

**GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD PARA UN HOSPITAL HUMANIZADO
EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

HEBERTH SEGUNDO MALDONADO MESTRE

**Proyecto presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Gerencia Social**

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

INSTITUTO DE POSGRADO

BARRANQUILLA

1997

0015

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

CARLOS OSORIO, por su apoyo

ROSARIO JOAQUIN REALES, por su colaboración y disponibilidad.

MARIA DE LOS ANGELES PEREZ, por su confianza.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

Dios, por darme la vida, la fe y, la constancia para poder llegar hasta donde su voluntad me guíe.

A mi madre IRMA MESTRE, mi hermana FANNY, mi esposa NOHORA, a mis hijos ALEJANDRA Y JOSE JORGE, porque siempre han creído en mí.

INTRODUCCION

A través de la vida he podido ver como estudiantes, en el internado, en el año rural y, en mi vida profesional de la medicina, la deshumanización de la misma, liderada por unos profesionales llenos de títulos, pero vacíos espiritualmente; sin compromiso con el acto médico, violando el juramento hipocrático, dedicados a ser los comerciantes de la salud ajena.

Todo lo anterior ha encontrado en el país un apoyo para seguir siendo déspotas, soberbios y anarquistas con el centro de todos los agentes de salud, "el enfermo".

La inquietud nace, se va criando y creciendo: ¿Por qué se trata al ser humano enfermo de esta manera? ¿Qué está pasando con los valores de la familia y, la sociedad de espaldas a ese ser? ¿Por qué se ha permitido destrozarse el amor, la tolerancia, la ternura y demás cosas que nos diferencian como raza humana?

Ante los cambios que ha generado el advenimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Se pide al unísono ¡hay que humanizar la salud!

El paso por las aulas de la Universidad Simón Bolívar con esta inquietud, ha permitido encontrar un alimento bueno, lo mismo que un terreno adecuado - el

Postgrado en Gerencia Social, con sus diferentes profesores y tutores que facilitaron dar vida a esa idea que aunque parezca contraria, es necesaria: -
Humanizar la Salud-

La idea nace por la experiencia lograda con un programa Capacitación Gerenciado en Instituciones de Salud para un Hospital Humanizado en Barranquilla, que le proporciona cuerpo para andar por sus propios medios, hacia una sociedad que se reencuentre y asimile su desempeño ante la necesidad que se presenta.

El proyecto que se presenta para ser evaluado, se basa en un estudio previo de la situación problema en el hospital y/o clínica y, con base a los resultados, se implementa un plan de trabajo orientado a capacitar ese talento humano, impulsarlo hacia ese hombre enfermo con el objetivo de prestar un servicio humanizado para la nueva sociedad.

De este proceso nace una empresa que va a liderar dicho proyecto, bajo la razón social Fundación para el Desarrollo del Talento Humano, FUDETAHU que entrará a asesorar las instituciones hospitalarias en busca de un trato adecuado al enfermo y sobre todo, un trato humanizado.

En estos momentos el proyecto se encuentra en su fase de ejecución en el Hospital Niño Jesús de la ciudad de Barranquilla. Se ha elegido para la presentación del proyecto un formato sugerido por el Fondo de Desarrollo de la Educación Superior, con algunos ajustes, específicos a la naturaleza del proyecto. Otro estudio fundamental para ejecutar el proyecto lo constituye el Estudio de Mercado, reforzado con la aplicación de pruebas pilotos, entrevistas sondeos, etc., que han facilitado en parte la viabilidad del proyecto.

1. PRESENTACION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La salud en Colombia ha mejorado significativamente en los últimos años, como lo demuestra la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida y el mejoramiento generalizado de las condiciones nutricionales y de saneamiento de amplios grupos de población pero la baja cobertura de los sistemas de seguridad social, los déficit crónicos de las instituciones hospitalarias, la escasez de recursos destinados a programas de prevención y promoción de la salud, entre otros, siguen siendo una de las tantas amenazas que aquejan la sostenibilidad de los logros.

Los hospitales ocupan un lugar especial en esta problemática. Son instituciones que han cambiado dramáticamente en los últimos años sin que su administración haya evolucionado al mismo ritmo. En la primera mitad de este siglo, sólo existían algunos hospitales de atención terciaria y hospitales para brindar refugio y aislamiento a los pacientes con enfermedades terminales y contagiosas. Por lo general, estos centros pertenecían a comunidades religiosas que se encargaban de administrarlos; los mantenían con recursos propios para permitir el acceso a personas de todo nivel socioeconómico. Eran por ello, instituciones de caridad y la administración no era prioritaria.

La década de los 60 muestra al mundo los principios de la medicina organizada que conlleva al aumento de los costos en salud y la sofisticación tecnológica. De la práctica médica particular se evoluciona hacia la atención en hospitales y organizaciones de grupos médicos y se empieza a hacer necesaria la administración y la prestación de servicios médicos con criterio empresarial, pero todavía los recursos son relativamente holgados.

A partir de los años 80 aumenta la complejidad y los problemas del sector; hay mayor escasez de recursos; aumentan los costos considerablemente debido en parte al desarrollo tecnológico y, los usuarios son más informados y exigentes. La incertidumbre y turbulencia del entorno hace surgir alternativas de servicio.

Se habla de mercadeo y competencia, los servicios ambulatorios se encuentran en expansión, nacen sistemas de instituciones como empresa de salud, redes regionales, consorcios y alianzas.

La falta de adaptación a los grandes cambios del entorno, ha desembocado en la crisis hospitalaria que se vive, inadecuada integración al Sistema Nacional de Salud, problemas de normatividad y estatus jurídico, aislamiento institucional, grandes carencias en los sistemas de gestión, falta de claridad en la misión, cultura

organizacional obsoleta y falta de sistemas que propicien la eficiencia administrativa y, ausencia de criterios racionales para la asignación de recursos financieros.

No se desconoce la insuficiencia de recursos económicos y de sistemas claros de financiación de los hospitales, sin embargo, gran parte de los problemas actuales tienen que ver con dificultades de orden administrativo y de atención.

La idea del médico ha ido cambiando en el curso de la historia. Cada época busca lo suyo, el más adecuado a la coyuntura histórica y cultural. El médico hipocrático que con una mirada imparcial estudiaba racionalmente al hombre y su situación, luego el médico medieval que sostenía autoritarios conceptos especulativos. Todos han sido relevados hace tiempo por el médico moderno, el científico, imbuido de este concepto fundamental; la enfermedad es un proceso que conforme a las leyes de la naturaleza, ataca al cuerpo; el enfermo debe vencerla y el médico se une al paciente para enfrentar ese indeseable proceso natural

La visión científica hace así pasar por alto que más allá del cuerpo, pero a través del él está la persona. Entonces, será tarea de todos luchar por que los cambios inevitables no conduzcan a perder la humanidad de los médicos ni la del paciente,

1

LEAL. Quevedo Francisco. La Entrevista en Pediatría. Bogotá Médica Internacional LTDA, Bogotá, 1996, página 12.

situación preocupante por cuanto no se valora la capacidad que tiene el ser humano para dar un servicio, ligado a la no inversión en capacitación para disponerlo a la altura de las circunstancias de un contexto humanizado.

La empresa que no invierta en su talento humano, está lista para salir del mercado.

