%	309	5%
NEUROCIRUGIA	113	1%	176	2%	205	2%	5	1%	101	2%
OBSTETRICIA	3.623	35%	3.515	35%	2.938	28%	20	4%	28	0%
OFTALMOLOGIA	600	6%	824	8%	507	5%	40	8%	391	7%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia	1.528	15%	948	9%	1.182	11%	117	23%	1.227	22%
OTORRINOLARINGOLOGIA	518	5%	467	5%	451	4%	13	3%	373	7%
PROCTOLOGIA	333	3%	331	3%	366	4%	37	7%	251	4%
UROLOGIA	599	6%	741	7%	716	7%	18	4%	583	10%
DPTO. URGENCIA	22	0%	76	1%	38	0%	1	0%	4	0%
OTROS		0%		0%	7	0%		0%	42	1%
TOTAL	10.338	100%	10.118	100%	10.432	100%	513	100%	5.627	100%

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

El hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo recibe un considerable grupo de pacientes con traumatismos severos a causa de accidentes de tránsito; lamentablemente no se tiene cifras exactas, pero registros estadísticos de cirugías que se realizan en la especialidad de traumatología de la institución alcanzan cifras elevadas.

Si analizamos estos accidentes por sexo observamos que el sexo masculino en el año 2013 registró 2.971 cirugías, a comparación del sexo femenino que registró 860. Es importante mencionar que en dicho año la especialidad de traumatología fue la

tercera con mayor número de cirugías realizadas en el año. En el primer semestre del 2014 el patrón es similar a diferencia de que para este año la especialidad de traumatología es la segunda especialidad con mayor número de cirugías.

**TABLA Nº 67. CIRUGIAS REALIZADAS EN TRAUMATOLOGÍA
(Año 2013)**

PERÍODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	2.971	860	3.831
I semestre 2014	1.736	399	2.135

Fuente: HTMC

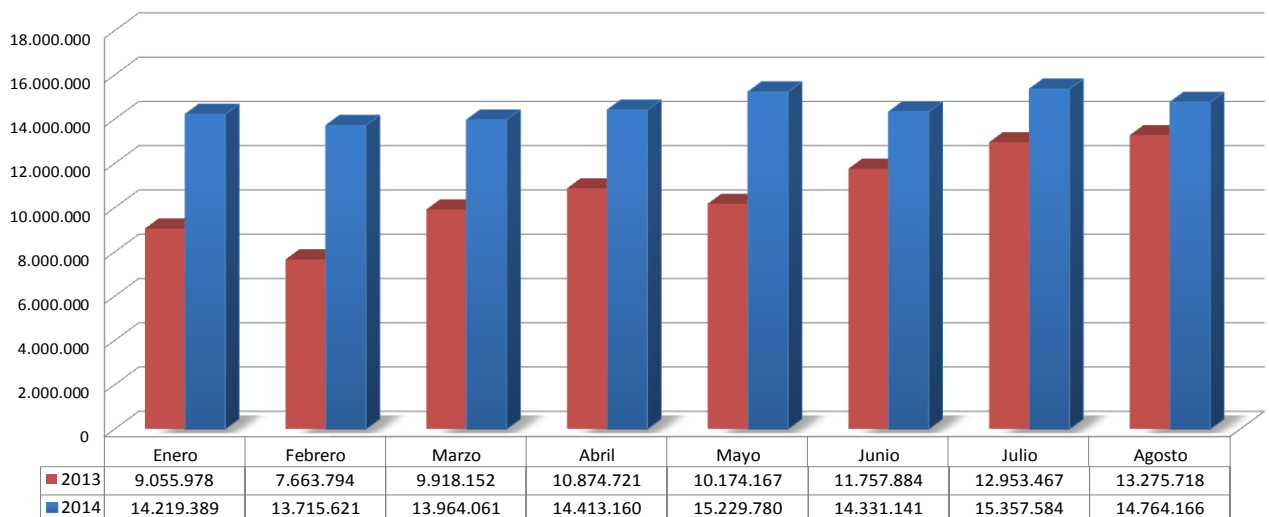
Elaboración: Autores

En lo concerniente a la salud de las mujeres en gestación, podemos observar que el área de ginecología y obstetricia representan un considerable número de cirugías en el hospital. Estas especialidades se encuentran dentro de las 5 con mayor número de cirugías realizadas.

3.8. FACTURACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS HTMC

Haciendo un análisis de los últimos cuatrimestres del año 2014 con los primeros 2 cuatrimestres del año 2013 se observa un considerable incremento en el nivel de facturación; sin embargo es importante mencionar que aún existen servicios médicos que no se están facturando por 2 motivos; desconocimiento por parte del personal médico de que el servicio debe ser facturado y por falta de el equipamiento médico e infraestructura para brindar el servicio médico.

GRÁFICO Nº 29. FACTURACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS



Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

Capítulo 4

4.1. ESTRATÉGIAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES

4.1.2. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES

El desarrollo de las estrategias que corresponden a las principales líneas de acción a seguir en el corto y medio plazo para alcanzar la visión definida por la institución, se han desarrollado de acuerdo a la situación actual del hospital y a la viabilidad de su ejecución.

En el ANEXO #1 se puede observar el análisis FODA del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo

TABLA N° 68. ESTRATEGIAS HTMC

ESTRATEGIAS FO: (Maxi-Maxi)
A. (F1, O1, O2) Fomentar un canal de comunicación efectivo con las áreas de planificación del IESS y el Seguro de Salud para contribuir al desarrollo de la planificación estratégica y consecuentemente a la implementación de un modelo de gestión hospitalaria efectivo.
B. (F1, F3, O3) Desarrollar un proceso de interrelación con los hospitales (IESS) para implementar soluciones de mejora continua a problemáticas comunes.
C. (F1, F3, O4) Emplear el sistema informático estadístico como una potente herramienta para el análisis de información que permita la toma de decisiones.
D. (F3, O5) Fomentar un plan de capacitación y formación continua periódico para el personal de salud.
E. (F1, O6) Fortalecer los servicios que brindan los postgradistas en la atención médica que ofrece la institución.
ESTRATEGIAS DO: (Mini-Maxi)
F. (D1, D2, D3, D8, D15, D20, D24, O2, O7) Constituir a la Coordinación General de Planificación y Estadística del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo como un actor esencial en el apoyo técnico de la institución.
G. (D3, D8, D20, D23, D24, D31, O4, O5, O7) Implantar y mejorar tecnologías de la información y la comunicación para el manejo y control efectivo de la información y las necesidades de la gestión en el hospital.
H. (D33, O7) Eliminar el congestionamiento en los sistemas informáticos e implementar seguridades en los mismos.
I. (D4, D5, D6, D7, D20, D21, D22, D27, O2, O7, O8) Incrementar los m ² de las unidades médicas de acuerdo al estándar para hospitales de 3er nivel y distribuir de manera funcional el espacio físico de las unidades médicas.
J. (D7, D8, D9, D10, D11, D12, D25, O7) Realizar un plan de adquisiciones y mantenimiento del equipo médico, equipo de apoyo al servicio médico y de seguridad para la Unidad Médica.

