

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA REAPERTURA DEL  
HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA UBICADO EN EL MUNICIPIO  
DE SAN SALVADOR SUR, DISTRITO DE SANTIAGO  
TEXACUANGOS**

PRESENTADO POR:

**MARCELO ALEJANDRO GONZÁLEZ GUZMÁN**

**WILLIAM ADALBERTO MARTÍNEZ RODAS**

**EDWIN ALEJANDRO MORALES PÉREZ**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**INGENIERO INDUSTRIAL**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO 2026

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

RECTOR:

**MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA**

SECRETARIO GENERAL:

**LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA**

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

DECANO:

**ING. LUIS SALVADOR BARRERA MANCÍA**

SECRETARIO:

**ARQ. RAÚL ALEXANDER FABIÁN ORELLANA**

**ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

DIRECTORA:

**MSC. JEANNETTE ELIZABETH SÁNCHEZ DE POCASANGRE**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

**INGENIERO INDUSTRIAL**

Título :

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA REAPERTURA DEL  
HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA UBICADO EN EL  
MUNICIPIO DE SAN SALVADOR SUR, DISTRITO DE  
SANTIAGO TEXACUANGOS**

Presentado por:

**MARCELO ALEJANDRO GONZÁLEZ GUZMÁN**

**WILLIAM ADALBERTO MARTÍNEZ RODAS**

**EDWIN ALEJANDRO MORALES PÉREZ**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**MSC. JUAN ENRIQUE REYES RUIZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MARZO 2026

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**MSC. JUAN ENRIQUE REYES RUIZ**

## AGRADECIMIENTO

---

***“Para que vean y entiendan, consideren y comprendan a una que la mano del Señor ha hecho esto, que el Santo de Israel lo ha creado”.*** (Isaías 41:20, NBLA)

Como parte final del proceso de elaboración de este trabajo de graduación, me encuentro en la redacción del agradecimiento y vienen a mi mente todas las personas que, de alguna forma, han influido para llegar a este punto.

### **A mi Dios:**

Sigues obrando y terminarás el día que me llames a tu presencia; más que una carrera, has permitido que experimente todo tipo de situaciones y todo tipo de sentimientos. Entre todo eso, permites que comience una nueva etapa, pero esta vez más cercano a ti; ahora sé que contigo el futuro será más llevadero.

### **A mi familia:**

Los amo a todos, gracias por el apoyo, los consejos y por hacer de mi vida algo extraordinario, con ustedes todo es mejor, con especial atención a mi madre. Tu apoyo siempre es necesario y oportuno; gracias por media vida de estudio universitario y una vida completa bajo tu cuidado y amor.

### **A la facultad de ciencias naturales y matemáticas:**

Con cariño para las personas que conocí en CIMAT. Me honra que me incluyeran en sus grandes éxitos en tan desafiante facultad; los llevo en mi mente y guardo para ustedes mucho respeto y admiración. Quizá un día termine lo que comencé en su compañía y pueda llamarlos, con propiedad, colegas. En mi mente resuena aquel consejo que recibí en uno de sus pasillos: *“la vida es un cúmulo de fracasos y éxitos”*. Gracias, más que física aprendí lo importante que es tomar buenas decisiones y aceptar lo que no pudo ser.

### **A mi grupo de trabajo:**

Logramos terminar en buen tiempo y forma. Deseo para ustedes una carrera próspera y una vida personal llena de buenaventura; que se acerquen a Dios y que este solo sea el principio de muchos éxitos.

### **A la facultad de ingeniería y arquitectura:**

Por recibirme como estudiante y brindarme una carrera en la cual poder desempeñarme, y en general agradecer a la Universidad de El Salvador; más que estudio, has sido parte de mi crecimiento personal.

Que Dios los acompañe siempre.

**Marcelo Alejandro González Guzmán**

## **AGRADECIMIENTO**

---

### **“Siempre parece imposible hasta que se hace.”- Nelson Mandela**

Al culminar esta etapa tan importante de mi formación académica, deseo expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que de una u otra manera, han formado parte de este camino y han contribuido a que hoy pueda alcanzar una de mis metas más importantes.

En primer lugar, agradezco a Dios, quien ha permitido que todos los objetivos de esta etapa se cumplan y nos haya permitido superar cada obstáculo y cada prueba que se presentó. Su guía y fortaleza me han acompañado en cada etapa de este proceso.

A mi familia y en especial a mi madre, por ser el pilar fundamental de mi vida. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu esfuerzo incansable y por trabajar día a día para brindarme las oportunidades que me permitieron llegar hasta aquí. A pesar de las dificultades, siempre encontraste la manera de darme lo necesario para continuar, y por ello te estaré eternamente agradecido.

A mis compañeros y futuros colegas, con quienes compartí este proceso lleno de retos y aprendizajes. Gracias por su apoyo, por las ideas compartidas y por motivarme a seguir adelante incluso en los momentos más complicados. Juntos aprendimos que, con esfuerzo, trabajo en equipo y una actitud positiva, es posible alcanzar las metas que nos proponemos.

A la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, por brindarme un espacio donde viví experiencias que jamás olvidaré. Recordar mis primeros días en la facultad me llena de nostalgia, pero también de gratitud por la hospitalidad y el ambiente de aprendizaje que encontré en cada persona que formó parte de esta etapa.

A la Universidad de El Salvador, mi alma mater, por permitirme formar parte de su historia y por brindarme la oportunidad de convertirme en un “hijo de la Minerva”. Es un orgullo pertenecer a una institución histórica que ha sido fuente de conocimiento, crecimiento y formación profesional para tantas generaciones.

Finalmente, la carrera universitaria no siempre fue fácil, pero cada esfuerzo, cada dificultad y cada desafío han valido la pena. Este logro me recuerda que nada es imposible cuando se trabaja con perseverancia, determinación y la firme convicción de que uno mismo puede alcanzar aquello que se propone.

**William Adalberto Martínez Rodas**

## AGRADECIMIENTO

---

***“Los cuentos de hadas superan la realidad no porque nos digan que los dragones existen, sino porque nos dicen que los dragones pueden ser vencidos.”*** - G. K. Chesterton

Mientras escribo estas palabras, no puedo evitar pensar en todos los retos, aprendizajes y experiencias que han marcado este camino académico. Cada etapa ha representado un desafío distinto, pero también una oportunidad para crecer y comprender que incluso las dificultades más grandes pueden superarse con esfuerzo, perseverancia y el apoyo de quienes nos acompañan en el camino.

Por ello, expreso mi sincero agradecimiento a quienes formaron parte de este recorrido:

En primer lugar, agradezco a Dios por el don de la vida y por brindarme la fortaleza, la paciencia y la oportunidad de recorrer este camino. Su guía ha estado presente en cada etapa, especialmente en aquellos momentos en los que avanzar parecía más difícil.

A mi familia, por su apoyo constante, su confianza y por ser siempre una fuente de motivación. Gracias por creer en mí, por acompañarme en cada paso de este proceso y por haberme formado con valores y principios que orientan mi vida.

A mis amigos, por su compañía y por los momentos compartidos a lo largo de estos años. Gracias por sus palabras de ánimo, la paciencia, las conversaciones y por estar presentes en las etapas más importantes de esta experiencia.

A mis compañeros de grupo, por el trabajo compartido, la colaboración y el apoyo mutuo durante este proceso. Gracias por las ideas, el esfuerzo conjunto y por ese impulso constante que nos motivó a seguir avanzando y a sacar adelante cada etapa. Admiro el profesionalismo, la dedicación y el compromiso que cada uno ha demostrado desde las aulas. Les deseo muchos éxitos en su vida personal y en su futuro profesional.

A la Universidad de El Salvador, a la Facultad de Ingeniería y Arquitectura, y a mis grupos de trabajo, por las oportunidades, los conocimientos y las experiencias compartidas que hicieron de estos años una etapa de aprendizaje y crecimiento.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han sido parte de este recorrido. Aunque algunas quizá no estén presentes hoy, sus enseñanzas, apoyo y ejemplo han contribuido a formar la persona que soy, y por ello les guardo un profundo agradecimiento.

Con esperanza y gratitud por lo vivido, continúo este camino recordando que *“el futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños.”* - Eleanor Roosevelt

**Edwin Alejandro Morales Pérez**

## Índice de contenidos

Introducción.....	1
Objetivos .....	4
Importancia .....	6
Justificación del estudio .....	8
Alcances y limitaciones .....	10
Capítulo 1: Marcos De La Investigación .....	12
I. Marco Teórico.....	12
A. Estudio De Factibilidad .....	12
B. Estudio De Mercado .....	23
C. Concepto De Demanda En Salud.....	31
D. Herramientas De Análisis De Causas .....	33
II. Marco Contextual.....	41
A. Principales Tendencias En Servicios De Salud En América Latina (2015–2025).....	41
B. Tendencias Recientes En Servicios De Salud En El Salvador.....	55
C. Descripción Demográfica De Los Distritos en Estudio .....	66
III. Marco Legal .....	73
A. Base Constitucional Del Derecho A La Salud.....	73
B. Normativa General del Sistema Nacional de Salud.....	77
C. Regulación De Establecimientos De Salud Por Nivel De Atención .....	87
D. Procesos Para Autorización Y Control De Establecimientos Privados.....	94
E. Implicaciones Jurídicas Para La Reapertura O Reconversión .....	99
Capítulo 2: Diagnóstico .....	106
I. Antecedentes Históricos .....	106
II. Metodología De La Investigación.....	108
III. Situación Actual Y Causas Del Cierre .....	110
A. Propósito, Metodología De Recolección Y Tratamiento De La Información... ..	110
B. Descripción Del Estado Actual Del Hospital .....	114
C. Análisis De Las Causas Del Cierre.....	145
D. Síntesis Final .....	156
IV. Estudio de mercado consumidor .....	163
A. Objetivo del estudio del mercado consumidor.....	163

B.	Antecedentes del mercado consumidor .....	164
C.	Perfil del consumidor .....	167
D.	Segmentación de mercado consumidor .....	169
E.	Técnicas e instrumentos de recolección de información .....	177
F.	Muestra .....	185
G.	Resultados y análisis de la investigación de campo .....	187
H.	Proyecciones .....	213
I.	Síntesis del mercado consumidor .....	223
J.	Ficha técnica del instrumento de recolección de información .....	225
V.	Estudio de mercado distribuidor .....	226
A.	Metodología .....	226
B.	Delimitación del concepto y funciones del distribuidor en salud .....	227
C.	Determinación de la información necesaria y fuentes de consulta .....	228
D.	Planteamiento de alternativas para la distribución de servicios hospitalarios .....	230
E.	Caracterización de actores distribuidores .....	231
F.	Determinación y selección de alternativas de distribución. ....	233
G.	Diseño del plan y ejecución de recolección de datos .....	239
H.	Selección de distribuidores .....	310
I.	Síntesis del mercado distribuidor .....	311
VI.	Estudio de mercado competidor .....	312
A.	Metodología .....	313
B.	Establecimiento del alcance del estudio de mercado competidor .....	313
C.	Determinación de información necesaria y fuentes de consulta .....	314
D.	Caracterización de competidores (perfil de competidores) .....	316
E.	Diseño de plan de recolección de datos .....	323
F.	Síntesis del mercado competidor .....	395
VII.	Mercado abastecedor .....	397
A.	Objetivo del estudio del mercado abastecedor .....	398
B.	Antecedentes del mercado abastecedor de medicamentos en el salvador....	399
C.	Tendencia en el mercado abastecedor .....	401
D.	Perfil de los Abastecedores de Medicamentos .....	405
E.	Técnicas e instrumentos de recolección de información .....	407
F.	Análisis de abastecedores del hospital divina providencia .....	409

G. Síntesis del mercado abastecedor .....	439
VII. Síntesis De Resultados Del Diagnóstico Y Formulación Del Problema .....	442
A. Situación Actual Del Hospital Divina Providencia .....	442
B. Síntesis del mercado distribuidor.....	445
C. Síntesis del mercado competidor .....	446
D. Síntesis mercado consumidor .....	448
E. Síntesis mercado abastecedor .....	449
F. Matriz de involucrados .....	451
G. Árbol de problema .....	466
H. Árbol de objetivos .....	467
I. Descripción de las causas del problema .....	468
J. Síntesis y validación de la problemática .....	471
K. Generación y evaluación de alternativas de solución.....	473
Capítulo 3: Diseño.....	487
I. Tamaño del proyecto .....	487
A. Factores determinantes .....	487
B. Mercado de consumo .....	488
C. Mercado abastecedor .....	503
D. Mercado distribuidor .....	512
E. Recursos financieros .....	513
F. Recurso humano .....	514
G. Recursos tecnológicos.....	515
H. Proceso de selección y evaluación del tamaño óptimo .....	518
II. Localización del proyecto.....	544
A. Generalidades .....	544
B. Macro localización .....	544
C. Micro localización .....	556
III. Ingeniería del proyecto .....	563
A. Metodología de la ingeniería del proyecto.....	563
B. Diseño técnico de los servicios.....	564
C. Procesos productivos o de prestación de servicios .....	569
D. Planificación de la prestación de servicios .....	574
E. Indicadores para medir la calidad del servicio.....	579

F.	Especificaciones de recursos .....	584
G.	Programación de jornadas.....	610
H.	Determinación de áreas.....	613
I.	Distribución en planta .....	619
J.	Especificación de obra civil.....	642
K.	Resumen de recursos.....	649
IV.	Gestión Administrativa-Organizativa.....	662
A.	Lineamientos Estratégicos.....	662
B.	Definición de la organización .....	685
C.	Manuales .....	694
D.	Sistemas administrativos .....	782
E.	Aspectos legales.....	802
F.	Recursos para garantizar el cumplimiento legal .....	819
V.	Estrategias de marketing .....	825
A.	Estrategia de servicios clínicos.....	825
B.	Estrategia de precios .....	834
C.	Estrategia de distribución y accesibilidad .....	840
D.	Estrategia de promoción .....	847
E.	Brief de lanzamiento .....	855
VI.	Sistemas de apoyo operativo.....	863
A.	Sistema de adquisición de medicamento .....	863
B.	Sistema de seguridad y salud ocupacional .....	869
C.	Sistema de mantenimiento .....	883
Capítulo 4:	Evaluaciones .....	894
I.	Inversiones en el proyecto .....	894
A.	Inversión fija.....	895
B.	Capital de trabajo.....	919
C.	Resumen de inversiones .....	934
II.	Financiamiento del proyecto .....	937
A.	Fuentes de financiamiento.....	937
B.	Tipos de crédito .....	938
C.	Opciones de crédito .....	939
III.	Costos del proyecto .....	947

A.	Establecimiento del sistema de costos .....	947
B.	Costos operativos .....	949
C.	Costos administrativos .....	976
D.	Costos de comercialización .....	984
E.	Depreciaciones .....	990
F.	Costos financieros .....	1000
G.	Costos fijos y variables del proyecto.....	1001
H.	Costo unitario de los servicios .....	1004
IV.	Determinación de precios de servicio .....	1013
V.	Punto de equilibrio .....	1024
VI.	Presupuestos de ingresos y egresos.....	1026
A.	Estimación de egresos .....	1026
B.	Estimación de ingresos.....	1026
C.	Estimación de beneficios anuales .....	1028
VII.	Estados financieros proforma .....	1029
A.	Estado de flujo de efectivo.....	1029
B.	Estado de resultado .....	1033
C.	Balance general .....	1034
VIII.	Evaluación económica.....	1040
A.	Determinación de la Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR) .....	1040
B.	Valor Actual Neto (VAN) .....	1042
C.	Tasa Interna de Retorno (TIR).....	1043
D.	Tiempo de Retorno de la Inversión (TRI).....	1045
E.	Análisis vertical y horizontal.....	1047
F.	Método de análisis horizontal .....	1047
IX.	Análisis de sensibilidad .....	1055
X.	Valoración social.....	1059
XI.	Evaluación ambiental.....	1064
Capítulo 5:	Plan de implementación .....	1070
I.	Gestión del proyecto .....	1070
A.	Planificación inicial.....	1070
B.	Programación y control operativo .....	1084
C.	Seguimiento y control del cronograma .....	1096

II. Organización de la implementación .....	1107
A. Diseño organizativo .....	1107
B. Gestión administrativa y operativa.....	1112
C. gestión de riesgos del proyecto .....	1131
Conclusiones.....	1145
Recomendaciones .....	1147
Referencias Bibliográficas.....	1149
Anexos .....	1155

## Índice de tablas

Tabla 1. Obligaciones legales según el Código de Salud .....	78
Tabla 2. Comparativa de requisitos técnico-administrativos (Nivel 1 vs. Nivel 2).....	89
Tabla 3. Criterios legales comparativos .....	103
Tabla 4. Usos de las técnicas .....	111
Tabla 5. Código para hospital Divina providencia según CLAEES 4.0 .....	115
Tabla 6. Inventario equipo de hospital Divina Providencia .....	121
Tabla 7. Lista de chequeo para infraestructura.....	126
Tabla 8. Lista de chequeo para riesgos eléctricos e incendios.....	131
Tabla 9. Lista de chequeo para riesgos bioinfecciosos .....	135
Tabla 10. Riesgos mayoritarios.....	138
Tabla 11. Resultados de entrevista virtual .....	139
Tabla 12. Clúster área infraestructura y ambiente físico.....	150
Tabla 13. Clúster área equipamiento e insumos.....	151
Tabla 14. Clúster área gestión administrativa y organizacional .....	152
Tabla 15. Clúster área normativa y regulación sanitaria .....	153
Tabla 16. Clúster área recursos financieros.....	154
Tabla 17. Clúster área atención y bioseguridad.....	155
Tabla 18. Ingreso familiar mensual .....	173
Tabla 19. Condiciones laborales .....	173
Tabla 20. Nivel educativo .....	174
Tabla 21. Indicadores de servicios básicos .....	174
Tabla 22. Conclusiones de la segmentación socioeconómica.....	174
Tabla 23. Variables psicográficas .....	175
Tabla 24. Motivaciones de uso de servicios de salud.....	175
Tabla 25. Percepción de calidad en salud .....	176
Tabla 26. Estilos de vida y prioridades .....	176
Tabla 27. Perfiles psicográficos encontrados .....	176
Tabla 28. Parámetros para calcular la muestra .....	185
Tabla 29. Distribución por cada municipio .....	186
Tabla 30. Prioridad de los servicios según la encuesta .....	215
Tabla 31. Proporción de personas por municipio.....	219
Tabla 32. Proyección de la demanda por municipio .....	219
Tabla 33. Proyección anual de la demanda por municipio.....	220
Tabla 34. Proyección de la demanda por Santiago Texacuangos.....	220
Tabla 35. Proyección de la demanda por Santo Tomas .....	221
Tabla 36. Proyección de la demanda por San Luis Talpa .....	221
Tabla 37. Proyección de la demanda por Olocuilta .....	222
Tabla 38. Ficha técnica del mercado consumidor.....	225
Tabla 39. Perfil del distribuidor.....	232
Tabla 40. Matriz de decisión para distribuidores.....	235
Tabla 41. Distribuidor de Telemedicina: MediQuo PRO .....	240
Tabla 42. Distribuidor de Telemedicina: Dpxy.me.....	241

Tabla 43. Distribuidor de Telemedicina: WhatsApp Business.....	242
Tabla 44. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: Seguros SISA .....	243
Tabla 45. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: MAPFRE El Salvador.....	244
Tabla 46. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: Aseguradora ACSA.....	245
Tabla 47. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Redes Sociales .....	246
Tabla 48. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Mensajería instantánea .....	247
Tabla 49. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Plataformas y Portales Web.....	248
Tabla 50. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: SMS y llamadas automatizadas .....	249
Tabla 51. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Medios tradicionales con enfoque digital .....	250
Tabla 52. Ficha técnica de Checklist - Telemedicina .....	253
Tabla 53. Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina.....	254
Tabla 54. Ficha técnica de Checklist - Convenio con aseguradoras .....	258
Tabla 55. Checklist de evaluación de aseguradoras .....	259
Tabla 56. Ficha técnica de Checklist - Canales digitales de seguimiento y educación en salud.....	262
Tabla 57. Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud.....	264
Tabla 58. Aplicación de Checklist: Telemedicina - WhatsApp Business.....	267
Tabla 59. Aplicación de Checklist: Telemedicina - Mediquo .....	271
Tabla 60. Aplicación de Checklist: Telemedicina - Doxy.me.....	275
Tabla 61. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - Seguros SISA.....	279
Tabla 62. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - MAPFRE El Salvador .....	282
Tabla 63. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - Aseguradora ACSA	286
Tabla 64. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Redes Sociales .....	289
Tabla 65. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Mensajería Instantánea .....	292
Tabla 66. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Plataformas y Portales Web .....	295
Tabla 67. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - SMS y llamadas automatizadas .....	298
Tabla 68. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Medios tradicionales con enfoque digital .....	301
Tabla 69. Perfil de competidor directo .....	320
Tabla 70. Perfil de competidor indirecto.....	321
Tabla 71. Perfil de servicios sustitutos .....	322
Tabla 72. Descripción de competidores: Competencia directa - Unidad de Salud de Santo Tomás.....	324

Tabla 73. Descripción de competidores: Competencia directa - Centro Médico Familiar Shalom .....	325
Tabla 74. Descripción de competidores: Competencia directa - Clínica Municipal de San Luis Talpa .....	326
Tabla 75. Descripción de competidores: Competencia directa - Unidad de Salud Olocuilta .....	327
Tabla 76. Descripción de competidores: Competencia indirecta - Laboratorios clínicos privados.....	328
Tabla 77. Descripción de competidores: Competencia indirecta - Consultorios médicos privados .....	329
Tabla 78. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Telemedicina "131" (MINSAL) .....	331
Tabla 79. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea").....	332
Tabla 80. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Medicina alternativa y autocuidado.....	333
Tabla 81. Ficha técnica de Checklist – Competencia directa.....	338
Tabla 82. Checklist de evaluación de competidores directos .....	339
Tabla 83. Ficha técnica de Checklist – Competencia indirecta.....	343
Tabla 84. Checklist de evaluación de competidores indirectos .....	344
Tabla 85. Ficha técnica de Checklist – Servicios Sustitutos .....	347
Tabla 86. Checklist de evaluación de servicios sustitutos .....	348
Tabla 87. Aplicación de checklist: Competencia directa - Unidad de Salud de Santo Tomás .....	352
Tabla 88. Aplicación de checklist: Competencia directa - Centro Médico Familiar Shalom .....	357
Tabla 89. Aplicación de checklist: Competencia directa - Clínica Municipal de San Luis Talpa.....	360
Tabla 90. Aplicación de checklist: Competencia directa - Unidad de Salud Olocuilta ..	363
Tabla 91. Aplicación de checklist: Competencia indirecta - Laboratorios Clínicos privados.....	367
Tabla 92. Aplicación de checklist: Competencia indirecta - Consultorios médicos privados.....	370
Tabla 93. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Telemedicina "131" (MINSAL) .....	374
Tabla 94. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea").....	377
Tabla 95. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Medicina alternativa y autocuidado.....	381
Tabla 96. Ficha técnica del instrumento para el mercado abastecedor.....	409
Tabla 97. Ficha técnica de Laboratorios López .....	410
Tabla 98. Medicamentos que comercializa Laboratorios López .....	410
Tabla 99. Otros medicamentos que comercializa Laboratorios López .....	411
Tabla 100. Ficha técnica de FARLAB .....	414

Tabla 101. Catálogo de medicamentos de FARLAB .....	415
Tabla 102. Ficha técnica de Droguería Santa Lucia .....	419
Tabla 103. Catálogo 1 de medicamentos de Droguería Santa Lucia .....	420
Tabla 104. Catálogo 2 de medicamentos de Droguería Santa Lucia .....	421
Tabla 105. Catálogo 3 de medicamentos de Droguería Santa Lucia .....	421
Tabla 106. Ficha técnica de Droguería Farmavida .....	424
Tabla 107. Catálogo 1 de medicamentos de Farmavida .....	425
Tabla 108. Catálogo 2 de medicamentos de Farmavida. ....	425
Tabla 109. Catálogo 3 de medicamentos de Farmavida. ....	426
Tabla 110. Ficha técnica de Droguería Integral .....	429
Tabla 111. Catálogo 1 de medicamentos de Droguería integral.....	430
Tabla 112. Catálogo 2 de medicamentos de Droguería integral.....	430
Tabla 113. Catálogo 3 de medicamentos de Droguería integral.....	431
Tabla 114. Catálogo 4 de medicamentos de Droguería integral.....	431
Tabla 115. Ficha técnica de Droguería PISA.....	434
Tabla 116. Catálogo 1 de medicamentos de PISA .....	435
Tabla 117. Catálogo 2 de medicamentos de PISA .....	435
Tabla 118. Catálogo 3 de medicamentos de PISA .....	436
Tabla 119. Comparativa entre los diferentes abastecedores.....	438
Tabla 120. Matriz de involucrados .....	451
Tabla 121. Ponderación de poder de los involucrados .....	457
Tabla 122. Ponderación de intensidad de los involucrados.....	457
Tabla 123. Evaluación de involucrados .....	457
Tabla 124. Categoría y Estrategias para involucrados .....	462
Tabla 125. Descripción de las causas .....	468
Tabla 126. Alternativas de solución .....	473
Tabla 127. Criterios y escalas de evaluación.....	476
Tabla 128. Ponderación de criterios. ....	478
Tabla 129. Matriz de decisión para selección de alternativa de solución .....	480
Tabla 130. Matriz de consistencia de problemática .....	482
Tabla 131. Servicios a ofertar .....	489
Tabla 132. Memorial de labores junio 2021 - mayo 2022: emergencia .....	491
Tabla 133. Es junio 2021 - mayo 2022: consulta externa .....	492
Tabla 134. Demanda por servicio .....	492
Tabla 135. Plan operativo anual hospitalario de 2016 .....	493
Tabla 136. Plan Operativo Anual Hospitalario 2016: Consulta gastroenterólogo y Consulta Urología. ....	493
Tabla 137. Resumen de consultas por servicios médicos .....	494
Tabla 138. Demanda para servicios de consulta .....	494
Tabla 139. Proyecciones de demanda para servicios médicos .....	494
Tabla 140. Consultas por tipo de servicio .....	495
Tabla 141. Exámenes médicos por servicios de consulta .....	496
Tabla 142. Exámenes por servicios médicos.....	497
Tabla 143. Demanda de exámenes de laboratorio. ....	497

Tabla 144. Resumen de Demanda de exámenes de laboratorio.....	498
Tabla 145. Proyección de demanda para servicios de Laboratorio clínico.....	499
Tabla 146. Consultas por servicios médicos.....	500
Tabla 147. Estudios de imagenología por servicios médicos.....	500
Tabla 148. Resumen de estudios de imagenología por servicios médicos.....	501
Tabla 149. Demanda de estudios de imagenología por servicios médicos.....	501
Tabla 150. Resumen de demanda de estudios de imagenología por servicios médicos.....	502
Tabla 151. Proyección de demanda para servicios de Imagenología.....	502
Tabla 152. Productos por proveedor.....	505
Tabla 153. Demanda esperada de medicamentos.....	508
Tabla 154. Insumos médicos para operaciones.....	509
Tabla 155. Tipo de canal de distribución.....	512
Tabla 156. Factores de capacidad.....	513
Tabla 157. Recurso humano necesario para la clínica.....	514
Tabla 158. Recursos tecnológicos.....	515
Tabla 159. Factores para determinar el tamaño optimo.....	519
Tabla 160. Criterios a evaluar para tamaño optimo.....	520
Tabla 161. Nivel de importancia.....	520
Tabla 162. Valoración de factores del tamaño optimo.....	520
Tabla 163. Capacidad instalada según consultas anuales.....	522
Tabla 164. Demanda semanal de servicios.....	522
Tabla 165. Tiempo promedio por servicio.....	523
Tabla 166. Proyección de los servicios año 1.....	524
Tabla 167. Proyección de los servicios año 2.....	525
Tabla 168. Proyección de los servicios año 3.....	526
Tabla 169. Proyección de los servicios año 4.....	527
Tabla 170. Proyección de los servicios año 5.....	528
Tabla 171. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 1.....	529
Tabla 172. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 2.....	531
Tabla 173. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 3.....	532
Tabla 174. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 1.....	537
Tabla 175. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 2.....	538
Tabla 176. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 3.....	539
Tabla 177. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 4.....	540
Tabla 178. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 5.....	541
Tabla 179. Demanda esperada según servicios.....	543
Tabla 180. Accesibilidad vial.....	549
Tabla 181. Cobertura poblacional.....	550
Tabla 182. Disponibilidad de servicios básicos.....	550
Tabla 183. Infraestructura instalada.....	550
Tabla 184. Impacto socioeconómico.....	550
Tabla 185. Cumplimiento normativo.....	551
Tabla 186. Factores de evaluación de la competencia vs Clínica divina providencia...	551

Tabla 187. Matriz de evaluación cualitativa .....	554
Tabla 188. Matriz resultado de la evaluación cualitativa .....	554
Tabla 189. Mano de obra y de apoyo: Servicio de consulta .....	584
Tabla 190. Mano de obra y de apoyo: Servicio de exámenes de laboratorio .....	585
Tabla 191. Mano de obra y de apoyo: Servicio de Imagenología .....	587
Tabla 192. Mano de obra y de apoyo: Servicio de Farmacia .....	589
Tabla 193. Criterios de selección de equipos y mobiliarios .....	591
Tabla 194. Evaluación de equipos por consulta .....	591
Tabla 195. Evaluación de equipos por servicios de laboratorio .....	593
Tabla 196. Evaluación de equipos de imagenología .....	595
Tabla 197. Evaluación de equipos de farmacia .....	597
Tabla 198. Equipo necesario: Servicio de consulta .....	598
Tabla 199. Equipo necesario: Servicio de exámenes de laboratorio .....	599
Tabla 200. Equipo necesario: Servicio de Imagenología .....	601
Tabla 201. Equipo necesario: Servicio de farmacia .....	603
Tabla 202. Mobiliario necesario: Servicio de consulta .....	603
Tabla 203. Mobiliario necesario: Exámenes de laboratorio .....	606
Tabla 204. Equipo necesario: Servicio de Imagenología .....	608
Tabla 205. Equipo necesario: Servicio de farmacia .....	609
Tabla 206. Puestos requeridos .....	610
Tabla 207. Programación de jornadas .....	611
Tabla 208. Determinación de áreas .....	614
Tabla 209. Determinación de áreas operativas .....	618
Tabla 210. Prioridad de proximidad .....	626
Tabla 211. Valor por proximidad .....	626
Tabla 212. Diagrama de actividades relacionadas .....	627
Tabla 213. Relaciones entre áreas .....	628
Tabla 214. Resume de equipo requerido .....	649
Tabla 215. Resumen de mobiliario requerido .....	651
Tabla 216. Resumen de Recurso humano requerido .....	652
Tabla 217. Resumen general de recursos necesarios .....	653
Tabla 218. Áreas requeridas para la clínica .....	655
Tabla 219. Mobiliario y equipo sin asignación .....	656
Tabla 220. Área no utilizada .....	660
Tabla 221. Aprovechamiento de los recursos disponibles .....	661
Tabla 222. Componentes para la nueva misión .....	663
Tabla 223. Comparativo de misiones .....	664
Tabla 224. Componentes para la nueva visión .....	666
Tabla 225. Comparativo de visiones .....	666
Tabla 226. Valores propuestos .....	667
Tabla 227. Desarrollo del FODA .....	672
Tabla 228. Estrategias a partir del FODA .....	674
Tabla 229. Comparativa de organigramas .....	689
Tabla 230. Funciones generales de la organización .....	690