2. MARCO INSTITUCIONAL DEL PROBLEMA

Con la descentralización administrativa y el advenimiento de la Ley 100, todas las instituciones de salud del estado deben autofinanciarse en un tiempo no muy lejano y, por eso se están convirtiendo en empresa Sociales del Estado, ESES.

Como organización un hospital es especialmente complejo. En su interior hay un hotel, una lavandería, un centro de radiología, un laboratorio clínico y, una unidad quirúrgica entre otros. Cada uno de estos servicios podría ser en sí mismo una empresa de mayor o menor tamaño con relación al hospital, y cada uno requiere de una administración competente ².

El número de servicios diferentes que el hospital presta es muy alto; diferentes tipos de cirugías, exámenes y tratamientos y, adicionalmente, el mismo servicio en cada paciente tiene su particularidad propia.

En un hospital hay un gran número de profesionales de muy diversas disciplinas, cada uno con una función muy importante que cumplir y cuya coordinación es indispensable para atender a un paciente.

²

BERMEJO, José Carlos. Humanizar la Salud. De. San Pablo 1997. Colección Biblioteca Hospitalaria, página 29.

La atención médica ha evolucionado dramáticamente; la tecnología cambia, los costos suben, los pacientes exigen y existe una gran competencia entre las instituciones. Se necesita un estilo de administración flexible, que entienda y se anticipe a los cambios, que ofrezca un excelente servicio a los pacientes y permita un desarrollo exitoso de la institución.

La administración ha sido subvalorada. A pesar de la complejidad se cree que gerenciar un hospital puede hacerse intuitivamente, subestimando la formación del profesional en administración y se encarga la gestión a personas sin la formación requerida. A la cabeza del área administrativa puede estar fácilmente un médico sin ninguna capacitación en administración y los jefes de áreas administrativas pueden ser individuos sin ninguna formación profesional. Algunas de estas personas podrían llegar a desempeñar bien funciones de mantenimiento, pero muy difícilmente que proyecten su área, busquen mejores formas de trabajo, las implanten y traigan un mejoramiento de su institución. Su falta de capacitación explica en gran parte el atraso en que se encuentran los hospitales.

Al interior del área médica, quienes ocupan posiciones directivas como jefaturas de departamento o servicios, lo hacen frecuentemente en tiempos parciales (medio tiempo), durante el cual además realizan actividades asistenciales y docentes. No es por ello de extrañar que las responsabilidades que les corresponden como

directivos, la proyección y desarrollo de su área, el liderazgo y motivación de su gente, la coordinación de su área con otras del hospital y el buen funcionamiento de aquellas, se hallan bastante descuidadas. Tampoco deberá sorprender que el personal se encuentre desmotivado y haya poco compromiso con las instituciones.

Los hospitales lo conforman un conjunto de individuos aislados. Se encuentra en los hospitales una división total entre el área médica y administrativa, sin instancias ni mecanismos para lograr la coordinación que requieren. Por ejemplo, suministramos, compra, droga o materiales que los médicos no quieren ni usan para sus pacientes, porque existe, un grupo médico formal que defina unas políticas sobre lo que debe adquirirse. Esta división es agravada por la falta de capacitación del personal administrativo, que le dificulta establecer una relación de igual a igual con un profesional preparado como es el médico.

Al interior del área médica, también existe una división. Se da poco reconocimiento a profesionales no médicos. Se les encomienda funciones de gran responsabilidad, pero se ven atropellados permanentemente por los médicos en el cumplimiento de las mismas. No se crean mecanismos para lograr la comunicación indispensable y, para coordinar tareas en ese grupo multidisciplinario de personas. Por ejemplo en reuniones regulares donde una enfermera jefe o la jefe del laboratorio, etc., puedan explicar los problemas que enfrentan en el cumplimiento de órdenes

médicas para buscarles solución, la desarticulación de los intereses comunes en pro de los usuarios y la institución, es notoria y a la orden del día.

3. ESTUDIO DE ALTERNATIVAS

3.1. Conformación de grupos, capacitarlos y prepararlos en humanización para que humanicen la entidad.

3.2. Elaboración de un manual de humanización para que sirva de guía a la entidad.

3.3. Inculturación de la humanización de la salud.

3.1. ALTERNATIVA SELECCIONADA.

LA INCULTURACION DE LA HUMANIZACION DE LA SALUD.

Es la única alternativa para llegar al trabajador de la salud -alejado cada vez más de lo humano-, al punto de poder reconocer el éxito, sólo cultivando los grandes valores. Valores convertidos en metamotivos, que sólo dándole una visión holística al arte de hacer una buena medicina, podrá resolver el problema y acercar las distancias: distancias entre pacientes-usuario, médico, personal institucional de apoyo e institución.

4. OBJETIVOS DEL PROYECTO

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Como objetivo general se pretende:

Orientar la actuación de la medicina hacia el servicio del enfermo, para ofrecerle una asistencia integral que satisfaga las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y, espirituales.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Proporcionar las herramientas necesarias para que el trabajador de la salud se re-encuentre con su propia realidad, ante una sociedad que vive de espaldas a los valores morales y espirituales.

 - Facilitar el convencimiento de los derechos del enfermo, los derechos de la familia del enfermo, su aplicación y la manera de cumplirlas y respetarlas.

 - Mejorar la autoestima del trabajador de la salud para que pueda dar lo mejor de sí a la persona enferma.
-

4.3. DESCRIPCION DEL INDICADOR DE OBJETIVOS.

OBJETIVOS	INDICADOR	DESCRIPCION
Reorientar la medicina hacia el servicio del enfermo-	Mejoramiento en el trato al enfermo.	Dándole un nuevo norte al acto médico y todo lo que implica llevar a que ese ser humano enfermo sea atendido como debe ser.
Proporcionar herramientas para el reencuentro de la realidad por parte del trabajador de la salud.	Calidad médica asistencial.	Llenar los vacíos que pueda tener el trabajador de la salud para fortalecerlo y llevarlo a entregarse a su vocación-misión-servicio.
Mejorar la autoestima del trabajador de la salud.	Elevación del nivel de pertenencia.	Por medio de seminario, talleres, se quiere fortalecer, modificar, moldear la autoestima para que el desempeño sea acorde con lo que hace y de esta manera se pueda dar más.

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO.

El proyecto básicamente consiste en gerenciar un hospital humanizado, lo cual significa mirar al mundo presente y al futuro, conscientes de realizar la vocación del hombre en la mundo actual, que busca resolver los problemas de salud, la enfermedad y la asistencia, a la luz de aquellos valores que han orientado siempre a la humanidad.

El proyecto es la confrontación entre dos culturas distintas, o sea, entre dos maneras de ver las cosas. Por una parte, hay una cultura que privilegia el valor de la eficiencia, basada en los resultados de la tecnología médica y de la administración; por otra parte, hay una cultura que le da primacía al respeto por la persona y la defensa de los derechos apoyada en una actitud positiva frente a unas relaciones de empatía y comunicación, en busca de la comprensión de la situación de la persona como ser integral.

En este sentido, el proyecto Gerencia para un Hospital Humanizado, es un orientar la actuación de la medicina hacia el servicio del enfermo, considerando a éste en su totalidad personal, a quien debe ofrecerle una asistencia integral que posibilite la

satisfacción de cuatro dimensiones de los humano: lo psicológico, biológico, social y espiritual del individuo.