K. (D14, D15, D16, D18, D19, D20, D24, O7) Fortalecer y mejorar el apoyo de la gestión del Talento Humano en los procesos de mejora de los servicios de la institución en general
L. (D20, D21, O7, D25, O7) Desarrollar e implantar procesos óptimos para una gestión efectiva.
M. (D26, D27, O7) Implantar sistemas efectivos de comunicación y atención para el afiliado o paciente, con la finalidad de difundir el proceso de atención dentro del hospital.
N. (D28, O7) Fomentar la investigación médica.
O. (D29, O7) Implantar un sistema para el acceso afectivo a la energía eléctrica.
P. (D30, O7) Renovar permisos de funcionamiento del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
Q. (D2, D32, O7) Analizar y generar informes o estudios periódicos, diagnosticando el estado de la gestión hospitalaria y proponiendo soluciones (proyectos) que contribuyan al mejoramiento de la gestión.
ESTRATEGIAS FA: (Maxi-Mini)
R. (F1, F2, A1, A2) Desarrollar un proceso efectivo de atención médica del hospital "Teodoro Maldonado Carbo" como un hospital de 3er nivel de complejidad. (Correcta utilización de la Red Integral de Salud)
S. (F1, A3) Diversificar e incrementar los convenios con universidades que requieran centros hospitalarios para el periodo de práctica de sus postgradistas.
ESTRATEGIAS DA: (Mini-Mini)
T. (D1-D30, A4) Desarrollar e implantar proyectos y planes de mejora (áreas médicas y administrativas) por etapas; con la finalidad de lograr soluciones efectivas.

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

4.1.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

TABLA N° 69. OBJETIVOS ESTRATEGICOS HTMC

1	Incrementar la calidad en las prestaciones de salud a los afiliados y/o usuarios de la Unidad Médica
	<p>Fortalecer la imagen institucional desarrollando un sistema de calidad y comunicación de la gestión.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: G, H, L, M, T</p> <p>Impulsar la investigación científica en la entidad convirtiéndola en un referente nacional para la generación del conocimiento médico.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: E, N, S, T</p> <p>Fomentar y desarrollar una comunicación efectiva interinstitucional con entidades reguladoras, de control y de soporte: IESS y Seguro de Salud, a fin de establecer soluciones para lograr una gestión hospitalaria efectiva.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: A, B, F, T</p>
2	Incrementar la eficiencia operacional en la unidad médica
	<p>Incrementar la oferta del servicio médico</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: I, J, L, M, O, P, T</p> <p>Implantar sistemas tecnológicos para el control, evaluación y mejora continua de todos los procesos inmersos en la gestión hospitalaria.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: C, G, H, T</p>
3	Incrementar el desarrollo del talento humano en las unidades médicas
	<p>Desarrollar e implantar un modelo de gestión de talento humano para generar mejoras en la productividad y eficiencia de la Unidad Médica a fin de contribuir al bienestar del usuario.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: D, K, M, T</p>
4	Incrementar el uso eficiente del presupuesto en el Hospital
	<p>Institucionalizar un modelo de planificación que permita la mejora de procesos interrelacionados entre las diversas áreas de esta unidad médica.</p> <p style="text-align: right;">Estrategias: F, L, Q, T</p>

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

Capítulo 5

5.1. PLAN DE MEJORA PROYECTADO

5.1.1 PLAN DE ESPACIOS

Las disposiciones y estándares requeridos para brindar una atención adecuada en los Hospitales de 3er nivel han sido establecidas por el Ministerio de Salud, para cumplir con los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria (MAIS-FC), en lo concerniente a la cantidad de metros cuadrados que debe tener cada especialidad o unidad médica del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo se ha encontrado un déficit en gran parte de la infraestructura física instalada, en comparación a los estándares solicitados por el órgano de autoridad competente.

En este sentido, las principales especialidades médicas que se pretenden incrementar su capacidad física instalada están consideradas entre los proyectos a ejecutar en los próximos años, las cuales se especifican en las áreas beneficiadas directamente por la ejecución de los proyectos de inversión. (Véase Tabla N° 70)

La tabla que se muestra a continuación evidencia el metraje faltante en todas las áreas médicas del HTMC.