Tabla 231. Sistemas administrativos básicos .....	799
Tabla 232. Recursos necesarios.....	800
Tabla 233. Licencia y permisos necesarios .....	811
Tabla 234. Requerimientos para cumplimiento de RTA.....	814
Tabla 235. Recurso humano para cumplimiento de legal funcionamiento.....	821
Tabla 236. Documentos para legal cumplimiento .....	823
Tabla 237. Regulaciones de contratos y servicios .....	825
Tabla 238. Servicios de la clínica.....	828
Tabla 239. Tarifas preliminares para los servicios .....	838
Tabla 240. Conveniencia para el usuario.....	847
Tabla 241. Indicadores de logros. ....	854
Tabla 242. Criterios de selección de proveedor.....	864
Tabla 243. Escenarios del plan de contingencia .....	866
Tabla 244. Infraestructura del proyecto .....	897
Tabla 245. Costos de obra civil y adecuación.....	898
Tabla 246. Equipo requerido por servicio. ....	898
Tabla 247. Mobiliario requerido por servicio .....	901
Tabla 248. Reacondicionamiento de equipos .....	904
Tabla 249. Rotulación y señalización.....	905
Tabla 250. Equipos para alquiler .....	907
Tabla 251. Reacondicionamiento de equipo para alquiler. ....	908
Tabla 252. Consolidado de inversión fija tangible.....	910
Tabla 253. Honorarios de analista .....	911
Tabla 254. Honorarios de asesor .....	912
Tabla 255. Resumen de honorarios .....	912
Tabla 256. Costos de ploteo de documentos.....	912
Tabla 257. Costo de internet residencial.....	913
Tabla 258. Costo de energía eléctrica por kWh.....	913
Tabla 259 Tabla resumen de recursos de internet residencial y energía eléctrica .....	913
Tabla 260. Presupuesto del anteproyecto .....	913
Tabla 261. Presupuesto del diagnóstico .....	914
Tabla 262. Presupuestos del diseño .....	914
Tabla 263. Presupuestos de las evaluaciones y etapa final .....	915
Tabla 264. Consolidado de costos de los estudios realizados .....	915
Tabla 265. Costos de la administración de la implementación del proyecto.....	916
Tabla 266. Trámites legales y permisos. ....	917
Tabla 267. Costos de capacitaciones .....	918
Tabla 268. Consolidado de inversión fija tangible.....	919
Tabla 269. Insumos médicos requeridos. ....	921
Tabla 270. Insumos médicos administrativos. ....	925
Tabla 271. Insumos administrativos.....	925
Tabla 272. Insumos de comercialización. ....	926
Tabla 273. Planilla del personal .....	927
Tabla 274. Honorarios del personal de salud .....	928

Tabla 275. Planilla del personal .....	929
Tabla 276. Servicios de internet y línea fija .....	930
Tabla 277. Costo del servicio de energía eléctrica .....	931
Tabla 278. Costo de agua potable .....	932
Tabla 279. Imprevistos .....	933
Tabla 280. Consolidado de capital de trabajo .....	933
Tabla 281. Resumen de inversiones.....	934
Tabla 282. Inversión a financiar .....	935
Tabla 283. Resumen de inversión final .....	936
Tabla 284. Opciones de crédito .....	940
Tabla 285. Anualidades Banco Cuscatlán .....	942
Tabla 286. Anualidades Citibank .....	944
Tabla 287. Anualidades Banco Industrial.....	946
Tabla 288. Insumos médicos y medicamentos para el año 1 .....	949
Tabla 289. Insumos médicos y medicamentos para el año 2 .....	952
Tabla 290. Insumos médicos y medicamentos para el año 3 .....	955
Tabla 291. Insumos médicos y medicamentos para el año 4 .....	959
Tabla 292. Insumos médicos y medicamentos para el año 5 .....	962
Tabla 293. Costos de papelería para área médica año 1 .....	966
Tabla 294. Costos de papelería para área médica año 2 .....	966
Tabla 295. Costos de papelería para área médica año 3 .....	967
Tabla 296. Costos de papelería para área médica año 4 .....	967
Tabla 297. Costos de papelería para área médica año 5 .....	968
Tabla 298. Resumen de insumos médicos - papelería .....	968
Tabla 299. Mano de obra operativa .....	969
Tabla 300. Mano de obra operativa costo anual.....	970
Tabla 301. Servicios básicos área operativa .....	971
Tabla 302. Conglomerado de costos de servicios básicos para área operativa .....	971
Tabla 303. Costos de capacitación área operativa .....	972
Tabla 304. Conglomerado de costos de capacitación área operativa .....	972
Tabla 305. Costos de mantenimiento área operativa .....	973
Tabla 306. Costos de mantenimiento de equipos de área operativa .....	973
Tabla 307. Costos de mantenimiento de área operativa proyectados para 5 años .....	974
Tabla 308. Conglomerado de costos operativos.....	975
Tabla 309. Costos de insumos de oficina año 1 .....	976
Tabla 310. Costos de insumos de oficina año 2 .....	976
Tabla 311. Costos de insumos de oficina año 3 .....	977
Tabla 312. Costos de insumos de oficina año 4 .....	977
Tabla 313. Costos de insumos de oficina año 5 .....	978
Tabla 314. Conglomerado de Costo de insumos de oficina .....	978
Tabla 315. Costos de mano de obra administrativa.....	979
Tabla 316. Conglomerado de mano de obra administrativa .....	979
Tabla 317. Costos de servicios básicos .....	980
Tabla 318. Conglomerado de costos de servicios básicos .....	980

Tabla 319. Costos de capacitaciones .....	981
Tabla 320. Desglose de costos de capacitaciones .....	981
Tabla 321. Costos de mantenimiento de equipos .....	982
Tabla 322. Conglomerado de costo de mantenimiento de equipos .....	982
Tabla 323. Conglomerado de costos administrativos .....	983
Tabla 324. Costos de comercialización año 1 .....	984
Tabla 325. Costos de comercialización año 2 .....	984
Tabla 326. Costos de comercialización año 3 .....	985
Tabla 327. Costos de comercialización año 4 .....	985
Tabla 328. Costos de comercialización año 5 .....	985
Tabla 329. Conglomerado de costos de comercialización .....	986
Tabla 330. Costos de mano de obra de comercialización .....	986
Tabla 331. Conglomerado de costos de mano de obra de comercialización.....	986
Tabla 332. Costos de servicios básicos de comercialización .....	987
Tabla 333. Conglomerado de costos de servicios básicos de comercialización.....	987
Tabla 334. Costo de capacitaciones de capacitación .....	987
Tabla 335. Conglomerado de costos de capacitación de comercialización.....	988
Tabla 336. Costos de mantenimiento de comercialización .....	988
Tabla 337. Conglomerado de costos de mantenimiento de equipos .....	988
Tabla 338. Conglomerado de costos de comercialización.....	989
Tabla 339. Depreciación: Equipo requerido.....	991
Tabla 340. Depreciación: Mobiliario requerido.....	994
Tabla 341. Valor de la infraestructura .....	997
Tabla 342. Depreciación: Equipo para alquiler. ....	997
Tabla 343. Desglose de depreciaciones. ....	999
Tabla 344. Costos financieros: Banco Industrial El Salvador S.A.....	1000
Tabla 345. Costos fijos y variables. ....	1001
Tabla 346. Costos fijos y variables. ....	1003
Tabla 347. Participación por servicio .....	1004
Tabla 348. Participación por servicio de alquiler parte 1 .....	1005
Tabla 349. Participación por servicio de alquiler parte 2 .....	1005
Tabla 350. Participación final por servicio.....	1005
Tabla 351. Determinación de costo por tipo de servicio parte 1 .....	1006
Tabla 352. Determinación de costo por tipo de servicio parte 2 .....	1007
Tabla 353. Determinación de costo por servicio individual: Servicios de consulta .....	1007
Tabla 354. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de exámenes de laboratorio .....	1008
Tabla 355. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de exámenes de imagenología.....	1009
Tabla 356. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de farmacia.....	1010
Tabla 357. Determinación de costo por servicio individual: Alquiler de locales .....	1010
Tabla 358. Determinación de costo por servicio individual: Alquiler de equipo .....	1010
Tabla 359. Conglomerado de costos por servicios .....	1012
Tabla 360. Determinación de precio por servicio parte 1 .....	1018

Tabla 361. Determinación de precio por servicio parte 2.....	1020
Tabla 362. Precios por alquiler de locales .....	1022
Tabla 363. Precios de equipo para alquiler.....	1022
Tabla 364. Punto de equilibrio .....	1024
Tabla 365. Estimación de egresos .....	1026
Tabla 366. Estimación de ingresos .....	1026
Tabla 367 Estimación de beneficios anuales.....	1028
Tabla 368. Estado de flujo de efectivo parte 1 .....	1029
Tabla 369. Estado de flujo de efectivo parte 2.....	1031
Tabla 370. Estado de resultado .....	1033
Tabla 371. Balance general año 0 .....	1034
Tabla 372. Balance general año 1 .....	1035
Tabla 373. Balance general año 2 .....	1036
Tabla 374. Balance general año 3 .....	1037
Tabla 375. Balance general año 4 .....	1038
Tabla 376. Balance general año 5 .....	1039
Tabla 377. Tasa de inflación promedio de El Salvador.....	1041
Tabla 378. Determinación de TMAR mixta .....	1042
Tabla 379. Acumulado para cálculo del TRI .....	1046
Tabla 380. Análisis vertical del balance general .....	1048
Tabla 381. Análisis vertical del estado de resultado .....	1050
Tabla 382. Análisis horizontal del balance general.....	1052
Tabla 383. Análisis horizontal del estado de resultado.....	1054
Tabla 384. Matriz de Leopold aplicada a la reapertura de la Clínica Divina providencia.....	1068
Tabla 385. Gastos de administración, tramites y capacitación del proyecto.....	1071
Tabla 386. Descripción de los paquetes de trabajo del proyecto .....	1075
Tabla 387. Diccionario de actividades del proyecto .....	1078
Tabla 388. Actividades del proyecto y sus precedencias.....	1084
Tabla 389. Políticas por entregables del proyecto .....	1087
Tabla 390. Descripción de las estrategias .....	1088
Tabla 391. Descripción de las estrategias por entregable .....	1089
Tabla 392. Determinación de la duración, RRHH y costos de las actividades .....	1090
Tabla 393. Presupuesto por entregable .....	1093
Tabla 394. Presupuesto para administración de implementación del proyecto .....	1095
Tabla 395. Ruta crítica .....	1097
Tabla 396. Holgura del proyecto .....	1098
Tabla 397. planificación de actividades .....	1102
Tabla 398. ventajas y desventajas por tipo de estructura organizativa.....	1108
Tabla 399. nivel de cumplimiento.....	1111
Tabla 400. ponderación de criterios .....	1111
Tabla 401. matriz de ponderación.....	1111
Tabla 402. Categoría de riesgos .....	1132
Tabla 403. matriz de actividades de riesgos .....	1134

Tabla 404. escala de probabilidad de riesgo .....	1138
Tabla 405. escala de impacto del riesgo.....	1139
Tabla 406. clasificación de criticidad.....	1139
Tabla 407. actividades de riesgo y asignación de probabilidades .....	1139
Tabla 408. Matriz del plan de acción de riesgos .....	1142

## Índice de figuras

Figura 1. Finalidad del estudio de factibilidad .....	12
Figura 2. Ruta lógica del estudio de factibilidad.....	13
Figura 3. Esquema radial de los componentes clave del estudio de factibilidad .....	16
Figura 4. Representación del proyecto como sistema: entradas, procesos, salidas y retroalimentación.....	18
Figura 5. Personal de diferentes áreas del hospital Divina Providencia en época de funcionamiento.....	19
Figura 6. Grupo de investigación en vista de campo a hospital Divina Providencia .....	21
Figura 7. Ámbitos de intervención de la ingeniería industrial en proyectos hospitalarios .....	22
Figura 8. Funciones estratégicas del estudio de mercado en la reapertura de un hospital.....	24
Figura 9. Elementos clave del entorno a considerar en el análisis de mercado para servicios hospitalarios.....	25
Figura 10. Trabajo de campo, encuesta (fuente primaria) en Santiago Texacuangos ...	27
Figura 11. Enfoque combinado para la recolección de información en proyectos de reapertura hospitalaria .....	28
Figura 12. Etapas del diseño de encuestas en estudios de factibilidad.....	30
Figura 13. Tipos de demanda en salud según forma de manifestación.....	32
Figura 14. Representación territorial de la demanda para el proyecto hospitalario .....	33
Figura 15. Niveles de causalidad en el análisis causa-raíz .....	34
Figura 16. Ventajas metodológicas de la técnica de los 5 porqués .....	36
Figura 17. Usos estratégicos de las listas de chequeo en estudios de factibilidad hospitalaria.....	40
Figura 18. El gasto en salud en Latinoamérica y el Caribe.....	48
Figura 19. Índice Mundial de Seguridad Sanitaria y mortalidad en la Región de las Américas, por país, 2021 .....	53
Figura 20. Demografía Santiago Texacuangos .....	67
Figura 21. Demografía de Santo Tomas.....	69
Figura 22. Demografía Olocuilta .....	71
Figura 23. Demografía San Luis Talpa .....	72
Figura 24. Diagrama de corresponsabilidad en salud.....	76
Figura 25. Esquema de estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud.....	80
Figura 26. Sistema Nacional de Salud.....	82
Figura 27. Funciones del CSSP .....	84
Figura 28. Diagrama de relación institucional entre autoridades sanitarias y ONGs .....	86
Figura 29. Diagrama escalonado de niveles de atención .....	87
Figura 30. Infografía de áreas físicas requeridas.....	91
Figura 31. Proceso de reconversión o cambio de categoría.....	93
Figura 32. Proceso de habilitación de un establecimiento de salud .....	95
Figura 33. Principios aplicables a procedimientos administrativos en salud.....	97
Figura 34. Cambios de hospital a centro de primer nivel.....	101

Figura 35. Sostenibilidad jurídica en establecimientos de salud.....	105
Figura 36. Mapa del departamento de San Salvador .....	107
Figura 37. Fuentes de información .....	114
Figura 38. Misión y Visión de hospital divina providencia .....	115
Figura 39. Pasos a seguir en la recolección de datos .....	116
Figura 40. Fachada hospital Divina Providencia.....	117
Figura 41. Visita de campo en las instalaciones del hospital.....	118
Figura 42. Primeros hallazgos sobre infraestructura inadecuada.....	118
Figura 43. Pasos para recolección de información de inventario .....	119
Figura 44. Clasificación de equipo medico .....	120
Figura 45. Algunos equipos médicos con los que cuenta el hospital.....	120
Figura 46. Infraestructura e inventario de hospital divina providencia .....	125
Figura 47. Evidencia de infraestructura piso.....	127
Figura 48. Evidencia de humedad, filtraciones y moho .....	128
Figura 49. Evidencia para aberturas, cerramientos y ventilación .....	129
Figura 50. Evidencia para seguridad, accesos y salubridad.....	130
Figura 51. Evidencia sobre instalaciones eléctricas .....	132
Figura 52. Evidencia control de incendios .....	133
Figura 53. Acumulación de materiales combustibles.....	134
Figura 54. Evidencia riesgos biológicos activos.....	136
Figura 55. Evidencia de riesgos por cierre prolongado.....	136
Figura 56. Evidencia en áreas críticas .....	137
Figura 57. Documentación desactualizada .....	143
Figura 58. Metodología para aplicación de técnicas.....	146
Figura 59. Diagrama de Ishikawa .....	148
Figura 60. Contenido del estudio del mercado consumidor.....	163
Figura 61. Iglesia parroquial de Santiago apóstol, Santiago Texacuangos .....	169
Figura 62. Plaza Santo Tomas, Municipio de Santo Tomas .....	170
Figura 63. Tradicional festival de la pupusa, Olocuilta.....	171
Figura 64. Parque de San Luis Talpa .....	172
Figura 65. Análisis de la interrogante 1 de estudio de mercado .....	188
Figura 66. Análisis de la interrogante 2 de estudio de mercado .....	189
Figura 67. Análisis de la interrogante 3 de estudio de mercado .....	190
Figura 68. Análisis de la interrogante 4 de estudio de mercado .....	190
Figura 69. Análisis de la interrogante 5 de estudio de mercado .....	191
Figura 70. Análisis de la interrogante 6 de estudio de mercado .....	192
Figura 71. Análisis de la interrogante 7 de estudio de mercado .....	192
Figura 72. Análisis de la interrogante 8 de estudio de mercado .....	193
Figura 73. Análisis de la interrogante 9 de estudio de mercado .....	194
Figura 74. Análisis de la interrogante 10 de estudio de mercado .....	195
Figura 75. Análisis de la interrogante 11 de estudio de mercado .....	195
Figura 76. Análisis de la interrogante 12 de estudio de mercado .....	196
Figura 77. Análisis de la interrogante 13 de estudio de mercado .....	197
Figura 78. Análisis de la interrogante 14 de estudio de mercado .....	197

Figura 79. Análisis de la interrogante 15 de estudio de mercado .....	198
Figura 80. Análisis de la interrogante 15A de estudio de mercado .....	199
Figura 81. Análisis de la interrogante 15B de estudio de mercado .....	200
Figura 82. Análisis de la interrogante 15C de estudio de mercado .....	200
Figura 83. Análisis de la interrogante 15D de estudio de mercado .....	201
Figura 84. Análisis de la interrogante 15D de estudio de mercado .....	202
Figura 85. Análisis de la interrogante 15F de estudio de mercado .....	202
Figura 86. Análisis de la interrogante 15G de estudio de mercado .....	203
Figura 87. Análisis de la interrogante 15H de estudio de mercado .....	204
Figura 88. Análisis de la interrogante 15I de estudio de mercado .....	204
Figura 89. Análisis de la interrogante 15J de estudio de mercado .....	205
Figura 90. Análisis de la interrogante 16 de estudio de mercado .....	206
Figura 91. Análisis de la interrogante 17 de estudio de mercado .....	206
Figura 92. Análisis de la interrogante 18 de estudio de mercado .....	207
Figura 93. Análisis de la interrogante 19 de estudio de mercado .....	208
Figura 94. Análisis de la interrogante 20 de estudio de mercado .....	209
Figura 95. Análisis de la interrogante 21 de estudio de mercado .....	209
Figura 96. Análisis de la interrogante 22 de estudio de mercado .....	210
Figura 97. Análisis de la interrogante 17A de estudio de mercado .....	211
Figura 98. Análisis de la interrogante 18B de estudio de mercado .....	211
Figura 99. Análisis de la interrogante 19C de estudio de mercado .....	212
Figura 100. Proyección de servicios .....	215
Figura 101. Grafica de proyección de la demanda por Santiago Texacuangos .....	220
Figura 102. Proyección de la demanda por Santo Tomas .....	221
Figura 103. Proyección de la demanda por San Luis Talpa .....	222
Figura 104. Proyección de la demanda por Olocuilta .....	223
Figura 105. Metodología del Estudio de mercado distribuidor .....	226
Figura 106. Plan y ejecución de recolección de datos .....	239
Figura 107. Metodología del Estudio de mercado competidos .....	313
Figura 108. Plan de recolección de datos .....	323
Figura 109. Metodología del mercado abastecedor .....	397
Figura 110. Involucrados a favor .....	459
Figura 111. Involucrados en contra .....	460
Figura 116. Categorías de involucrados .....	461
Figura 117. Árbol de problema .....	466
Figura 118. Árbol de objetivos .....	467
Figura 119. validación de la problemática .....	471
Figura 116. Conceptualización de la solución .....	481
Figura 117. Metodología de la ingeniería del proyecto .....	563
Figura 122. Blueprint servicios de consulta .....	565
Figura 123. Blueprint de servicios de laboratorio .....	566
Figura 120. Blueprint servicios de imagenología .....	567
Figura 121. Blueprint servicios de farmacia .....	568
Figura 122. Diseño de proceso de consulta .....	570

Figura 123. Diseño del proceso de farmacia .....	571
Figura 124. Diseño de proceso de imagenología .....	572
Figura 125. Diseño del proceso de farmacia .....	573
Figura 130. Planificación de servicio de consulta .....	575
Figura 131. planificación de servicio de laboratorio .....	576
Figura 132. Planificación de servicio de imagenología .....	577
Figura 133. Planificación de servicios de farmacia .....	578
Figura 134. Diagrama de relación 1 .....	630
Figura 135. Propuesta 1 de layout .....	631
Figura 136. Diagrama de relación 2 .....	632
Figura 137. Propuesta 2 de layout .....	633
Figura 138. Diagrama de relación 3 .....	634
Figura 139. Propuesta 3 de layout .....	635
Figura 136. Planta actual .....	640
Figura 137. Planta sugerida .....	641
Figura 138. Modelo 3D de cafetería .....	642
Figura 139. Modelo 3D consultorio medico .....	643
Figura 140. Modelo 3D de laboratorio clínico .....	644
Figura 141. Modelo 3D sala de espera para la clínica .....	645
Figura 142. Modelo 3D para sala de rayos X .....	646
Figura 143. Modelo 3D para estación de farmacia .....	647
Figura 144. Modelo 3D para baños .....	649
Figura 145. Organigrama actual .....	685
Figura 150. Organigrama propuesto .....	687
Figura 147. Pantalla inicial de open EMR .....	786
Figura 148. Búsqueda y adición de pacientes .....	786
Figura 149. Formulario de ingreso nuevo paciente .....	787
Figura 150. Información de signos vitales del paciente .....	787
Figura 151. Historial clínico del paciente .....	788
Figura 152. Registro de visitas y causas del paciente .....	788
Figura 153. Perfil administrativo del paciente .....	789
Figura 154. Menú de informe de open EMR .....	789
Figura 155. Menú de informes para clínica de open EMR .....	790
Figura 156. Diagrama EPS de sistema de expedientes .....	790
Figura 157. Ventana de pago de open EMR .....	791
Figura 158. Reportes financieros de open EMR .....	791
Figura 159. Diagrama EPS de sistema caja y facturación .....	792
Figura 160. Ventana de entrada de solicitud para entrada de laboratorio .....	793
Figura 161. Registro de orden de laboratorio .....	793
Figura 162. Reportes estadísticos por procedimientos .....	794
Figura 163. Diagrama EPS sistema de laboratorio e imagenología .....	794
Figura 164. Menú de reportes .....	795
Figura 165. Análisis de consumo de medicamentos .....	796
Figura 166. Alertas ante posibles brotes epidemiológicos .....	796

Figura 167. Diagrama EPS sistema de informes epidemiológicos .....	797
Figura 168. Ventana para dispensar medicamentos .....	798
Figura 169. Entrada y salida de medicamentos .....	798
Figura 170. Destrucción de medicamentos.....	799
Figura 171. Diagrama EPS sistema de inventario de medicamentos y farmacia .....	799
Figura 172. Figura jurídica de la clínica .....	803
Figura 173. Pasos para la habilitación .....	804
Figura 174. Naturaleza de la clínica.....	806
Figura 175. Pasos generales para registro mercantil.....	806
Figura 176. Beneficios de un registro vigente .....	807
Figura 177. Marco legal y jurídico a cumplir .....	809
Figura 178. Inscripción para certificación de cumplimiento de calidad .....	816
Figura 179. Pasos generales para el cambio de razón social.....	819
Figura 180. Servicios prioritarios para la clínica.....	826
Figura 181. Retroalimentación de los servicios .....	827
Figura 182. Clasificación de los servicios .....	830
Figura 183. Evolución de los servicios en 5 años .....	831
Figura 184. Propuesta de valor CANVAS para la clínica .....	833
Figura 185. Componentes de las políticas de precios .....	835
Figura 186. Cercanía de la carretera con la localización actual.....	842
Figura 187. Objetivos de la comunicación .....	848
Figura 188. Ejes de la comunicación .....	849
Figura 193. Inversiones en el proyecto .....	894
Figura 190. Capital de trabajo del proyecto .....	895
Figura 191. Costos del proyecto .....	948
Figura 192. Tasa de inflación de El Salvador. ....	1040
Figura 193. EDT del proyecto .....	1072
Figura 194. Red del proyecto .....	1096
Figura 195. Diagrama de Gantt.....	1100
Figura 196. programación financiera .....	1101
Figura 197. Estructura para la implementación del proyecto .....	1113
Figura 198. Evaluación de probabilidad e impacto de riesgos.....	1137

## Introducción

El acceso equitativo a servicios de salud de calidad constituye un derecho fundamental y un pilar esencial para el desarrollo humano y social de cualquier comunidad. En El Salvador, alcanzar este derecho continúa siendo uno de los mayores desafíos del sistema público y privado de salud, pues, a pesar de los avances en materia normativa e institucional, aún persisten desigualdades significativas en el acceso, especialmente en zonas rurales y semiurbanas donde las condiciones geográficas, económicas y estructurales limitan la atención médica oportuna.

En este contexto, el hospital Divina Providencia, ubicado en el distrito de Santiago Texacuangos, ha representado históricamente una alternativa médica fundamental para las comunidades en condiciones de vulnerabilidad, brindando servicios de salud integrales con enfoque humanitario. Fundado por la Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás, la institución se consolidó como un referente regional gracias a su compromiso social, apoyo voluntario y atención prioritaria a mujeres, niños y adultos mayores. Sin embargo, debido a deficiencias administrativas, incumplimiento de normativas sanitarias, deterioro en su infraestructura, fallas operativas y reducción de la cooperación internacional, el hospital cesó sus operaciones en septiembre de 2024, generando un vacío considerable en la red de atención primaria de salud del municipio y zonas aledañas.

Ante esta realidad, se formuló el Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia como una clínica, con el objetivo de evaluar técnica, económica, operativa y legalmente la posibilidad de reactivar su funcionamiento bajo un nuevo modelo de gestión de primer nivel de atención. Este estudio se ha estructurado en cuatro etapas interdependientes que integran el análisis diagnóstico, el diseño institucional, la evaluación de factibilidad y el plan de implementación.

La primera etapa, de carácter exploratorio, estableció los fundamentos conceptuales, metodológicos y técnicos del estudio. En ella se definieron los objetivos, alcances y metodología general, además de analizar los antecedentes históricos del hospital, las condiciones del entorno demográfico y sanitario del distrito, así como la normativa aplicable a establecimientos de salud de primer nivel.

La segunda etapa, correspondiente al diagnóstico, permitió analizar de manera integral la situación actual del hospital, identificando su estado estructural, operativo y administrativo. A través de herramientas como entrevistas semiestructuradas, listas de verificación técnica, observación directa y revisión documental, se determinaron las causas que originaron su cierre, las condiciones del equipamiento e infraestructura, y los factores críticos que condicionan su reapertura. Asimismo, se incluyó una caracterización del entorno sanitario del área de influencia, analizando la demanda de servicios médicos, la competencia, los proveedores y los canales de distribución disponibles, con el fin de construir una visión técnica y objetiva sobre su viabilidad.

La tercera etapa, centrada en el diseño, tradujo los hallazgos del diagnóstico en propuestas operativas y estratégicas concretas. En esta fase se planteó la reconversión del antiguo hospital en una clínica de primer nivel, con servicios esenciales de consulta externa, laboratorio clínico, farmacia e imagenología, siguiendo los lineamientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También se diseñó una estructura organizativa moderna, protocolos de salud ocupacional, estrategias de control de calidad y mecanismos de sostenibilidad financiera, acompañados de un plan de mercadeo orientado a posicionar la institución dentro del sistema local de salud.

En la cuarta y última etapa, se desarrolla el análisis financiero, económico, social y ambiental, así como la propuesta de implementación del proyecto. Esta sección incluye una propuesta organizativa–administrativa adaptada a la gestión clínica, en la que se definen su marco legal, estructura jerárquica, sistemas de gestión operativa, sanitaria y administrativa, así como los subsistemas de apoyo relacionados con la calidad, la seguridad ocupacional, la contabilidad, los costos, los recursos humanos, la logística y el mantenimiento.

Se detallan las inversiones necesarias para la reapertura, clasificadas en inversión fija tangible e intangible, capital de trabajo y costos operativos, desglosados en costos de prestación de servicios, administración, comercialización y financieros. A partir de ello, se elaboran los presupuestos de ingresos y gastos, junto con los estados financieros proforma, que permiten estimar la viabilidad económica del proyecto.

Las evaluaciones económico-financieras incluyen el cálculo de los principales indicadores de rentabilidad: Tasa Mínima Atractiva de Retorno (TMAR), Valor Actual Neto (VAN), Tasa Interna de Retorno (TIR) y la relación Beneficio/Costo (B/C), con el propósito de determinar la viabilidad del proyecto desde el punto de vista económico. En paralelo, la evaluación financiera analiza razones de liquidez, rentabilidad y actividad, reduciendo la incertidumbre en la toma de decisiones tanto para la administración clínica como para potenciales inversionistas o entidades cooperantes.

Asimismo, se incluye un análisis de sensibilidad, en el que se consideran escenarios alternativos que podrían presentarse durante la ejecución o funcionamiento de la clínica, tales como incrementos en el volumen de ventas, nuevas negociaciones de tasas con entidades financieras y reducción de costos de operación; con el fin de determinar su impacto en los indicadores económicos y financieros.

De manera complementaria, se realiza una evaluación social y ambiental, mediante la cual se valoran los beneficios directos e indirectos que la reapertura generará para la población, como la creación de empleo, ahorros en el bolsillo de la población, el fortalecimiento del sistema local de salud y la reducción de desplazamientos hacia otros municipios. La evaluación ambiental analiza los posibles impactos derivados de la operación de la clínica, proponiendo medidas de mitigación y estrategias de sostenibilidad.

Finalmente, se aborda la implementación del proyecto, donde se presentan los elementos organizativos, legales y técnicos necesarios para su ejecución. Se detallan la lista de actividades, la ruta crítica, la duración total y el calendario de trabajo, asegurando un proceso de reapertura planificado, ordenado y ajustado a los recursos disponibles.

## Objetivos

### 1. Objetivo General

Realizar un estudio de factibilidad integral para la reapertura de la Clínica Divina Providencia, ubicada en el distrito de Santiago Texacuangos, con el propósito de determinar su viabilidad técnica, económica, operativa, ambiental y social, estableciendo un modelo de gestión sostenible que garantice la prestación de servicios médicos accesibles, de calidad y en cumplimiento con la normativa vigente del sistema nacional de salud.

### 2. Objetivos Específicos

1. Analizar la situación actual del entorno sanitario del distrito de Santiago Texacuangos, considerando la oferta y demanda de servicios de salud, las características demográficas y epidemiológicas de la población y la capacidad instalada de los centros existentes, con el fin de fundamentar la necesidad de reapertura de la clínica.
2. Evaluar las condiciones físicas, estructurales y tecnológicas del inmueble y del equipamiento disponible, identificando los requerimientos de infraestructura, mobiliario y mantenimiento necesarios para su adaptación a los estándares de funcionamiento de una clínica de primer nivel.
3. Diagnosticar el estado administrativo, organizativo y legal de la institución, incluyendo su historial operativo, situación documental, cumplimiento normativo y capacidad institucional, para definir los lineamientos de regularización y habilitación ante las autoridades competentes.
4. Caracterizar el perfil del usuario potencial de la clínica, mediante el análisis de la población objetivo, hábitos de consumo de servicios médicos y niveles de accesibilidad económica y geográfica, con el fin de diseñar una oferta de servicios acorde con las necesidades de salud del territorio.
5. Analizar el entorno competitivo y de mercado mediante la identificación de unidades de salud públicas, clínicas privadas y servicios sustitutos, para establecer estrategias de posicionamiento y diferenciación que fortalezcan la competitividad de la Clínica Divina Providencia.
6. Diseñar los servicios prioritarios de atención médica (consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y farmacia), definiendo los requerimientos técnicos, de personal y de equipamiento conforme a los lineamientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
7. Establecer la estructura organizativa y administrativa de la clínica, incluyendo jerarquías, funciones, procesos internos, protocolos de salud ocupacional, control de calidad y bioseguridad, que aseguren una operación eficiente, transparente y orientada al usuario.

8. Formular un modelo de gestión financiera sostenible, que integre fuentes de financiamiento mixtas, convenios con aseguradoras, alianzas estratégicas y mecanismos de reinversión, asegurando la autonomía económica y la viabilidad a largo plazo de la clínica.
9. Determinar las inversiones necesarias para la reapertura, clasificadas en inversión fija tangible e intangible, capital de trabajo y costos operativos, elaborando los presupuestos de ingresos y egresos y los estados financieros proforma que sustenten la evaluación económica y financiera del proyecto.
10. Evaluar la factibilidad económica, financiera, social y ambiental de la clínica mediante la aplicación de indicadores cuantitativos y cualitativos, tales como la Tasa Mínima Atractiva de Retorno (TMAR), el Valor Actual Neto (VAN), la Tasa Interna de Retorno (TIR) y la Relación Beneficio/Costo (B/C), complementados con análisis de liquidez, rentabilidad y sensibilidad financiera, para determinar la sostenibilidad del proyecto.
11. Valorar los impactos sociales, ambientales y de género asociados a la reapertura de la clínica, proponiendo estrategias que promuevan la equidad, el empleo local y la gestión ambiental responsable en cumplimiento con la legislación nacional.
12. Elaborar un plan de implementación que detalle los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros requeridos, el cronograma de ejecución, la ruta crítica y las estrategias de seguimiento y evaluación necesarias para asegurar la puesta en marcha y la sostenibilidad operativa de la Clínica Divina Providencia.