Es preocupante observar cómo el médico se aleja cada vez más del hombre enfermo, pues éste queda reducido a la condición de objeto, en un código. En los hospitales es frecuente observar que el protagonista es el médico, la enfermera, el trabajador social, los administradores, los sindicalistas, pero no el enfermo, razón de ser de la institución ³.

La humanización del hospital es un proceso dinámico, interactivo en el cual es el prioritario enseñar y capacitar al personal para que acepten las necesidades de la persona enferma, sus propias necesidades como agentes de salud y los factores estructurales y organizativos del hospital en que trabaja, orientando su acción hacia la prestación de un servicio con características avaladas por la eficiencia, calidad, competitividad, liderazgo, suficiencia, autonomía, dignidad, compromiso y libertad, principios fundamentales de un servicio humanizado.

3

PERULAN Bielza Angel: Humanización. Editorial Kimpres LTDA, Bogotá 1992. Colección Experiencias No.103, pág. 17-18.

6. ASPECTOS LEGALES DEL PROYECTO

En Colombia, la seguridad social y su cobertura es reducida; los servicios llegan a parte de la población asalariada del sector privado y la redistribución se ejerce solamente dentro del grupo que financia su propio seguro; es decir, es un sistema para el asalariado del sector formal de la economía y no un sistema para el ciudadano.

Las estadísticas oficiales⁴ muestran que aproximadamente 12.000.000 de colombianos no tienen acceso a ningún tipo de atención médica a lo largo de toda su vida. El seguro social oficial con un 17% de cobertura, sólo protege a una parte de los trabajadores activos y pequeños grupos de sus familiares; el sector oficial cubre aproximadamente el 35% de la población humana y menos del 10% está a cargo de la medicina privada. Esta última ha tomado gran auge como medicina prepagada que tiene receptividad en las clases media y alta.

Simultáneamente, el número de médicos que no encuentran ocupación estable es cada vez mayor en razón del creciente número de nuevos egresados.

⁴ MANUAL de Humanización del Mundo de la Salud. Edición Centro Camihano. Bogotá 1990, pág. 15.

La Ley 09 de 1979⁵, que en su artículo 590 indica que la salud es un bien de interés público, significa que incumbe a todos por igual y que todos tienen responsabilidades y deberes frente a ella, no sólo por la salud propia sino, por la de cualquier persona. Por ser la salud un bien de interés público, las normas que rigen la prestación de los servicios de salud, son de orden público.

El Artículo 1 de la Ley 10 de 1990⁶, indica que la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles es un servicio público a cargo de la nación, advirtiendo que el Estado intervendrá para organizar y establecer las modalidades y normas de participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud.

La Ley 10 fue creada como instrumento para reordenar el sector salud y consolidar un sistema nacional de salud que corresponda a las necesidades del país. Sus aspectos más importantes son:

- La descentralización y municipalización de los servicios.
- La salud como un servicio público.
- Reorganización financiera.

⁵

Ley 09 de 1979 Artículo 590 República de Colombia.

⁶

Ley 10 de 1990, Capítulo I, Artículo 1°. República de Colombia.

- Manejo técnico del personal.
- Modernización de la gestión hospitalaria.

La Ley 100 de 1993⁷ filosóficamente pretende la cobertura del 100% de la población en todos sus niveles, haciendo de la prestación de servicios en salud, algo obligatorio e integral, con libre escogencia, autonomía, descentralizada y concertada en un sistema nacional, pero también departamental y local, un control de calidad ejercido por el Estado.

Las clases pobre y vulnerables que tenían asistencia pública en los hospitales del Estado tendrá acceso a este beneficio, mediante el régimen contributivo.

Desde el punto de vista de los derechos fundamentales, el de la salud está ubicado entre los humanos de segunda generación, es decir, los de tipo económico y social, teniendo un ámbito de aplicación no solo individual sino colectivo. El derecho a la salud se refiere a la seguridad social cuyo fundamento es creado por el Estado por medio de medidas legislativas o administrativas.

⁷

Ley 100 de 1993 Capítulo I, Artículo 2. República de Colombia. Bogotá 1993.

Pero no es sólo el derecho a la salud, sino también los derechos de los enfermos, implícitos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948. En ella se señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica, tal como quedó consignado en el Artículo 25 ⁸.

Así mismo, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos⁹, Sociales y Culturales 1996 en sus Artículos 12 y 15, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y, al goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

En 1972, la Asociación Americana de Hospitales¹⁰ adoptó la Declaración de los Derechos de los Pacientes, exigiendo para ellos, una atención respetuosa, el derecho a una completa información médica, el derecho a aceptar y rehusar tratamiento, el derecho a la intimidad, el de responder por los servicios que se ofrecen a los pacientes, y el derecho al conocimiento de la normas del hospital.

⁸

Declaración de los Derechos Humanos 1948, Artículo 25.

⁹

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Social y Cultural, 1996, Artículo 12 y 15.

¹⁰

Declaración de los Derechos de los Pacientes, 1972.

La Ley 23 del 10 de Febrero de 1981¹¹ por la cual se dictan normas en Materia de Etica Médica Generales y específicas sobre la responsabilidad, integridad, principios, juramento, relaciones médico-paciente, es otro soporte que afianza los derechos fundamentales de la prestación de servicios en salud.

Todo lo anterior constituye los fundamentos necesarios y suficientes para decir que todo lo tratado tiene claridad, que se puede lograr y, así mejorar el servicio que se presta en los hospitales, con calidad y orientación hacia lo humanizado.

11

Ley 23 del 10 de Febrero de 1981 en Materia de Etica Médica, 1981. Bogotá.

7. DESCRIPCION Y CUANTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

7.1. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS.

Los beneficios del proyecto se han establecidos por componentes del proyecto en la siguiente forma:

7.1.1. CAPACITACION. Esta tiene que ver en darle al trabajador de la salud por medio de charlas magistrales, video foros, talleres, seminarios; las herramientas para entender lo que es el servicio y cómo darlo en calidad humanizada. Esta incluye desde el portero hasta el gerente; trayendo beneficios a la empresa.

7.1.2. FORTALECIMIENTO DE VALORES. Consiste en mostrar al trabajador de la salud la actualidad manejada por los disvalores en las consecuencias que se están viviendo; en forma de espejo, los valores fundamentales, lo bueno de ellos y la calidad de vida que se vive cuando se conocen, practican y aplican en la vida cotidiana y por ende en el campo de la salud.

7.1.3. AUMENTO DE LA AUTOESTIMA. La pérdida de los valores ha llevado a una baja autoestima y como consecuencia una mala atención al enfermo como mal

es el entorno familiar de dicho trabajador. Al aumentar la autoestima del trabajador, dará mayor respuesta a lo que se hace por tener mejor pertenencia e identidad con lo que hace.

7.1.4. MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. Todo lo anterior, más la dinámica de trabajar en grupo rotativos, traerá agilizar las relaciones, los trabajadores serán más y mejores amigos y así podrán trabajar en equipo y conformar una verdadera familia hospitalaria.