TABLA Nº 70. PLAN DE ESPACIOS

		ID	ÁREA ESTIMADA	
Hospitalización	Ingresos	Admisión general	I	216
		Trabajo Social	I	
		Atención al Cliente	I	
	Hospitalización convencional	Unidades de Hospitalización médica	D	10442
		Unidades de Hospitalización quirúrgica	D	
		Unidad de Hospitalización Oncohematología	D	
		Unidad de Hospitalización pediátrica	D	
	Cuidado Materno Infantil	Cuidados básicos	D	5832
		Cuidados intermedios	D	
		Cuidados intensivos	D	
	Medicina Crítica / Unidades Especiales	Emergencia Traumatología	F	4992
		Emergencias	F	
		Cuidados intensivos del adulto	F	
		Cuidados intermedios del adulto	F	
		Unidades de Cuidado Especial (Shock-Trauma / Coronarios)	F	
		Unidad de Quemados	F	
		Cuidados intensivos del niño	F	
		Cuidados intermedios del niño	F	
		Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	V	
		Centro quirúrgico	F	
	Diagnóstico	Anatomía Patológica + Morgue	G	6546
		Banco de tejidos	G	
		Laboratorio Clínico (Bco de Sangre / Patología Clínica / Genética y Molecular)	G	
		Medicina Transfusional	G	
		Imagenología	G	
		Consultorios de exploración (9 unidades)	D	
		Unidad de Endoscopias	G	
		Unidad de Hemodinámica	G	
Unidad de Diálisis		G		
Medicina Nuclear		G		
Tratamiento	Unidad de Trasplantes	G	4292	
		G		
Consulta Externa	Consultorios generales	D	3160	
Auxiliares del tratamiento	Hospital de día	V	1720	
	Medicina Física y Rehabilitación	W		
Docencia	Unidad de Rehabilitación de Conductas Adictivas	W	630	
	Docencia	Q		
Servicios de apoyo -	Investigación	M	435	
	Farmacia	G		
Administración	Gerencia General	T	1593	
	Dirección Técnica	R		
	Dirección General	S		
	Coordinación Administrativa	A		
	Coordinación Financiera	B		
	Coordinación Talento Humano	C		
	Planificación	O		
	Comunicación Social	L		
	Jurídico	N		
	Servicios Internos / Calidad	Registros hospitalarios y archivo clínico		I	258
Calificación Médica		I		
Gestión Hospitalaria		I		
Informática		P		
Auditoría Médica		J		
Servicios generales	Esterilización	A	310	
	Alimentación y nutrición	A	36	
	Ropería	A	1593	
	Bodega	A	1254	
	Mantenimiento	A	539	
	Guardianía	A	3758	
	Limpieza	A	1004	
	Residuos	A	173	
Zonas comunes	Cafetería	A	260	
	Por definir	U	184	
		X	590	

Fuente: HTMC

Elaboración: Autores

Por otro lado, en lo referente a las disposiciones, competencias y responsabilidades vigentes de acuerdo a la resolución 368, para el correcto funcionamiento del Hospital;

se presenta la necesidad de poner en funcionamiento varias especialidades médicas dentro del Hospital. Las especialidades que se encuentran por implementar son:

TABLA Nº 71. UNIDADES FUNCIONALES POR IMPLEMENTAR EN EL HTMC

Área	Unidad Funcional
Hospitalización convencional	Unidad de Hospitalización pediátrica
Unidades Especiales	Cuidados intermedios del adulto
	Cuidados intensivos del niño
	Cuidados intermedios del niño
	Unidad de Quemados
Auxiliares del diagnóstico	Banco de tejidos
Auxiliares del tratamiento	Centro quirúrgico
	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaboración: Autores

En el anexo 3 se muestra la zonificación propuesta para el mejor funcionamiento de las áreas médicas del HTMC, el mismo que está vinculado a los proyectos que más adelante se presentan para potencializar las diversas especialidades médicas, que acorde a la demanda actual de pacientes hace necesaria su ampliación.

PLAN DE ESPACIOS Y EQUIPAMIENTO PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA⁷

En lo referente al Plan de Espacios y equipamiento para el servicio de emergencias de un hospital de Especialidades, el MSP considera adecuado incorporar como estándar requerido de infraestructura lo que a continuación se detalla:

TABLA Nº 72. PLAN DE ESPACIOS Y EQUIPAMIENTO PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA

EMERGENCIAS		
Ajustar número, tipo y dimensión de espacios en función de actividad prevista. Dos accesos diferenciados: ambulancias y ambulantes, comunes para las tres zonas de atención. Recepción común y zonas de atención diferenciadas	Planificación nuevos hospitales	
Área de recepción de pacientes		
Dependencia	Función	M2
Estacionamiento	Estacionamiento ambulancias	Dimensionar por arquitecto en función de frecuentación
Llegada de Ambulancias	Desembarco de pacientes que acceden en ambulancia	
Vestíbulo	Desembarco y acceso de pacientes	
Control	Control de estar de celadores	10
Triage	Triage de pacientes que llegan en ambulancia	12
Bodega camillas / sillas	Parking de camas, sillas u otras ayudas	24

⁷ Consultoría solicitada por Ministerio de Salud Pública a GLOBESALUD, "Acompañamiento en la implementación de un nuevo modelo de gestión en los hospitales en situación de emergencia sanitaria"



Recepción-Admisión	Toma de datos. Única para toda la Emergencia	24	
Central de seguridad	Puesto permanente de control. Junto a Recepción-Admisión	12	
Cuarto de custodia	Custodia de bienes y objetos de pacientes y personal del hospital. Incluida en la anterior		

Área de familiares			
Dependencia	Función	M2	
Estacionamiento	estacionamiento familiares y pacientes que acceden por sus medios		
Vestíbulo familiares	Acceso de familiares		
Sala de espera	Estar y espera para el familiar del paciente tratado en Admisión Continua	140	
	Estar y espera para el familiar del paciente tratado en Emergencias. Dimensión mínima 2 familiares por paciente y 2 pacientes por punto de atención. 1 m2 por persona (3 m2 por punto de atención)		
	Una para área de adultos y otra para área obstétrica y pediátrica		
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para visitas diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	4	
	Dimensionar en función de número de personas que se estima estarán en la sala de espera		

Área de atención inmediata Adultos			
Dependencia	Función	M2	
Unidad de Choque	Atención del paciente grave	22	
Sala de procedimientos	Para pequeños procedimientos urgentes, curas ..	20	
	Ubicar en el área de adultos		

Área de atención a pacientes Adultos			
Dependencia	Función	M2	
Triage	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Licenciamiento mínimo 1		
Consultorio Médico	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Dimensionar en función de demanda		
Sala de espera de pacientes	Espera de pacientes pendientes de resultados. Dimensionar en función de número de personas que se estima estarán en la sala de espera	48	
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	4	

Área de atención a pacientes Obstetricia			
Dependencia	Función	M2	
Triage	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Licenciamiento mínimo 1		
Consultorio Médico	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Dimensionar en función de demanda		
Sala de espera de pacientes	Espera de pacientes pendientes de resultados. Dimensionar en función de número de personas que se estima estarán en la sala de espera	24	
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	4	