## Importancia

La importancia del presente Estudio de Factibilidad para la Reapertura de la Clínica Divina Providencia radica en su propósito de responder a una necesidad sanitaria, social y económica real del distrito de Santiago Texacuangos y de los municipios aledaños que históricamente dependían de esta institución para acceder a servicios médicos básicos y especializados. El cierre de la antigua unidad hospitalaria en septiembre de 2024 significó la pérdida de un centro de atención esencial, generando un impacto directo en la población al limitar la disponibilidad de servicios médicos accesibles, incrementar los tiempos de espera y obligar a los habitantes a desplazarse hacia otras zonas para recibir atención, en muchos casos bajo condiciones económicas adversas.

En este contexto, la reapertura del centro, ahora bajo el modelo de clínica de primer nivel, adquiere un valor estratégico para el fortalecimiento del sistema local de salud, pues busca garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios médicos, reducir la carga asistencial de las unidades públicas cercanas y promover la prevención, el diagnóstico temprano y la atención integral de la población. La iniciativa contribuye directamente al cumplimiento de los lineamientos del Plan Nacional de Salud 2023–2029, que promueve la expansión y descentralización de los servicios sanitarios hacia territorios con brechas de cobertura, y se alinea con las normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL) respecto a la habilitación y funcionamiento de establecimientos privados de salud.

Desde una perspectiva técnica, el estudio representa una herramienta fundamental para evaluar de manera integral la viabilidad del proyecto, considerando las dimensiones técnica, económica, operativa, legal, ambiental y social. La identificación del estado actual de la infraestructura, el análisis de la capacidad instalada, la evaluación de los equipos médicos, la definición de la estructura organizativa y la planificación financiera proporcionan una base sólida para tomar decisiones estratégicas orientadas a una reapertura sostenible y eficiente.

En el plano económico, la importancia del estudio radica en su capacidad para establecer un modelo de gestión autosostenible, basado en principios de eficiencia financiera, diversificación de ingresos y control de costos. A través del análisis de inversiones, proyecciones financieras y aplicación de indicadores como el Valor Actual Neto (VAN), la Tasa Interna de Retorno (TIR) y la Relación Beneficio/Costo (B/C), se busca garantizar que la reapertura de la clínica sea viable y atractiva para cooperantes, inversionistas o entidades de financiamiento, reduciendo los riesgos de dependencia económica que afectaron su operación anterior.

Desde la perspectiva social, la reapertura de la Clínica Divina Providencia representa una oportunidad concreta para mejorar la calidad de vida de la población, acercando los servicios de salud a las comunidades, disminuyendo las desigualdades en el acceso y promoviendo la atención humanizada y preventiva. Además, la clínica generará nuevas fuentes de empleo directo e indirecto, fomentará la capacitación del personal de salud y

dinamizará la economía local mediante la adquisición de bienes y servicios a proveedores de la zona.

En el ámbito ambiental, el estudio cobra relevancia al incorporar la evaluación de los impactos derivados de la operación clínica, incluyendo el manejo responsable de residuos hospitalarios, la eficiencia energética, el uso racional de recursos y la implementación de programas de sostenibilidad ambiental. Estos aspectos contribuyen al cumplimiento de la Ley de Medio Ambiente y fortalecen la responsabilidad ecológica institucional.

A nivel académico y profesional, el estudio aporta al desarrollo del conocimiento técnico en materia de planificación sanitaria y gestión hospitalaria, al presentar un modelo de análisis integral que combina metodologías de diagnóstico, diseño, evaluación económica y planificación estratégica, replicable para otros proyectos de salud en contextos similares.

Finalmente, la importancia de este estudio radica en su contribución a la reconstrucción del tejido social y sanitario del territorio. No se trata únicamente de rehabilitar una infraestructura física, sino de restaurar la confianza comunitaria en los servicios de salud, consolidar un modelo de gestión eficiente y humano, y demostrar que es posible articular los aspectos técnicos, económicos y sociales en favor del bienestar colectivo. En ese sentido, la reapertura de la Clínica Divina Providencia no solo constituye un proyecto de salud, sino una iniciativa de desarrollo local sostenible orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud y a impulsar la transformación positiva del territorio.

## Justificación del estudio

La reapertura de la Clínica Divina Providencia no constituye únicamente la recuperación de una infraestructura sanitaria, sino una respuesta estratégica y urgente a una necesidad comunitaria que ha visto deteriorarse su acceso a un derecho fundamental: la salud. La clausura de la antigua unidad hospitalaria en septiembre de 2024 marcó un punto crítico para los habitantes del distrito de Santiago Texacuangos y los distritos cercanos (Olocuilta, Santo Tomás y San Luis Talpa), quienes quedaron sin un centro de atención primaria capaz de ofrecer servicios médicos básicos, continuos y accesibles. Esta situación evidenció la fragilidad de la red local de servicios de salud y profundizó las desigualdades en el acceso, especialmente en comunidades rurales y de bajos recursos.

Desde la perspectiva sanitaria, el presente estudio se justifica en la necesidad de restablecer un servicio de salud que garantice atención médica digna, oportuna y sostenible para la población. La Clínica Divina Providencia, bajo un modelo de primer nivel de atención, permitirá fortalecer la cobertura sanitaria, reducir la carga asistencial en las unidades públicas cercanas y brindar servicios esenciales en consulta general, laboratorio clínico, imagenología y farmacia, contribuyendo a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes en la zona.

En el plano social, la clínica representa más que un establecimiento de salud: simboliza un vínculo histórico y de confianza entre la comunidad y la Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás, cuya labor por décadas estuvo enfocada en la atención humanitaria y solidaria. Su reapertura significa restaurar ese lazo social, devolver a la población un espacio de atención digna y reafirmar el compromiso institucional con el bienestar colectivo. Asimismo, permitirá generar empleo directo e indirecto, fomentar la participación comunitaria, y fortalecer la cohesión social mediante programas de promoción de la salud y educación preventiva.

Desde la perspectiva económica, la reapertura se concibe bajo un enfoque de sostenibilidad financiera. La experiencia pasada mostró que la dependencia de donaciones y la falta de planificación económica limitaron la capacidad de continuidad del centro. Por ello, este estudio plantea la creación de un modelo de gestión autosostenible, sustentado en la diversificación de ingresos, el uso eficiente de los recursos y la incorporación de estrategias de financiamiento mixto (como convenios con aseguradoras, alianzas público-privadas y prestación de servicios complementarios). El análisis financiero permitirá definir los costos operativos, la inversión requerida y las proyecciones de rentabilidad, garantizando la viabilidad del proyecto a mediano y largo plazo.

En el ámbito técnico y organizativo, la investigación se justifica por su propósito de establecer un modelo de gestión clínica moderno, eficiente y alineado con las normativas vigentes del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL). A través del rediseño de procesos administrativos, la implementación de protocolos de calidad y bioseguridad, y la modernización de la infraestructura y

equipamiento médico, la clínica podrá operar conforme a estándares nacionales e internacionales, asegurando la continuidad y la calidad de los servicios de salud.

Asimismo, desde la dimensión ambiental, el estudio adquiere relevancia al considerar el impacto ecológico de la operación clínica. Se integran criterios de sostenibilidad en el manejo de residuos hospitalarios, el uso racional del agua y la energía, y la implementación de buenas prácticas ambientales conforme a la Ley de Medio Ambiente y su reglamento. Estas acciones no solo garantizan el cumplimiento normativo, sino que reflejan el compromiso institucional con la protección del entorno y la salud pública.

Finalmente, en el ámbito académico e institucional, el estudio representa una contribución al conocimiento técnico y a la gestión sanitaria del país. Al abordar el proceso de reapertura desde un enfoque multidisciplinario la investigación proporciona un modelo metodológico replicable para otros proyectos de salud en contextos similares. Además, se convierte en una herramienta práctica para las autoridades locales, organismos cooperantes y entidades reguladoras, ofreciendo información concreta y actualizada que facilite la toma de decisiones.

Por lo que, de forma resumida, esta investigación se justifica porque responde a una necesidad real y urgente de salud pública, promueve la sostenibilidad económica, impulsa la inclusión social y ambiental, y fortalece la gobernanza sanitaria local. Reabrir la Clínica Divina Providencia bajo un modelo planificado, normativamente sólido y financieramente sostenible no solo permitirá restituir un servicio esencial para la población, sino también demostrar que, con planificación y compromiso, es posible transformar una crisis institucional en una nueva oportunidad de desarrollo, equidad y bienestar comunitario.

## Alcances y limitaciones

### Alcances

- Geográfico
  - Distrito de Santiago Texacuangos, San Salvador, donde se ubica el hospital
  - Distritos vecinos Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, los cuales forman parte de la población afectada y potencialmente beneficiaria de la reapertura
- Tiempo de Análisis y Realización del Estudio
  - El diagnóstico se elaboró en un plazo estimado de 6 meses, es decir primer semestre 2025
  - Se analiza un horizonte histórico desde la fundación del hospital hasta su cierre en septiembre 2024 con énfasis en su último año de funcionamiento
  - El análisis está orientado a determinar la viabilidad de reapertura a mediano plazo (5 años)
- Fases del Estudio
  - Abarca fase de diagnóstico situacional: análisis del estado actual, causas del cierre, infraestructura, equipo, y aspectos normativos
  - Estudios de mercado (consumidor, competidor, distribuidor, abastecedor)
  - Diseño de la solución y plan de implementación
- Objeto de Estudio
  - El objeto principal del estudio es la reapertura de un hospital de segundo nivel
  - Se explora también la alternativa de reconversión a primer nivel de atención, como clínica médica asistencial
- Sujetos de Estudio
  - Población de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa con consideración: mujeres en edad fértil, niños y adolescentes, personas con enfermedades crónicas
  - También se analiza la competencia, proveedores y distribuidores en salud

### Limitaciones

- El hospital objeto de estudio se encontraba fuera de operación al momento de la investigación, lo que impidió el levantamiento de información en contexto de funcionamiento real.
- No se contó con acceso al personal médico, administrativo ni operativo del hospital; la única fuente testimonial disponible fue la directora de la institución.
- La evaluación del equipamiento médico se limitó a una inspección visual; no se aplicaron pruebas de funcionamiento ni diagnósticos técnicos especializados.

- La inspección de la infraestructura se realizó en dos visitas de tiempo restringido, lo que limitó la posibilidad de evaluar de forma exhaustiva todos los espacios físicos.
- No se tuvo acceso a documentación técnica completa, tales como registros financieros históricos, reportes de mantenimiento, actas de gestión o indicadores operativos.
- No se verificó la funcionalidad de sistemas críticos como redes eléctricas, hidráulicas, de climatización o evacuación, debido a la naturaleza preliminar de la visita técnica.
- La evaluación normativa se basó exclusivamente en el análisis de documentos legales y técnicos; no se realizaron entrevistas ni validaciones directas con autoridades regulatorias (MINSAL o CSSP).
- La caracterización epidemiológica del territorio no incluyó bases de datos clínicos ni registros locales de morbilidad por causas específicas, limitando el análisis sanitario a indicadores generales.
- Dado que parte del análisis de demanda se basa en encuestas aplicadas a población local, no es posible garantizar con certeza absoluta la veracidad u honestidad de las respuestas proporcionadas por los participantes.
- No se obtuvo información directa sobre precios de medicamentos por parte de proveedores, debido a que dicha información es clasificada como reservada por las empresas consultadas.
- No se cuenta con información cuantitativa necesarias para realizar modelos de proyección de demanda en base a datos históricos

# Capítulo 1: Marcos De La Investigación

## I. Marco Teórico

### A. Estudio De Factibilidad

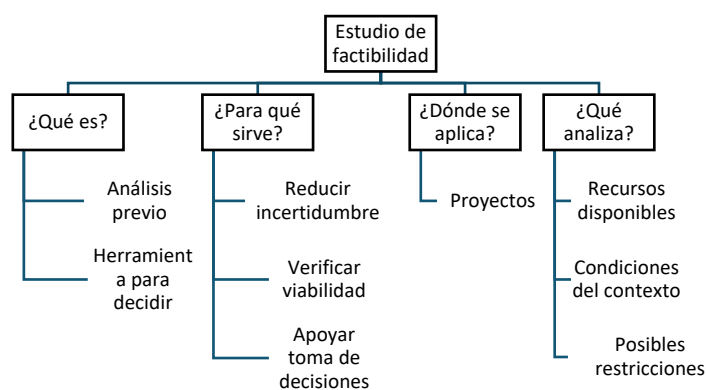
#### 1. Que Es Y Que Pretende Un Estudio De Factibilidad

El estudio de factibilidad se entiende como un proceso sistemático orientado a recopilar, organizar y analizar información relevante que permita determinar la viabilidad de una iniciativa de inversión. En el ámbito de la formulación y evaluación de proyectos, se establece que todo proyecto surge como respuesta a una necesidad o a la identificación de una oportunidad, y que su análisis requiere una metodología estructurada que permita reducir la incertidumbre en la toma de decisiones (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En este sentido, el estudio de factibilidad no constituye únicamente un requisito formal previo a la ejecución de un proyecto, sino que representa un instrumento técnico que sustenta la asignación racional de recursos.

La literatura especializada señala que la preparación y evaluación de proyectos implica la búsqueda de soluciones coherentes frente a problemas específicos, mediante la utilización de técnicas que integran antecedentes económicos, técnicos y organizacionales (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Bajo esta perspectiva, el estudio de factibilidad se orienta a determinar si una propuesta resulta conveniente desde distintos enfoques, considerando las condiciones del entorno y los recursos disponibles. No se trata de un simple análisis financiero, sino de un proceso integral que examina múltiples dimensiones del proyecto antes de su ejecución.

Desde la formulación de proyectos, se establece que el estudio de factibilidad pretende identificar con claridad el problema que se desea resolver, definir los objetivos del proyecto y evaluar las alternativas posibles de solución (Córdoba Padilla, 2011). Este enfoque metodológico permite estructurar la iniciativa de manera ordenada, garantizando que cada decisión se fundamente en información verificable. El análisis previo evita la improvisación y contribuye a minimizar riesgos asociados a inversiones que podrían comprometer recursos humanos, financieros y materiales.

Figura 1. Finalidad del estudio de factibilidad



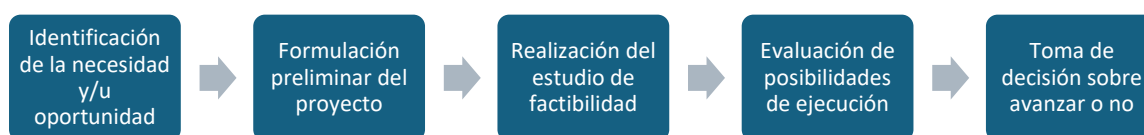
Fuente: Córdoba Padilla, 2011

El estudio de factibilidad también cumple la función de valorar si los beneficios esperados superan los costos que implica la implementación del proyecto. En este marco, la evaluación constituye una herramienta que apoya la toma de decisiones al proporcionar información objetiva sobre la conveniencia de ejecutar o no una iniciativa (Blanco R., 2008). La finalidad no consiste únicamente en determinar rentabilidad económica, sino en establecer si el proyecto responde adecuadamente a las necesidades identificadas y si se encuentra alineado con las condiciones del entorno.

En la preparación y evaluación de proyectos, se sostiene que la técnica no debe entenderse como un mecanismo automático que determina de manera absoluta la ejecución o el rechazo de una iniciativa, sino como un medio que provee información suficiente para que los responsables adopten decisiones fundamentadas (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Así, el estudio de factibilidad pretende reducir el grado de incertidumbre, aportando elementos cuantitativos y cualitativos que orientan el proceso decisional.

En el contexto de los servicios de salud, el estudio de factibilidad adquiere una relevancia particular, dado que las decisiones involucran no solo variables económicas, sino también dimensiones sociales y organizacionales. La gestión de los servicios de salud se caracteriza por la necesidad de planificar estratégicamente los recursos y garantizar que las acciones emprendidas respondan a problemáticas reales de la población (Patiño Zambrano et al., 2021). Por tanto, la factibilidad en este ámbito implica evaluar si la propuesta contribuye efectivamente a mejorar la prestación del servicio y si su implementación resulta sostenible.

*Figura 2. Ruta lógica del estudio de factibilidad*



*Fuente: Córdoba Padilla, 2011*

La reapertura de una institución hospitalaria, por ejemplo, demanda un análisis que contemple la disponibilidad de infraestructura, personal, equipamiento y recursos financieros, así como la existencia de una demanda potencial de servicios. En este sentido, el estudio de factibilidad se configura como una etapa previa indispensable para determinar si las condiciones permiten la puesta en funcionamiento de la institución bajo criterios de eficiencia y sostenibilidad. La planificación estratégica en salud destaca la importancia de organizar y estructurar las acciones de manera que respondan a compromisos institucionales y comunitarios previamente identificados (González et al., 2001).

Asimismo, el estudio de factibilidad pretende establecer la coherencia entre los objetivos del proyecto y las políticas o lineamientos institucionales vigentes. En el ámbito sanitario,

la gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la necesidad de optimizar recursos y garantizar que las decisiones respondan a criterios técnicos y organizacionales definidos (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En consecuencia, la factibilidad no se limita a una evaluación aislada, sino que se integra dentro de un marco de planificación más amplio.

Desde la perspectiva metodológica, el estudio de factibilidad se concibe como un proceso estructurado que se desarrolla en fases sucesivas, en las cuales se analizan distintos aspectos del proyecto. La formulación adecuada de una iniciativa exige la identificación de necesidades, la definición de objetivos claros y la evaluación de alternativas de solución (Córdoba Padilla, 2011). Este procedimiento ordenado permite asegurar que cada etapa del análisis se sustente en información relevante y verificable.

El propósito fundamental del estudio de factibilidad consiste, por tanto, en determinar si el proyecto resulta viable antes de comprometer recursos significativos. La evaluación previa constituye una medida preventiva que reduce la probabilidad de fracaso y promueve decisiones más acertadas. En la evaluación económica de proyectos se destaca que el análisis previo evita inversiones ineficientes y facilita la selección de alternativas que maximicen el aprovechamiento de los recursos disponibles (Blanco R., 2008).

En proyectos vinculados al sector salud, la factibilidad adquiere además una dimensión social. La evaluación no solo considera variables financieras, sino también el impacto que la iniciativa puede generar en la población atendida. La evaluación social de proyectos incorpora la valoración de beneficios y costos que trascienden lo estrictamente monetario (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). De esta manera, el estudio de factibilidad pretende asegurar que la propuesta contribuya al bienestar colectivo y responda a necesidades concretas.

El carácter integral del estudio de factibilidad implica que el análisis debe realizarse de forma sistemática y articulada. La formulación y evaluación de proyectos establece que la coherencia entre los distintos componentes del estudio es esencial para garantizar resultados consistentes (Córdoba Padilla, 2011). La ausencia de una evaluación adecuada puede conducir a decisiones basadas en suposiciones no verificadas, incrementando el riesgo de fracaso.

El estudio de factibilidad se configura, así como una herramienta metodológica que organiza y estructura la información necesaria para valorar una iniciativa antes de su implementación, permitiendo examinar su coherencia interna, su relación con el entorno y su capacidad de respuesta frente a las necesidades identificadas. En el caso de proyectos vinculados al sector hospitalario, este análisis previo adquiere especial relevancia debido a la magnitud de los recursos comprometidos y a la responsabilidad social asociada a la prestación de servicios de salud, lo que conduce necesariamente a examinar los distintos elementos que integran dicho estudio y que determinan su alcance y profundidad.

## 2. componentes del estudio de factibilidad

El estudio de factibilidad se estructura a partir de un conjunto de componentes interrelacionados que permiten examinar la viabilidad integral de una iniciativa antes de su ejecución. La literatura especializada en formulación y evaluación de proyectos establece que el análisis no se limita a una sola dimensión, sino que comprende distintos estudios específicos que, de manera articulada, proporcionan información suficiente para sustentar la toma de decisiones (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Esta estructura responde a la necesidad de evaluar el proyecto desde perspectivas complementarias, garantizando que cada aspecto relevante sea considerado.

**En la preparación y evaluación de proyectos:** se identifica que el proceso de análisis incluye, entre otros elementos, el estudio del mercado, el estudio técnico, el estudio organizacional-administrativo y el estudio financiero (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Cada uno de estos componentes cumple una función específica dentro del estudio global, y su desarrollo permite valorar distintos factores que inciden en la viabilidad del proyecto. La integración de estos estudios evita enfoques parciales y contribuye a una evaluación coherente.

**El estudio de mercado:** se orienta a determinar la existencia de una necesidad o demanda que justifique la implementación del proyecto. Este componente analiza las características del entorno, el comportamiento de los usuarios potenciales y las condiciones en que se ofrecerá el servicio o producto. La formulación adecuada de un proyecto exige que se identifique claramente el problema que se pretende resolver y que se sustente la iniciativa en información verificable (Córdoba Padilla, 2011). En proyectos hospitalarios, este análisis adquiere particular relevancia, pues permite estimar la demanda potencial de servicios de salud y valorar la pertinencia de la reapertura de una institución.

**El estudio técnico:** constituye otro de los componentes fundamentales del análisis de factibilidad. Este apartado examina los aspectos relacionados con la localización, el tamaño del proyecto, la tecnología requerida, los procesos operativos y los recursos materiales necesarios para su funcionamiento. Desde la evaluación económica de proyectos, se establece que la definición adecuada de los procesos productivos y de los requerimientos de infraestructura resulta esencial para garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos (Blanco R., 2008). En el ámbito hospitalario, el componente técnico involucra la disponibilidad de instalaciones, equipamiento médico, insumos y condiciones estructurales que permitan brindar atención adecuada.

**El estudio organizacional y administrativo:** analiza la estructura institucional necesaria para la ejecución y operación del proyecto. La formulación de proyectos señala que la entidad ejecutora debe definirse con claridad, estableciendo responsabilidades, funciones y mecanismos de coordinación (Córdoba Padilla, 2011). En servicios de salud, la organización interna adquiere especial importancia, dado que la calidad de la atención depende de la adecuada articulación entre áreas médicas, administrativas y de apoyo. La gestión en salud enfatiza la necesidad de estructurar los procesos y definir roles que permitan alcanzar los objetivos institucionales (Patiño Zambrano et al., 2021).

Figura 3. Esquema radial de los componentes clave del estudio de factibilidad



Fuente: elaboración propia basada en Sapag Chain & Sapag Chain, 2008

**El estudio financiero:** examina la viabilidad económica del proyecto mediante la estimación de inversiones, costos operativos, ingresos esperados y fuentes de financiamiento. En la evaluación de proyectos se indica que la decisión de implementar una iniciativa requiere valorar si los beneficios proyectados justifican la inversión necesaria (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Este componente proporciona indicadores que permiten apreciar la sostenibilidad del proyecto en el tiempo, evitando comprometer recursos en iniciativas que no cuenten con respaldo financiero suficiente.

**La evaluación integral:** también puede incorporar un análisis social, especialmente cuando el proyecto se desarrolla en sectores como el sanitario, donde las decisiones trascienden el ámbito estrictamente económico. La evaluación social de proyectos considera los efectos que la iniciativa genera en la comunidad y en el bienestar colectivo (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el caso de la reapertura de un hospital, este componente permite valorar el impacto en el acceso a servicios de salud, la cobertura poblacional y la mejora de condiciones sanitarias.

La metodología de gestión productiva de los servicios de salud resalta la importancia de analizar la eficiencia en el uso de recursos y la organización de procesos como parte del estudio previo a la implementación de acciones institucionales (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Este enfoque complementa los componentes tradicionales de la factibilidad, integrando criterios de productividad y desempeño institucional que resultan pertinentes en el ámbito hospitalario.

La articulación de estos componentes responde a un enfoque sistémico en el que cada elemento influye sobre los demás. La formulación y evaluación de proyectos establece que la coherencia entre estudios parciales es fundamental para garantizar resultados consistentes (Córdoba Padilla, 2011). Un proyecto puede mostrar viabilidad técnica, pero carecer de sostenibilidad financiera, o puede contar con respaldo económico, pero no responder a una demanda real. Por ello, el análisis integral evita decisiones basadas en información fragmentada.

En el contexto de la reapertura de un hospital, los componentes del estudio de factibilidad permiten examinar de manera estructurada las condiciones necesarias para su funcionamiento. El estudio de mercado sustenta la necesidad del servicio; el estudio técnico determina la capacidad operativa; el estudio organizacional define la estructura institucional; y el estudio financiero valora la sostenibilidad económica. La interacción de estos elementos configura un análisis completo que respalda la toma de decisiones fundamentadas.

La definición clara de los componentes del estudio de factibilidad permite organizar el proceso evaluativo y delimitar el alcance de cada análisis, estableciendo una base metodológica que orienta el desarrollo posterior del proyecto. La comprensión de estos elementos conduce, de manera natural, a profundizar en los enfoques que permiten integrar las distintas dimensiones del análisis dentro de una visión estructurada del proyecto.

### **3. aplicación del enfoque sistémico en proyectos de viabilidad**

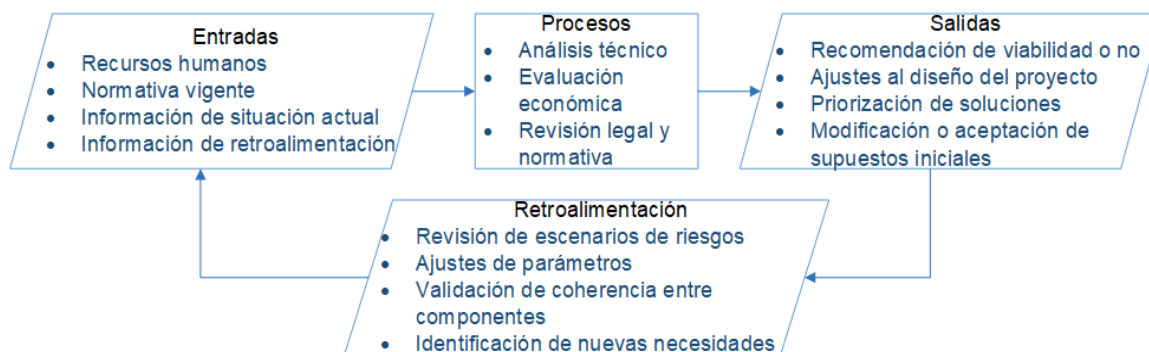
La aplicación del enfoque sistémico en proyectos de viabilidad parte de la comprensión del proyecto como un conjunto de elementos interrelacionados que interactúan entre sí y con su entorno. En la preparación y evaluación de proyectos se establece que la iniciativa no debe analizarse de manera fragmentada, sino como un proceso integral en el que cada componente incide sobre los demás (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Esta visión permite comprender que las decisiones adoptadas en una dimensión del proyecto repercuten en las demás, lo que exige coherencia metodológica en todo el estudio de factibilidad.

Desde la formulación de proyectos se señala que el análisis debe considerar el entorno, las restricciones, los objetivos y las alternativas de solución como partes de un proceso articulado (Córdoba Padilla, 2011). Este planteamiento se alinea con el enfoque sistémico, en el cual el proyecto se entiende como un sistema abierto que recibe insumos del entorno, los transforma mediante procesos internos y genera resultados que impactan nuevamente en el contexto. La viabilidad, por tanto, no se determina de forma aislada, sino a partir de la interacción entre variables técnicas, económicas, organizacionales y sociales.

El enfoque sistémico implica reconocer que el estudio de mercado, el estudio técnico, el estudio organizacional y el estudio financiero no constituyen análisis independientes, sino subsistemas dentro de una estructura mayor. En la evaluación de proyectos se sostiene que la coherencia entre estos estudios resulta fundamental para garantizar resultados

consistentes (Blanco R., 2008). La ausencia de integración puede conducir a decisiones parciales que comprometan la viabilidad global del proyecto.

Figura 4. Representación del proyecto como sistema: entradas, procesos, salidas y retroalimentación



Fuente: elaboración propia basada en Cordoba padilla, 2011

En proyectos vinculados al sector salud, la aplicación de una perspectiva sistémica adquiere particular relevancia. La gestión de los servicios de salud demanda coordinación entre recursos humanos, infraestructura, procesos asistenciales y administración financiera (Patiño Zambrano et al., 2021). La reapertura de una institución hospitalaria requiere evaluar no solo la disponibilidad de instalaciones o equipamiento, sino también la articulación entre áreas médicas, administrativas y de apoyo, lo que evidencia la necesidad de analizar el proyecto como un sistema organizado.

La metodología de gestión productiva de los servicios de salud resalta la importancia de integrar los procesos institucionales bajo criterios de eficiencia y coordinación (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Este planteamiento refuerza la aplicación del enfoque sistémico en proyectos hospitalarios, ya que la productividad y el desempeño dependen de la interacción adecuada entre los distintos componentes organizacionales. La evaluación previa debe considerar cómo se relacionan los procesos clínicos, la administración de recursos y la estructura organizativa.

El estudio de factibilidad, desde una perspectiva sistémica, se concibe como un proceso dinámico en el que cada fase influye en la siguiente. En la preparación y evaluación de proyectos se indica que el estudio del proyecto se desarrolla como un proceso cíclico, donde la información obtenida en una etapa puede generar ajustes en etapas anteriores (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Este carácter iterativo refleja la lógica sistémica, en la que el análisis no sigue una secuencia rígida, sino que se adapta conforme se incorporan nuevos antecedentes.

La aplicación del enfoque sistémico también implica identificar las relaciones causa-efecto que se producen dentro del proyecto. Las decisiones sobre localización, tamaño o tecnología afectan los costos de inversión y operación; a su vez, estas variables influyen en los resultados financieros y en la sostenibilidad del proyecto. La evaluación económica de proyectos destaca la necesidad de considerar estas interdependencias para evitar

estimaciones incompletas o inconsistentes (Blanco R., 2008). En este sentido, el enfoque sistémico contribuye a estructurar el análisis de manera coherente.

En el ámbito hospitalario, la interacción entre demanda de servicios, capacidad instalada, disponibilidad de personal y recursos financieros constituye un ejemplo claro de funcionamiento sistémico. La gestión en salud señala que la planificación debe contemplar la relación entre necesidades de la población y recursos disponibles (Patiño Zambrano et al., 2021). La reapertura de un hospital requiere valorar si el sistema organizativo puede responder adecuadamente a la demanda prevista, considerando limitaciones presupuestarias y logísticas.

*Figura 5. Personal de diferentes áreas del hospital Divina Providencia en época de funcionamiento*



*Fuente: Archivo hospital divina providencia*

El enfoque sistémico también permite comprender la influencia del entorno sobre el proyecto. Factores económicos, sociales y normativos inciden en la viabilidad de la iniciativa. La formulación de proyectos establece que el entorno debe analizarse como parte del marco de origen del proyecto, identificando oportunidades y restricciones que condicionan su desarrollo (Córdoba Padilla, 2011). Este análisis contextual refuerza la idea de que el proyecto no opera de manera aislada, sino dentro de un sistema más amplio.

En la evaluación social de proyectos se reconoce que las iniciativas generan efectos directos e indirectos que impactan en la comunidad (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La perspectiva sistémica permite valorar estos efectos en conjunto, considerando no solo resultados económicos, sino también repercusiones sociales. En el caso de la reapertura hospitalaria, la prestación de servicios de salud incide en la calidad de vida de la población, en la generación de empleo y en el fortalecimiento del sistema sanitario local.

La aplicación del enfoque sistémico en proyectos de viabilidad también exige coordinación metodológica entre los equipos responsables del estudio. La definición de la entidad ejecutora y de sus funciones forma parte del proceso de formulación (Córdoba Padilla, 2011). En proyectos hospitalarios, esta coordinación resulta esencial para integrar criterios técnicos, administrativos y clínicos dentro de una misma estructura evaluativa.

El carácter sistémico del análisis implica que la modificación de una variable puede alterar el equilibrio general del proyecto. Un aumento en los costos de equipamiento puede afectar la estructura financiera; una variación en la demanda proyectada puede modificar la capacidad operativa requerida. La evaluación integral permite anticipar estos escenarios y ajustar el diseño del proyecto en función de nuevas condiciones (Blanco R., 2008). Este proceso refleja la dinámica propia de los sistemas abiertos.