7.2. DESCRIPCION Y CUANTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS.

Este proyecto va dirigido al cliente interno de la institución de salud, pero primordialmente beneficiará a los clientes externos.

Los clientes internos son personas que han caído en la rutina de "atender" y "ayudar" a los clientes externos sin darle el valor que para la institución tanto como para él significa el mal o buen servicio que pueda prestar.

Se escogieran los beneficiarios internos de las diferentes entidades hospitalarias cuando su número supere los 225 empleados o en su defecto se capacitarán los mismos.

FORMATO 1. CUANTIFICACION DE BENEFICIARIOS.

AÑO	AÑO CALENDARIO	CANTIDAD
0	1997	93
1	1998	225
2	1999	225
3	2000	225
4	2001	232

FUENTE: ESTUDIO DE MERCADO(FUDETAHU).

8. PRESUPUESTO DE OBRA DEL PROYECTO

Como el proyecto ha sido elaborado por fases, componentes y actividades, es importante establecer a cada componente y a cada actividad la periodicidad con la cual se va a desarrollar, y el valor en dinero que tiene cada una de ellas, con su respectivo componente.

Es importante recalcar la necesidad de tener acceso a un hogar de paso por parte de los familiares de los enfermos, sean niños o adultos. Esta necesidad debe ser suplida para que tenga sentido el acompañamiento a los enfermos y así su estadía sea más corta, la recuperación más rápida y no se separe el vínculo familiar tan indispensable en los momentos de la enfermedad.

Cada entidad debe colocar dentro de su presupuesto el costo del hogar de paso.

En el formato 2 se establecen los costos para cada componente y actividades, necesarias para la ejecución del proyecto.

COSTO DEL PROYECTO

ACTIVIDADES	COMPONENTES		
	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	5	2,500,000	12,500,000
ESTUDIO TECNICO	5	2,500,000	12,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	5	2,500,000	12,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	5	2,500,000	12,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	5	3,000,000	15,000,000
FASE DE IMPLANTACION	5	3,000,000	15,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	32	875,000	28,000,000
SEMINARIO 2	32	875,000	28,000,000
TALLER 1	32	875,000	28,000,000
TALLER 2	32	875,000	28,000,000
SEMINARIO TALLER 1	32	875,000	28,000,000
SEMINARIO TALLER 2	32	875,000	28,000,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	32	875,000	28,000,000
SEGUNDO MOMENTO	32	875,000	28,000,000
TERCER MOMENTO	32	875,000	28,000,000
TOTAL COSTO DEL PROYECTO			332,000,000

9. FLUJO DE COSTOS DEL PROYECTO

El proyecto ha sido planificado por fases, componentes y actividades, por ello, es preciso establecer en qué forma fluyen los costos de éste para cada uno de los años de vida del proyecto. El flujo de costos ha sido calculado con base a proyecciones estándar previamente establecidas mediante el cálculo de factores constantes del valor presente, tal como se muestra en el formato 3.

10. INDICADORES DEL PROYECTO

Este aspecto apunta a mostrar cantidades de beneficiarios y costos del proyecto en una relación que se puede tomar como la relación costo/beneficio, tal como se presentan en el formato 4.

FORMATO 4. INDICADORES DE BENEFICIO.

RELACION		COSTO	BENEFICIARIOS
AÑO CERO	1997	ULTIMO AÑO DEL PROYECTO 2001	
RUBRO	CONCEPTO	UNIDAD	CANTIDAD O VALOR
BENEFICIARIOS DEL PROYECTO	1.000 PERSONAS		332.000.000.00
COSTO TOTAL DEL PROYECTO EN EL VALOR PRESENTE.	1.000 PERSONAS		263.535.074.00
COSTO POR BENEFICIARIO	1.000 PERSONAS		332.000.00

11. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

El proyecto cuenta con las siguientes fuentes de financiación:

Dasalud

Distrisalud

Institución Hospitalaria

Para tal efecto se ha establecido y distribuido la forma en que cada fuente ha de financiar las actividades del proyecto.

En el formato 5, se establecen los componentes con el nombre de las fuentes de financiación por año, y el total de la financiación por actividad y/o componente.

COMPONENTES	AÑO PROYECTO. O AÑO CALENDARIO 1997		TOTAL FINANCIACION POR ACTIVIDAD Y/O COMPONENTE
	NOMBRES DE LAS FUENTES DE FINANCIACION		
	HOSPITAL NIÑO JESUS	DASALUD	
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO TECNICO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	1,750,000	750,000	2,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	2,100,000	900,000	3,000,000
FASE DE IMPLANTACION	2,100,000	900,000	3,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	2,450,000	1,050,000	3,500,000
SEMINARIO 2	2,450,000	1,050,000	3,500,000
TALLER 1	2,450,000	1,050,000	3,500,000
TALLER 2	2,450,000	1,050,000	3,500,000
SEMINARIO TALLER 1	2,450,000	1,050,000	3,500,000
SEMINARIO TALLER 2	2,450,000	1,050,000	3,500,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	2,450,000	1,050,000	3,500,000
SEGUNDO MOMENTO	2,450,000	1,050,000	3,500,000
TERCER MOMENTO	2,450,000	1,050,000	3,500,000
TOTAL FINANCIACION POR FUENTES	33,250,000	14,250,000	47,500,000

COMPONENTES	AÑO PROYECTO 1. AÑO CALENDARIO 1998		TOTAL FINANCIACION POR ACTIVIDAD Y/O COMPONENTE
	NOMBRE DE LAS FUENTES DE FINANCIACION		
	HOSPITAL GENERAL DE BARRANQUILLA	DITRISALUD	
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO TECNICO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	1,750,000	750,000	2,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	2,100,000	900,000	3,000,000
FASE DE IMPLANTACION	2,100,000	900,000	3,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEGUNDO MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TERCER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TOTAL FINANCIACION POR FUENTES	49,787,501	21,337,501	71,125,001

COMPONENTES	AÑO PROYECTO 2. AÑO CALENDARIO 1999		TOTAL FINANCIACION POR ACTIVIDAD Y/O COMPONENTE
	NOMBRE DE LAS FUENTES DE FINANCIACION		
	HOSPITAL SAN FRANCISCO	DITRISALUD	
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO TECNICO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	1,750,000	750,000	2,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	2,100,000	900,000	3,000,000
FASE DE IMPLANTACION	2,100,000	900,000	3,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEGUNDO MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TERCER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TOTAL FINANCIACION POR FUENTES	49,787,500	21,337,500	71,125,000

COMPONENTES	AÑO PROYECTO 3 AÑO CALENDARIO 2000		TOTAL FINANCIACION POR ACTIVIDAD Y/O COMPONENTE
	NOMBRE DE LAS FUENTES DE FINANCIACION		
	HOSPITAL PEDIATRICO	DITRISALUD	
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO TECNICO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	1,750,000	750,000	2,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	2,100,000	900,000	3,000,000
FASE DE IMPLANTACION	2,100,000	900,000	3,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEGUNDO MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TERCER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TOTAL FINANCIACION POR FUENTES	49,787,500	21,337,500	71,125,000