Área de atención inmediata		Niños	
Dependencia	Función	M2	
Unidad de Choque	Atención del paciente grave	22	
Sala de procedimientos	Para pequeños procedimientos urgentes, curas ..	20	
	Ubicar en el área de adultos		
Área de atención a pacientes		Niños	
Dependencia	Función	M2	
Triage	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Licenciamiento mínimo 1		
Consultorio Médico	Para exploración y diagnóstico de pacientes	16	
	Dimensionar en función de demanda		
Sala de espera de pacientes	Espera de pacientes pendientes de resultados. Dimensionar en función de número de personas que se estima estarán en la sala de espera	24	
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	4	
Área de Imagenología			
Dependencia	Función	M2	
Almacén de portátiles	Ubicación de equipos portátiles	16	
Cabinas	Para el desvestirse y vestirse del paciente para el estudio ecográfico	1	
	2 por ecógrafo		
Sala de ultrasonidos	Estudios con ultrasonidos con baño	12	
	Número de equipos en función de demanda		
Cabinas	Para el desvestirse y vestirse del paciente para el estudio radiológico	1	
	2 por sala convencional		
Radiología convencional	Estudios radiológicos	22	
Control	Control y mando de equipo	2	
Área de terapias respiratorias			
Dependencia	Función	M2	
Sala de espera	Espera de pacientes pendientes de ser vistos	72	
	Se puede diferenciar una para adultos y otra para niños		
Consultorio	Para exploración y diagnóstico de pacientes	14	
Sala de Inhaloterapia	Terapia Inhalatoria	48	
	Adultos: 8 puestos, 6 m2 por puesto		
Sala de Inhaloterapia	Terapia Inhalatoria	48	
	Niños		
Sala de hidratación	Hidratación	64	
	8 puestos, 8 m2 por puesto (por acompañamiento)		
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales	4	
Observación			
Dependencia	Función	M2	
Sala de observación y estabilización adultos	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas	192	
	48 puestos (24 por sexo). 8 m2 por puesto		



Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales. Al menos una por sala de observación		4	
Sala de observación y estabilización niños	Para pacientes que requieran tratamientos o valoración secuencial durante varias horas		288	
	36 puestos. 8 m2 por puesto. Ajustar puestos a demanda esperada			
Baterías sanitarias	Servicios higiénicos para pacientes diferenciar hombres y mujeres, ambos con al menos 1 para capacidades especiales		4	
Área técnica zonas de apoyo				
Dependencia	Función		M2	
Central de Enfermeras	Apoyo a las salas de atención asistencial		8	
	3 en área de atención ambulatoria y 3 en observación			
Limpio	Almacenaje de material limpio y preparación		4	
Usado	Área de lavado y almacén de material sucio		3	
Área de suministros y soporte ambulatoria + observación				
Dependencia	Función		M2	
Medicación	Almacén específico de Farmacia		8	
	Valorar posible ubicación de dispensadores automáticos			
Lencería	Almacén de ropa limpia		6	
Bodega de material	Almacén de fungible		6	
Bodega de equipos	Almacén de aparataje y otros productos		10	
Repostería	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos		8	
Deshechos intermedios	Almacenaje de residuos		4	
Cuarto de limpieza	Almacén de útiles de limpieza		3	
Área de personal				
Dependencia	Función		M2	
Despacho Jefe de Servicio	Trabajo administrativo		10	
Secretaría	Apoyo administrativo al Servicio			
	Valorar necesidad		8	
Despacho supervisión	Trabajo Supervisor de enfermería		8	
Estar de personal	Descanso de personal		32	
Aseo de personal	Apoyo para el personal de la Unidad		2	
	Una batería en zona de personal y otra en zona de atención, de uso específico para el personal			
Habitación médico de guardia	Descanso de los médicos de guardia		14	
	Individual con baño			
	Número ajustado a profesionales de guardia			
Sala multiuso	Sala de reuniones de staff		36	

Elaboración y Fuente: Ministerio de Salud Pública.

En parámetros generales, acorde con el diagnóstico realizado dentro del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, la consecución de la visión durante los años de vigencia del plan médico funcional se logrará mediante la operativización de las estrategias a través de actividades, planes, programas y/o proyectos de mejora que posteriormente

estarán publicados con mayor detalle en el Plan Anual de Política Pública y el Plan Anual de Compras.

Es importante mencionar que el plan médico funcional anualmente se irá actualizando con la finalidad de validar e implementar una correcta planificación estratégica en la gestión hospitalaria anual.

A continuación se detalla un cronograma de los principales estudios, proyectos y/o programas que se realizarán durante el periodo de vigencia del plan médico funcional.

Capítulo 6

6.1. CONCLUSIONES

- Se han evidenciado características socioeconómicas similares entre los habitantes de las zonas de planificación 5 y 8. Además de un considerable incremento en la cobertura de aseguramiento en dichas zonas desde el año 2012 hasta la presente fecha, principalmente de la población asegurada entre 20 a 40 años, generando un incremento en la demanda de los servicios médicos en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo y demás unidades médicas que componen la Red Integral de Salud.

- El diagnóstico realizado muestra que las principales problemáticas de la institución para realizar una adecuada gestión hospitalaria y brindar un correcto servicio médico al usuario y/o paciente, de manera general se debe a 2 causas de base.

La primera es que el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, a pesar de ser un hospital de 3er nivel, está atendiendo cuadros clínicos de primero y segundo nivel, debido a que la red integral de salud (IESS) no está resolviendo estos casos que son considerados de menor complejidad, generando una saturación en el servicio médico que brinda nuestra institución.

La segunda es que el hospital posee una débil estructura de gestión hospitalaria, entre las cuales se puede mencionar principalmente que no se poseen las herramientas informáticas necesarias, para generar información que permita toma de decisiones efectivas en la correcta gestión del talento humano, infraestructura, equipos médicos, seguridad, normas de calidad, entre otras.

Lo mencionado anteriormente ha generado un paulatino incremento en el número de atenciones de prestadores externos; siendo las morbilidades de primero y segundo nivel la principal causa de sus atenciones.

- Dentro de las principales estadísticas que refleja el perfil epidemiológico del país, y el hospital, las enfermedades crónicas degenerativas se mantienen y van en aumento; además también se ha podido observar que los accidentes de tránsito y la atención por salud mental y el envejecimiento de la población son factores importantes a considerar.

- Las estrategias realizadas responden adecuadamente al fortalecimiento de la gestión médica y a la mejora del servicio que se le brinda al usuario y/o paciente que requiere las prestaciones de la institución.