La gestión productiva de los servicios de salud subraya la importancia de medir y organizar los procesos institucionales para optimizar resultados (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La aplicación de este enfoque en la fase de factibilidad permite estructurar el proyecto hospitalario bajo criterios de articulación funcional, evitando desajustes entre planificación y operación.

El estudio de factibilidad, entendido desde una perspectiva sistémica, integra información cuantitativa y cualitativa en un marco metodológico común. La preparación y evaluación de proyectos establece que la recopilación y análisis de antecedentes económicos constituyen la base para juzgar las ventajas y desventajas de asignar recursos a una iniciativa (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Esta valoración requiere coherencia interna entre los distintos estudios que componen el análisis.

La aplicación del enfoque sistémico en proyectos de viabilidad hospitalaria permite estructurar el estudio bajo una lógica de interdependencia y coordinación, considerando la relación entre demanda de servicios, capacidad instalada, estructura organizativa, recursos financieros y entorno institucional. Esta perspectiva conduce a examinar de manera articulada los elementos que conforman el proyecto, facilitando una evaluación integral que sustenta la toma de decisiones dentro de un marco metodológico coherente y estructurado, en el que cada componente se analiza en relación con los demás y con las condiciones del contexto en que se desarrolla la iniciativa.

#### **4. Rol de la ingeniería industrial en el análisis de factibilidad hospitalaria**

El análisis de factibilidad hospitalaria requiere una aproximación técnica que integre criterios de eficiencia, organización de procesos y utilización racional de recursos. En este contexto, la ingeniería industrial aporta herramientas metodológicas orientadas a optimizar sistemas productivos y de servicios, contribuyendo a estructurar el estudio de factibilidad bajo parámetros de eficiencia operativa y sostenibilidad. La formulación y evaluación de proyectos establece que el diseño adecuado de procesos y la definición de requerimientos técnicos constituyen elementos esenciales para determinar la viabilidad de una iniciativa (Córdoba Padilla, 2011), lo cual se relaciona directamente con el campo de acción de la ingeniería industrial.

En proyectos hospitalarios, la infraestructura, el equipamiento, los flujos de atención y la distribución de recursos humanos conforman un sistema complejo que requiere planificación estructurada. Desde la preparación y evaluación de proyectos se sostiene que el estudio técnico examina la localización, el tamaño, la tecnología y los procesos necesarios para la operación del proyecto (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La ingeniería industrial interviene en este componente mediante el análisis de procesos, la determinación de capacidades operativas y la organización eficiente de los recursos disponibles.

La reapertura de un hospital implica evaluar la capacidad instalada existente y determinar si las condiciones estructurales permiten la prestación adecuada de servicios de salud. El análisis técnico no solo considera la disponibilidad de instalaciones físicas, sino también la eficiencia en la disposición de áreas funcionales, la circulación interna, la asignación de espacios y la coordinación entre servicios clínicos y administrativos. La evaluación económica de proyectos resalta que la definición correcta del tamaño y de la estructura operativa influye directamente en los costos de inversión y en los costos de operación (Blanco R., 2008), lo que evidencia la necesidad de una planificación técnica rigurosa.

La ingeniería industrial también contribuye al análisis de factibilidad hospitalaria mediante la optimización de recursos humanos y materiales. La gestión en los servicios de salud destaca que la organización adecuada del personal y la coordinación entre áreas inciden en la calidad y eficiencia del servicio (Patiño Zambrano et al., 2021). Desde esta perspectiva, el enfoque industrial permite diseñar estructuras organizativas que favorezcan la productividad y reduzcan tiempos improductivos dentro de la institución.

*Figura 6. Grupo de investigación en vista de campo a hospital Divina Providencia*



*Fuente: Elaboración propia*

En el ámbito hospitalario, la productividad no se limita a indicadores financieros, sino que incluye la capacidad de atención, la reducción de tiempos de espera y la adecuada utilización de equipos médicos. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la importancia de medir y organizar los procesos institucionales para mejorar el desempeño (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La ingeniería

industrial, al aplicar técnicas de análisis de procesos y mejora continua, contribuye a estructurar el proyecto hospitalario bajo criterios de eficiencia sistémica.

La planificación de la capacidad instalada constituye otro aporte relevante. En la formulación de proyectos se señala que la determinación del tamaño óptimo depende de la relación entre demanda esperada y recursos disponibles (Córdoba Padilla, 2011). En el caso de la reapertura hospitalaria, la ingeniería industrial analiza la capacidad de atención en función de camas disponibles, consultorios, quirófanos y personal médico, buscando equilibrar oferta y demanda dentro de parámetros sostenibles.

Figura 7. Ámbitos de intervención de la ingeniería industrial en proyectos hospitalarios



Fuente: Córdoba Padilla, 2011

Asimismo, el análisis de costos operativos forma parte del estudio de factibilidad. La evaluación financiera requiere estimar inversiones iniciales y costos recurrentes asociados a la operación del hospital (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La ingeniería industrial interviene mediante la estructuración de presupuestos operativos, la identificación de costos directos e indirectos y la propuesta de alternativas que permitan optimizar el uso de recursos sin afectar la calidad del servicio.

La organización de procesos clínicos y administrativos también se relaciona con la ingeniería industrial. La gestión en salud reconoce la necesidad de estructurar procedimientos que garanticen eficiencia y coordinación institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). El análisis de flujos de trabajo, la estandarización de procesos y la definición

de responsabilidades forman parte de un enfoque técnico que fortalece la viabilidad del proyecto hospitalario.

En el marco del estudio de factibilidad, la ingeniería industrial aporta además herramientas para evaluar riesgos operativos. La evaluación integral de proyectos contempla la identificación de variables que puedan afectar el desempeño esperado (Blanco R., 2008). En una institución hospitalaria, factores como fallas en equipamiento, deficiencias organizativas o sobrecarga de servicios pueden comprometer la sostenibilidad del proyecto, lo que requiere planificación preventiva.

La reapertura de un hospital demanda una coordinación estructurada entre infraestructura, recursos humanos, equipamiento y financiamiento. La aplicación de principios de ingeniería industrial permite integrar estos elementos bajo criterios técnicos, garantizando coherencia entre planificación y operación. La preparación y evaluación de proyectos subraya que el análisis previo debe considerar la interacción entre variables técnicas y económicas (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008), lo que refuerza la necesidad de una visión técnica integral.

El rol de la ingeniería industrial en el análisis de factibilidad hospitalaria se vincula, por tanto, con la estructuración eficiente del sistema organizacional, la optimización de procesos y la racionalización de recursos. Este enfoque contribuye a que la reapertura de una institución de salud se fundamente en criterios técnicos que aseguren operatividad, sostenibilidad y coherencia con las condiciones del entorno sanitario en el que se desarrolla la iniciativa, lo que permite articular el análisis técnico con los demás componentes del estudio de factibilidad dentro de una estructura metodológica integrada.

## ***B. Estudio De Mercado***

### **1. Definición y utilidad del estudio de mercado en servicios de salud**

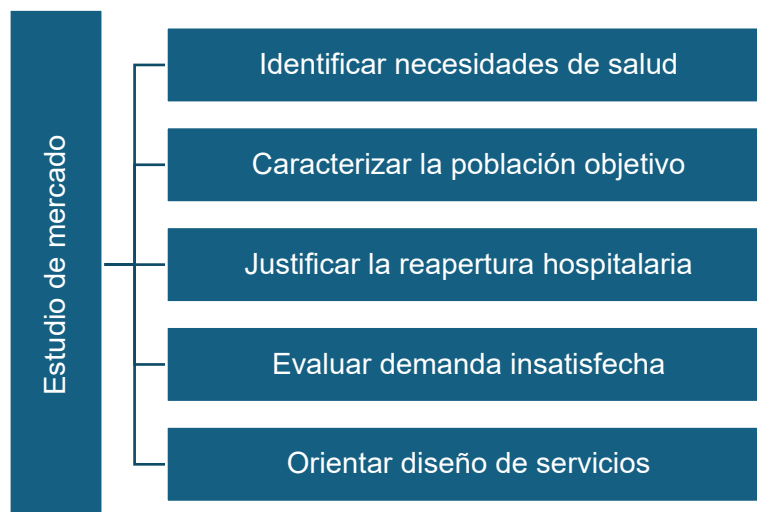
El estudio de mercado constituye uno de los componentes fundamentales dentro del proceso de formulación y evaluación de proyectos, ya que permite determinar la existencia de una necesidad o demanda que justifique la implementación de una iniciativa. En la preparación y evaluación de proyectos se establece que el estudio de mercado tiene como propósito analizar el comportamiento de los consumidores, las características de la oferta y las condiciones en que se desarrollará el intercambio de bienes o servicios (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Este análisis proporciona información esencial para sustentar la viabilidad de un proyecto antes de comprometer recursos significativos.

Desde la formulación de proyectos se señala que el estudio de mercado permite identificar el problema que origina la iniciativa y evaluar si existe una demanda suficiente que respalde su ejecución (Córdoba Padilla, 2011). La ausencia de un análisis adecuado puede conducir a inversiones que no respondan a necesidades reales, generando ineficiencia en la asignación de recursos. En consecuencia, el estudio de mercado se configura como un instrumento que orienta la toma de decisiones, sustentando la pertinencia del proyecto.

El análisis de mercado comprende la evaluación de la demanda, la oferta, los precios y los canales mediante los cuales se prestará el servicio. En la literatura de evaluación de proyectos se sostiene que la estimación de la demanda constituye un elemento central, ya que permite proyectar el volumen de servicios que podrían requerirse en un periodo determinado (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Esta estimación se realiza a partir de información histórica, datos estadísticos y estudios específicos que permitan anticipar el comportamiento futuro del mercado.

En el contexto de los servicios de salud, el estudio de mercado adquiere particular relevancia debido a que la demanda no se rige exclusivamente por criterios comerciales, sino también por factores demográficos, epidemiológicos y sociales. La gestión en los servicios de salud destaca la necesidad de planificar la oferta de servicios en función de las necesidades de la población y de las características del entorno sanitario (Patiño Zambrano et al., 2021). De este modo, el estudio de mercado en salud no solo examina la cantidad potencial de usuarios, sino también la naturaleza de los servicios requeridos.

*Figura 8. Funciones estratégicas del estudio de mercado en la reapertura de un hospital*



*Fuente: Sapag Chain & Sapag Chain, 2008*

La utilidad del estudio de mercado en proyectos hospitalarios radica en que permite determinar si la población cuenta con necesidades insatisfechas que justifiquen la prestación del servicio. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la importancia de organizar los recursos conforme a la demanda existente y proyectada (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Este planteamiento refuerza la necesidad de evaluar previamente el entorno poblacional antes de adoptar decisiones de inversión.

Figura 9. Elementos clave del entorno a considerar en el análisis de mercado para servicios hospitalarios.

Elementos clave del entorno sanitario		
Perfil demográfico	Oferta actual de servicios	Comportamiento de la demanda

Fuente: Adaptado de Córdoba Padilla, 2011

El estudio de mercado también permite analizar la oferta existente de servicios de salud en el área de influencia del proyecto. La evaluación de proyectos establece que la identificación de competidores o instituciones similares forma parte del análisis de mercado, ya que permite valorar el posicionamiento del proyecto dentro del entorno (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el caso de la reapertura de un hospital, este análisis permite determinar si la infraestructura sanitaria actual resulta suficiente o si existen brechas que el proyecto podría cubrir.

Otro aspecto relevante del estudio de mercado es la determinación de precios o tarifas del servicio. En la evaluación económica se señala que el análisis de precios debe considerar costos, condiciones del entorno y capacidad de pago de los usuarios (Blanco R., 2008). En servicios de salud, este análisis se vincula con la sostenibilidad financiera del proyecto, garantizando que la estructura tarifaria permita cubrir costos operativos sin afectar el acceso de la población.

La utilidad del estudio de mercado se extiende a la planificación del tamaño del proyecto. La formulación de proyectos indica que la capacidad instalada debe definirse en función de la demanda estimada, evitando sobredimensionamientos o insuficiencias operativas (Córdoba Padilla, 2011). En la reapertura hospitalaria, la estimación adecuada de la demanda permite determinar el número de camas, consultorios y servicios especializados necesarios para atender a la población objetivo.

En proyectos de salud, el estudio de mercado también contribuye a identificar características específicas de la población usuaria, tales como distribución por edades, principales patologías o condiciones socioeconómicas. Aunque la evaluación de proyectos aborda la demanda desde una perspectiva general, la aplicación en servicios sanitarios exige contextualizar dicha información en función de necesidades médicas y de atención (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Este análisis permite orientar la organización de servicios de acuerdo con las características reales del entorno.

La articulación entre demanda estimada y recursos disponibles constituye otro elemento esencial del estudio de mercado. La gestión en salud destaca la necesidad de coordinar planificación y capacidad operativa para garantizar eficiencia institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). El estudio de mercado aporta información que sustenta decisiones posteriores relacionadas con infraestructura, personal y equipamiento.

Asimismo, el estudio de mercado facilita la evaluación de escenarios futuros. La evaluación de proyectos reconoce la importancia de proyectar tendencias y anticipar cambios en el comportamiento del mercado (Blanco R., 2008). En el ámbito hospitalario, esto puede implicar considerar crecimiento poblacional, cambios epidemiológicos o transformaciones en el sistema de salud que influyan en la demanda de servicios.

La definición y utilidad del estudio de mercado en servicios de salud se vinculan, por tanto, con la necesidad de fundamentar la iniciativa en información objetiva sobre la población, la oferta existente y las condiciones del entorno. Este análisis permite estructurar el proyecto hospitalario bajo criterios de pertinencia y coherencia con las necesidades detectadas, estableciendo una base técnica que orienta las decisiones relacionadas con los métodos de obtención de información necesarios para profundizar en el conocimiento del mercado objetivo.

## **2. métodos de recolección de información**

La elaboración del estudio de mercado requiere la obtención sistemática de información que permita analizar la demanda, la oferta y las condiciones del entorno en que se desarrollará el proyecto. En la preparación y evaluación de proyectos se establece que la calidad del análisis depende en gran medida de la confiabilidad de los datos utilizados, por lo que resulta indispensable aplicar métodos adecuados de recolección de información (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La recopilación de antecedentes constituye una etapa fundamental para sustentar estimaciones y proyecciones relacionadas con la viabilidad del proyecto.

Los métodos de recolección de información pueden clasificarse en fuentes primarias y fuentes secundarias. Las fuentes secundarias comprenden datos previamente recopilados por instituciones oficiales, organismos públicos, investigaciones académicas o registros estadísticos. En la formulación de proyectos se señala que la revisión documental permite obtener información histórica sobre el comportamiento del mercado y características del entorno (Córdoba Padilla, 2011). Este tipo de fuentes resulta especialmente útil cuando se analizan variables demográficas, indicadores económicos o estadísticas sanitarias que respaldan la estimación de la demanda.

Las fuentes primarias, por su parte, implican la obtención directa de información mediante instrumentos diseñados específicamente para el proyecto. La evaluación de proyectos reconoce que, cuando la información secundaria no resulta suficiente o actualizada, se requiere desarrollar estudios propios que permitan conocer con mayor precisión las características del mercado (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el ámbito hospitalario, esto puede implicar encuestas a la población, entrevistas a profesionales de salud o consultas a autoridades locales.

Entre los métodos primarios más utilizados se encuentran las encuestas, entrevistas y observaciones directas. La aplicación de encuestas permite recopilar datos cuantitativos sobre preferencias, necesidades y comportamiento de los usuarios potenciales. En la evaluación económica de proyectos se destaca que la información primaria contribuye a mejorar la precisión de las proyecciones de demanda (Blanco R., 2008). La confiabilidad

de estas estimaciones depende del diseño adecuado del instrumento y de la selección apropiada de la muestra.

*Figura 10. Trabajo de campo, encuesta (fuente primaria) en Santiago Texacuangos*



*Fuente: elaboración propia*

Las entrevistas constituyen otro método relevante, especialmente cuando se requiere información cualitativa o especializada. En proyectos hospitalarios, las entrevistas pueden aplicarse a directivos, profesionales de la salud o representantes comunitarios para identificar necesidades específicas del entorno. La gestión en los servicios de salud subraya la importancia de considerar la percepción de los actores involucrados en la planificación institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). La incorporación de este tipo de información fortalece el análisis de mercado al integrar perspectivas técnicas y sociales.

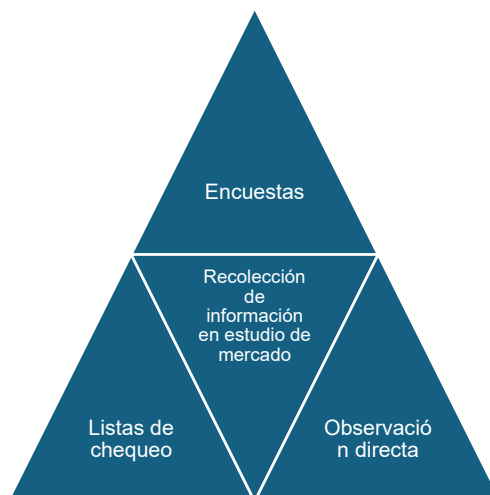
La observación directa también puede utilizarse para analizar el funcionamiento de instituciones similares o evaluar condiciones del entorno. En el estudio del proyecto como proceso metodológico, se reconoce que la recopilación de antecedentes debe adaptarse a la naturaleza de la iniciativa y a la disponibilidad de información (Córdoba Padilla, 2011). La observación permite identificar patrones de comportamiento, flujos de atención o características operativas que complementan los datos cuantitativos.

En el ámbito de los servicios de salud, la recolección de información debe considerar variables demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la necesidad de contar con información confiable para organizar los recursos institucionales de manera eficiente (Organización Panamericana de la Salud, 2010). El análisis de datos poblacionales, tasas de morbilidad y cobertura sanitaria contribuye a fundamentar la estimación de la demanda potencial.

La selección de métodos de recolección de información debe responder a criterios de pertinencia y viabilidad. La evaluación de proyectos señala que el costo y el tiempo asociados a la recopilación de datos deben ser considerados dentro del proceso de análisis (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En la reapertura de un hospital, la obtención de información precisa resulta esencial para evitar decisiones basadas en supuestos no verificados.

La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos fortalece la confiabilidad del estudio de mercado. La información estadística proporciona una base numérica para proyectar demanda, mientras que la información cualitativa permite comprender motivaciones y expectativas de los usuarios. En la formulación de proyectos se reconoce que la integración de diferentes fuentes mejora la calidad del diagnóstico (Córdoba Padilla, 2011). Esta articulación contribuye a construir una visión más completa del mercado objetivo.

*Figura 11. Enfoque combinado para la recolección de información en proyectos de reapertura hospitalaria*



*Fuente: Blanco R., 2008*

Asimismo, la validación y contraste de información constituyen etapas relevantes dentro del proceso de recolección de datos. La evaluación económica de proyectos advierte que las proyecciones deben sustentarse en información consistente y verificable (Blanco R., 2008). La revisión cruzada de datos provenientes de distintas fuentes permite reducir errores y fortalecer la confiabilidad del análisis.

En proyectos hospitalarios, la recolección de información también debe considerar aspectos normativos y regulatorios que puedan influir en la prestación de servicios. La gestión en salud reconoce que las decisiones institucionales se encuentran condicionadas por políticas públicas y lineamientos del sistema sanitario (Patiño Zambrano et al., 2021). La recopilación de antecedentes legales y administrativos complementa el análisis de mercado y contribuye a una evaluación integral.

Los métodos de recolección de información constituyen, por tanto, una etapa estructural dentro del estudio de mercado, ya que proporcionan la base empírica necesaria para estimar demanda, analizar oferta y definir características del proyecto. La selección adecuada de fuentes y técnicas de obtención de datos permite sustentar con mayor precisión las decisiones relacionadas con la reapertura hospitalaria, lo que conduce a examinar con mayor detalle los instrumentos específicos utilizados en la recopilación de información, particularmente en el diseño de encuestas y la formulación de ítems que permitan medir de manera adecuada las variables de interés.

### **3. Diseño De Encuestas: Formulación De Ítems, Validación, Escalas**

El diseño de encuestas constituye una de las herramientas más utilizadas dentro del estudio de mercado cuando se requiere obtener información primaria directamente de la población objetivo. En la preparación y evaluación de proyectos se establece que, cuando la información secundaria no resulta suficiente para estimar la demanda o comprender el comportamiento del mercado, es necesario recurrir a estudios específicos que permitan recopilar datos relevantes para el análisis (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La encuesta se configura como un instrumento que facilita la recolección sistemática de información cuantificable.

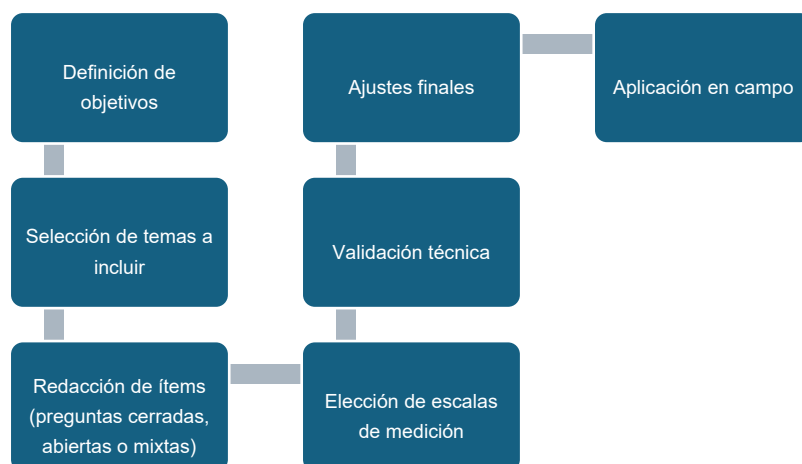
Dentro del proceso de formulación de proyectos, la elaboración del instrumento de recolección de datos debe responder a los objetivos del estudio. La definición clara del problema y de las variables a analizar permite estructurar adecuadamente las preguntas que integrarán la encuesta (Córdoba Padilla, 2011). La formulación de ítems requiere coherencia con los aspectos que se desean medir, evitando preguntas ambiguas o irrelevantes que puedan distorsionar los resultados.

En el estudio de mercado aplicado a servicios de salud, la formulación de ítems debe orientarse a identificar necesidades, frecuencia de uso de servicios, percepción de calidad y disposición de la población a utilizar la institución. La evaluación de proyectos señala que la estimación de la demanda requiere información precisa sobre el comportamiento de los usuarios potenciales (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Por ello, las preguntas deben diseñarse de manera clara, directa y comprensible para el encuestado.

La redacción de los ítems debe procurar objetividad y neutralidad. En la evaluación económica de proyectos se destaca la importancia de trabajar con información confiable y verificable (Blanco R., 2008). La claridad en la formulación de preguntas contribuye a reducir sesgos y errores de interpretación. En el contexto hospitalario, esto resulta particularmente relevante cuando se indagan temas sensibles relacionados con acceso a servicios médicos o satisfacción con la atención.

El diseño de encuestas también implica definir el tipo de preguntas que se utilizarán. Estas pueden ser cerradas, cuando ofrecen opciones de respuesta previamente establecidas, o abiertas, cuando permiten al encuestado expresar su opinión con mayor libertad. La elección del tipo de pregunta depende del nivel de precisión requerido y de la facilidad para procesar posteriormente la información. En el estudio de mercado, las preguntas cerradas facilitan la tabulación y análisis estadístico, mientras que las abiertas aportan información cualitativa complementaria (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008).

Figura 12. Etapas del diseño de encuestas en estudios de factibilidad



Fuente: elaboración propia basada en Sapag Chain & Sapag Chain, 2008

La utilización de escalas de medición constituye otro elemento relevante dentro del diseño de encuestas. Las escalas permiten cuantificar percepciones, niveles de satisfacción o frecuencia de uso mediante categorías ordenadas. En el análisis de mercado, la medición estructurada facilita la comparación de resultados y la identificación de tendencias (Córdoba Padilla, 2011). En proyectos hospitalarios, las escalas pueden emplearse para evaluar la percepción de calidad del servicio o la disposición de la población a utilizar determinadas áreas de atención.

La validación del instrumento, dentro del marco del estudio de mercado, implica verificar que las preguntas formuladas respondan efectivamente a los objetivos del análisis. La evaluación de proyectos reconoce que la confiabilidad de las proyecciones depende de la calidad de la información recopilada (Blanco R., 2008). La revisión previa del cuestionario, la prueba piloto o la consulta con especialistas permiten ajustar el instrumento antes de su aplicación definitiva.

En servicios de salud, la coherencia entre el diseño de la encuesta y las características de la población resulta fundamental. La gestión en los servicios de salud señala la importancia de considerar el contexto social y cultural en la planificación institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). La formulación de ítems debe adaptarse al nivel de comprensión de los encuestados, garantizando que las preguntas sean accesibles y pertinentes.

El diseño adecuado de encuestas dentro del estudio de mercado contribuye a obtener información que sustente la estimación de la demanda y la planificación del proyecto. La articulación entre formulación de preguntas, selección de escalas y revisión del instrumento permite estructurar un proceso de recolección de datos coherente con los objetivos del estudio. En el caso de la reapertura hospitalaria, la encuesta se convierte en una herramienta que permite conocer de manera directa las necesidades de la población, facilitando el análisis posterior del concepto de demanda en el ámbito sanitario.

### ***C. Concepto De Demanda En Salud***

La demanda constituye uno de los elementos centrales dentro del análisis de mercado y representa la cantidad de bienes o servicios que los consumidores están dispuestos a adquirir en determinadas condiciones. En la preparación y evaluación de proyectos se establece que el estudio de la demanda permite estimar el volumen potencial de ventas o prestación de servicios que sustentará la viabilidad de una iniciativa (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Este análisis se fundamenta en la identificación de necesidades, preferencias y comportamientos de los usuarios, así como en la proyección de tendencias futuras.

Desde la perspectiva económica, la demanda se relaciona con la cantidad de un bien o servicio que los consumidores desean y pueden adquirir a un determinado nivel de precio y en un periodo específico. La estructura económica del mercado analiza la relación entre precio, cantidad demandada y otros factores que influyen en el comportamiento del consumidor (Blanco R., 2008). En el contexto de proyectos, la estimación de la demanda resulta indispensable para definir el tamaño y alcance de la iniciativa.

En la formulación de proyectos se señala que la demanda puede clasificarse en actual, potencial y proyectada (Córdoba Padilla, 2011). La demanda actual corresponde al volumen de consumo existente en el mercado; la demanda potencial se refiere al consumo que podría generarse si se ofrecen las condiciones adecuadas; y la demanda proyectada surge de la estimación futura basada en datos históricos y análisis de tendencias. Estas categorías permiten estructurar el estudio de mercado con mayor precisión.

En el ámbito de los servicios de salud, la demanda adquiere características particulares. A diferencia de bienes tradicionales, la demanda sanitaria se encuentra influida por factores demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales. La gestión en los servicios de salud reconoce que la planificación institucional debe fundamentarse en las necesidades reales de la población (Patiño Zambrano et al., 2021). En este sentido, la demanda en salud no solo depende de la capacidad de pago, sino también de la presencia de enfermedades, del acceso geográfico y de la disponibilidad de servicios.

La estimación de la demanda en proyectos hospitalarios requiere analizar variables como crecimiento poblacional, distribución por edades y prevalencia de patologías. En la evaluación de proyectos se destaca que la proyección de la demanda constituye una etapa clave para determinar la viabilidad técnica y financiera (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el caso de la reapertura de un hospital, este análisis permite establecer si la población del área de influencia requiere servicios adicionales o especializados.

Figura 13. Tipos de demanda en salud según forma de manifestación



Fuente: Patiño Zambrano et al., 2021

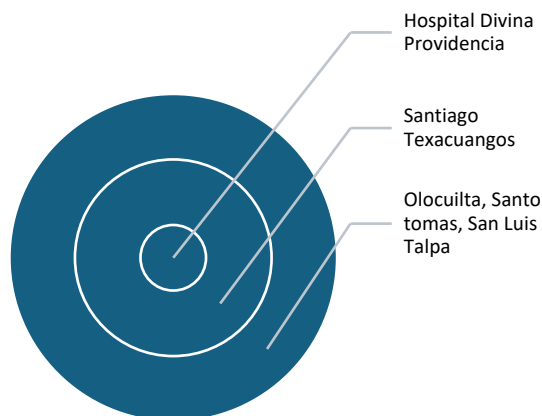
La estimación de la demanda en proyectos hospitalarios requiere analizar variables como crecimiento poblacional, distribución por edades y prevalencia de patologías. En la evaluación de proyectos se destaca que la proyección de la demanda constituye una etapa clave para determinar la viabilidad técnica y financiera (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el caso de la reapertura de un hospital, este análisis permite establecer si la población del área de influencia requiere servicios adicionales o especializados.

El comportamiento de la demanda también se encuentra relacionado con factores externos como políticas públicas y organización del sistema sanitario. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la importancia de planificar recursos conforme a la demanda existente y proyectada (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La articulación entre planificación institucional y necesidades poblacionales permite estructurar la oferta de servicios de manera coherente.

Desde la perspectiva del estudio de mercado, la demanda se analiza junto con la oferta para determinar la existencia de brechas o necesidades insatisfechas. La evaluación económica de proyectos establece que el análisis conjunto de oferta y demanda permite identificar oportunidades para la implementación de nuevas iniciativas (Blanco R., 2008). En proyectos hospitalarios, la comparación entre capacidad instalada existente y demanda potencial permite valorar la pertinencia de la reapertura institucional.

La demanda en salud también puede verse influida por factores de percepción y confianza en el servicio. Aunque la teoría económica aborda la demanda desde una relación entre precio y cantidad, en servicios sanitarios intervienen elementos adicionales como calidad percibida, accesibilidad y reputación institucional. La gestión en salud reconoce que la satisfacción del usuario incide en la utilización de los servicios (Patiño Zambrano et al., 2021). Estos factores deben considerarse al estimar la demanda potencial de un hospital.

Figura 14. Representación territorial de la demanda para el proyecto hospitalario



Fuente: elaboración propia

La proyección de la demanda implica utilizar datos históricos y aplicar métodos que permitan anticipar el comportamiento futuro del mercado. En la preparación y evaluación de proyectos se señala que las técnicas de proyección constituyen herramientas esenciales para reducir la incertidumbre (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En el ámbito hospitalario, la proyección puede basarse en estadísticas de atención previa, registros epidemiológicos y tendencias demográficas.

La determinación adecuada de la demanda influye directamente en el dimensionamiento del proyecto. La formulación de proyectos establece que el tamaño óptimo debe ajustarse al volumen estimado de usuarios, evitando tanto el sobredimensionamiento como la insuficiencia operativa (Córdoba Padilla, 2011). En la reapertura hospitalaria, esta relación permite definir número de camas, áreas de atención y personal requerido.

El concepto de demanda en salud integra, por tanto, elementos económicos y sociales que inciden en la planificación institucional. El análisis sistemático de necesidades, comportamiento de usuarios y condiciones del entorno permite estructurar el proyecto hospitalario sobre bases técnicas coherentes con la realidad del mercado sanitario, lo que conduce a examinar las herramientas metodológicas que permiten identificar y analizar las causas que originan dichas necesidades dentro del sistema de salud.

## **D. Herramientas De Análisis De Causas**

### **1. Fundamentos Del Análisis Causa Raíz**

El análisis causa raíz se vincula con el proceso de identificación y comprensión del problema que da origen a un proyecto. En la formulación y evaluación de proyectos se establece que toda iniciativa surge como respuesta a una necesidad o situación problemática que requiere solución estructurada (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La correcta definición del problema constituye el punto de partida para cualquier estudio de factibilidad, ya que de ella depende la coherencia de los objetivos y de las alternativas planteadas.