COMPONENTES	AÑO PROYECTO 4 AÑO CALENDARIO 2001		TOTAL FINANCIACION POR ACTIVIDAD Y/O COMPONENTE
	NOMBRE DE LAS FUENTES DE FINANCIACION		
	HOSPITAL NAZARETH	DITRISALUD	
*ESTUDIO PREVIO			
ESTUDIOS DE MERCADO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO TECNICO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO FINANCIERO	1,750,000	750,000	2,500,000
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	1,750,000	750,000	2,500,000
*DESARROLLO PRIMARIO			
FASE DE CONOCIMIENTO	2,100,000	900,000	3,000,000
FASE DE IMPLANTACION	2,100,000	900,000	3,000,000
*CAPACITACION			
SEMINARIO 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 1	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEMINARIO TALLER 2	4,287,500	1,837,500	6,125,000
*REFORZAMIENTO			
PRIMER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
SEGUNDO MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TERCER MOMENTO	4,287,500	1,837,500	6,125,000
TOTAL FINANCIACION POR FUENTES	49,787,500	21,337,500	71,125,000

12. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

12.1. LA FINANCIACION.

El proyecto tiene dos fuentes de financiación directas y cinco indirectas que se describen con las siguientes razones:

Como fuente directa DASALUD y DISTRISALUD, y las entidades que de ellas dependan.

Su participación está representada por un 30% en el proyecto por cada Hospital. Es obligación para los entes rectores capacitar a su talento humano y para ello, disponen de un rubro con lo cual se armonizan con lo dispuesto por la Ley.

La razón que sustenta lo anterior es que con el fortalecimiento del cliente interno, la organización también se hará fuerte y, el nivel tanto de compromiso como de sentido de pertenencia con la institución será cada día mayor y así mejorará la competitividad y se buscará ser los mejores en el mercado.

Las fuentes indirectas representan a cinco instituciones de salud y la financiación se apoya en los fondos de cada uno, ya que en el presupuesto existe un rubro para capacitación y de él saldrá la financiación del 70% en el proyecto.

Con el advenimiento de la Ley 100, toda institución Hospitalaria se convertirá en una Empresa Social del Estado (ESE); para competir deben prepararse y capacitarse tanto como quieran posicionarse en el mercado.

12.2. LA PARTICIPACION DE LOS USUARIOS TANTO INTERNO COMO EXTERNOS.

Un cliente interno fortalecido, conocedor de su rol como trabajador de la salud, y apropiado del mejor desempeño es la razón de mayor valor para que los clientes externos soliciten más los servicios de la institución en donde éstos estén laborando, ya que se los van a brindar con calidad y, sobre todo una atención humanizada.

Se va a gestar una unión en beneficio de la comunidad usuaria de los servicios médicos asistenciales, en tal sentido que:

- La relación cliente interno Vs cliente externo será concebida en términos de competitividad.

- La imagen que la ESE proyectará, va a ser: Honestidad, Confianza, Veracidad, Responsabilidad, etc.

- La atención hacia el cliente externo, es en sentido humanizado.

En la medida en que se desarrolle el proyecto, se irán viendo los cambios en ese talento humano y la ESE que tenga un talento humano capaz, captará más mercados que harán posible su estabilidad y existencia en este país enfermo de privatizaciones.

13. MODELO ADMINISTRATIVO PARA GERENCIAR EL PROYECTO

Para gerenciar el proyecto se hace necesario una empresa que desarrolle el talento humano institucional en busca de un mejoramiento continuo. La empresa gerenciadora ha sido concebida como una Fundación para el Desarrollo del Talento Humano FUDETAHU y se encargará de asesorar a las instituciones de salud.

Cada institución , tendrá un comité ejecutivo y un representante de la entidad cofinanciadora a quien la empresa asesora dará a conocer el programa a desarrollar, resultados de las evaluaciones, implementaciones y correcciones que sobre la marcha se generen.

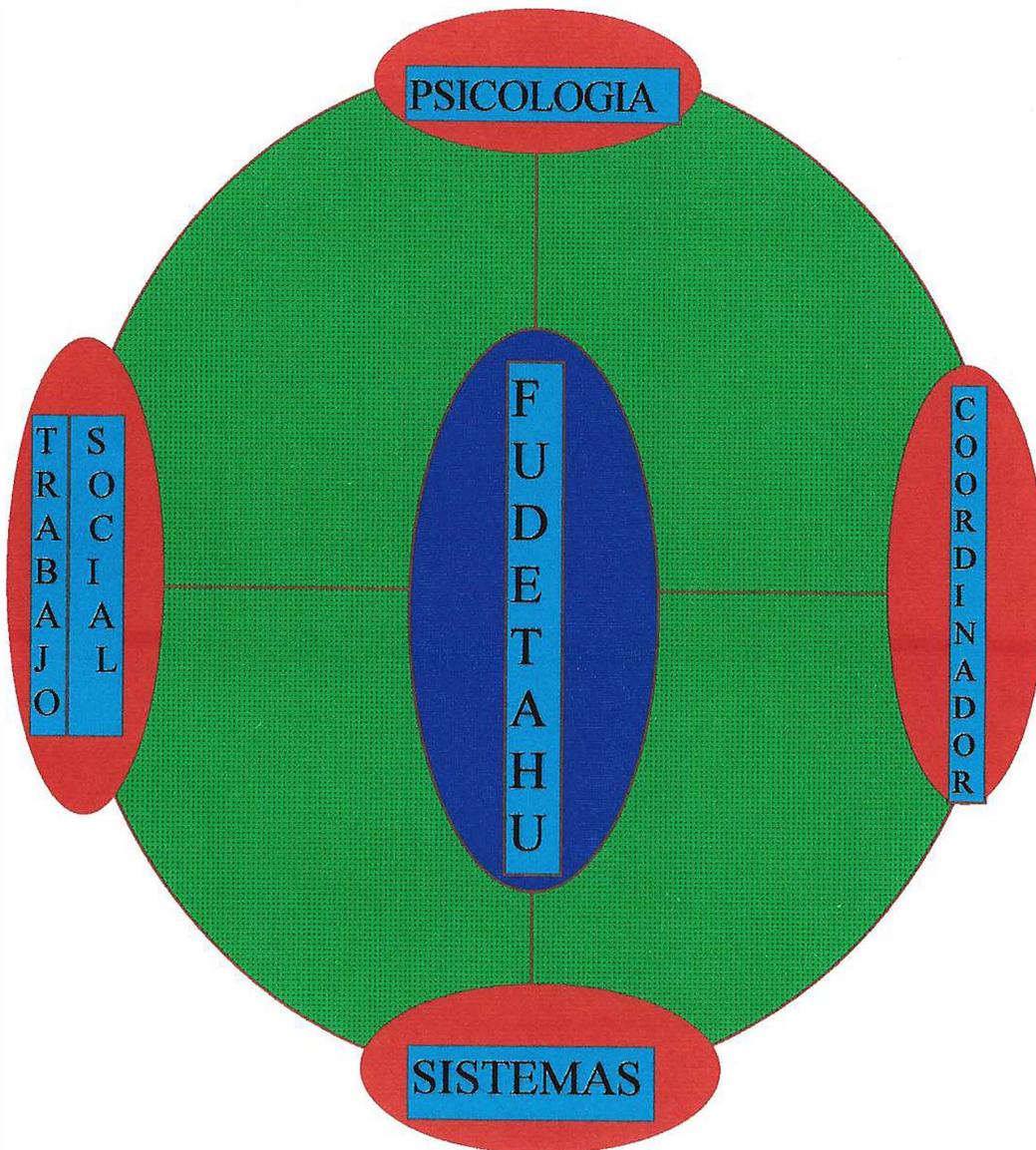
La empresa asesora maneja un organigrama en Atomo, como se muestra en la gráfica 1 y para cada institución de salud se ha implementado un organigrama con similar característica en Atomo que responda al modelo gerencial propuesto, como se aprecia en la gráfica 2. Al asumir las instituciones de salud el organigrama en Atomo, podrán entrar a corresponderse con la empresa asesora y, de esta manera, multiplicar la energía del talento humano colaborador.