Capítulo 7

7.1. RECOMENDACIONES

- Actualizar, analizar y validar anualmente las características más representativas de la población adscrita a las zonas de planificación 5 y 8, considerando principalmente la variación de la demanda de servicios médicos.
- Se requiere que la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del Guayas, defina estrategias que sirvan para fortalecer la red interna de servicios de salud de primero y segundo nivel.
- Realizar un diagnóstico del hospital profundo y periódico, permitiendo conocer las necesidades de cada especialidad médica al detalle y su capacidad de atención, así como también considerar los cambios en el Perfil Epidemiológico de la región, con la finalidad de realizar una correcta priorización de los proyectos a ejecutarse y de esta manera operativizar de forma efectiva las estrategias desarrolladas.
- Dar a conocer los objetivos estratégicos, las estrategias y los estudios, proyectos y/o programas del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, a todas las áreas médicas y administrativas de la institución, para que sus actividades diarias estén alineadas al cumplimiento de la visión institucional y contribuyan a la actualización del Plan Médico Funcional anualmente.

BIBLIOGRAFÍA

Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir.

HTMC, M. (25 de Septiembre de 2014). (I. R. Paredes, Entrevistador)

IESS. (2014). Resolución N° C.D. 468. Quito.

INEC. (2012). La nueva cara sociodemográfica del Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2012). MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

ONU. (2013). A Life of Dignity for All.

SENPLADES. (2012). Registro Oficial N° 290.

UnidadesMédicas. (Septiembre de 2014). (E. J. Ing. Roberto Paredes, Entrevistador)



ANEXO

ANEXO #1 ANÁLISIS FODA

El desarrollo del análisis FODA del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo está construido en base al análisis FODA desarrollado por cada área médica y administrativa de la institución; además de la información recopilada en el proceso de diagnóstico y análisis de las problemáticas que presentan la institución para una adecuada gestión hospitalaria.

A continuación se presenta el FODA del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

FORTALEZAS:
F.1. Gran parte del personal médico y administrativo calificado
F.2. Equipos médicos de alta tecnología (quirófanos inteligentes, entre otros)
F.3. Existencia de fondos económicos para el desarrollo y ejecución de proyectos de mejora en la institución.

OPORTUNIDADES:
O.1. Desarrollo de la Red pública integral de Salud.
O2. Interés y apoyo por parte del IESS y Seguro de Salud para desarrollar una planificación estratégica y un modelo de gestión efectivo.
O.3. Hospitales públicos (IESS) a nivel nacional con problemáticas semejantes y soluciones ya implementadas o en proceso de implementación.
O.4. Software AS400 puede ser modificado de acuerdo a las necesidades del HTMC.
O.5. Oferta de capacitación para el personal (talleres y cursos certificados)
O.6. Grupo de postgradistas que realizan su especialidad en el hospital.
O.7. Apoyo externo a la Gerencia General del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo para que establezca un proceso de mejora en la gestión hospitalaria interna.
O.8. Asignación del presupuesto de acuerdo al nivel de facturación.

DEBILIDADES:
D.1. Desconocimiento del manejo e importancia de las herramientas (PAC, PAPI, entre otras) de planificación por parte del personal médico
D.2. Poca cultura de planificación.
D.3. Desabastecimiento de medicinas e insumos médicos.
D.4. Inadecuada distribución del espacio físico (funcionalidad) en áreas médicas para lograr: cumplir normas de bioseguridad, reducir el tiempo en la atención al paciente.
D.5. Mas del 97% de los espacios físicos (m ²) en los que funcionan las especialidades médicas no cumplen con el metraje determinado por el Seguro de Salud.
D.6. El espacio físico que ocupan algunas unidades médicas está en condiciones de hacinamiento.



D.7. Pocas señaléticas para identificar los servicios médicos en el hospital.
D.8. Débil manejo estadístico para el manejo y control de inventarios.
D.9. Inexistencia de equipos médicos para cumplir con los servicios o prestaciones médicas que debe ofertar el HTMC.
D.10. Equipos médicos no reciben mantenimiento periódico. Principalmente los equipos pequeños o no tan costosos.
D.11. Pocas cámaras de seguridad.
D.12. Falta de camas hospitalarias para cubrir la demanda insatisfecha de pacientes.
D.13. Ineficiente distribución de camas hospitalarias en unidades médicas.
D.14. Desmotivación por parte del personal médico por la poca apertura de concursos de méritos y oposición en los últimos 3 años.
D.15. Poca colaboración por parte del personal (entrega de información incompleta, no se cumplen los tiempos de entrega o no se cumple, baja asistencia de personal a reuniones de trabajo)
D.16. Falta de personal (especialistas, enfermeras, entre otros.)
D.17. Elevada rotación de personal (jefes de servicios médicos).
D.18. Poco personal de guardianía para resguardar unidades médicas.
D.19. Poco reconocimiento del cumplimiento efectivo del trabajo hacia los responsables de unidades médicas.
D.20. Inexistencia de manuales de calidad y gestión de procesos.
D.21. No cumplimiento de protocolos o normas de bioseguridad.
D.22. Mal manejo de los desechos hospitalarios.
D.23. Sistema informático (AS400) no responde a las necesidades estadísticas de la institución.
D.24. Personal médico no registra información detallada en el AS400 por falta de costumbre y porque el sistema no tiene los campos para el registro de la información.
D.25. No se facturan algunos servicios médicos.
D.26. Inexistencia de herramientas efectivas de fomento a la atención médica que brinda el hospital y al proceso que debe seguir el paciente para ser atendido.
D.27. Congestionamiento de pacientes en algunas áreas del hospital.
D.29. Imagen ante el afiliado y asegurado de que el hospital posee deficiencias en su servicio de atención médica.
D.28. Poco fomento a la investigación médica.
D.29. Riesgo de fallas de energía en la institución.
D. 30. No cumplimiento permiso de bomberos.
D.31. Inexistencia de tecnología de la información y la comunicación para disminuir tiempo y errores en la generación de informes o reportes estadísticos en diversas áreas
D.32. Inexistencia de informes o estudios periódicos que determinen el estado de la gestión hospitalaria
D.33. Congestionamiento en los sistemas informáticos actuales y débil arquitectura de seguridad en los mismos.



AMENAZAS:

A.1. Elevada demanda de servicios de salud pública (IESS)

A.2. Pocos médicos especialistas en el país.

A.3. Disminución de la oferta de postgrados en el área médica a nivel nacional, debido al proceso de mejoramiento de calidad educativa por el que están pasando las universidades del país.

A.4. Incertidumbre en decisiones de cambio de autoridades en los niveles más altos del hospital, impidiendo desarrollar un proceso de mejora en la gestión hospitalaria profundo.

A.5. Desconocimiento de la realidad del hospital al detalle, por parte de las áreas de planificación del IESS y el Seguro de Salud para el desarrollo de un alineamiento estratégico efectivo.

ANEXO # 2 CRONOGRAMA DE ESTUDIOS PROYECTOS Y PROGRAMAS

ESTRATEGIAS	ESTUDIOS, PROYECTOS y/o PROGRAMAS	Año 2014	Año 2015				Año 2016				Año 2017			
		4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.
ESTRATEGIAS FO: (Maxi-Maxi)														
A. (F1,O1,O2,) Fomentar un canal de comunicación efectivo con las áreas de planificación del IESS y el Seguro de Salud para contribuir al desarrollo de la planificación estratégica y consecuentemente a la implementación de un modelo de gestión hospitalaria efectivo.	Realizar reportes e informes periódicos que permitan a las áreas de planificación del IESS y Seguro de Salud conocer de forma específica una determinada problemática, avances en proyectos y la gestión hospitalaria.													
	Establecer una comunicación efectiva con los stakeholders de esta unidad médica con el objeto de dar a conocer su gestión operativa y la consideren en la planificación operativa y/o estratégica del IESS.													
B. (F1,F3, O3) Desarrollar un proceso de interrelación con los hospitales (IESS) para implementar soluciones de mejora continua a problemáticas comunes.	Realizar Benchmarking de los diversos hospitales del IESS, a fin de implementar buenas prácticas para generar soluciones viables a problemáticas comunes.													
C. (F1,F3, O4) Emplear el sistema informático estadístico como una potente herramienta para el análisis de información que permita la toma de decisiones.	Depurar y validar la información contenida actualmente en el AS400.													
	Establecer procesos de mejora continua para generar registros de información efectivos													
D. (F3, O5) Fomentar un plan de capacitación periódico para el personal médico y administrativo.	Realizar el plan de capacitación anual del hospital, en función de los requerimientos de cada unidad médica y administrativa.													
	Cumplir el plan de capacitación anual del hospital.													
E. (F1, O6) Fortalecer los servicios que brindan los postgradistas en la atención médica que ofrece la institución.	Validar registros de las actividades realizadas por los postgradistas.													
	Optimizar los servicios que brindan los postgradistas en las especialidades médicas a fin de crear una cartera de servicios acorde al nivel de postgradistas de acuerdo a las necesidades de esta institución.													



ESTRATEGIAS	ESTUDIOS, PROYECTOS y/o PROGRAMAS	Año 2014	Año 2015				Año 2016				Año 2017			
		4to Trim	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.
ESTRATEGIAS DO: (Mini-Maxi)														
F. (D1, D2, D3, D8, D15, D20, D24, O2, O7) Constituir a la Coordinación General de Planificación y Estadística del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo como un actor esencial en el apoyo técnico de la institución.	Realizar talleres periódicos internos de capacitación en herramientas de planificación y control de gestión, para los encargados de las unidades médicas y administrativas; con la finalidad de desarrollar una cultura de planificación y un efectivo control de gestión en el hospital.													
	Fortalecer y evaluar la gestión de los comités existentes, estableciendo un modelo que sirva de apoyo a la gestión hospitalaria y al desarrollo de la planificación de la institución.													
G. (D3, D8, D20, D23, D24, D31, O4, O5, O7) Implementar y mejorar tecnologías de la información y la comunicación para el manejo y control efectivo de la información y las necesidades de la gestión en el hospital.	Estudios técnicos que sirvan de base para la implementación y desarrollo de tecnologías de información y comunicación.													
	Proyecto de automatización de la información en el hospital (Digitalización de información manual y registros físicos).													
	Proyecto de implementación de software para el manejo, gestión y análisis efectivo de los recursos económicos de la institución.													
	Proyecto de implementación de software para la gestión del talento humano en la institución.													
	Implementar Portal de Activos Fármacos e Insumos.													
	Implementar Portal de Decisiones Fármacos e insumos.													
	Proyecto implementación de Cuadro de Mando Integral													
H. (D33, O7) Eliminar el congestionamiento en los sistemas informáticos e implementar seguridades en los mismos.	Mejorar la velocidad de las redes informáticas en la institución.													
	Establecer sistemas de seguridad informática para el manejo de la información.													
I. (D4, D5, D6, D7, D20, D21, D22, D27, O2, O7, O8) Incrementar los m2 de las unidades médicas de acuerdo al estándar para hospitales de 3er nivel y distribuir de manera funcional el espacio físico de las unidades médicas.	Estudios técnicos por unidades médicas que sirvan de base para el desarrollo de proyectos de ampliación y construcción de las mismas, estableciendo prioridades previo a la toma de decisiones (considerar criterio de funcionalidad del espacio físico, necesidades de RRHH, entre otros)													
	Adecuaciones internas para el mejoramiento de la funcionalidad del espacio físico de las unidades médicas y administrativas existentes. (Reorganización residencial médica, reorganización de emergencia y triaje, aulas de docencia, entre otros.)													
	Proyecto de ampliación y construcción de los espacios físicos de las áreas médicas (Torre Gineco-Obstetrix, Emergencia, Traumatología, entre otros.)													