Tanto el comité y las empresas, cofinanciadoras, como la empresa asesora tienen responsabilidades dentro del proceso a desarrollar. Estas responsabilidades se establecen en el siguiente diagrama.

ENTIDADES Y/O INSTANCIAS	CONFORMACION	COMPROMISOS Y/O RESPONSABILIDADES
Comité Ejecutivo	2 Miembros de la Junta Directiva. 1 Miembro del Gobierno Dptal o Distrital. 2 Miembros de los Directivos del Hospital y/o clínica.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los objetivos y planes de la propuesta. - Conocer la metodología de trabajo y los resultados propuestos. - Evaluación y control.
Entidad cofinanciadora	2 Representantes o Delegados de dicha entidad	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer los objetivos, planes, metodología y resultados propuestos por la empresa asesora. - Pactar con las instituciones la entrega de informes de avances. - Evaluar dichos informes y aconsejar a las instituciones sobre reorientaciones del mismo. - Realizar labores de interventoría en el caso en que no exista un grupo interventor. - Participación activa en la implementación. - Ordenar y facilitar el proceso de cambio.
La Empresa Asesora FUDETAHU	Gerente Operativo Coordinador	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer propósitos, valores y planes generales de trabajo de asesoría en conjunto con las directivas del hospital. - Explicar y lograr acuerdos con las directivas

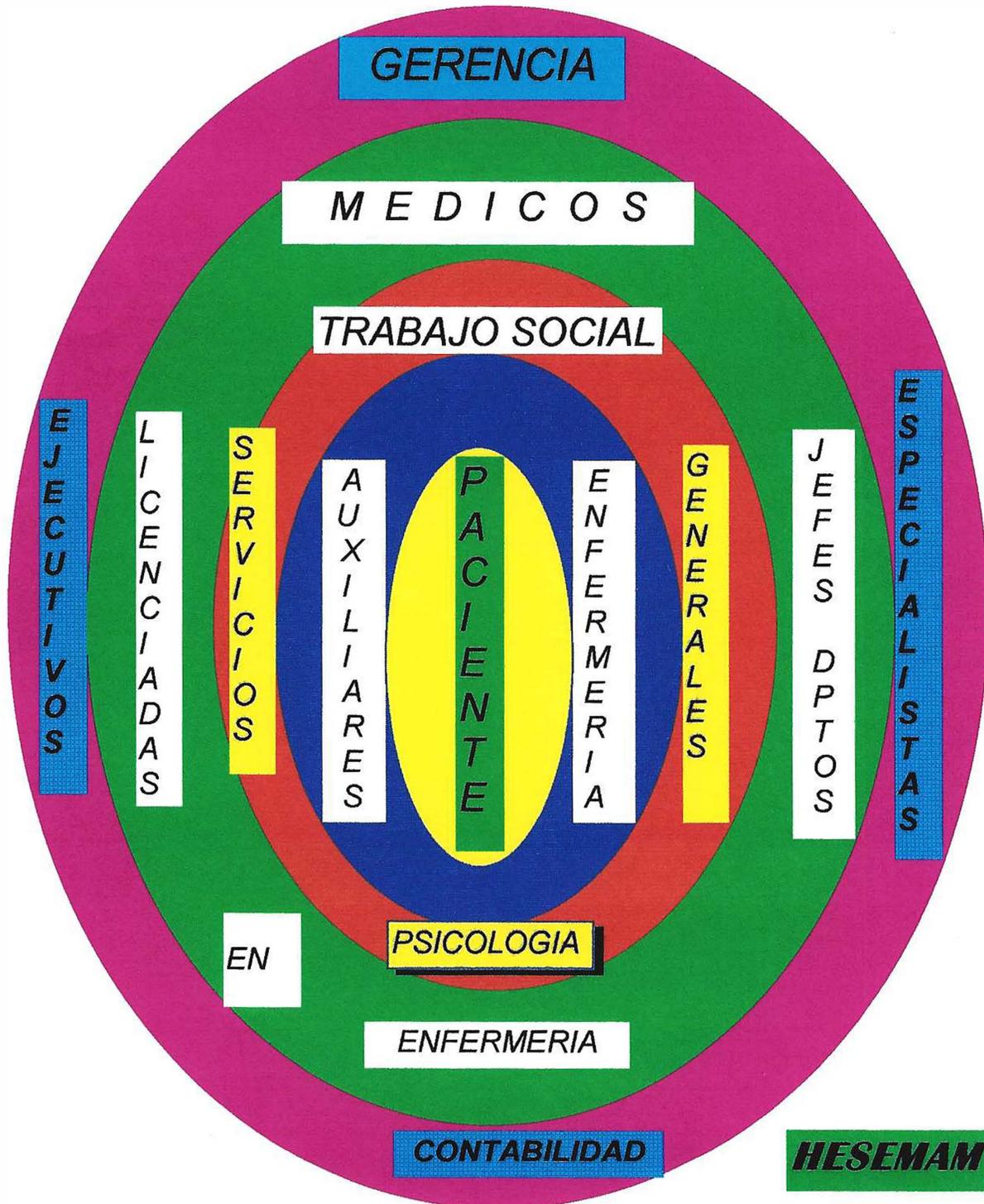
		<p>sobre la metodología a seguir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer claramente el objetivo y propósito de cada frente de trabajo. - Reunirse periódicamente con las directivas del hospital para analizar los logros y tropiezos del trabajo desarrollado y hacer ajustes al mismo. - Verificar el cumplimiento de los planes de trabajo. - Mantener informados a los jefes de áreas acerca de los avances del trabajo. - Conocer y respetar la jerarquía del área en que se va a trabajar.
	<p>Psicología, Trabajo Social, Sistemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer claramente los objetivos y propósitos de cada frente de trabajo. - cumplir con las tareas propuestas y ser puntuales en las reuniones. - Ser idóneos en la materia. - Llevar actas de la reuniones de trabajo, consignando en ellas las actividades desarrolladas. - Conocer y respetar la jerarquía del área en la que se trabaja.

ORGANIGRAMA FUDETAHU

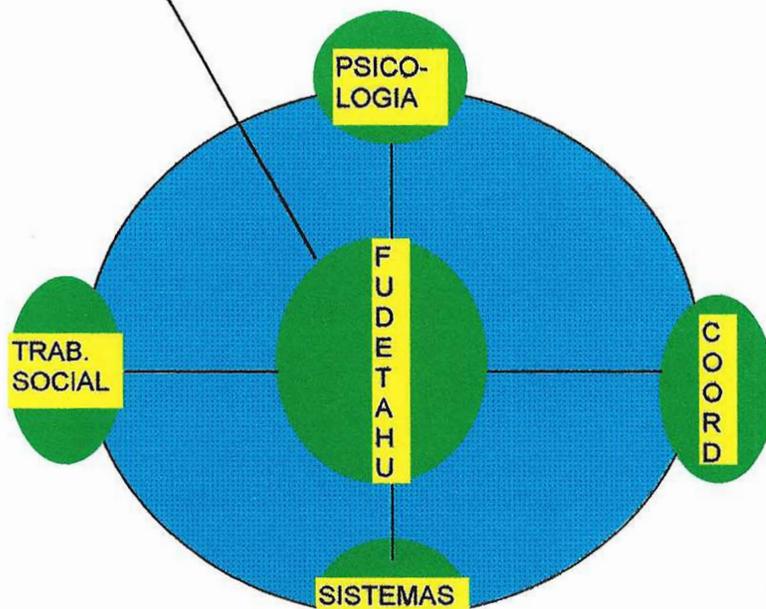
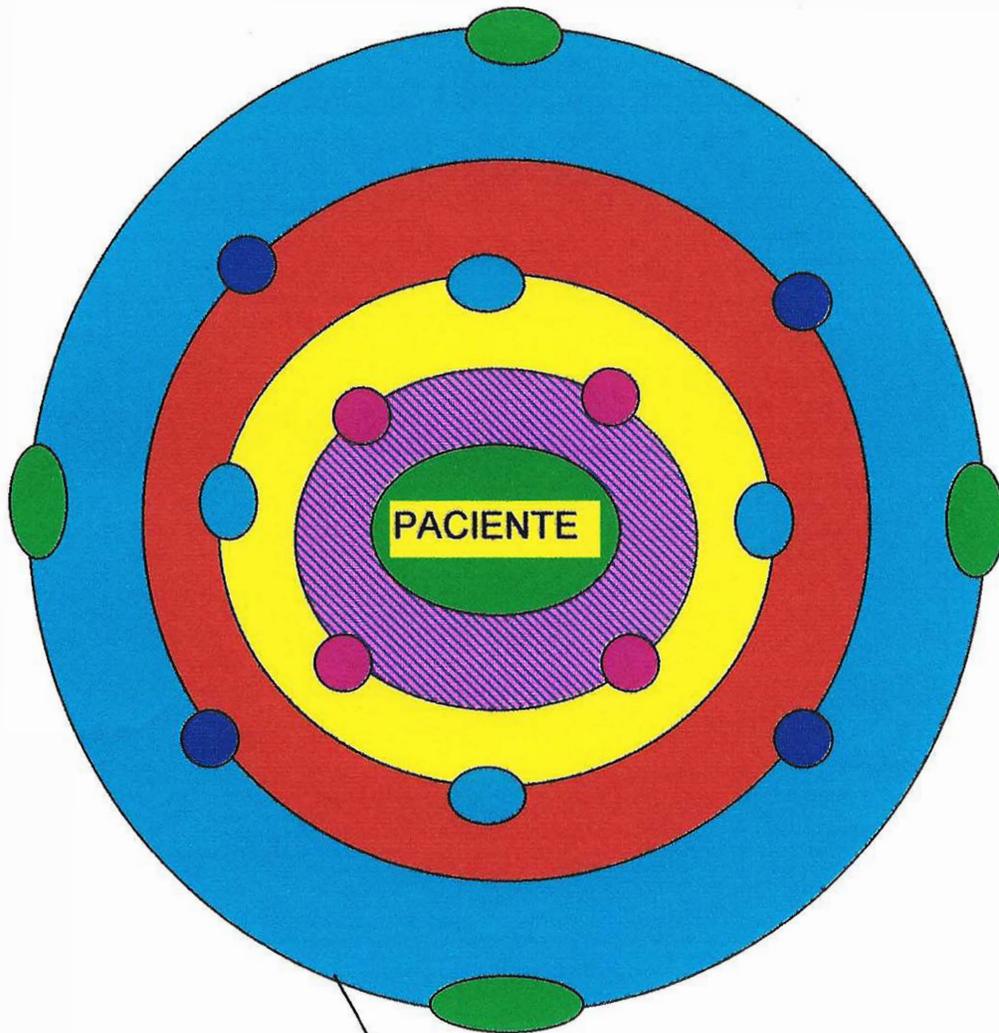


FUDETAHU: FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO. HESEMAM.

ORGANIGRAMA DE UN HOSPITAL HUMANIZADO



HOSPITAL HUMANIZADO



EMPRESA

ASESORA

HESEMAM

BIBLIOGRAFÍA

BERMEJO, José Carlos. Humanizar la salud. Editorial San Pablo, Biblioteca Hospitalaria, 1997. Pág. 29-47.

BOSSO, Domingo. Nacer y Morir con Dignidad. Editorial Kimpres LTDA. 1991. Colección Selare No.34. Pág. 20-37.

BUCKMAN, Robert. ¿Que decir? ¿Como decirlo?: Editorial Kimpres LTDA. 1993. Colección Selare No.41. Pág. 11-39.

COLOMBERO, Giuseppe. La enfermedad tiempo para la valentía. Editorial Taller San Pablo, 1993. Colección Etica. Pág. 122.

ESMERAL BARROS, Cesar. La salud y su privatización en la reforma de la seguridad social; Ley 100 de 1993. Plaza y Janés Editores, 1995. Pág. 21-45.

ESTRADA, Víctor Mario. Memoria VII. Congreso Nacional de Trabajo Social. Cali, 1991. Pág. 78-82.

GÓMEZ DE LEON, Patricia. Gestión Hospitalaria. Instituto SER de Investigación, 1991. Pág. 15-89.

HARRINGTON, H. James. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Mcgraw-Hill Internamericana, S.A., 1993. Serie Mcgraw-Hill de Management. Pág. 61-95, 278-283.

MANUAL. La humanización del mundo de la salud, 1990. Edición Centro Camiliano. Pág. 13-22.

MCGREGOR, Douglas. El lado Humano de las organizaciones. Mcgraw-Hill Interamericana, S.A., 1994. Clásicas Mcgraw-Hill. Pág. 177-239.

MALHERBE, Jean Francois. Hacia una Etica de la Medicina. Editoria San Pablo, 1993. Colección Etica. Pág. 24-29, 141.

PANGRAZZI, Arnaldo. Creatividad Pastoral al servicio del enfermo. Editorial Sal Terrae 1998. Colección Pastoral No.37. Pág. 107-117.

PERULAN BIELZA, Angel. Humanización. Editorial Kimpres LTDA, 1992. Colección Experiencias No.103. Pág. 47-21.

_____ Experiencias de crecimiento. El duelo. Editorial Kimpres LTDA, 1992. Pág. 13-101.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de seguridad social integral; Ley 100 de 1993. República de Colombia, 1995. Pág. 11-134.

SANDRIN, L. BRUSCO, A. POLICANTE, G. Comprender y ayudar al enfermo. Editorial Kimpres LTDA, 1991. Colección Selare No.35. Pág. 13-82, 183-189.

REDRADO, J.L.; MARCHESI, P.; BOLECH, P.; BRUSCO, A. Editorial Kimpres LTDA, 1991. Colección Selare No.24. Pág. 80-82.

VILLEGAS DE LA VEGA, Jesús A.; GARZA ZUAZUA, Juan Carlos. Cambio y Mejoramiento continuo. Editorial Diana, S.A. de C.V., 1994. Pág.123-327.

WEIL, Pierre. Holística: Una nueva visión y abordaje de los real. Editorial San Pablo, 1993. Colección Experiencias. Pág. 31-47.

ANEXOS



**GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD PARA UN HOSPITAL
HUMANIZADO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

HEBERTH SEGUNDO MALDONADO MESTRE

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO

SIMON BOLIVAR

INSTITUTO DE POSGRADO

BARRANQUILLA

1997

1. IDENTIFICACION.

NOMBRE DEL PROYECTO:

**GERENCIA EN INSTITUCIONES DE SALUD PARA UN HOSPITAL HUMANIZADO
EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.**

2. CLASIFICACION.

GESTION SOCIAL.

OBJETIVOS DEL PROYECTO.

- **Orientar la actuación de la medicina hacia el servicio del enfermo para ofrecerle una atención humanizada.**
 - **Proporcionar las herramientas necesarias para que el trabajador de la salud se re-encuentre con su propia realidad, ante una sociedad que vive de espaldas a los valores morales y espirituales.**
 - **Facilitar el conocimiento de los derechos del enfermo, los derechos de la familia del enfermo, su aplicación y la manera de cumplirlos y respetarlos.**
-

- Mejorar la autoestima del trabajador de la salud para que pueda dar lo mejor de si a la persona enferma.

3. LOCALIZACION.

Este proyecto se llevará a cabo en la ciudad de Barranquilla, capital del Departamento del Atlántico.

4. JUSTIFICACION.

Ante la pérdida progresiva de los valores fundamentales, en un ambiente en donde reina la violencia sin importarle quien caiga; despreocupados porque no nos toca, la sociedad ha caído en la desidia y en el abandono total, a donde lo lleve la corriente de ese Río cuadaloso, pero cada vez sus aguas más sucias y contaminadas por la corrupción, enriquecimiento ilícito; donde la vida perdió valor y mucho más la salud; que, para un Estado cuya inversión social en ella se disminuye cada vez más hasta el punto de tener la utopía de salud para el 2000 pero sin bases para conseguirla; amparado en la importación de un sistema de salud (Ley 100) que no garantiza resultados En lo que lleva de existencia ya presenta grandes debilidades y amenazas.

La idea de los agentes de salud, que ha ido cambiando paralelamente en la historia del País; en donde se ha mal aprendido o mal adaptado a los malos modales, al irrespeto, la rutina en el diario trabajar y, mal dirigido hacia la persona enferma, ser humano débil que llega a una institución hospitalaria, sea privada o pública y, es maltratado por un talento humano desmotivado económicamente; sin vocación en lo que hace, sin promoción y, sin apoyo para realizar un trabajo en donde el centro sea siempre la persona enferma.

Hoy por hoy se hace imprescindible crear una necesidad a satisfacer en el agente de la salud: Humanizar la Salud.

Este proyecto pretende inculturizar la humanización en la salud para que la vida del agente de la salud tenga un norte, exista un poder en la manera y forma en que se está trabajando; reflexione y despierte la vocación al servicio, ganando calidad de vida que se verá reflejada tanto en lo personal, familiar, interpersonal, y en el ser humano enfermo.

5. DESCRIPCION.

El proyecto, básicamente consiste en la implementación de una entidad asesora encargada de la capacitación y asesoría para la puesta en marcha de estrategias gerenciales para la humanización de los hospitales de Barranquilla. Es gerenciar un hospital humanizado; lo cual significa, mirar al mundo presente y futuro, conscientes de realizar la vocación de hombre en el mundo actual, que busca resolver los problemas de salud, enfermedad y, la asistencia a la luz de aquellos valores que han orientado siempre la humanidad.

El proyecto es la confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver las cosas; por un aparte, hay una cultura que privilegia el valor de la eficacia y, por otra parte, hay una cultura que le da primacía al respeto por la persona y la defensa de los derechos, apoyada en una actitud positiva frente a unas relaciones de empatía y comunicación en busca de la comprensión de la situación de la persona como ser integral.

La humanización del hospital es un proceso dinámico, interactivo en el cual es prioritario enseñar y capacitar al personal para que acepten las necesidades de la persona enferma, sus necesidades como agentes de salud, y los factores estructurales y organizativos del hospital en que laboran orientando su acción hacia

la prestación de un servicio con características avaladas por la eficiencia, eficacia, calidad, competitividad, liderazgo, suficiencia, dignidad, compromiso y libertad.

6. FINANCIACION DE LA INVERSION.

ENTIDAD FINANCIERA	PERIODO DE VIDA					TOTAL
	AÑO 0 1997	AÑO 1 1998	AÑO 2 1999	AÑO 3 2000	AÑO 4 2001	
DISTRISALUD		21.337.500	21.337.500	21.337.500	21.337.500	85.350.000
DASALUD	14.250.000					14.250.000
RECURSOS PROPIOS	33.250.000	49.787.500	49.787.500	49.787.500	49.787.500	232.400.000
TOTAL	47.500.000	71.125.000	71.125.000	71.125.000	71.125.000	332.000.000

FUENTE: ESTUDIO DE MERCADO.(FUDETAHU).

7. COSTOS ANUALES DE OPERACION DEL PROYECTO.

ITEM DEL COSTO	MONTO EN \$ DEL AÑO 1997	%	ENTIDAD FINANCIERA
ESTUDIO PREVIO	10.000.000	21	DASALUD
DESARROLLO PRIMARIO	6.000.000	12.6	DASALUD
SEMINARIOS	7.000.000	14.7	HOSP. NIÑO JESÚS
TALLERES	7.000.000	14.7	HOSP. NIÑO JESÚS
SEMINARIOS-TALLERES	7.000.000	14.7	HOSP. NIÑO JESÚS
REFORZAMIENTOS	10.500.000	22.3	HOSP. NIÑO JESÚS
TOTAL COSTOS	47.500.000	100%	

8. IMPACTO DEL PROYECTO.

8.1. COBERTURA

La cobertura directa del proyecto está representada por cuatro hospitales del Distrito de Barranquilla y, uno del Departamento. Entre los cinco centros de atención en salud se ha escogido una población de 1000 trabajadores de la salud, entre médicos, enfermeros (as), administradores, técnicos, trabajadores sociales. Como beneficiarios finales del proyecto, es decir, del producto generado por éste; están los usuarios, clientes y pacientes que consultan los servicios médicos asistenciales de estos hospitales.

8.2. INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR
MEJORAMIENTO EN EL TRATO AL ENFERMO	15.834.000
CALIDAD MÉDICA ASISTENCIAL	15.834.000
ELEVACIÓN DEL NIVEL DE PERTENENCIA	15.834.000

8. ESTUDIOS QUE RESPALDAN EL PROYECTO.

NOMBRE DEL ESTUDIO	ENTIDAD REALIZADORA
ESTUDIO DE MERCADO	FUDETAHU
ESTUDIO TECNICO	FUDETAHU
ESTUDIO FINANCIERO	FUDETAHU
ESTUDIO ORGANIZACIONAL	FUDETAHU