HOSPITAL Dr. TEODORO MALDONADO CARBO

ESTRATEGIAS	ESTUDIOS, PROYECTOS y/o PROGRAMAS	Año 2014	Año 2015				Año 2016				Año 2017			
		4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.
J. (D7, D8, D9, D10, D11, D12, D25, O7) Realizar un plan de adquisiciones y mantenimiento del equipo médico, equipo de apoyo al servicio médico y de seguridad para la Unidad Médica.	Diagnosticar el estado de los equipos médicos y de apoyo al servicio médico.													
	Implementar sistema de control de inventario (registro de cod. de barra por producto)													
	Controlar y actualizar periódicamente el inventario de los equipos médicos y de apoyo a la gestión médica.													
	Adquirir el equipamiento necesario para incluir los procedimientos no facturados a realizar según tarifario.													
	Adquirir equipos de seguridad para los pacientes y servidores públicos, y apoyo a la gestión del servicio en general.													
	Realizar mantenimiento periódico a los equipos médicos (principalmente los de menor costo)													
K. (D14, D15, D16, D18, D19, D20, D24, O7) Fortalecer y mejorar el apoyo de la gestión del Talento Humano en los procesos de mejora de los servicios de la institución en general	Analizar y desarrollar perfiles óptimos de talento humano en las áreas médicas y administrativas; con la finalidad de determinar la cantidad de servidores públicos que trabajan actualmente y la cantidad óptima, además de las competencias actuales y las requeridas en cada puesto.													
	Recategorizar al personal de salud de acuerdo a su perfil profesional actual													
	Sistema de Gestión por procesos (mapa de procesos, manual de procesos, políticas y procedimientos)													
	Sistema Informático de Gestión de trámites (reducir tiempos de respuesta, monitorear el estado y cumplimiento de los mismos)													
	Desarrollar un sistema de gestión documental digital (archivos de talento humano)													
	Implantación de un módulo de registro de personal													
	Proyecto de optimización de personal del HTMC (manual de funciones)													
	Desarrollar el Reglamento Interno del HTMC													
	Realizar concursos de méritos y oposición con la periodicidad determinada por la ley.													
	Contratar personal de acuerdo a las necesidades de la institución.													
	Implementar procesos efectivos de entrega de información y sanciones por el no cumplimiento en el periodo establecido.													
	Desarrollar sistema de incentivos y reconocimiento al trabajo realizado.													
	Establecer lineamientos que garanticen y permitan evaluar la salud ocupacional y riesgos laborales en el HTMC.													
	Desarrollar un centro de mediación de conflictos laborales													

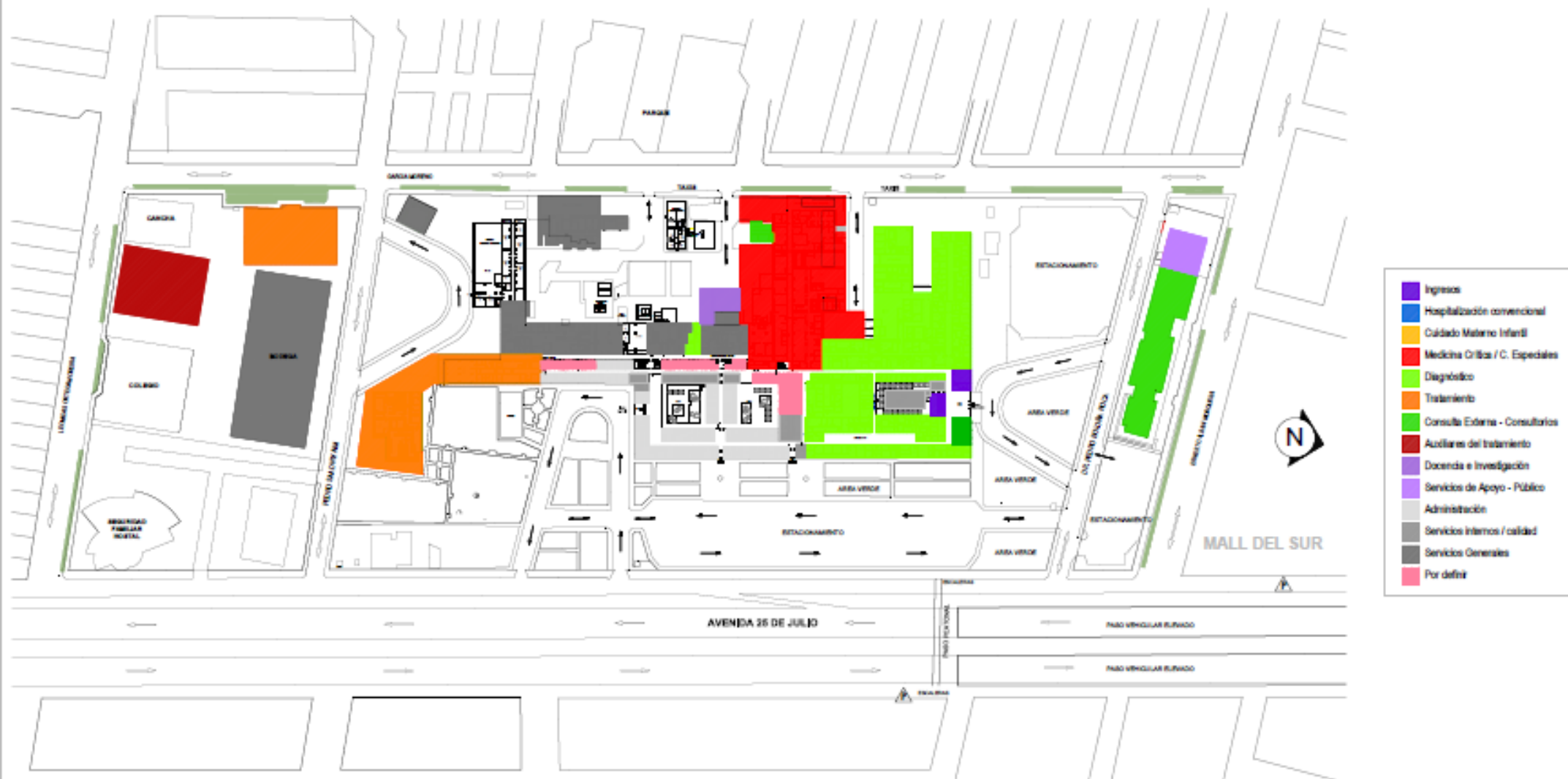


ESTRATEGIAS	ESTUDIOS, PROYECTOS y/o PROGRAMAS	Año 2014	Año 2015				Año 2016				Año 2017			
		4to Trim	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.
L. (D20, D21, O7, D25, O7) Desarrollar e implementar procesos óptimos para una gestión efectiva.	Estudio para determinar el actual funcionamiento de cada una de las áreas del hospital (procesos de atención médica, registro de información estadística, cumplimiento de normas de bioseguridad, etc.)													
	Proyecto de desarrollo y establecimiento de manuales y normas de calidad.													
	Evaluar periódicamente la calidad de los servicios y procedimientos en cada una de las áreas médicas.													
	Estudio para determinar las causas que dificultan la facturación de los procedimientos incorporados en el tarifario.													
M. (D26, D27, O7) Implementar sistemas efectivos de comunicación y atención para el afiliado o paciente, con la finalidad de difundir el proceso de atención dentro del hospital.	Evaluar periódicamente el avance en la facturación de los procedimientos médicos.													
	Estudio de percepción de calidad y servicio al usuario (Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización)													
	Implementación de sistema de apoyo y orientación al usuario (turneros y kioscos)													
	Elaboración e implementación del Plan de comunicación de HTMC.													
N. (D28, O7) Fomentar la investigación médica.	Implementar una aplicación electrónica para agilizar la consulta médica en el hospital.													
	Realizar estudios de casos médicos y proyectos de investigación científico.													
O. (D29, O7) Implementar un sistema para el acceso afectivo a la energía eléctrica.	Incentivar a las diversas áreas médicas del HTMC para que presenten estudios de investigación científica.													
	Estudio técnico para determinar la capacidad y la necesidad de suministro eléctrico en todas las instalaciones.													
P. (D30, O7) Renovar permisos de funcionamiento del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.	Proyecto para la construcción de una subestación eléctrica													
	Estudios de sistema hidráulico, contra incendios y climatización													
	Actualización de los planos arquitectónicos													
	Implementación del sistema hidráulico, contra incendios y climatización.													
	Implementación de normas de seguridad industrial.													
	Renovar permisos													



ESTRATEGIAS	ESTUDIOS, PROYECTOS y/o PROGRAMAS	Año 2014	Año 2015				Año 2016				Año 2017			
		4to Trim	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.	1er Trim.	2do Trim.	3er Trim.	4to Trim.
Q. (D2, D32, O7) Analizar y generar informes o estudios periódicos, diagnosticando el estado de la gestión hospitalaria y proponiendo soluciones (proyectos) que contribuyan al mejoramiento de la gestión.	Diagnosticar el estado de la gestión hospitalaria (fármacos e insumos, productividad de servicios médicos, entre otros)													
	Establecer los criterios adecuados que evidencien la efectividad en el cumplimiento de la gestión.													
	Evaluar periódicamente el cumplimiento de la gestión hospitalaria.													
	Ejecutar proyectos periódicos que fortalezcan y mejoren la gestión, encaminados a la solución de problemas detectados.													
ESTRATEGIAS FA: (Maxi-Mini)														
R. (F1, F2, A1, A2) Desarrollar un proceso efectivo de atención médica del hospital "Teodoro Maldonado Carbo" como un hospital de 3er nivel de complejidad. (Correcta utilización de la Red Integral de Salud)	Implementar triaje Manchester													
	Implementar triaje en Consulta Externa													
	Implementar la extensión de horarios de atención en Consulta Externa													
S. (F1, A3) Diversificar e incrementar los convenios con universidades que requieran centros hospitalarios para el periodo de práctica de sus postgradistas.	Revisar y fortalecer los convenios actuales.													
	Desarrollar convenios con centros de investigación clínica y/o institutos relacionados con las especialidades médicas del hospital; sean estos nacionales e internacionales (intercambio de profesionales).													
ESTRATEGIAS DA: (Mini-Mini)														
T. (D1-D30, A4) Desarrollar e implementar proyectos y planes de mejora (áreas médicas y administrativas) por etapas; con la finalidad de lograr soluciones efectivas.														

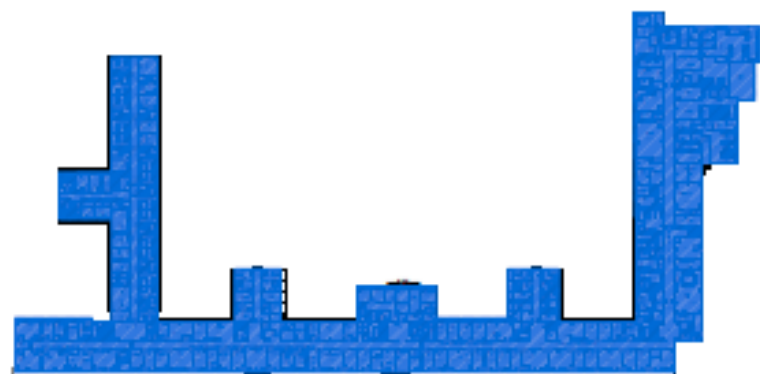
ANEXO # 3: ZONIFICACION PLANTA BAJA





HOSPITAL Dr. TEODORO MALDONADO CARBO

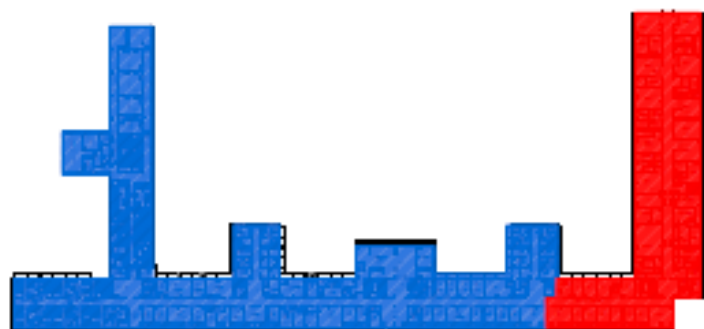
ZONIFICACION PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER PISO



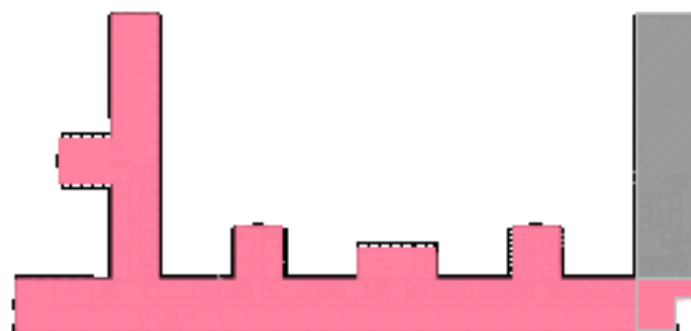
PRIMER PISO HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO



SEGUNDO PISO HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO



TERCER PISO HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO



TERRAZA HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO