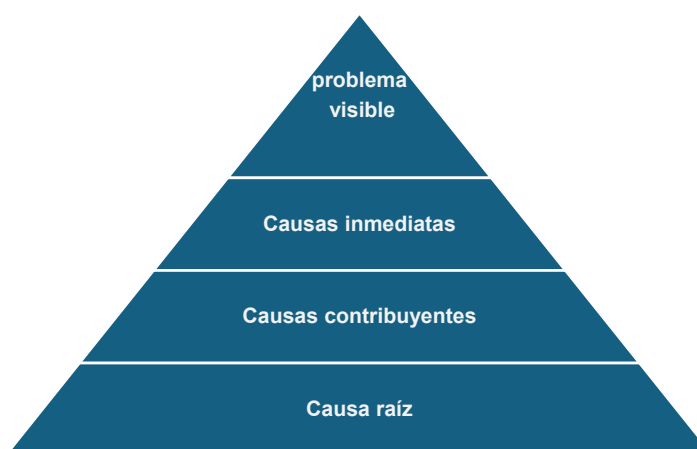
En la metodología de formulación de proyectos se señala que el diagnóstico inicial debe identificar con claridad la situación existente, sus características y los factores que la originan (Córdoba Padilla, 2011). Este diagnóstico no se limita a describir síntomas, sino que busca comprender las causas que generan la problemática. La distinción entre causa y efecto permite estructurar el análisis de manera ordenada y fundamentar adecuadamente la propuesta de solución.

En el ámbito hospitalario, el análisis causa raíz resulta particularmente relevante cuando se evalúa la reapertura de una institución de salud. La identificación de las razones que motivaron el cierre o la inoperatividad de un hospital constituye un paso previo indispensable antes de plantear su reactivación. La gestión en los servicios de salud reconoce que las decisiones institucionales deben basarse en un conocimiento claro de las problemáticas organizacionales, administrativas y estructurales que afectan el funcionamiento del sistema (Patiño Zambrano et al., 2021).

El análisis causa raíz implica examinar los factores que inciden en la situación problemática, considerando tanto variables internas como externas. En la evaluación de proyectos se destaca la necesidad de analizar el entorno y las condiciones que influyen en la viabilidad de la iniciativa (Blanco R., 2008). Este enfoque permite identificar elementos económicos, organizativos o técnicos que contribuyen al problema central y que deben abordarse dentro del estudio de factibilidad.

La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la importancia de organizar la información y estructurar el diagnóstico institucional antes de implementar acciones correctivas (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Este planteamiento se relaciona con el análisis causa raíz, ya que la identificación sistemática de factores permite diseñar estrategias orientadas a mejorar la eficiencia y sostenibilidad de los servicios sanitarios.

*Figura 15. Niveles de causalidad en el análisis causa-raíz*



*Fuente: Blanco R., 2008*

El análisis causa raíz no se orienta únicamente a describir deficiencias, sino a comprender la relación entre los distintos elementos que conforman la situación problemática. En la preparación y evaluación de proyectos se señala que la recopilación y análisis de antecedentes constituyen la base para juzgar la conveniencia de una iniciativa (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La identificación adecuada de causas permite estructurar objetivos coherentes y formular alternativas viables.

En el caso de la reapertura hospitalaria, el análisis puede abarcar factores como limitaciones financieras, deficiencias en infraestructura, insuficiencia de personal o inadecuada gestión administrativa. La formulación de proyectos establece que la definición clara del problema facilita la determinación de metas y la selección de soluciones pertinentes (Córdoba Padilla, 2011). Este proceso fortalece la coherencia interna del estudio de factibilidad.

La comprensión de las causas también permite evitar soluciones superficiales que no atiendan el origen del problema. En la evaluación económica de proyectos se advierte que decisiones basadas en diagnósticos incompletos pueden generar ineficiencia y pérdida de recursos (Blanco R., 2008). La identificación estructurada de causas contribuye a fundamentar adecuadamente la inversión propuesta.

En el ámbito de la gestión hospitalaria, la organización institucional y la coordinación de recursos influyen directamente en el desempeño del servicio. La gestión en salud reconoce que la planificación debe sustentarse en un diagnóstico integral que considere aspectos administrativos, clínicos y financieros (Patiño Zambrano et al., 2021). El análisis causa raíz facilita esta integración al examinar la interacción entre variables que inciden en la problemática.

El fundamento del análisis causa raíz dentro del estudio de factibilidad radica, por tanto, en la necesidad de comprender de manera sistemática los factores que originan la situación que se pretende resolver. La identificación ordenada de causas fortalece la estructura metodológica del proyecto y permite orientar de manera coherente los componentes técnicos, organizacionales y financieros que conforman la evaluación, lo que conduce a examinar herramientas específicas que facilitan la profundización en dichas causas dentro del proceso de diagnóstico.

## **2. Técnica De Los 5 Porqués: Definición, Aplicación Y Utilidad**

La técnica de los 5 porqués se utiliza como un procedimiento lógico de profundización progresiva en la identificación de causas que originan una problemática determinada. Dentro del proceso de formulación y evaluación de proyectos, la correcta definición del problema constituye un requisito metodológico esencial, ya que el diseño de soluciones depende de la comprensión clara de los factores que lo generan (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). En este marco, la formulación reiterada de preguntas orientadas a indagar el motivo de una situación permite avanzar desde la manifestación visible del problema hacia sus causas subyacentes.

La aplicación de esta técnica se fundamenta en la necesidad de evitar diagnósticos superficiales. En la formulación de proyectos se señala que el análisis debe identificar

con precisión la situación problemática y sus determinantes antes de plantear alternativas de solución (Córdoba Padilla, 2011). La reiteración del cuestionamiento “por qué” facilita la exploración ordenada de relaciones causales, permitiendo distinguir entre síntomas y causas estructurales.

En proyectos hospitalarios, la técnica de profundización causal adquiere especial relevancia cuando se examinan situaciones complejas relacionadas con funcionamiento institucional, limitaciones financieras o deficiencias organizativas. La gestión en los servicios de salud destaca la importancia de realizar diagnósticos integrales que consideren múltiples dimensiones del sistema (Patiño Zambrano et al., 2021). El uso sistemático de preguntas sucesivas permite identificar factores administrativos, técnicos o de gestión que pueden estar influyendo en el desempeño institucional.

La utilidad de la técnica radica en su capacidad para ordenar el razonamiento dentro del estudio de factibilidad. En la evaluación económica de proyectos se advierte que decisiones basadas en análisis incompletos pueden conducir a errores en la asignación de recursos (Blanco R., 2008). La profundización progresiva en las causas contribuye a fundamentar adecuadamente las decisiones relacionadas con inversión, organización y operación del proyecto.

Figura 16. Ventajas metodológicas de la técnica de los 5 porqués



Fuente: elaboración propia basada en Blanco R., 2008

La aplicación de la técnica implica partir de una situación identificada y formular de manera estructurada una serie de preguntas que permitan descomponer el problema en niveles sucesivos de análisis. Este procedimiento facilita la identificación de vínculos entre variables y fortalece la coherencia del diagnóstico. En la preparación y evaluación de

proyectos se reconoce que el análisis sistemático de antecedentes constituye la base para juzgar la conveniencia de una iniciativa (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La indagación reiterada favorece la recopilación de información relevante para sustentar dicho juicio.

En el caso de la reapertura de un hospital, la técnica puede aplicarse al examinar causas relacionadas con la inoperatividad previa de la institución. Por ejemplo, si se identifica una deficiencia financiera como problema inicial, la profundización puede revelar factores asociados a estructura de costos, insuficiencia de ingresos, fallas en la gestión administrativa o cambios en el entorno sanitario. La formulación de proyectos establece que el análisis debe conducir a la identificación de soluciones viables (Córdoba Padilla, 2011), lo cual requiere comprender adecuadamente las causas que dieron origen a la situación.

La técnica también contribuye a integrar distintas dimensiones del proyecto dentro de un enfoque estructurado. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la necesidad de organizar información y procesos antes de implementar acciones correctivas (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La formulación sucesiva de preguntas facilita la organización lógica del diagnóstico, evitando omisiones relevantes.

En el ámbito hospitalario, donde interactúan variables clínicas, administrativas y financieras, la técnica de profundización causal permite articular el análisis de manera coherente. La gestión en salud reconoce que la coordinación entre áreas constituye un elemento determinante del desempeño institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). La identificación de causas puede revelar desarticulaciones organizativas que influyen en la eficiencia del servicio.

La utilidad de esta herramienta dentro del estudio de factibilidad se vincula con la necesidad de estructurar adecuadamente la etapa diagnóstica. La evaluación de proyectos señala que la correcta identificación del problema facilita la formulación de alternativas y la definición de objetivos (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La técnica de los 5 porqués contribuye a este proceso al permitir una exploración ordenada de los factores que inciden en la viabilidad del proyecto.

La profundización en las causas no se limita a un número rígido de preguntas, sino que se orienta a alcanzar un nivel de comprensión suficiente para sustentar decisiones técnicas y organizacionales. En proyectos hospitalarios, esta comprensión resulta esencial para garantizar que la reapertura institucional se fundamente en un diagnóstico coherente con las condiciones reales del entorno, lo que conduce a considerar otras herramientas que permitan representar de manera estructurada las relaciones entre causas identificadas dentro del análisis de factibilidad.

### **3. Diagrama De Ishikawa: Estructura, Categorías Y Uso Metodológico**

El análisis de causas dentro del estudio de factibilidad puede apoyarse en herramientas que permitan organizar de manera visual y estructurada los factores que inciden en una problemática determinada. El diagrama de Ishikawa se utiliza como un instrumento que facilita la representación ordenada de relaciones causales, permitiendo identificar de

manera sistemática los distintos elementos que influyen en el problema central. En la formulación y evaluación de proyectos se establece que la correcta identificación del problema constituye el punto de partida para la definición de objetivos y alternativas (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La organización gráfica de las causas contribuye a fortalecer este proceso metodológico.

La estructura del diagrama se basa en la identificación de un problema principal y la agrupación de factores que pueden estar influyendo en su aparición. Desde la formulación de proyectos se reconoce la necesidad de analizar variables técnicas, económicas, organizativas y del entorno al momento de evaluar la viabilidad de una iniciativa (Córdoba Padilla, 2011). La representación visual de estas variables permite comprender la interrelación existente entre los distintos componentes del sistema.

En el ámbito hospitalario, donde interactúan múltiples factores administrativos, financieros y operativos, la representación estructurada de causas resulta especialmente útil. La gestión en los servicios de salud destaca que el funcionamiento institucional depende de la coordinación entre recursos humanos, infraestructura y procesos (Patiño Zambrano et al., 2021). La organización gráfica de causas facilita la identificación de desajustes en estas áreas y permite analizar cómo inciden en la situación problemática.

El uso metodológico del diagrama dentro del estudio de factibilidad consiste en clasificar las posibles causas en categorías que reflejen las distintas dimensiones del proyecto. Estas pueden incluir aspectos técnicos, financieros, organizacionales o relacionados con el entorno. La evaluación económica de proyectos señala que la interacción entre variables influye directamente en la viabilidad de la iniciativa (Blanco R., 2008). La agrupación estructurada de factores contribuye a examinar dichas interdependencias.

En la reapertura de un hospital, el diagrama puede emplearse para organizar factores asociados a infraestructura deficiente, limitaciones presupuestarias, escasez de personal o debilidades en la gestión administrativa. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la importancia de estructurar procesos y analizar su desempeño antes de implementar mejoras (Organización Panamericana de la Salud, 2010). La representación gráfica de causas facilita la comprensión de la problemática institucional dentro de un marco sistémico.

La utilidad del diagrama radica en su capacidad para sintetizar información compleja y promover una visión integral del problema. En la preparación y evaluación de proyectos se sostiene que el análisis estructurado de antecedentes permite fundamentar adecuadamente las decisiones de inversión (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). La organización visual de causas fortalece la coherencia del diagnóstico y contribuye a la formulación de soluciones alineadas con los factores identificados.

El diagrama también favorece el trabajo colaborativo en el proceso de diagnóstico. En gestión en salud se reconoce la importancia de integrar distintas perspectivas profesionales en la planificación institucional (Patiño Zambrano et al., 2021). La construcción colectiva del esquema de causas permite incorporar aportes de diferentes áreas, enriqueciendo el análisis.

En el estudio de factibilidad hospitalaria, la aplicación del diagrama de Ishikawa no se limita a la representación gráfica, sino que constituye un mecanismo para ordenar el razonamiento dentro del diagnóstico. La clasificación de causas facilita la identificación de prioridades y la articulación entre componentes técnicos y organizacionales del proyecto. Esta estructuración metodológica contribuye a preparar el terreno para la utilización de instrumentos complementarios que permitan verificar y contrastar la información recopilada durante el proceso de análisis.

#### **4. Listas De Chequeo**

Las listas de chequeo constituyen instrumentos de apoyo que permiten verificar de manera sistemática el cumplimiento de criterios previamente establecidos dentro de un proceso de análisis. En el estudio de factibilidad, su utilización facilita la organización y control de información relevante, contribuyendo a estructurar el diagnóstico de manera ordenada. En la preparación y evaluación de proyectos se señala que la recopilación y análisis de antecedentes deben realizarse con rigurosidad metodológica para sustentar adecuadamente las decisiones de inversión (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008). Las listas de chequeo se integran en este proceso como herramientas de verificación.

Dentro de la formulación de proyectos, el análisis previo exige considerar múltiples variables relacionadas con aspectos técnicos, organizacionales, financieros y del entorno (Córdoba Padilla, 2011). La utilización de listas de chequeo permite asegurar que ninguno de estos elementos sea omitido durante el diagnóstico. Al establecer criterios claros de revisión, el instrumento contribuye a mantener coherencia entre los distintos componentes del estudio de factibilidad.

En proyectos hospitalarios, donde intervienen factores estructurales, administrativos y clínicos, la organización sistemática de la información resulta especialmente relevante. La gestión en los servicios de salud destaca la importancia de planificar y estructurar procesos institucionales bajo criterios de eficiencia y control (Patiño Zambrano et al., 2021). Las listas de chequeo permiten verificar condiciones relacionadas con infraestructura, disponibilidad de recursos humanos, equipamiento y cumplimiento normativo, facilitando una revisión integral del estado institucional.

La evaluación económica de proyectos resalta que la identificación ordenada de costos, inversiones y fuentes de financiamiento constituye una etapa esencial para determinar la viabilidad (Blanco R., 2008).

Las listas de chequeo pueden utilizarse para confirmar que los elementos financieros han sido considerados adecuadamente dentro del análisis, evitando omisiones que puedan afectar la consistencia del estudio. La metodología de gestión productiva de los servicios de salud enfatiza la necesidad de estructurar procesos y organizar información antes de implementar acciones institucionales (Organización Panamericana de la Salud, 2010). En este contexto, las listas de chequeo actúan como mecanismos de control que facilitan la revisión sistemática de requisitos operativos y administrativos.

En la reapertura de un hospital, las listas de chequeo pueden aplicarse para evaluar el cumplimiento de condiciones mínimas necesarias para la prestación del servicio. Estas

pueden incluir verificación de habilitación de espacios, disponibilidad de personal especializado, funcionamiento de equipos médicos y existencia de protocolos administrativos. La formulación y evaluación de proyectos establece que la coherencia entre diagnóstico y solución depende de la calidad del análisis previo (Sapag Chain & Sapag Chain, 2008), lo cual requiere instrumentos que permitan ordenar la información recopilada.

*Figura 17. Usos estratégicos de las listas de chequeo en estudios de factibilidad hospitalaria*



*Fuente: elaboración propia basada en Patiño Zambrano et al., 2021*

El uso de listas de chequeo también favorece la estandarización del proceso de evaluación. Al definir criterios uniformes, se facilita la comparación entre situaciones y se fortalece la objetividad del diagnóstico. En el ámbito hospitalario, donde intervienen múltiples áreas funcionales, la estandarización contribuye a integrar información proveniente de diferentes departamentos bajo una misma estructura de análisis.

Las listas de chequeo no sustituyen el análisis profundo de las causas ni la evaluación técnica detallada, sino que complementan estos procesos al proporcionar un mecanismo de revisión estructurada. La integración de este instrumento dentro del estudio de factibilidad fortalece la consistencia metodológica y facilita la organización del diagnóstico institucional, articulando los resultados obtenidos mediante el análisis de causas con la verificación sistemática de los elementos que inciden en la viabilidad del proyecto hospitalario.

## II. Marco Contextual

### A. Principales Tendencias En Servicios De Salud En América Latina (2015–2025)

#### 1. Evolución De Los Modelos De Atención Primaria Y Secundaria

La evolución de los modelos de atención primaria y secundaria en América Latina entre 2015 y 2025 se configura como un proceso de transformación estructural orientado hacia la reorganización funcional de los sistemas de salud. Este proceso se caracteriza por el tránsito progresivo desde esquemas fragmentados y hospital céntricos hacia modelos integrados centrados en la atención primaria como eje articulador del sistema. La región consolida gradualmente un enfoque que prioriza la continuidad del cuidado, la coordinación entre niveles y la organización territorial de los servicios.

#### **Transición del modelo hospital céntrico al modelo basado en atención primaria**

Históricamente, gran parte de los sistemas sanitarios latinoamericanos se estructuran alrededor de hospitales como núcleo organizador de la atención. Este modelo concentra recursos humanos, tecnológicos y administrativos en establecimientos de segundo y tercer nivel, relegando la atención primaria a un rol periférico y frecuentemente limitado a funciones preventivas básicas.

Durante la última década, la región impulsa una reconfiguración conceptual que posiciona la atención primaria en salud (APS) como la base del sistema. La APS deja de concebirse exclusivamente como el primer punto de contacto y pasa a definirse como el componente estratégico que organiza el acceso, la resolución inicial de problemas de salud y la articulación con niveles de mayor complejidad (ECLAC, 2024). Esta transformación implica una redefinición del rol institucional del primer nivel, ampliando su capacidad resolutoria y su responsabilidad en la gestión integral del cuidado.

El modelo evoluciona hacia una lógica centrada en las personas y no únicamente en la enfermedad. Se promueve una visión longitudinal del proceso salud - enfermedad, donde la atención primaria asume funciones de seguimiento continuo, coordinación clínica y acompañamiento comunitario. En este sentido, el modelo adopta una perspectiva más integral que incorpora promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano y manejo de condiciones crónicas dentro de un mismo marco organizativo (OECD/The World Bank, 2020).

#### **Reorganización funcional del primer nivel de atención**

Entre 2015 y 2025, la atención primaria experimenta un proceso de fortalecimiento institucional orientado a incrementar su capacidad resolutoria. Este fortalecimiento no se limita a la ampliación de infraestructura, sino que implica ajustes en la organización del trabajo, la composición de equipos multidisciplinarios y la definición de responsabilidades clínicas.

Los equipos de salud en el primer nivel tienden a conformarse bajo esquemas interdisciplinarios, integrando médicos generales, enfermeras, promotores comunitarios

y otros profesionales. Esta reorganización favorece una atención más integral y permite abordar múltiples necesidades en un mismo punto de contacto. La lógica de trabajo se desplaza de una atención episódica hacia una atención continua, especialmente relevante frente al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Asimismo, la atención primaria comienza a asumir funciones de gestión poblacional. En lugar de limitarse a responder a la demanda espontánea, se incorporan mecanismos de identificación de riesgos, seguimiento programado y organización territorial de la población adscrita. Este enfoque fortalece la responsabilidad sanitaria sobre comunidades específicas y consolida el papel del primer nivel como coordinador del sistema.

La Comisión sobre sistemas resilientes en América Latina destaca que los sistemas basados en APS presentan mayor capacidad para mantener servicios esenciales ante escenarios de presión estructural (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). Esta afirmación refuerza la tendencia regional hacia modelos donde la atención primaria no actúa como nivel subordinado, sino como núcleo organizador del sistema.

### **Transformación del segundo nivel de atención**

Paralelamente al fortalecimiento del primer nivel, el segundo nivel experimenta una reorganización orientada a mejorar su integración funcional con la APS. Tradicionalmente, los servicios secundarios hospitales generales y especializados operan de manera relativamente autónoma, con mecanismos débiles de referencia y contrarreferencia.

Durante el período analizado, se impulsa la articulación formal entre niveles mediante protocolos de derivación, sistemas de coordinación clínica y redes integradas de servicios. El segundo nivel comienza a redefinir su función como soporte especializado del primer nivel, priorizando la atención de casos que requieren mayor complejidad diagnóstica o terapéutica.

Este proceso implica una redistribución conceptual de responsabilidades. Mientras la atención primaria amplía su capacidad de resolución de problemas comunes y crónicos, el segundo nivel concentra intervenciones quirúrgicas, diagnósticos especializados y manejo de complicaciones. La relación entre ambos niveles se orienta hacia la complementariedad y no hacia la competencia institucional.

La evidencia regional señala que la integración efectiva entre niveles mejora la continuidad del cuidado y reduce duplicidades en la provisión de servicios (ECLAC, 2024). En consecuencia, la evolución del modelo se dirige hacia esquemas donde los hospitales se insertan dentro de redes coordinadas y no como entidades aisladas.

### **Consolidación de redes integradas de servicios de salud**

Uno de los cambios estructurales más relevantes en la última década es la consolidación progresiva de redes integradas de servicios. Estas redes buscan superar la fragmentación histórica derivada de la coexistencia de múltiples subsistemas públicos y privados.

Las redes integradas se estructuran territorialmente y establecen vínculos formales entre establecimientos de distintos niveles de complejidad. El objetivo central consiste en garantizar que el tránsito del paciente entre el primer y segundo nivel ocurra de manera organizada, con información compartida y continuidad terapéutica.

En este modelo, la atención primaria actúa como puerta de entrada y coordinadora de la red, mientras que los servicios secundarios y terciarios brindan apoyo especializado. Esta configuración reduce la dependencia directa de los hospitales para resolver condiciones que pueden ser manejadas en el primer nivel.

La Comisión regional sobre resiliencia enfatiza que la organización en redes fortalece la capacidad sistémica al distribuir funciones y evitar la sobrecarga de un solo nivel de atención (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). De esta manera, la evolución organizacional no se limita a cambios individuales en establecimientos, sino que redefine la arquitectura completa del sistema.

### **Cambio en el enfoque de atención frente a la transición epidemiológica**

La transición epidemiológica regional constituye un factor determinante en la evolución de los modelos de atención. El aumento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles exige sistemas capaces de ofrecer seguimiento continuo, control periódico y coordinación interdisciplinaria.

El modelo tradicional centrado en intervenciones agudas resulta insuficiente para enfrentar estas condiciones. Por ello, la atención primaria asume un papel central en la gestión integral de pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y otras patologías de larga duración (OECD/The World Bank, 2020).

En este contexto, el segundo nivel complementa la atención con intervenciones especializadas cuando la complejidad lo requiere. Sin embargo, el seguimiento rutinario y la prevención de complicaciones se consolidan como funciones prioritarias del primer nivel. Esta reorganización reduce la presión innecesaria sobre hospitales y fortalece la eficiencia clínica del sistema.

## **2. Cobertura Poblacional Y Acceso: Avances, Retrocesos Y Desafíos Persistentes**

La cobertura poblacional y el acceso efectivo a los servicios de salud constituyen dimensiones centrales en la evolución de los sistemas sanitarios de América Latina durante el período 2015–2025. En la última década, la región registra avances importantes en la ampliación formal de la cobertura, especialmente a través de la expansión de esquemas públicos y de seguridad social. Sin embargo, persisten brechas estructurales relacionadas con desigualdades territoriales, socioeconómicas y demográficas que limitan el acceso real a los servicios de atención primaria y secundaria.

### **Expansión formal de la cobertura sanitaria**

Durante el período analizado, múltiples países de la región fortalecen marcos normativos orientados a la universalización del acceso a la salud. Este proceso se vincula con el

compromiso regional de avanzar hacia sistemas universales basados en el derecho a la salud, promoviendo la inclusión de poblaciones previamente excluidas (ECLAC, 2024).

La ampliación de cobertura formal implica la incorporación de sectores históricamente marginados trabajadores informales, poblaciones rurales y grupos vulnerables a esquemas públicos o de aseguramiento social. En términos estructurales, se observa un aumento progresivo en la participación de mecanismos públicos dentro del financiamiento general del sistema, lo cual se asocia con la intención de fortalecer la protección financiera y ampliar la cobertura institucional (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

No obstante, la cobertura formal no garantiza necesariamente acceso efectivo. La existencia de afiliación o reconocimiento legal no siempre se traduce en disponibilidad real de servicios, particularmente en zonas alejadas de centros urbanos.

### **Diferencia entre cobertura formal y acceso efectivo**

Uno de los principales desafíos identificados en la región es la brecha entre cobertura nominal y acceso efectivo. Mientras la afiliación a esquemas públicos aumenta en varios países, el uso real de servicios continúa condicionado por barreras geográficas, económicas y organizacionales.

El análisis regional muestra que el gasto de bolsillo continúa representando una proporción significativa del gasto total en salud, lo que indica que numerosos hogares enfrentan costos directos al momento de utilizar servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Aunque el desarrollo financiero se aborda con mayor profundidad más adelante, desde la perspectiva de acceso esto evidencia que la cobertura institucional no elimina completamente las barreras económicas.

Además, la disponibilidad desigual de establecimientos de atención primaria y secundaria limita la posibilidad de acceso oportuno. En varios países, la concentración de hospitales y servicios especializados en áreas metropolitanas genera desequilibrios territoriales que afectan a comunidades rurales o periféricas (OECD/The World Bank, 2020).

### **Desigualdades territoriales en el acceso**

Las disparidades territoriales constituyen una de las brechas más persistentes en la región. La distribución de infraestructura sanitaria, recursos humanos y servicios especializados presenta patrones desiguales entre áreas urbanas y rurales.

En zonas urbanas, la mayor densidad poblacional facilita la concentración de centros de atención primaria y hospitales generales. En contraste, comunidades rurales o de difícil acceso enfrentan limitaciones relacionadas con distancia física, transporte y menor disponibilidad de personal de salud.

El análisis regional destaca que las desigualdades territoriales se entrelazan con factores socioeconómicos, generando condiciones en las que poblaciones de bajos ingresos presentan mayores dificultades para acceder a servicios oportunos (ECLAC, 2024). Esta

situación afecta tanto al primer como al segundo nivel de atención, aunque el impacto suele ser más visible en el acceso a servicios especializados.

La persistencia de estas brechas demuestra que la expansión formal de la cobertura requiere acompañarse de estrategias territoriales que fortalezcan la capacidad instalada en regiones con menor desarrollo sanitario.

### **Brechas socioeconómicas y grupos vulnerables**

La cobertura y el acceso también se ven influenciados por desigualdades socioeconómicas. Los hogares con menores ingresos enfrentan mayores probabilidades de retrasar o evitar consultas médicas debido a costos indirectos como transporte, medicamentos o pérdida de ingresos laborales.

El informe regional sobre desarrollo y derechos poblacionales subraya que las desigualdades estructurales en América Latina influyen directamente en la capacidad de ejercer el derecho a la salud, especialmente entre poblaciones indígenas, afrodescendientes y residentes en territorios periféricos (ECLAC, 2024).

Por su parte, el análisis comparativo de indicadores sanitarios muestra que las tasas de utilización de servicios preventivos y especializados varían según nivel educativo y quintil de ingreso (OECD/The World Bank, 2020). Estas diferencias reflejan no solo limitaciones económicas, sino también barreras culturales y administrativas que afectan la interacción con el sistema.

La ampliación de cobertura durante la última década reduce parcialmente estas brechas, pero no logra eliminarlas de manera homogénea en todos los países.

### **Acceso en el contexto de cambios demográficos**

El envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas introducen nuevas demandas sobre la cobertura y el acceso. Las personas mayores requieren seguimiento continuo, consultas periódicas y acceso regular a medicamentos, lo que exige sistemas capaces de garantizar disponibilidad constante de servicios.

El panorama demográfico regional indica que la transición hacia poblaciones más envejecidas incrementa la presión sobre los servicios de atención primaria y secundaria (ECLAC, 2024). En este escenario, el acceso no se limita a la existencia de infraestructura, sino que involucra la capacidad de respuesta sostenida del sistema frente a necesidades prolongadas.

El acceso efectivo también implica continuidad en la atención entre niveles. La falta de articulación puede generar interrupciones en tratamientos o duplicidad de procedimientos, afectando la calidad y oportunidad del servicio.

### **Retrocesos y desafíos estructurales**

A pesar de los avances en cobertura formal, la región enfrenta retrocesos y estancamientos en determinados contextos. La estabilización del gasto sanitario en

algunos países y el retorno a niveles previos a crisis recientes sugieren limitaciones para sostener expansiones adicionales de cobertura institucional (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Asimismo, la Comisión sobre sistemas resilientes advierte que la interrupción o reducción de servicios en el primer nivel puede generar consecuencias significativas en salud poblacional, especialmente para grupos vulnerables (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). Aunque el análisis detallado de crisis sanitarias se desarrolla más adelante, esta observación refuerza la importancia de fortalecer mecanismos de acceso continuo.

Los desafíos persistentes incluyen:

- Garantizar acceso equitativo en zonas rurales y fronterizas.
- Reducir barreras económicas indirectas.
- Mejorar la coordinación entre niveles de atención.
- Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel.
- Asegurar continuidad en el manejo de enfermedades crónicas.

### **3. Financiamiento De La Atención Primaria Y Secundaria: Fuentes, Sostenibilidad E Inversión Pública Y Privada**

El financiamiento de los sistemas de salud en América Latina durante el período 2015–2025 constituye un elemento estructural determinante para la consolidación de modelos basados en atención primaria y para el fortalecimiento de los servicios de segundo nivel. La sostenibilidad financiera, la composición de las fuentes de recursos y la priorización fiscal del sector salud influyen directamente en la capacidad de garantizar cobertura efectiva y continuidad del cuidado.

#### **Panorama general del gasto en salud en la región**

En 2023, el gasto corriente en salud en América Latina y el Caribe alcanza en promedio el 6,6% del producto interno bruto (PIB), con un gasto per cápita cercano a 778 dólares (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Sin embargo, esta cifra regional promedio oculta heterogeneidades significativas entre países.

La Organización Panamericana de la Salud establece como referencia estratégica que el gasto público en salud debe superar el 6% del PIB para avanzar hacia sistemas universales sólidos. No obstante, la mayoría de los países de la región permanece por debajo de ese umbral (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Esta brecha estructural condiciona la expansión y fortalecimiento tanto del primer como del segundo nivel de atención.

Desde una perspectiva comparada, el análisis internacional muestra que los países con mayores niveles de inversión pública tienden a presentar mejores indicadores de acceso y protección financiera (OECD/The World Bank, 2020). En consecuencia, el financiamiento no constituye únicamente un componente administrativo, sino un determinante estructural del desempeño del sistema.

### **Composición del financiamiento: público, privado y gasto de bolsillo**

El financiamiento sanitario en América Latina se caracteriza por una combinación de recursos públicos, contribuciones obligatorias a la seguridad social, seguros privados y gasto directo de los hogares.

En promedio, el gasto público representa aproximadamente el 55,6% del gasto corriente en salud, mientras que el gasto de bolsillo equivale a cerca de un tercio del total (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Este último indicador supera el umbral recomendado de 20%, lo que implica riesgos de empobrecimiento y vulnerabilidad financiera para los hogares.

La persistencia de altos niveles de gasto de bolsillo refleja limitaciones en la capacidad de los sistemas públicos para absorber completamente los costos de atención, especialmente en servicios especializados y medicamentos. Desde la perspectiva de sostenibilidad, esta estructura mixta genera desigualdades en el acceso y afecta la equidad del sistema.

El fortalecimiento del financiamiento público, por tanto, se presenta como un componente esencial para reducir la dependencia de pagos directos y mejorar la protección financiera de la población.

### **Evolución de la inversión pública y esfuerzo fiscal**

Durante el período 2015–2025 se observa una tendencia variable en el esfuerzo fiscal destinado a salud. En algunos países, la prioridad fiscal entendida como la proporción del gasto público asignada al sector salud muestra incrementos moderados. Sin embargo, en otros contextos se identifican retrocesos o estancamientos.

La estabilización del gasto per cápita en términos reales en los años recientes sugiere un escenario de contención presupuestaria en varios países (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Esta dinámica limita la expansión sostenida de infraestructura y recursos humanos, especialmente en el primer nivel de atención.

El análisis regional indica que la capacidad fiscal general del país no determina automáticamente la prioridad otorgada a la salud. Existen casos donde economías con mayor capacidad recaudatoria destinan proporciones relativamente bajas al sector, mientras que otras con menor tamaño económico muestran mayor compromiso relativo (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Esta variabilidad evidencia que la sostenibilidad financiera depende tanto de condiciones macroeconómicas como de decisiones políticas sobre asignación presupuestaria.

Figura 18. El gasto en salud en Latinoamérica y el Caribe



Fuente: OCD/Banco Mundial, 2023

### Rol de los seguros sociales y transferencias tributarias

En las últimas dos décadas, los seguros sociales de salud incrementan su relevancia dentro del financiamiento sanitario regional. Tradicionalmente financiados mediante cotizaciones laborales, estos esquemas reciben progresivamente mayores transferencias provenientes de ingresos tributarios generales.

El porcentaje promedio de gasto en seguros obligatorios financiado con ingresos fiscales aumenta de manera significativa entre 2000 y 2023 (Organización Panamericana de la Salud, 2025). Esta transformación refleja una tendencia hacia mayor solidaridad financiera y ampliación de cobertura para poblaciones no contributivas.

Desde el punto de vista estructural, el fortalecimiento de los seguros sociales permite ampliar la base de financiamiento para servicios de segundo nivel y hospitalarios. Sin embargo, la dependencia de transferencias fiscales también implica vulnerabilidad frente a ciclos económicos y restricciones presupuestarias.

La sostenibilidad de estos esquemas requiere mecanismos de coordinación entre ministerios de salud y hacienda, así como estrategias de gestión eficiente del gasto.

### Sostenibilidad financiera y resiliencia del sistema

La Comisión regional sobre resiliencia en sistemas basados en atención primaria subraya que la capacidad de respuesta ante presiones estructurales depende en gran medida de

mecanismos financieros flexibles y sostenibles (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La existencia de fondos de emergencia, reglas claras de reasignación presupuestaria y mecanismos de compra estratégica contribuye a mantener la continuidad de servicios esenciales.

Un sistema financieramente sostenible no solo garantiza estabilidad presupuestaria, sino que también permite adaptarse a cambios demográficos y epidemiológicos. El aumento de enfermedades crónicas, por ejemplo, exige inversiones sostenidas en atención primaria para evitar costos mayores en niveles hospitalarios.

El financiamiento adecuado del primer nivel se asocia con menor presión sobre hospitales y mayor eficiencia global del sistema (OECD/The World Bank, 2020). En consecuencia, la asignación estratégica de recursos entre niveles constituye un componente central de la sostenibilidad.

#### **4. Calidad De La Atención Y Transformación Digital En Los Niveles 1 Y 2**

La calidad de la atención constituye un componente central en la consolidación de los sistemas de salud en América Latina durante el período 2015–2025. La expansión de la cobertura y la reorganización estructural de los modelos de atención han ido acompañadas de un creciente énfasis en la mejora de estándares asistenciales, seguridad del paciente, continuidad del cuidado y modernización tecnológica en los niveles primario y secundario.

##### **Conceptualización de la calidad en el contexto regional**

La calidad en los servicios de salud se entiende como la capacidad del sistema para proporcionar atención segura, efectiva, oportuna, equitativa y centrada en la persona. En América Latina, la discusión sobre calidad evoluciona desde una visión centrada en infraestructura hacia un enfoque integral que incorpora procesos clínicos, resultados en salud y experiencia del usuario.

El análisis comparativo regional muestra que el acceso formal a servicios no garantiza automáticamente calidad en la atención (OECD/The World Bank, 2020). Persisten variaciones en estándares clínicos, tiempos de espera, continuidad terapéutica y capacidad diagnóstica entre países y entre territorios dentro de un mismo país.

La Comisión sobre sistemas resilientes basados en atención primaria subraya que la calidad debe integrarse estructuralmente al modelo organizativo, particularmente en el primer nivel, donde se resuelve la mayoría de las necesidades sanitarias (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La calidad, por tanto, no constituye un componente aislado, sino un atributo transversal del sistema.

##### **Calidad en la atención primaria**

En el nivel primario, la mejora de la calidad se vincula con el fortalecimiento de la capacidad resolutoria, la formación continua del personal y la estandarización de protocolos clínicos. La transición hacia modelos centrados en la persona exige

continuidad del cuidado y seguimiento sistemático, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.

Los informes regionales evidencian que sistemas con atención primaria sólida presentan mejores resultados en control de condiciones crónicas y reducción de hospitalizaciones evitables (OECD/The World Bank, 2020). Esto refleja que la calidad no depende exclusivamente de tecnología avanzada, sino de organización adecuada y coordinación entre profesionales.

Asimismo, el fortalecimiento de equipos interdisciplinarios contribuye a mejorar la experiencia del paciente y la eficiencia del proceso asistencial. La integración de promoción, prevención y tratamiento dentro del primer nivel permite abordar de manera integral múltiples necesidades de salud.

### **Calidad en el segundo nivel de atención**

En el segundo nivel, la calidad se asocia con disponibilidad de especialidades, precisión diagnóstica, tiempos de respuesta y seguridad en procedimientos. La integración con el primer nivel resulta fundamental para evitar duplicidades y garantizar continuidad del tratamiento.

La evidencia regional indica que la falta de articulación entre niveles puede generar fragmentación en el cuidado y afectar resultados clínicos (ECLAC, 2024). Por ello, la mejora de la calidad hospitalaria se vincula estrechamente con mecanismos de referencia y contrarreferencia eficaces.

La calidad en el segundo nivel también implica sistemas de monitoreo y evaluación, así como protocolos de seguridad del paciente. La adopción de estándares internacionales y la evaluación periódica de desempeño institucional se consolidan progresivamente en la región.

### **Transformación digital como herramienta de mejora**

Entre 2015 y 2025, la transformación digital adquiere relevancia como instrumento para fortalecer la calidad y eficiencia del sistema. La incorporación de tecnologías de información en salud permite optimizar procesos administrativos, mejorar la coordinación clínica y facilitar el seguimiento de pacientes.

La Comisión regional sobre resiliencia destaca que la digitalización fortalece la continuidad del cuidado y mejora la capacidad de respuesta institucional, especialmente en sistemas organizados en redes (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La interoperabilidad de información clínica favorece la articulación entre niveles y reduce errores derivados de falta de datos compartidos.

En el primer nivel, la digitalización contribuye al registro sistemático de consultas, control de pacientes crónicos y programación de citas. En el segundo nivel, facilita el acceso a resultados diagnósticos y coordinación interhospitalaria.

No obstante, la implementación de tecnologías digitales presenta desigualdades entre países y territorios. La brecha en infraestructura tecnológica y conectividad limita la expansión homogénea de estas herramientas en la región.

### **Modernización institucional y fortalecimiento de capacidades**

La mejora de la calidad no depende únicamente de recursos tecnológicos, sino también del fortalecimiento institucional. La capacitación del personal, la adopción de guías clínicas y la evaluación continua del desempeño forman parte de la estrategia regional para elevar estándares asistenciales.

El Reporte Anual 2024 de la Organización Panamericana de la Salud destaca que la modernización institucional requiere coherencia entre planificación estratégica, supervisión técnica y desarrollo de capacidades humanas (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Este enfoque resalta la importancia de consolidar sistemas organizados, con roles definidos y procesos claros.

La transformación digital, en este contexto, se integra como complemento a reformas organizacionales y no como sustituto de ellas.

## **5. Impacto De La Pandemia De COVID-19 En Los Niveles De Atención Primaria Y Secundaria**

La pandemia de COVID-19 constituye el evento sanitario más disruptivo para los sistemas de salud de América Latina en el período 2015–2025. Su impacto trasciende la dimensión epidemiológica e incide directamente en la organización, funcionamiento y capacidad de respuesta de los niveles primario y secundario de atención. La crisis pone a prueba la resiliencia institucional, evidencia debilidades estructurales y acelera transformaciones organizativas previamente en curso.

### **Reconfiguración del primer nivel de atención**

La atención primaria enfrenta una reorganización abrupta durante la emergencia sanitaria. En múltiples países, parte de su capacidad operativa se redirige hacia actividades de vigilancia epidemiológica, identificación de casos, seguimiento comunitario y campañas de información. Esta reorientación genera tensiones en la provisión de servicios esenciales no relacionados con COVID-19.

La Comisión sobre sistemas resilientes en América Latina señala que la interrupción de servicios primarios produce efectos significativos en la salud poblacional, especialmente en el control de enfermedades crónicas y programas preventivos (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La reducción temporal de consultas presenciales afecta el seguimiento de pacientes con condiciones de larga duración, incrementando riesgos de complicaciones.

Asimismo, la reorganización del primer nivel pone en evidencia la importancia de contar con estructuras territoriales sólidas y equipos comunitarios capacitados. Los sistemas con mayor integración de la atención primaria logran sostener parcialmente la continuidad del cuidado en comparación con modelos más fragmentados.

### **Presión sobre el segundo nivel y reorganización hospitalaria**

El segundo nivel de atención, particularmente los hospitales generales y especializados, experimenta una presión extraordinaria derivada del aumento de casos graves y necesidad de cuidados intensivos. La reasignación de camas, personal y recursos hacia áreas de atención respiratoria modifica la organización interna de los establecimientos.

Esta reconfiguración genera postergación de procedimientos electivos y disminución de consultas especializadas no urgentes. El impacto indirecto se refleja en la acumulación de demanda diferida y en retrasos diagnósticos para otras patologías.

El análisis regional indica que la capacidad hospitalaria preexistente, así como el grado de coordinación con el primer nivel, influyen en la respuesta institucional (ECLAC, 2024). Sistemas con redes más integradas logran distribuir cargas asistenciales de manera más eficiente.

### **Interrupción y continuidad de servicios esenciales**

Uno de los efectos más relevantes de la pandemia es la interrupción parcial de servicios esenciales, incluyendo programas de inmunización, control prenatal y manejo de enfermedades crónicas. La Comisión regional subraya que incluso reducciones temporales en cobertura primaria pueden traducirse en aumentos posteriores de morbilidad y mortalidad evitables (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

El desafío central consiste en equilibrar la respuesta inmediata a la emergencia con la preservación de funciones esenciales del sistema. La pandemia evidencia que la resiliencia no depende únicamente de capacidad hospitalaria, sino también de la fortaleza organizativa del primer nivel.

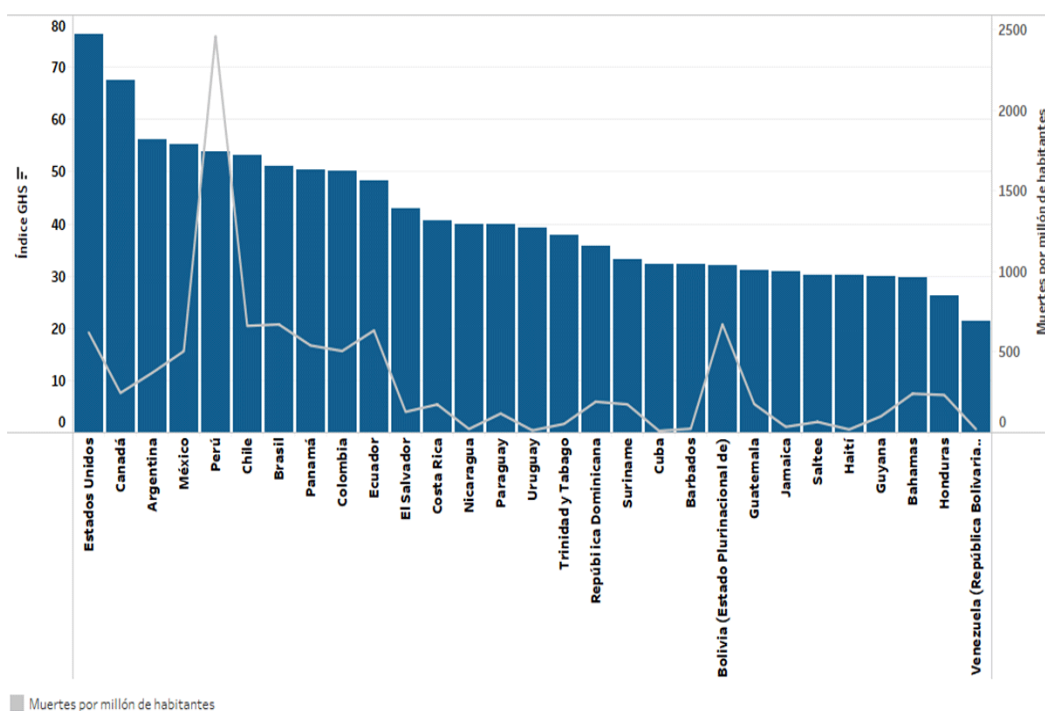
### **Evidencia de desigualdades estructurales**

La crisis sanitaria expone y amplifica desigualdades preexistentes en los sistemas de salud de la región. Las diferencias territoriales en infraestructura, disponibilidad de personal y capacidad diagnóstica condicionan la respuesta frente al virus.

El informe regional sobre desarrollo y derechos poblacionales destaca que las desigualdades sociales influyen en la exposición al riesgo y en el acceso a servicios oportunos (ECLAC, 2024). Comunidades con menor acceso previo a servicios formales enfrentan mayores dificultades para recibir atención durante la emergencia.

Asimismo, el análisis comparativo de indicadores sanitarios evidencia que los resultados de salud varían significativamente entre países con distintos niveles de organización y coordinación institucional (OECD/The World Bank, 2020). La pandemia actúa como un revelador de debilidades estructurales acumuladas.

Figura 19. Índice Mundial de Seguridad Sanitaria y mortalidad en la Región de las Américas, por país, 2021



Fuente: PAHO, 2021

### Ajustes institucionales y aprendizaje sistémico

A pesar del impacto negativo inicial, la pandemia impulsa procesos de aprendizaje institucional. La necesidad de coordinación rápida entre niveles de atención fortalece mecanismos de comunicación y referencia.

El Reporte Anual 2024 de la Organización Panamericana de la Salud destaca que la crisis sanitaria impulsa la revisión de planes estratégicos y la incorporación de enfoques de preparación ante emergencias dentro de la planificación sectorial (Organización Panamericana de la Salud, 2024). Este aprendizaje contribuye a fortalecer la gobernanza sanitaria.

Los sistemas comienzan a integrar el concepto de resiliencia como atributo estructural, entendido como la capacidad de absorber perturbaciones sin comprometer funciones esenciales.

### Impacto en la organización financiera del sistema

Resulta pertinente señalar que durante los años iniciales de la pandemia se registra un incremento temporal del gasto público en salud, seguido por una estabilización o retorno a niveles previos en varios países (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Esta dinámica refleja la naturaleza excepcional de la respuesta financiera frente a la emergencia, pero también evidencia limitaciones para sostener incrementos estructurales permanentes.

## **6. Nuevos Enfoques: Atención Comunitaria, Medicina Familiar, Redes Integradas Y Telemedicina**

Durante el período 2015–2025, los sistemas de salud en América Latina experimentan la consolidación de nuevos enfoques organizativos orientados a fortalecer la atención primaria y mejorar la integración entre niveles asistenciales. Estos enfoques incluyen la expansión de la atención comunitaria, el fortalecimiento de la medicina familiar, la organización en redes integradas de servicios y la incorporación progresiva de la telemedicina como herramienta complementaria.

Estos cambios no constituyen transformaciones aisladas, sino parte de una evolución estructural hacia modelos más centrados en la persona, territorialmente organizados y orientados a la continuidad del cuidado.

### **Atención comunitaria como eje territorial**

La atención comunitaria se posiciona como uno de los pilares emergentes en la reorganización del primer nivel. Este enfoque reconoce que los determinantes sociales de la salud influyen directamente en los resultados sanitarios y que la intervención debe extenderse más allá de la consulta clínica tradicional.

El análisis regional destaca que los sistemas con fuerte base comunitaria presentan mayor capacidad para identificar riesgos tempranos, promover prácticas preventivas y fortalecer la participación social (ECLAC, 2024). La atención comunitaria implica la articulación entre establecimientos de salud y actores locales, promoviendo estrategias territoriales adaptadas a las características demográficas y sociales de cada población.

Este enfoque también refuerza la responsabilidad sanitaria sobre poblaciones definidas, consolidando el concepto de adscripción territorial y seguimiento continuo.

### **Fortalecimiento de la medicina familiar**

La medicina familiar adquiere mayor relevancia como estrategia para consolidar la atención primaria integral. Este modelo enfatiza la relación longitudinal entre profesional y paciente, la visión holística del individuo y la coordinación del cuidado entre niveles.

La evidencia comparada señala que sistemas con fuerte presencia de médicos de familia muestran mejores resultados en control de enfermedades crónicas y reducción de hospitalizaciones evitables (OECD/The World Bank, 2020). Este modelo contribuye a mejorar la eficiencia del sistema al resolver en el primer nivel una proporción significativa de problemas de salud.

La medicina familiar también fortalece la confianza institucional y facilita la detección temprana de condiciones complejas que requieren derivación al segundo nivel.

### **Consolidación de redes integradas de servicios**

Las redes integradas de servicios de salud se consolidan como un enfoque organizativo clave en la región. Este modelo busca superar la fragmentación histórica mediante la articulación formal de establecimientos de distintos niveles bajo una estructura coordinada.

La Comisión sobre resiliencia en atención primaria destaca que la organización en redes permite distribuir funciones, optimizar recursos y mejorar la continuidad del cuidado (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La atención primaria actúa como puerta de entrada y coordinadora, mientras que el segundo nivel brinda soporte especializado.

Las redes integradas facilitan procesos de referencia y contrarreferencia, reducen duplicidades y fortalecen la planificación territorial. Su consolidación constituye una de las transformaciones estructurales más relevantes del período.

### **Telemedicina y digitalización asistencial**

La telemedicina emerge como herramienta complementaria para ampliar el acceso y mejorar la coordinación entre niveles. Aunque su adopción presenta diferencias entre países, se observa una expansión progresiva de consultas virtuales, monitoreo remoto y sistemas electrónicos de gestión clínica.

La Organización Panamericana de la Salud destaca que la modernización tecnológica forma parte de la agenda estratégica para fortalecer los sistemas sanitarios y mejorar la eficiencia organizativa (Organización Panamericana de la Salud, 2024). La telemedicina no sustituye la atención presencial, pero amplía las posibilidades de seguimiento y asesoría especializada.

En zonas rurales o de difícil acceso, estas herramientas contribuyen a reducir barreras geográficas y a facilitar la interconsulta entre primer y segundo nivel. Asimismo, favorecen la continuidad del cuidado en pacientes con enfermedades crónicas.

## ***B. Tendencias Recientes En Servicios De Salud En El Salvador***

### **1. Evolución y reforma del modelo de atención**

La evolución del modelo de atención en El Salvador responde a un proceso progresivo de transformación orientado a superar la fragmentación histórica del sistema sanitario y fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como eje organizador. Este proceso se inscribe dentro de tendencias regionales que promueven sistemas integrados, centrados en la persona y articulados en redes territoriales (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

### **Antecedentes estructurales del modelo salvadoreño**

Históricamente, el sistema de salud salvadoreño se caracteriza por una segmentación institucional vinculada al régimen laboral y contributivo. La coexistencia de subsistemas públicos diferenciados Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto de Bienestar Magisterial (ISBM) y Comando de Sanidad Militar (COSAM) genera estructuras paralelas de provisión de servicios.

El diagnóstico institucional reconoce que esta segmentación produce desigualdades en acceso y en disponibilidad de recursos, especialmente entre población formal e informal (Ministerio de Salud, 2021). Esta configuración refleja patrones observados en otros países de América Latina, donde la fragmentación institucional constituye uno de los principales obstáculos para la equidad sanitaria (ECLAC, 2024).

La necesidad de reformar el modelo de atención surge como respuesta a estas limitaciones estructurales.

### **Incorporación del enfoque de Atención Primaria en Salud Integral**

El proceso de reforma impulsa la adopción de la Atención Primaria en Salud Integral (APSI) como estrategia central. El Plan Estratégico Institucional 2021–2025 establece la migración hacia un modelo de cuidado integral de la persona en el curso de vida, con énfasis en prevención, promoción y continuidad del cuidado (Ministerio de Salud, 2021).

Este enfoque se alinea con recomendaciones regionales que identifican la APS como base para sistemas resilientes y equitativos (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La APS no se limita al primer nivel físico de atención, sino que constituye un marco organizativo que orienta la coordinación entre niveles y la responsabilidad territorial.

La evolución del modelo implica la redefinición del primer nivel como puerta de entrada efectiva al sistema, con capacidad resolutoria ampliada y articulación con servicios especializados.

### **Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)**

Un punto clave en la reforma es la aprobación de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, que establece el marco jurídico para la integración funcional del sector. El SNIS busca reducir fragmentación mediante mecanismos de coordinación, normalización técnica y gobernanza compartida bajo rectoría del MINSAL (Ministerio de Salud, 2021).

El modelo de redes integradas e integrales de servicios de salud (RIIS) se convierte en el instrumento organizativo principal. Estas redes delimitan territorios sanitarios con población adscrita y establecen flujos de referencia y contrarreferencia entre establecimientos.

La evidencia regional indica que la organización en redes mejora eficiencia, continuidad del cuidado y capacidad de respuesta ante presiones estructurales (OECD/The World Bank, 2020).

### **Enfoque de derechos y determinantes sociales**

La reforma del modelo incorpora explícitamente un enfoque de derechos, reconociendo la salud como derecho humano garantizado por el Estado. El Plan Estratégico Institucional integra además el enfoque de determinación social de la salud, destacando la influencia de factores socioeconómicos en los resultados sanitarios (Ministerio de Salud, 2021).

Desde una perspectiva regional, la integración de población, desarrollo y derechos en políticas públicas constituye una tendencia consolidada en América Latina (ECLAC, 2024). En este marco, el modelo salvadoreño adopta una visión que trasciende la atención curativa e incorpora intervenciones intersectoriales.

### **Orientación hacia gestión por procesos y resultados**

La reforma incluye la adopción de un modelo de gestión orientado a procesos y resultados. Este enfoque busca optimizar el uso de recursos y fortalecer mecanismos de evaluación y seguimiento institucional (Ministerio de Salud, 2021).

La planificación estratégica quinquenal establece metas vinculadas a indicadores sanitarios prioritarios, alineadas con compromisos internacionales de desarrollo sostenible. Este tipo de planificación programática refleja tendencias regionales que promueven gobernanza basada en evidencia (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

### **Transformación organizativa y modernización institucional**

La evolución del modelo de atención se acompaña de un proceso de modernización institucional que incluye transformación digital progresiva y fortalecimiento de la interoperabilidad clínica (Ministerio de Salud, 2021). Si bien el desarrollo tecnológico se analiza con mayor detalle en apartados posteriores, su incorporación forma parte de la arquitectura del nuevo modelo organizativo.

A nivel regional, la resiliencia del sistema depende de la articulación entre servicios integrados, participación comunitaria y financiamiento sostenible (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La reforma salvadoreña adopta este marco conceptual como referencia estratégica.

## **2. Cobertura poblacional y accesibilidad geográfica**

La cobertura poblacional y la accesibilidad geográfica constituyen dimensiones fundamentales para evaluar el desempeño del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Aunque el marco normativo establece la universalidad como principio rector, la cobertura efectiva depende de factores territoriales, institucionales y socioeconómicos que influyen en el acceso real de la población a los servicios.

### **Cobertura formal del sistema**

El sistema de salud salvadoreño presenta una estructura segmentada en la cual el Ministerio de Salud (MINSAL) asume la responsabilidad de atender a la población no cubierta por regímenes contributivos. El Plan Estratégico Institucional reconoce que el MINSAL responde implícitamente por la mayoría de la población que no cuenta con seguro social, lo que implica una elevada carga asistencial en el primer y segundo nivel (Ministerio de Salud, 2021).

El Perfil de País elaborado por la Organización Panamericana de la Salud indica que El Salvador ha mostrado avances en el índice de cobertura de servicios esenciales; sin

embargo, persisten desigualdades asociadas a condición socioeconómica y territorio (Pan American Health Organization, 2024). La cobertura formal no siempre se traduce en acceso oportuno y continuo.

Desde una perspectiva regional, los sistemas segmentados tienden a presentar brechas en protección financiera y cobertura efectiva, especialmente entre población formal e informal (OECD/The World Bank, 2020).

### **Accesibilidad geográfica y distribución territorial**

El territorio salvadoreño presenta alta densidad poblacional y concentración urbana, particularmente en el Área Metropolitana de San Salvador, lo que genera presiones diferenciadas sobre la infraestructura sanitaria (Ministerio de Salud, 2021). Esta distribución condiciona la demanda y la organización de los servicios.

El modelo organizativo basado en Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIIS) busca delimitar territorios sanitarios con población adscrita y establecer rutas claras de referencia y contrarreferencia (Ministerio de Salud, 2021). Este enfoque pretende reducir barreras geográficas mediante responsabilidad territorial definida.

No obstante, la evidencia regional señala que la accesibilidad no depende únicamente de proximidad física, sino también de disponibilidad de recursos humanos, horarios de atención y capacidad resolutive (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

### **Desigualdades territoriales y vulnerabilidad**

El contexto socioeconómico influye de manera significativa en la accesibilidad. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe subraya que las desigualdades estructurales en la región afectan el acceso a servicios básicos y generan brechas territoriales persistentes (ECLAC, 2024). En el caso salvadoreño, zonas rurales o con menor desarrollo urbano pueden enfrentar mayores dificultades en acceso oportuno.

El diagnóstico institucional reconoce que la infraestructura del primer nivel no siempre dispone de condiciones óptimas en todos los territorios, lo que puede generar derivaciones innecesarias hacia hospitales y sobrecarga del segundo nivel (Ministerio de Salud, 2021).

Asimismo, la falta de trazabilidad nominal completa entre niveles puede limitar la continuidad del cuidado, especialmente en población con enfermedades crónicas.

### **Barreras no geográficas asociadas al acceso**

Además de la distancia física, existen barreras asociadas a tiempos de espera, disponibilidad de especialistas y percepción de calidad. Aunque estos elementos se analizan con mayor profundidad en el apartado correspondiente a calidad, influyen directamente en la cobertura efectiva.

El análisis regional indica que altos niveles de gasto de bolsillo pueden limitar el uso oportuno de servicios, aun cuando exista oferta pública (OECD/The World Bank, 2020). La protección financiera y la accesibilidad se encuentran estrechamente vinculadas.

### **Meta institucional de ampliación de cobertura**

El Plan Estratégico Institucional establece metas orientadas a incrementar la adscripción poblacional al primer nivel de atención y reducir barreras de acceso (Ministerio de Salud, 2021). Este objetivo se alinea con recomendaciones regionales que enfatizan la importancia de fortalecer la atención primaria como puerta de entrada coordinadora del sistema (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

### **3. Financiamiento del sistema de salud**

El financiamiento constituye uno de los pilares fundamentales para la sostenibilidad y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en El Salvador. La estructura financiera determina la capacidad de provisión de servicios, la equidad distributiva y la protección económica de la población frente a gastos médicos.

#### **Estructura general del financiamiento**

El sistema salvadoreño opera bajo un esquema mixto que combina financiamiento público proveniente del presupuesto general de la nación, cotizaciones obligatorias al seguro social y gasto privado de bolsillo. El Ministerio de Salud (MINSAL) se financia principalmente mediante asignaciones fiscales, mientras que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se sostiene a través de contribuciones vinculadas al empleo formal.

El Plan Estratégico Institucional 2021–2025 reconoce que, aunque el presupuesto del ramo de salud presenta incrementos en años recientes, continúa siendo insuficiente para cubrir plenamente las necesidades del sistema, especialmente en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud, 2021).

Esta configuración refleja un patrón regional caracterizado por segmentación financiera entre subsistemas contributivos y no contributivos, lo que puede generar desigualdades en gasto per cápita y disponibilidad de recursos (ECLAC, 2024).

#### **Tendencias del gasto público en salud**

El fortalecimiento presupuestario del sector se enmarca en la planificación estratégica quinquenal del MINSAL. La Memoria de Labores 2022–2023 reporta intervenciones orientadas a infraestructura, equipamiento biomédico y abastecimiento de medicamentos, lo cual evidencia asignaciones dirigidas a consolidar capacidad operativa institucional (Ministerio de Salud, 2023).

A nivel regional, el análisis del financiamiento sanitario indica que América Latina experimenta incrementos graduales en gasto público en salud, aunque en varios países este permanece por debajo de niveles considerados óptimos para garantizar cobertura universal efectiva (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

En el contexto salvadoreño, la sostenibilidad del financiamiento depende de la capacidad fiscal del Estado y de la priorización sectorial dentro del presupuesto nacional.

### **Distribución del gasto entre niveles de atención**

El Plan Estratégico Institucional establece como meta que al menos el 35 % del gasto corriente del MINSAL se destine al primer nivel de atención hacia 2025 (Ministerio de Salud, 2021). Esta orientación responde al enfoque de Atención Primaria en Salud Integral como eje organizador del sistema.

La evidencia regional indica que sistemas con mayor inversión en atención primaria tienden a presentar mejores resultados en eficiencia, continuidad del cuidado y reducción de hospitalizaciones evitables (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

No obstante, el segundo nivel hospitalario continúa absorbiendo una proporción significativa del gasto debido a requerimientos de tecnología especializada, infraestructura compleja y atención de patologías de mayor complejidad.

### **Protección financiera y gasto de bolsillo**

La protección financiera de la población constituye un componente esencial del financiamiento sanitario. El análisis comparativo regional señala que el gasto de bolsillo representa una proporción importante del gasto total en salud en varios países de América Latina, lo que puede generar empobrecimiento asociado a gastos médicos catastróficos (OECD/The World Bank, 2020).

Aunque el sistema público salvadoreño ofrece servicios sin cobro directo en el MINSAL, la segmentación institucional y la disponibilidad variable de servicios especializados pueden inducir gastos privados en determinados casos.

La reducción del gasto de bolsillo y el fortalecimiento del financiamiento público son elementos clave para avanzar hacia mayor equidad.

### **Sostenibilidad fiscal y planificación estratégica**

El financiamiento del SNIS se encuentra vinculado a la planificación estratégica establecida en el PEI 2021–2025, que incorpora metas programáticas y de fortalecimiento institucional (Ministerio de Salud, 2021). Este enfoque se alinea con recomendaciones regionales que enfatizan la importancia de gestión por resultados y eficiencia en el uso de recursos (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

La sostenibilidad no depende exclusivamente del incremento del gasto, sino también de su asignación estratégica, control del desperdicio y fortalecimiento de mecanismos de seguimiento presupuestario.

### **Balance estructural**

El sistema de salud salvadoreño presenta un esquema mixto de financiamiento con predominio de recursos públicos en el MINSAL para población no contributiva y financiamiento contributivo en el ISSS. Aunque se observan esfuerzos de fortalecimiento presupuestario y planificación estratégica, persisten desafíos relacionados con:

- Segmentación financiera entre subsistemas.
- Insuficiencia estructural del gasto en el primer nivel.
- Presión hospitalaria sobre el presupuesto.
- Necesidad de reducir gasto de bolsillo indirecto.

La consolidación del SNIS requiere sostenibilidad fiscal progresiva, mayor integración financiera y asignación estratégica de recursos orientada a fortalecer la atención primaria sin descuidar la capacidad hospitalaria.

### **4. Calidad de atención en nivel 1 y nivel 2**

La calidad de la atención constituye un componente esencial para evaluar el desempeño del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en El Salvador. Más allá de la cobertura formal y la disponibilidad de servicios, la calidad determina la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la continuidad del cuidado y la confianza institucional en el sistema sanitario.

#### **Conceptualización de calidad en el marco institucional**

El Plan Estratégico Institucional 2021–2025 incorpora la calidad como eje transversal de la gestión sanitaria, vinculándola a estándares técnicos, supervisión institucional y mejora continua de procesos (Ministerio de Salud, 2021). La calidad no se limita a infraestructura adecuada, sino que incluye organización de servicios, capacitación del personal y cumplimiento de protocolos clínicos.

A nivel regional, la calidad en los sistemas basados en atención primaria se define como la capacidad de ofrecer atención segura, oportuna, integral y centrada en la persona (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). Este marco conceptual orienta la evaluación del desempeño en ambos niveles de atención en El Salvador.

#### **Calidad en el primer nivel de atención**

El primer nivel, conformado por Unidades Comunitarias de Salud Familiar y equipos territoriales, cumple la función de puerta de entrada al sistema. La calidad en este nivel se asocia con capacidad resolutoria, continuidad del cuidado y seguimiento longitudinal de pacientes.

El Plan Estratégico establece metas relacionadas con fortalecimiento del modelo de Atención Primaria en Salud Integral (APSI), adscripción poblacional y gestión territorial (Ministerio de Salud, 2021). Estos elementos buscan garantizar que el primer nivel resuelva la mayoría de necesidades sanitarias comunes.

La evidencia regional indica que sistemas con atención primaria sólida presentan mejores resultados en control de enfermedades crónicas y reducción de hospitalizaciones evitables (OECD/The World Bank, 2020). En este sentido, la calidad del primer nivel tiene impacto directo en la eficiencia global del sistema.

Sin embargo, el diagnóstico institucional reconoce limitaciones en infraestructura, equipamiento y disponibilidad de personal en algunos territorios, lo que puede afectar la homogeneidad de estándares de calidad (Ministerio de Salud, 2021).

### **Calidad en el segundo nivel hospitalario**

El segundo nivel hospitalario concentra atención especializada y procedimientos de mayor complejidad. La calidad en este nivel se relaciona con seguridad en intervenciones quirúrgicas, tiempos de respuesta, disponibilidad de especialidades y cumplimiento de protocolos clínicos.

La Memoria de Labores 2022–2023 reporta intervenciones orientadas al fortalecimiento de equipamiento biomédico y mejora de infraestructura hospitalaria, lo que contribuye a elevar estándares de atención (Ministerio de Salud, 2023).

Desde una perspectiva comparada, la calidad hospitalaria depende no solo de recursos tecnológicos, sino también de coordinación con el primer nivel para evitar saturación y duplicidad de servicios (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La articulación entre niveles constituye un elemento clave de calidad sistémica.

### **Seguridad del paciente y gestión por procesos**

El modelo institucional incorpora mecanismos de supervisión y evaluación orientados a reducir eventos adversos y fortalecer la seguridad del paciente (Ministerio de Salud, 2021). La adopción de protocolos clínicos estandarizados y guías de práctica contribuye a disminuir variabilidad en la atención.

A nivel regional, se reconoce que la calidad mejora cuando los sistemas implementan gestión por procesos y monitoreo continuo de indicadores (Organización Panamericana de la Salud, 2024). La planificación estratégica salvadoreña integra esta lógica mediante metas programáticas y seguimiento institucional.

### **Recursos humanos y calidad asistencial**

La calidad depende en gran medida de la disponibilidad y formación del recurso humano. El diagnóstico institucional identifica brechas en densidad y distribución de personal sanitario, especialmente en zonas alejadas (Ministerio de Salud, 2021).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe subraya que desigualdades estructurales en recursos humanos afectan la equidad en resultados sanitarios (ECLAC, 2024). La concentración de especialistas en áreas urbanas puede generar variaciones territoriales en calidad de atención hospitalaria.

El fortalecimiento del capital humano constituye, por tanto, un componente indispensable para garantizar calidad homogénea en ambos niveles.

### **Modernización tecnológica e interoperabilidad**

El Plan Estratégico Institucional contempla la implementación progresiva del expediente clínico electrónico interoperable y sistemas de información integrados (Ministerio de Salud, 2021). La digitalización facilita la trazabilidad del paciente y mejora la continuidad del cuidado entre niveles.

La evidencia regional indica que la interoperabilidad fortalece coordinación clínica y reduce errores asociados a falta de información compartida (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). Aunque su implementación presenta desafíos técnicos, constituye un avance estructural en la mejora de calidad.

### **5. Impacto de la pandemia por COVID-19**

La pandemia por COVID-19 constituye el evento sanitario más disruptivo para el sistema de salud salvadoreño en el período reciente. Su impacto trasciende la dimensión epidemiológica y afecta organización institucional, capacidad hospitalaria, continuidad de servicios esenciales y planificación estratégica del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

#### **Reorganización del primer nivel de atención**

Durante la emergencia sanitaria, el primer nivel asume funciones ampliadas de vigilancia epidemiológica, identificación de casos, seguimiento domiciliario y educación comunitaria. Esta reorientación modifica la dinámica regular de consulta y control de enfermedades crónicas.

El enfoque de Atención Primaria en Salud Integral, establecido en el Plan Estratégico Institucional 2021–2025, proporciona la base organizativa para responder territorialmente a la emergencia (Ministerio de Salud, 2021). No obstante, la concentración de esfuerzos en la contención epidemiológica genera tensiones en la continuidad de programas preventivos y controles periódicos.

A nivel regional, se reconoce que la interrupción temporal de servicios primarios puede producir efectos indirectos en morbilidad asociada a enfermedades no transmisibles (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). Esta situación evidencia la importancia de fortalecer resiliencia organizativa del primer nivel.

#### **Presión sobre el segundo nivel hospitalario**

El segundo nivel experimenta incremento significativo en demanda de hospitalización, cuidados intensivos y atención respiratoria especializada. La reorganización hospitalaria incluye reconversión de áreas, ampliación temporal de camas y redistribución de personal sanitario.

La experiencia regional demuestra que la capacidad hospitalaria preexistente y la coordinación entre niveles influyen en la respuesta institucional frente a emergencias

sanitarias (OECD/The World Bank, 2020). En el contexto salvadoreño, la planificación estratégica reconoce la necesidad de fortalecer infraestructura hospitalaria y protocolos de emergencia (Ministerio de Salud, 2021).

La presión asistencial evidencia limitaciones estructurales acumuladas en capacidad instalada, lo que refuerza la necesidad de modernización progresiva.

### **Interrupción parcial de servicios esenciales**

Uno de los efectos indirectos de la pandemia es la reducción temporal de consultas electivas, procedimientos programados y controles rutinarios. Aunque el sistema mantiene servicios prioritarios, la redistribución de recursos hacia la atención COVID-19 modifica la oferta regular.

A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe señala que la crisis sanitaria amplifica desigualdades sociales y expone vulnerabilidades estructurales en los sistemas de salud (ECLAC, 2024). En este sentido, la pandemia actúa como revelador de brechas preexistentes en acceso y capacidad resolutive.

### **Aprendizajes institucionales y resiliencia**

La pandemia impulsa procesos de ajuste institucional orientados a fortalecer preparación ante emergencias sanitarias. El Plan Estratégico incorpora metas relacionadas con reducción de vulnerabilidad hospitalaria y fortalecimiento del cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (Ministerio de Salud, 2021).

A nivel regional, se reconoce que sistemas basados en atención primaria sólida y organización en redes presentan mayor capacidad de adaptación ante crisis (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). La experiencia salvadoreña reafirma la importancia de consolidar integración funcional entre niveles.

Asimismo, la modernización tecnológica y el fortalecimiento de sistemas de información adquieren relevancia como herramientas de seguimiento epidemiológico y coordinación clínica.

## **6. Iniciativas recientes**

En el período reciente, el sistema de salud salvadoreño impulsa diversas iniciativas orientadas a consolidar la reforma del modelo de atención, fortalecer la infraestructura sanitaria y modernizar la gestión institucional. Estas acciones se enmarcan en el Plan Estratégico Institucional 2021–2025 y en la planificación sectorial del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

### **Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Integral**

Una de las principales líneas de acción consiste en consolidar la Atención Primaria en Salud Integral (APSI) como eje estructurante del sistema. El Plan Estratégico establece metas relacionadas con adscripción poblacional, ampliación de cobertura territorial y fortalecimiento de equipos comunitarios (Ministerio de Salud, 2021).

Esta orientación se alinea con recomendaciones regionales que destacan la importancia de fortalecer el primer nivel para mejorar continuidad del cuidado y resiliencia sistémica (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025). El fortalecimiento del primer nivel busca reducir presión hospitalaria y mejorar coordinación interinstitucional.

### **Modernización de infraestructura y equipamiento**

La Memoria de Labores 2022–2023 reporta intervenciones orientadas a remodelación de establecimientos, adquisición de equipo biomédico y mejora en abastecimiento de medicamentos (Ministerio de Salud, 2023). Estas acciones buscan reducir brechas acumuladas y fortalecer capacidad resolutive en ambos niveles de atención.

La modernización de infraestructura constituye una condición necesaria para mejorar calidad asistencial y garantizar estándares adecuados de seguridad del paciente. Desde una perspectiva regional, la inversión en infraestructura hospitalaria y del primer nivel forma parte de estrategias orientadas a consolidar sistemas más resilientes (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

### **Transformación digital y sistemas de información**

El Plan Estratégico incorpora la implementación progresiva del expediente clínico electrónico interoperable y la ficha familiar georreferenciada como instrumentos para mejorar coordinación y gestión territorial (Ministerio de Salud, 2021).

La transformación digital permite fortalecer trazabilidad de pacientes, optimizar procesos administrativos y mejorar intercambio de información entre niveles. A nivel regional, la digitalización se reconoce como herramienta clave para consolidar redes integradas de servicios (Pan American Health Organization & The World Bank, 2025).

Estas iniciativas buscan reducir fragmentación informativa y mejorar eficiencia institucional.

### **Enfoque de gestión por resultados**

Otra iniciativa relevante consiste en la adopción de mecanismos de planificación estratégica vinculados a indicadores sanitarios prioritarios. El Plan Estratégico establece metas relacionadas con mortalidad materna, infantil y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles (Ministerio de Salud, 2021).

Este enfoque se inscribe en tendencias regionales que promueven gobernanza basada en evidencia y evaluación continua del desempeño (Organización Panamericana de la Salud, 2024). La gestión por resultados permite orientar recursos hacia prioridades sanitarias y fortalecer rendición de cuentas.

### **Articulación con tendencias regionales**

Las iniciativas recientes en El Salvador reflejan convergencia con lineamientos regionales orientados a fortalecer integración, equidad y resiliencia del sistema sanitario. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe destaca que los países de la región

avanzan hacia modelos centrados en derechos, reducción de desigualdades y fortalecimiento institucional (ECLAC, 2024).

En este marco, el proceso salvadoreño de modernización institucional, fortalecimiento del primer nivel y mejora de infraestructura hospitalaria se inscribe dentro de tendencias regionales de reforma sanitaria.

## ***C. Descripción Demográfica De Los Distritos en Estudio***

### **1. Santiago Texacuangos**

El análisis demográfico del distrito de Santiago Texacuangos se fundamenta en la información oficial del VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024, elaborado por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC), entidad adscrita al Banco Central de Reserva de El Salvador.

#### **Población total**

Según el censo nacional más reciente, el distrito de Santiago Texacuangos registra una población total de 20,081 habitantes, de los cuales 9,450 corresponden a hombres y 10,631 a mujeres

Esta cifra constituye el dato oficial para la caracterización demográfica del territorio y establece la base cuantitativa para la planificación de servicios públicos.

#### **Distribución por sexo**

La estructura poblacional presenta una ligera mayoría femenina. La diferencia entre mujeres y hombres asciende a 1,181 personas

La distribución relativamente equilibrada por sexo indica una composición demográfica estable, sin desequilibrios significativos en términos de proporción masculina y femenina.

#### **Estructura por relación de parentesco**

El censo clasifica la población según su relación con el jefe o jefa del hogar, lo que permite analizar la estructura interna de los hogares del distrito.

Las principales categorías registradas son:

- Jefe o jefa de hogar: 6,343 personas
- Esposo(a) o compañero(a): 3,595 personas
- Hijo o hija: 7,123 personas
- Nieto(a) o bisnieto(a): 1,324 personas
- Padre o madre: 333 personas
- Otros parientes: 202 personas
- Otra persona no parienta: 54 personas
- Persona en vivienda colectiva: 36 personas
- Persona sin vivienda: 3 personas

La categoría más numerosa corresponde a hijos e hijas, lo cual evidencia presencia significativa de población dependiente dentro de los hogares.

## Interpretación estructural

La coexistencia de 7,123 hijos o hijas, junto con 1,324 nietos o bisnietos y 333 padres o madres, indica presencia de hogares multigeneracionales. Esta estructura sugiere convivencia intergeneracional dentro de las unidades familiares del distrito.

Asimismo, la cifra de 6,343 jefes o jefas de hogar permite inferir la magnitud aproximada de hogares principales, elemento relevante para estudios de planificación territorial y social.

La proporción reducida de personas en vivienda colectiva y de personas sin vivienda indica que la mayoría de la población reside en hogares familiares formalmente establecidos.

## Síntesis demográfica

El distrito de Santiago Texacuangos presenta:

- Una población total de 20,081 habitantes.
- Ligera mayoría femenina.
- Predominio de población clasificada como hijos o hijas.
- Presencia de hogares multigeneracionales.
- Número reducido de personas sin vivienda.

Estos elementos demográficos constituyen la base estructural para el análisis posterior de necesidades sociales y demanda potencial de servicios públicos en el territorio.

Figura 20. Demografía Santiago Texacuangos



Fuente: BCR El Salvador, 2025

## 2. Santo Tomas

El análisis demográfico del distrito de Santo Tomás se fundamenta en la información oficial del VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024, elaborado por la Oficina Nacional

de Estadística y Censos (ONEC), entidad adscrita al Banco Central de Reserva de El Salvador.

### **Población total**

Según el censo nacional más reciente, el distrito de Santo Tomás registra una población total de 32,099 habitantes, de los cuales 15,168 corresponden a hombres y 16,931 a mujeres

Esta cifra posiciona a Santo Tomás como uno de los distritos con mayor volumen poblacional dentro del municipio de San Salvador Sur.

### **Distribución por sexo**

La estructura por sexo presenta una ligera mayoría femenina. La diferencia entre mujeres y hombres asciende a 1,763 personas

La distribución relativamente equilibrada por sexo refleja un patrón demográfico estable y consistente con tendencias observadas a nivel departamental.

### **Estructura por relación de parentesco**

El censo clasifica la población según su relación con el jefe o jefa del hogar, lo que permite analizar la estructura interna de los hogares del distrito.

Las principales categorías registradas son:

- Jefe o jefa de hogar: 9,786 personas
- Esposo(a) o compañero(a): 5,695 personas
- Hijo o hija: 11,410 personas
- Nieto(a) o bisnieto(a): 2,095 personas
- Padre o madre: 633 personas
- Otros parientes: 444 personas
- Otra persona no pariente: 148 personas
- Persona en vivienda colectiva: 38 personas
- Persona sin vivienda: 1 persona

La categoría con mayor número de personas corresponde a hijos e hijas, lo que indica presencia significativa de población dependiente dentro de los hogares.

### **Interpretación estructural**

La coexistencia de 11,410 hijos o hijas, 2,095 nietos o bisnietos y 633 padres o madres evidencia presencia de hogares multigeneracionales. Esta configuración sugiere convivencia intergeneracional dentro de las unidades familiares del distrito.

Asimismo, el número de jefes o jefas de hogar (9,786 personas) permite inferir la magnitud aproximada de hogares principales establecidos en el territorio.

La proporción mínima de personas en vivienda colectiva y de personas sin vivienda indica que la mayoría de la población reside en hogares familiares consolidados.

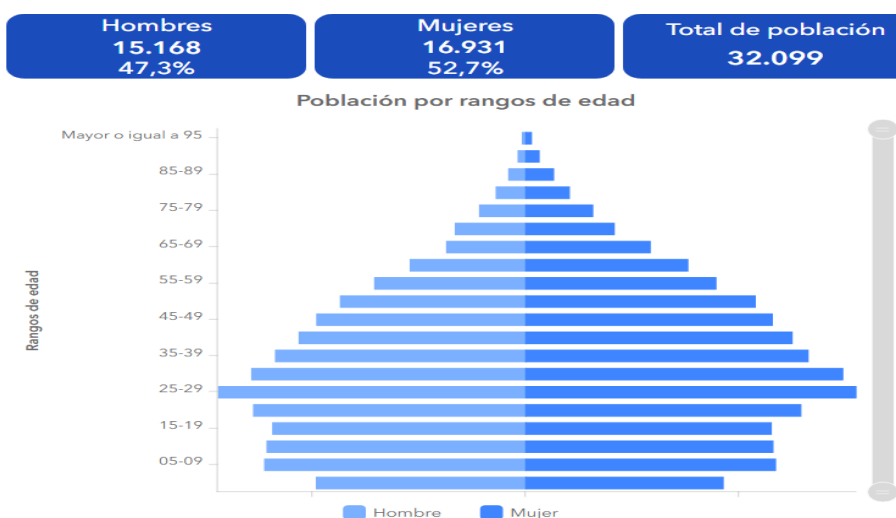
## Síntesis demográfica

El distrito de Santo Tomás presenta:

- Una población total de 32,099 habitantes.
- Ligera mayoría femenina.
- Predominio de población clasificada como hijos o hijas.
- Presencia significativa de hogares multigeneracionales.
- Número prácticamente nulo de personas sin vivienda.

Estos elementos demográficos constituyen la base estructural para el análisis posterior de demanda potencial de servicios públicos en el distrito.

Figura 21. Demografía de Santo Tomas



Fuente: BCR El Salvador, 2025

## 3. Olocuilta

El análisis demográfico del distrito de Olocuilta se fundamenta en la información oficial del VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024, elaborado por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC), entidad adscrita al Banco Central de Reserva de El Salvador.

### Población total

De acuerdo con el censo nacional, el distrito de Olocuilta, perteneciente al departamento de La Paz, registra una población total de 30,989 habitantes, de los cuales 14,470 corresponden a hombres y 16,519 a mujeres.

La estructura por sexo presenta ligera mayoría femenina, con una diferencia de 2,049 personas.

### Estructura por relación de parentesco

El censo clasifica la población según relación con el jefe o jefa del hogar, permitiendo analizar la composición interna de los hogares del distrito.

Las principales categorías registradas son:

- Jefe o jefa de hogar: 9,846 personas
- Esposo(a) o compañero(a): 5,373 personas
- Hijo o hija: 11,225 personas
- Hijastro o hijastra: 437 personas
- Yerno o nuera: 381 personas
- Nieto(a) o bisnieto(a): 1,965 personas
- Hermano o hermana: 416 personas
- Sobrino o sobrina: 298 personas
- Padre o madre: 435 personas
- Suegro o suegra: 130 personas
- Otros parientes: 326 personas
- Empleado(a) para el hogar: 14 personas
- Persona en vivienda colectiva: 7 personas
- Persona sin vivienda: 4 personas

### **Interpretación estructural**

La categoría más numerosa corresponde a hijos e hijas (11,225 personas), lo que evidencia presencia significativa de población dependiente dentro de los hogares.

La coexistencia de nietos o bisnietos (1,965 personas) y padres o madres (435 personas) indica presencia de hogares multigeneracionales. Esta configuración sugiere convivencia intergeneracional y diversidad etaria dentro del territorio.

El número de jefes o jefas de hogar (9,846 personas) permite estimar la magnitud aproximada de unidades familiares principales establecidas en el distrito.

La proporción reducida de personas en vivienda colectiva y de personas sin vivienda evidencia predominio de residencia en hogares familiares.

### **Síntesis demográfica**

El distrito de Olocuilta presenta:

- Una población total de 30,989 habitantes.
- Mayoría femenina moderada.
- Predominio de población clasificada como hijos o hijas.
- Presencia de hogares multigeneracionales.
- Número mínimo de personas sin vivienda.

Estos elementos constituyen la base demográfica para el análisis de demanda potencial de servicios públicos en el territorio.

Figura 22. Demografía Olocuilta



Fuente: BCR El Salvador, 2025

#### 4. San Luis Talpa

El análisis demográfico del distrito de San Luis Talpa se fundamenta en la información oficial del VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024, elaborado por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC), entidad adscrita al Banco Central de Reserva de El Salvador.

##### Población total

De acuerdo con el censo nacional, el distrito de San Luis Talpa, perteneciente al departamento de La Paz, registra una población total de 24,036 habitantes, de los cuales 11,317 corresponden a hombres y 12,719 a mujeres.

La estructura por sexo presenta ligera mayoría femenina, con una diferencia de 1,402 personas.

##### Estructura por relación de parentesco

El censo clasifica la población según relación con el jefe o jefa del hogar, permitiendo analizar la composición interna de los hogares del distrito.

Las principales categorías registradas son:

- Jefe o jefa de hogar: 8,029 personas
- Esposo(a) o compañero(a): 4,301 personas
- Hijo o hija: 8,165 personas
- Hijastro o hijastra: 463 personas
- Yerno o nuera: 284 personas
- Nieto(a) o bisnieto(a): 1,571 personas
- Hermano o hermana: 241 personas
- Sobrino o sobrina: 233 personas

- Padre o madre: 252 personas
- Suegro o suegra: 91 personas
- Otros parientes: 279 personas
- Empleado(a) para el hogar: 9 personas
- Otra persona no parienta: 113 personas
- Persona en vivienda colectiva: 2 personas

### Interpretación estructural

La categoría más numerosa corresponde a hijos e hijas (8,165 personas), lo que evidencia presencia significativa de población dependiente dentro de los hogares. La coexistencia de nietos o bisnietos (1,571) y padres o madres (252) indica presencia de hogares multigeneracionales.

El número de jefes o jefas de hogar (8,029 personas) permite estimar la magnitud de unidades familiares principales establecidas en el distrito.

La proporción mínima de personas en vivienda colectiva evidencia predominio de residencia en hogares familiares.

### Síntesis demográfica

El distrito de San Luis Talpa presenta:

- Una población total de 24,036 habitantes.
- Ligera mayoría femenina.
- Predominio de población clasificada como hijos o hijas.
- Presencia de hogares multigeneracionales.
- Número prácticamente inexistente de personas en vivienda colectiva.

Estos elementos constituyen la base demográfica para el análisis de demanda potencial de servicios públicos en el territorio.

Figura 23. Demografía San Luis Talpa



Fuente: BCR El Salvador, 2025

### **III. Marco Legal**

#### **A. Base Constitucional Del Derecho A La Salud**

##### **1. Salud Como Derecho Fundamental Y Bien Público**

La Constitución de la República de El Salvador establece el fundamento jurídico primario del derecho a la salud dentro del ordenamiento jurídico nacional. En el marco del presente estudio, el análisis constitucional se desarrolla exclusivamente a partir del texto constitucional vigente contenido en el documento correspondiente a la Constitución de la República de El Salvador (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983).

El artículo 65 de la Constitución dispone que la salud de los habitantes constituye un bien público. En dicha disposición se establece que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65). Esta norma reconoce expresamente la salud no solo como un interés individual, sino como una materia de relevancia colectiva, dotándola de carácter público dentro del sistema jurídico salvadoreño.

La calificación de la salud como bien público implica que su protección trasciende el ámbito privado. La disposición constitucional incorpora una obligación estatal directa, estableciendo que corresponde al Estado determinar la política nacional de salud y controlar y supervisar su aplicación. En este sentido, la Constitución atribuye al Estado la función rectora en materia sanitaria, consolidando su papel como ente responsable de dirigir, organizar y regular el sistema de salud en el país (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65).

El mismo artículo constitucional establece que el Estado fomentará la educación sanitaria y promoverá la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con la salud. Esta previsión normativa incorpora la dimensión participativa dentro del modelo constitucional de salud, integrando a la población en los procesos vinculados a la gestión sanitaria.

Asimismo, el artículo 68 de la Constitución establece que el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud estará regulado por la ley, y que el Estado velará por el control de su ejercicio (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 68). Esta disposición complementa la configuración del derecho a la salud al prever mecanismos de regulación y supervisión sobre quienes intervienen en la prestación de servicios sanitarios.

La Constitución también vincula la salud con el deber estatal de protección social. En este contexto, el texto constitucional establece que el Estado deberá asegurar a los habitantes el goce de la salud mediante políticas públicas adecuadas, lo que refuerza su carácter de derecho fundamental en el marco del orden jurídico interno (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983).

La normativa constitucional configura, por tanto, una estructura básica del derecho a la salud sustentada en los siguientes elementos:

1. Reconocimiento de la salud como bien público.
2. Obligación estatal de dirección, control y supervisión.
3. Participación comunitaria en materia sanitaria.
4. Regulación legal del ejercicio profesional vinculado a la salud.

El carácter fundamental del derecho a la salud se encuentra implícitamente vinculado al reconocimiento constitucional de la dignidad humana y a la obligación estatal de protección de los derechos sociales. Aunque la Constitución no enuncia expresamente la salud como “derecho fundamental” bajo una categoría autónoma, su incorporación como bien público y su regulación directa en el texto constitucional le confieren jerarquía normativa superior dentro del sistema jurídico (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983).

En el ámbito institucional, el reconocimiento constitucional del control estatal sobre las actividades sanitarias sirve de fundamento para el desarrollo posterior de legislación secundaria en materia de salud pública, organización del sistema nacional de salud, regulación de establecimientos sanitarios y supervisión de profesionales del sector. Esta estructura normativa encuentra su base en el mandato constitucional antes citado.

De conformidad con el artículo 65, el Estado no solo tiene un deber de protección pasiva, sino también una función activa de promoción, dirección y control. La disposición establece que el Estado deberá determinar la política nacional de salud, lo que implica la facultad de formular lineamientos generales, programas y estrategias orientadas a la protección sanitaria de la población (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65).

El reconocimiento constitucional de la salud como bien público también se vincula con el control y supervisión de su aplicación. Esta función implica la existencia de mecanismos administrativos y regulatorios que permitan verificar el cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la prestación de servicios de salud. La base constitucional legitima la intervención estatal en la autorización y funcionamiento de establecimientos sanitarios.

Por otra parte, la obligación compartida entre el Estado y las personas en la conservación y restablecimiento de la salud establece un modelo normativo de corresponsabilidad. La Constitución determina que la salud no constituye únicamente una obligación estatal, sino también un deber de las personas dentro de la sociedad (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65).

En el marco del ordenamiento jurídico, esta disposición constitucional se convierte en el punto de partida para la estructuración normativa del sistema sanitario salvadoreño. La categoría de bien público atribuida a la salud justifica la existencia de regulación administrativa específica, la supervisión técnica de establecimientos de salud y la intervención estatal en materia de licencias y autorizaciones.

El artículo 68 refuerza esta estructura al disponer que el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud será regulado por la ley. Esta previsión constitucional establece

que el acceso y ejercicio profesional en el ámbito sanitario no es libre en términos absolutos, sino que está sujeto a regulación legal y control estatal (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 68).

La regulación constitucional del derecho a la salud establece, por tanto, un marco normativo que integra:

- El reconocimiento del interés público en materia sanitaria.
- La dirección estatal de la política de salud.
- La supervisión del ejercicio profesional.
- La participación comunitaria.

Estas disposiciones configuran el fundamento constitucional sobre el cual se desarrolla la legislación secundaria en materia de salud pública y organización del sistema sanitario nacional.

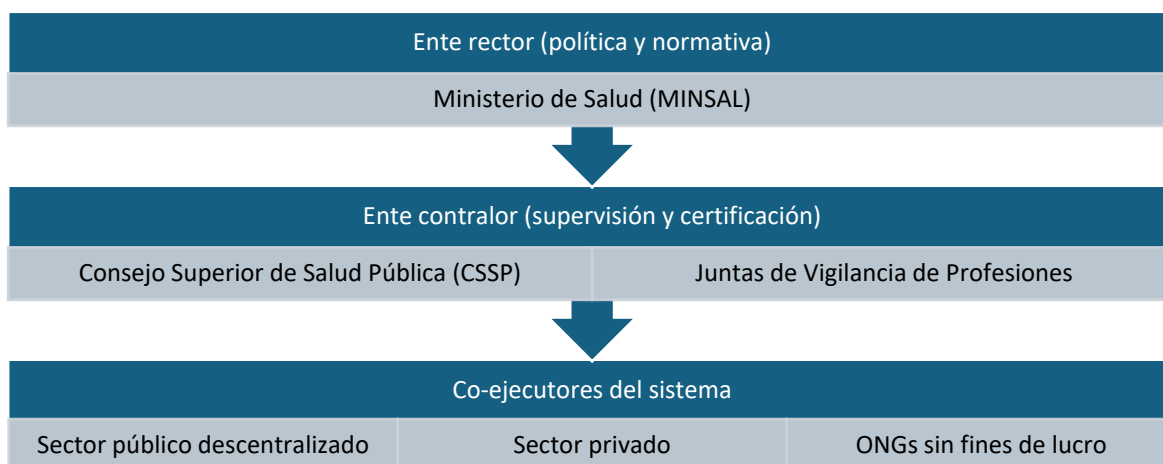
## **2. Obligación compartida del Estado y sociedad civil en su garantía**

El marco constitucional salvadoreño establece que la protección de la salud no constituye una responsabilidad exclusiva del Estado, sino que implica una obligación compartida entre el Estado y las personas. Esta configuración normativa se encuentra contenida expresamente en el artículo 65 de la Constitución de la República de El Salvador, el cual dispone que la salud de los habitantes constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65).

La disposición constitucional incorpora, por tanto, un principio de corresponsabilidad en materia sanitaria. En primer término, reconoce la obligación estatal de establecer políticas públicas, mecanismos de regulación y sistemas de supervisión orientados a la protección de la salud colectiva. En segundo término, atribuye a las personas un deber jurídico de participación en la conservación y restablecimiento de la salud, configurando así un modelo normativo que integra deberes individuales y funciones estatales dentro de un mismo marco constitucional.

El artículo 65 establece que corresponde al Estado determinar la política nacional de salud y controlar y supervisar su aplicación (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65). Esta disposición define una competencia directa del Estado en la organización del sistema sanitario, lo que implica la formulación de lineamientos generales, programas y estrategias dirigidas a garantizar la salud de la población. La atribución de esta competencia refuerza la responsabilidad institucional del Estado en la conducción del sistema nacional de salud.

Figura 24. Diagrama de corresponsabilidad en salud



Fuente: Elaboración propia

La función de control y supervisión prevista en la norma constitucional implica la existencia de mecanismos administrativos que permitan verificar el cumplimiento de la normativa sanitaria. Esta obligación estatal no se limita a la creación de políticas, sino que comprende la vigilancia permanente sobre su ejecución, consolidando así el deber de garantía en materia de salud pública.

El mismo artículo 65 establece que el Estado fomentará la educación sanitaria y promoverá la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con la salud (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65). Esta previsión introduce expresamente el elemento de participación comunitaria dentro del diseño constitucional del sistema sanitario.

La promoción de la participación comunitaria implica que la sociedad civil interviene en los procesos relacionados con la planificación y ejecución de actividades sanitarias. Esta intervención no sustituye la responsabilidad estatal, sino que la complementa dentro de un esquema de colaboración institucional.

En este contexto, la obligación compartida entre el Estado y la sociedad civil se articula a través de tres dimensiones expresamente previstas en el texto constitucional:

1. Conservación de la salud.
2. Restablecimiento de la salud.
3. Participación comunitaria en actividades sanitarias.

La conservación de la salud comprende aquellas acciones orientadas a prevenir enfermedades y preservar el bienestar físico y mental de la población. El restablecimiento de la salud se refiere a las acciones destinadas a recuperar el estado de salud cuando este ha sido afectado. Ambas dimensiones se encuentran reconocidas como obligaciones compartidas en el texto constitucional (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 65).

Por otra parte, el artículo 68 de la Constitución dispone que el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud estará regulado por la ley y que el Estado velará por el control de su ejercicio (Asamblea Constituyente de la República de El Salvador, 1983, art. 68). Esta disposición complementa el régimen de corresponsabilidad al establecer un mecanismo de control institucional sobre quienes intervienen directamente en la prestación de servicios sanitarios.

La regulación del ejercicio profesional constituye una herramienta de garantía para la sociedad, en tanto asegura que las actividades relacionadas con la salud se desarrollen conforme a parámetros legales establecidos. De esta manera, la obligación estatal de control del ejercicio profesional se integra dentro del deber general de garantía sanitaria.

El modelo constitucional salvadoreño establece que la salud no es únicamente una prestación estatal, sino un ámbito de interacción normativa entre autoridades públicas y sociedad. La participación de la comunidad en la planificación y control de actividades sanitarias constituye un componente estructural del sistema previsto en la Constitución.

## ***B. Normativa General del Sistema Nacional de Salud***

### **1. Código de salud**

El Código de Salud constituye uno de los cuerpos normativos fundamentales en materia sanitaria dentro del ordenamiento jurídico salvadoreño. Este instrumento legal desarrolla las disposiciones constitucionales relativas a la salud pública y establece las bases para la organización, regulación y control de las actividades relacionadas con la protección sanitaria de la población (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

El Código de Salud establece disposiciones generales orientadas a la protección de la salud colectiva, regulando tanto las competencias de las autoridades sanitarias como las obligaciones de los particulares en materia de salud pública. En su estructura normativa se determinan las funciones del Estado en relación con la prevención de enfermedades, la regulación de establecimientos de salud y el control de actividades que puedan afectar la salud de la población.

Dentro de las disposiciones iniciales, el Código de Salud define el alcance de la autoridad sanitaria y reconoce la competencia estatal para intervenir en actividades vinculadas con la protección de la salud pública. En este sentido, establece que corresponde al Estado, a través de las autoridades competentes, dictar las medidas necesarias para la preservación de la salud colectiva (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

El Código regula la organización del sistema sanitario, estableciendo mecanismos de supervisión, inspección y control sobre establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud. Esta regulación comprende disposiciones relacionadas con la autorización de funcionamiento, vigilancia sanitaria y cumplimiento de requisitos técnicos.

Asimismo, el Código de Salud contempla disposiciones relativas a la prevención y control de enfermedades transmisibles, higiene pública, saneamiento ambiental y control sanitario de actividades que puedan incidir en la salud de la población. Estas

disposiciones configuran un marco normativo amplio que abarca tanto la dimensión preventiva como la dimensión correctiva de la salud pública.

En relación con los establecimientos de salud, el Código establece que la apertura y funcionamiento de estos se encuentra sujeta a autorización de la autoridad competente, previo cumplimiento de los requisitos establecidos por la normativa aplicable (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta previsión normativa integra el régimen de control administrativo sobre la prestación de servicios sanitarios.

El Código también regula el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, estableciendo la necesidad de autorización legal para el ejercicio profesional y disponiendo mecanismos de supervisión para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales correspondientes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

Dentro de su estructura, el Código contempla disposiciones sancionatorias aplicables en caso de incumplimiento de las normas sanitarias. Estas sanciones pueden comprender medidas administrativas, clausuras y otras acciones correctivas, conforme a lo establecido en el propio cuerpo normativo.

En materia de salud pública, el Código establece que las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas preventivas cuando existan riesgos para la salud colectiva. Estas medidas incluyen inspecciones, controles técnicos y disposiciones administrativas destinadas a proteger a la población.

*Tabla 1. Obligaciones legales según el Código de Salud*

Obligación legal	Fundamento en el Código de Salud
<b>Inscripción del establecimiento</b>	Supervisión por MINSAL y CSSP
<b>Licencia sanitaria y cumplimiento técnico</b>	Normas de habilitación y vigilancia
<b>Contratación de personal acreditado</b>	Supervisión de Juntas de Vigilancia
<b>Condiciones físicas y sanitarias adecuadas</b>	Normativa sobre infraestructura y riesgo
<b>Sujeción a inspecciones y sanciones</b>	Facultades del CSSP

*Fuente: elaboración propia basada en Código de salud, 2012*

En cuanto a la supervisión de establecimientos, el Código establece que estos deberán cumplir con las disposiciones técnicas y administrativas que emitan las autoridades competentes, integrando así un sistema de regulación que vincula el funcionamiento de los establecimientos con el cumplimiento de estándares sanitarios (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

El control sanitario previsto en el Código no se limita a la autorización inicial de funcionamiento, sino que comprende la vigilancia permanente del cumplimiento normativo. Esta previsión permite la adopción de medidas correctivas cuando se detecten irregularidades en la prestación de servicios de salud.

## **2. Ley Del Sistema Nacional Integrado De Salud**

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece el marco jurídico que regula la organización, estructura y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud en El Salvador (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). Esta ley desarrolla disposiciones orientadas a la integración institucional de los diferentes actores que conforman el sistema sanitario nacional.

La normativa define la estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud, estableciendo su conformación por las instituciones públicas y privadas que participan en la prestación de servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación interinstitucional. La ley dispone que el sistema se organiza bajo principios de integración, coordinación y complementariedad entre sus componentes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019).

Dentro de su contenido normativo, la ley determina las competencias del ente rector en materia sanitaria, atribuyendo funciones de dirección, regulación y coordinación del sistema. La rectoría del sistema se configura como un elemento central para garantizar la coherencia institucional y la aplicación uniforme de políticas sanitarias en el territorio nacional.

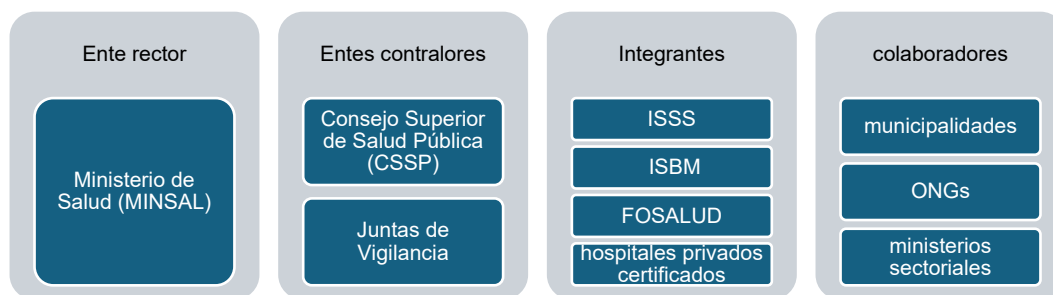
La ley establece que el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene por finalidad garantizar el acceso a servicios de salud mediante una organización articulada de los distintos prestadores. Esta organización se fundamenta en la coordinación de recursos humanos, técnicos y administrativos que integran el sistema (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019).

Asimismo, la normativa regula los niveles de atención dentro del sistema sanitario, estableciendo la estructura mediante la cual se organizan los servicios de salud según su complejidad. Esta clasificación permite la distribución ordenada de funciones dentro del sistema nacional.

La ley también contempla disposiciones relativas a la planificación estratégica en materia de salud, estableciendo que las instituciones integrantes deberán actuar conforme a lineamientos generales definidos por la autoridad rectora. Esta planificación se orienta a garantizar la prestación eficiente y coordinada de servicios sanitarios.

En cuanto a la coordinación interinstitucional, la ley dispone mecanismos de articulación entre entidades públicas y privadas que conforman el sistema. La integración institucional tiene como finalidad evitar duplicidad de funciones y optimizar el uso de recursos disponibles (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019).

Figura 25. Esquema de estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud



Fuente: Elaboración propia basada en Código de salud, 2012

La normativa regula además la participación de los distintos prestadores dentro del sistema, determinando que su actuación deberá ajustarse a los lineamientos generales establecidos por la autoridad rectora. Esta disposición incorpora un modelo de supervisión y control dentro del sistema integrado.

En materia de organización territorial, la ley establece que la prestación de servicios de salud deberá estructurarse de manera que garantice cobertura adecuada a la población. La organización territorial forma parte del diseño institucional del sistema sanitario.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud contempla también disposiciones relacionadas con la coordinación administrativa y técnica entre las instituciones integrantes, estableciendo mecanismos formales de comunicación y cooperación.

Dentro de su estructura normativa, la ley integra los siguientes elementos:

1. Definición del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. Determinación de la rectoría del sistema.
3. Establecimiento de niveles de atención.
4. Coordinación interinstitucional.
5. Organización territorial de los servicios de salud.
6. Planificación estratégica en materia sanitaria.

La normativa configura un modelo organizativo que articula a los diferentes actores del sector salud bajo una estructura integrada. Esta integración se orienta a garantizar la prestación ordenada y coordinada de servicios sanitarios en el país.

La ley dispone que las instituciones que integran el sistema deberán cumplir con las disposiciones técnicas y administrativas establecidas por la autoridad competente, consolidando así el carácter regulado del sistema sanitario nacional (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019).

### 3. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud establece el marco normativo mediante el cual se estructura formalmente el Sistema Nacional de Salud en El Salvador (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2007). Esta ley determina la

organización institucional, los objetivos generales del sistema y las disposiciones básicas que rigen su funcionamiento.

La normativa dispone la creación del Sistema Nacional de Salud como una estructura organizada que integra a las instituciones públicas relacionadas con la prestación de servicios sanitarios. La ley define el sistema como un conjunto articulado de entidades cuya finalidad es garantizar la prestación de servicios de salud a la población.

Dentro de sus disposiciones generales, la ley establece los principios que orientan el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la coordinación institucional, la integración de servicios y la planificación organizada de recursos sanitarios (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2007).

La ley determina que el sistema se conforma por las instituciones públicas que prestan servicios de salud, estableciendo un marco de articulación entre estas. Esta articulación tiene como finalidad asegurar la coherencia en la prestación de servicios y la optimización de los recursos disponibles.

Asimismo, la normativa regula la coordinación entre las distintas entidades que integran el sistema, estableciendo mecanismos formales de colaboración y cooperación. La coordinación institucional se configura como un elemento estructural para garantizar el funcionamiento ordenado del sistema sanitario.

La ley establece disposiciones relacionadas con la planificación sanitaria, disponiendo que las instituciones integrantes deberán ajustar su actuación a lineamientos generales definidos dentro del sistema. Esta planificación comprende la organización de servicios, la asignación de recursos y la implementación de programas sanitarios.

En materia organizativa, la ley dispone la creación de instancias de coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud, estableciendo espacios institucionales destinados a la formulación y seguimiento de políticas sanitarias (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2007).

Figura 26. Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia basada en ley de creación del sistema nacional de salud, 2012

La normativa regula además la relación entre las instituciones públicas que integran el sistema, estableciendo la obligación de actuar conforme a criterios de coordinación y complementariedad. Esta disposición fortalece la estructura integrada del sistema sanitario.

En su contenido, la ley incorpora los siguientes elementos fundamentales:

1. Creación formal del Sistema Nacional de Salud.
2. Definición de su estructura institucional.
3. Determinación de principios de coordinación e integración.
4. Establecimiento de mecanismos de planificación sanitaria.
5. Organización de instancias de coordinación interinstitucional.

La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud configura así el marco normativo inicial que da origen a la estructura institucional del sistema sanitario nacional. Su contenido regula la organización básica del sistema, sin entrar en la regulación específica de procedimientos administrativos o requisitos técnicos de establecimientos, los cuales se desarrollan en otros instrumentos normativos.

La normativa establece que las instituciones integrantes deberán ajustar su actuación a los lineamientos generales definidos dentro del sistema, garantizando así coherencia institucional y uniformidad en la prestación de servicios de salud (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2007).

#### **4. Ley del Consejo Superior de Salud Pública**

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de Salud establece la estructura, organización y competencias del Consejo Superior de Salud Pública, así como el régimen de funcionamiento de las Juntas de Vigilancia que supervisan el ejercicio profesional en el ámbito sanitario (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

La ley dispone la creación del Consejo Superior de Salud Pública como entidad encargada de velar por la regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud. Esta función se integra dentro del marco general de protección sanitaria previsto en el ordenamiento jurídico salvadoreño.

Dentro de su estructura normativa, la ley determina la conformación del Consejo Superior de Salud Pública, estableciendo su integración y la forma en que se designan sus miembros. Asimismo, regula la creación de las Juntas de Vigilancia correspondientes a cada profesión vinculada con el área de la salud.

La normativa establece que las Juntas de Vigilancia tienen como función supervisar el ejercicio profesional, verificando el cumplimiento de los requisitos legales para el desempeño de actividades relacionadas con la salud. Esta supervisión se orienta a garantizar que los servicios sanitarios sean prestados por profesionales debidamente autorizados.

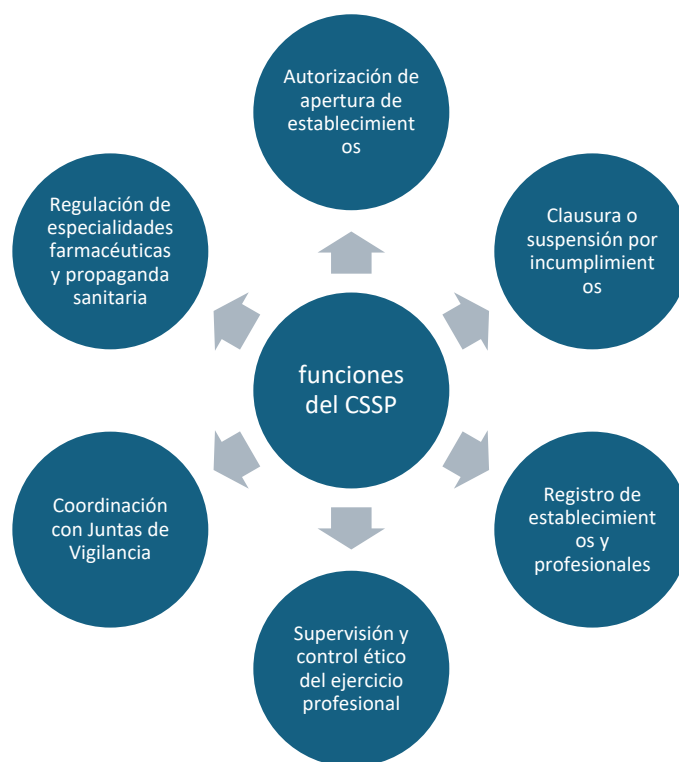
La ley dispone que el Consejo Superior de Salud Pública tiene competencia para autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta atribución integra el régimen de control administrativo sobre los establecimientos sanitarios.

En el ámbito del ejercicio profesional, la normativa establece que las personas que ejerzan profesiones relacionadas con la salud deberán estar debidamente inscritas y cumplir con los requisitos establecidos por la ley. La inscripción profesional se configura como un requisito indispensable para el ejercicio legal de dichas profesiones.

La ley regula además el régimen disciplinario aplicable a los profesionales de la salud, estableciendo que las Juntas de Vigilancia podrán conocer y resolver asuntos relacionados con infracciones al ejercicio profesional. Esta competencia fortalece el control institucional sobre la práctica sanitaria.

En cuanto a la organización interna, la normativa establece el funcionamiento de las Juntas de Vigilancia, determinando su estructura y atribuciones específicas. Cada Junta ejerce supervisión dentro del ámbito de la profesión que le corresponde.

Figura 27. Funciones del CSSP



Fuente: Elaboración propia basada en Ley del Consejo Superior de Salud Pública, 1992

La ley contempla disposiciones relacionadas con la emisión de autorizaciones, registros profesionales y supervisión del cumplimiento de obligaciones legales por parte de los profesionales inscritos. Estas funciones se integran dentro del sistema de control sanitario previsto en la legislación salvadoreña.

Dentro de su contenido normativo, la Ley del Consejo Superior de Salud Pública incorpora los siguientes elementos fundamentales:

1. Creación y organización del Consejo Superior de Salud Pública.
2. Creación de las Juntas de Vigilancia de las profesiones de salud.
3. Regulación del ejercicio profesional sanitario.
4. Régimen de autorización de establecimientos de salud.
5. Supervisión y control disciplinario de profesionales.

La atribución de competencia para autorizar establecimientos de salud vincula directamente al Consejo Superior de Salud Pública con el régimen de funcionamiento de instituciones sanitarias. La ley dispone que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la atención de la salud requiere la intervención del Consejo, previo informe favorable de la Junta correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

Asimismo, la normativa establece que el ejercicio profesional sin cumplir los requisitos legales constituye infracción, sujeta a las sanciones previstas en la ley. Esta disposición fortalece el control institucional en materia sanitaria.

## **5. Autoridades competentes y relación con el sector privado y ONG**

El marco normativo salvadoreño establece la intervención de diversas autoridades competentes en materia de salud, definiendo sus atribuciones dentro del sistema sanitario nacional. Estas competencias se encuentran reguladas principalmente en el Código de Salud, la Ley del Consejo Superior de Salud Pública, la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud y la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Código de Salud dispone que corresponde a las autoridades sanitarias adoptar medidas orientadas a la protección de la salud pública, incluyendo la regulación y supervisión de actividades que puedan incidir en la salud colectiva (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta competencia se ejerce a través de las instituciones responsables de la dirección sanitaria en el país.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que la rectoría del sistema corresponde a la autoridad sanitaria competente, encargada de dirigir, coordinar y regular las instituciones que lo integran (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). La rectoría implica la facultad de emitir lineamientos, coordinar acciones interinstitucionales y supervisar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias.

Por su parte, la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud regula la articulación de las instituciones públicas que conforman el sistema sanitario, estableciendo mecanismos de coordinación institucional (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2007). Esta coordinación permite integrar los servicios prestados por diferentes entidades bajo un marco común de organización.

En relación con el Consejo Superior de Salud Pública, la ley que lo regula establece su competencia para autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta atribución constituye una función directa de control administrativo sobre establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.

El marco normativo prevé que los establecimientos privados dedicados a la prestación de servicios de salud deben cumplir con los requisitos técnicos y administrativos establecidos por la autoridad competente. El Código de Salud dispone que la apertura y funcionamiento de estos establecimientos está sujeta a autorización conforme a la normativa aplicable (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

Asimismo, la Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud establece que la Ventanilla de Establecimientos de Salud (VES) constituye el punto de contacto institucional para la recepción de expedientes y gestión de autorizaciones (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Este mecanismo administrativo regula la relación entre los solicitantes y la autoridad competente.

En el ámbito de los establecimientos no especializados y otras modalidades de prestación de servicios de salud, los Requerimientos Técnico Administrativos establecen que las entidades responsables incluyen al Ministerio de Salud, la Comisión Nacional Antidrogas y el Consejo Superior de Salud Pública, a través de sus respectivas Juntas de Vigilancia (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Esta disposición evidencia la intervención coordinada de diversas autoridades en la regulación de establecimientos.

Figura 28. Diagrama de relación institucional entre autoridades sanitarias y ONGs



Fuente: Elaboración propia basada en código de salud, 2012

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud dispone que el sistema se integra por instituciones públicas y privadas que participan en la prestación de servicios sanitarios, bajo un esquema de coordinación y regulación común (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). Esta integración incluye la articulación con prestadores privados dentro del marco normativo general.

La participación del sector privado en la prestación de servicios de salud se encuentra sujeta al cumplimiento de requisitos técnicos, administrativos y profesionales establecidos en la legislación sanitaria. La normativa vigente dispone que la autorización y supervisión de establecimientos corresponde a las autoridades competentes designadas por la ley.

En cuanto a la relación con organizaciones no gubernamentales, el marco normativo establece que las entidades que presten servicios de salud deberán ajustarse a las disposiciones técnicas y administrativas aplicables, independientemente de su naturaleza jurídica. La regulación se fundamenta en el carácter público de la salud, conforme a lo dispuesto en la Constitución y desarrollado en la legislación secundaria.

Dentro de este marco normativo, las autoridades competentes en materia sanitaria incluyen:

1. La autoridad rectora del sistema de salud, conforme a la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. El Consejo Superior de Salud Pública, conforme a su ley específica.
3. Las Juntas de Vigilancia de las profesiones de salud.

4. Las instancias administrativas encargadas de la autorización de establecimientos.

Estas autoridades ejercen funciones de regulación, supervisión, autorización y control sobre la prestación de servicios sanitarios en el país.

### **C. Regulación De Establecimientos De Salud Por Nivel De Atención**

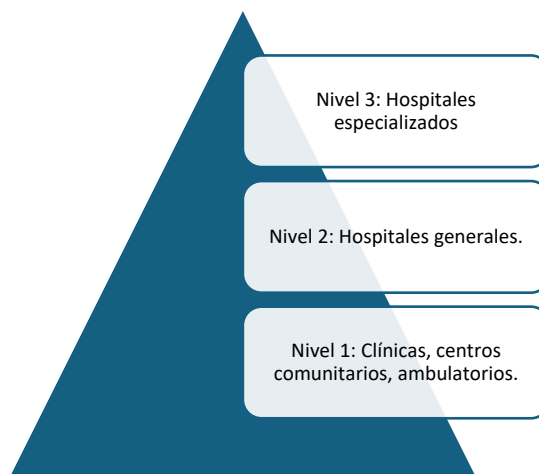
#### **1. Categorización técnica: nivel 1 y nivel 2**

La regulación de los establecimientos de salud por nivel de atención se encuentra desarrollada en los lineamientos técnicos emitidos por el Ministerio de Salud, así como en disposiciones contenidas en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud y en la Ley del Sistema Básico de Salud Integral.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que el sistema sanitario se organiza en niveles de atención que permiten estructurar la prestación de servicios conforme a su grado de complejidad (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). Esta organización por niveles constituye un mecanismo de ordenamiento funcional dentro del sistema nacional de salud.

Por su parte, la Ley del Sistema Básico de Salud Integral regula la organización de los servicios de salud bajo un esquema estructurado que comprende distintos niveles de atención, orientados a garantizar el acceso progresivo a servicios sanitarios conforme a su complejidad técnica (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2005). Esta disposición normativa incorpora la clasificación de servicios en función de su alcance y capacidad resolutive.

*Figura 29. Diagrama escalonado de niveles de atención*



*Fuente: Elaboración propia basada en código de salud, 2012*

Los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud desarrollan de manera específica los criterios de clasificación técnica de los establecimientos de salud (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021). En dicho instrumento se establecen los parámetros

mediante los cuales se determina el nivel de atención correspondiente a cada establecimiento.

El documento técnico define la categorización como el proceso mediante el cual se clasifica un establecimiento de salud según los servicios que presta, su capacidad instalada, los recursos humanos disponibles y el nivel de complejidad de las intervenciones que realiza (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

En relación con el primer nivel de atención, los lineamientos técnicos establecen que este comprende establecimientos destinados a la atención primaria de salud, orientados a la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de condiciones de baja complejidad. Estos establecimientos brindan servicios básicos de salud y constituyen el primer contacto de la población con el sistema sanitario (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

El primer nivel de atención incluye servicios ambulatorios, consultas generales, procedimientos básicos y actividades de promoción y prevención en salud. La categorización técnica se determina en función de los servicios efectivamente ofertados y de los recursos disponibles en el establecimiento.

En cuanto al segundo nivel de atención, los lineamientos técnicos establecen que este comprende establecimientos que prestan servicios de mayor complejidad, incluyendo atención hospitalaria, intervenciones especializadas y procedimientos que requieren infraestructura y equipamiento específicos (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

El segundo nivel de atención se caracteriza por contar con servicios especializados, recursos humanos con formación técnica específica y capacidad para atender patologías que requieren intervención médica más compleja. La clasificación dentro de este nivel se fundamenta en criterios técnicos previamente definidos en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud.

Los lineamientos técnicos establecen que la categorización se realiza mediante evaluación de criterios relacionados con:

1. Cartera de servicios ofrecidos.
2. Infraestructura física.
3. Equipamiento médico.
4. Recursos humanos disponibles.
5. Capacidad resolutoria del establecimiento.

La evaluación técnica permite asignar al establecimiento la categoría correspondiente conforme a los estándares definidos por la autoridad sanitaria.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud dispone que la organización por niveles de atención facilita la articulación del sistema sanitario y permite establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia entre establecimientos (Asamblea Legislativa de la

República de El Salvador, 2019). Esta organización estructural integra los distintos niveles dentro de una red funcional de servicios.

Asimismo, la Ley del Sistema Básico de Salud Integral establece disposiciones relacionadas con la organización territorial y funcional de los servicios sanitarios, integrando el esquema de niveles de atención dentro del sistema de prestación de servicios (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2005).

Los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud determinan que la categorización de los establecimientos constituye un requisito para su funcionamiento dentro del sistema sanitario, en tanto permite verificar el cumplimiento de condiciones técnicas mínimas acordes al nivel asignado (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

## 2. Requisitos normativos para cada tipo de establecimiento

La regulación de los requisitos normativos aplicables a los establecimientos de salud se encuentra desarrollada en el Código de Salud, en la Ley del Consejo Superior de Salud Pública y en los distintos Requerimientos Técnico Administrativos emitidos por la autoridad competente.

El Código de Salud establece que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud se encuentra sujeta a autorización previa de la autoridad competente, debiendo cumplir con las disposiciones legales y sanitarias aplicables (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta disposición configura el requisito general de autorización como condición indispensable para operar legalmente.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que corresponde al Consejo autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la atención de la salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta intervención constituye un requisito formal previo al inicio de actividades.

Tabla 2. Comparativa de requisitos técnico-administrativos (Nivel 1 vs. Nivel 2)

Categoría	(Nivel 1)	(Nivel 2)
<b>Servicios mínimos</b>	Consulta general/especializada, procedimientos ambulatorios	Hospitalización, cirugía, urgencias, laboratorio, farmacia
<b>Personal requerido</b>	Médico regente, personal de enfermería (según servicios)	Especialistas, personal 24/7, técnicos, personal auxiliar
<b>Infraestructura esencial</b>	Consultorios, archivo, área de espera, baño, recepción	Salas de hospitalización, quirófanos, morgue, lavandería

<b>Equipamiento básico</b>	Estetoscopio, tensiómetro, otoscopio, balanza	Equipos quirúrgicos, laboratorio, rayos X, esterilización
<b>Documentación obligatoria</b>	Manuales básicos, planes de trabajo, control de infecciones	Protocolos clínicos, planes de emergencia, manuales técnicos
<b>Supervisión y habilitación</b>	CSSP y JVPM/JVPE según servicios ofrecidos	CSSP, múltiples Juntas de Vigilancia

*Fuente: Elaboración propia*

Los Requerimientos Técnico Administrativos por Tipo de Establecimiento desarrollan los criterios específicos que deben cumplir los establecimientos conforme a su naturaleza y nivel de atención. Estos documentos establecen parámetros técnicos, administrativos, estructurales y profesionales que deben observarse para obtener el informe favorable correspondiente.

En el caso de los Centros de Cuidados y Procedimientos de Enfermería de Primer Nivel, los requerimientos técnicos establecen condiciones relativas a infraestructura física, recursos humanos, equipamiento básico y documentación administrativa (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Dentro de estos criterios se incluyen requisitos sobre áreas físicas mínimas, mobiliario, insumos y cumplimiento de normas sanitarias.

Para Clínicas Médicas Asistenciales, los requerimientos técnicos establecen disposiciones relacionadas con la oferta de servicios, presencia de regente médico, recursos de enfermería cuando aplique, áreas de recepción, consultorios, archivo clínico y equipamiento básico conforme a la naturaleza de los servicios ofertados (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.).

En el caso de Hospital General, los requerimientos técnicos establecen condiciones más amplias relacionadas con infraestructura hospitalaria, servicios especializados, equipamiento médico específico y recursos humanos profesionales conforme al nivel de complejidad del establecimiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). La regulación contempla la existencia de áreas diferenciadas para hospitalización, atención especializada y servicios complementarios.

Los Establecimientos No Especializados con Modalidad de Acogida Temporal cuentan con requerimientos técnicos específicos que regulan aspectos relacionados con infraestructura, áreas de alojamiento, servicios sanitarios, supervisión profesional y programas de atención aprobados por la autoridad competente (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.).

La Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud establece que la documentación deberá presentarse conforme

a los requisitos establecidos en los Requerimientos Técnico Administrativos correspondientes al tipo de establecimiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Esta disposición integra el procedimiento administrativo con el cumplimiento técnico.

En relación con la infraestructura, los requerimientos técnicos establecen la obligación de contar con espacios físicos adecuados, ventilación, iluminación, áreas específicas según el tipo de servicio y cumplimiento de condiciones sanitarias mínimas. Estas exigencias varían conforme al nivel de complejidad del establecimiento.

En cuanto a recursos humanos, los requerimientos técnicos establecen que los establecimientos deberán contar con personal debidamente autorizado para ejercer, inscrito ante la Junta de Vigilancia correspondiente y solvente en sus obligaciones profesionales (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Este requisito garantiza el cumplimiento del régimen de ejercicio profesional regulado por la ley.

*Figura 30. Infografía de áreas físicas requeridas*



*Fuente: Folleto Informativo MINSAL 2020*

Asimismo, se establecen requisitos relacionados con la documentación administrativa, incluyendo manuales, programas de atención, contratos de regencia cuando aplique y cumplimiento de normativas específicas en materia de control sanitario.

Los requisitos normativos incluyen también disposiciones relativas al manejo de desechos bioinfecciosos, control de infecciones, almacenamiento de insumos y cumplimiento de estándares técnicos determinados por la autoridad sanitaria.

El cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos constituye condición para la emisión del informe favorable por parte de la Junta de Vigilancia correspondiente, requisito previo a la autorización de funcionamiento del establecimiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.).

En consecuencia, los requisitos normativos para cada tipo de establecimiento se estructuran en torno a cuatro dimensiones principales:

1. Autorización legal previa.
2. Cumplimiento de requisitos técnicos específicos según tipo de establecimiento.
3. Acreditación de recursos humanos autorizados.
4. Adecuación de infraestructura y equipamiento conforme a estándares definidos.

Estas disposiciones integran el marco regulatorio que condiciona la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud dentro del sistema sanitario nacional

### **3. Procedimiento para cambio de categoría o reconversión**

El procedimiento aplicable al cambio de categoría o reconversión de un establecimiento de salud se encuentra vinculado al régimen general de autorización, supervisión y control previsto en el Código de Salud, en la Ley del Consejo Superior de Salud Pública, en la Ley de Procedimientos Administrativos y en los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud.

El Código de Salud establece que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la atención de la salud se encuentra sujeta a autorización de la autoridad competente, la cual puede ejercer funciones de inspección y control para verificar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias aplicables (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta competencia se extiende a la verificación permanente de condiciones técnicas bajo las cuales opera el establecimiento.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que corresponde al Consejo autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta atribución implica que cualquier modificación sustancial en la naturaleza del establecimiento debe ser sometida al conocimiento de la autoridad competente.

Los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud establecen que la categorización de un establecimiento se determina conforme a los servicios que presta, su capacidad instalada, infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021). La clasificación técnica se basa en criterios previamente definidos por la autoridad sanitaria.

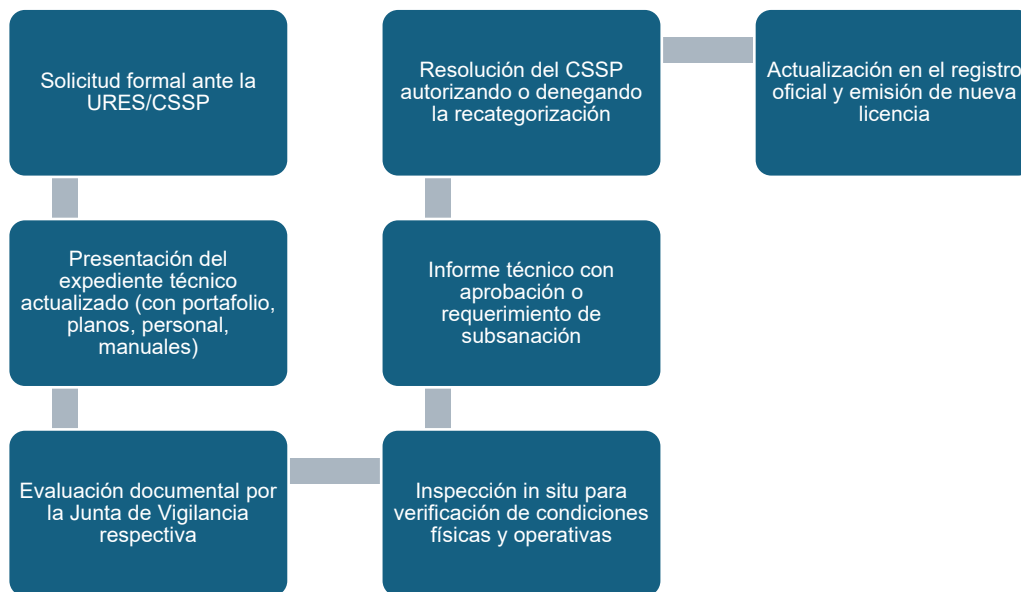
En caso de que un establecimiento modifique su cartera de servicios, amplíe su capacidad resolutive o incorpore nuevas áreas de atención que impliquen un cambio en el nivel de complejidad, la categorización deberá ajustarse conforme a los criterios técnicos establecidos (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021). La evaluación técnica determina la categoría correspondiente según los estándares definidos.

La Ley de Procedimientos Administrativos regula el trámite aplicable a las solicitudes presentadas ante la Administración Pública, estableciendo disposiciones relativas a la iniciación del procedimiento, requisitos formales, admisibilidad, sustanciación y resolución administrativa (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Estas disposiciones resultan aplicables a las gestiones relacionadas con autorizaciones o modificaciones administrativas.

Conforme a la Ley de Procedimientos Administrativos, toda solicitud presentada ante la autoridad competente debe cumplir con los requisitos formales establecidos en la

normativa aplicable, debiendo la Administración verificar la documentación y emitir la resolución correspondiente dentro de los plazos previstos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017).

Figura 31. Proceso de reconversión o cambio de categoría



Fuente: Elaboración propia basada en RTA clínica primer nivel

La Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud establece que los interesados deberán presentar expediente completo conforme a los Requerimientos Técnico Administrativos correspondientes al tipo de establecimiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Este procedimiento administrativo incluye la revisión documental y la realización de inspecciones técnicas cuando corresponda.

En caso de cambio de categoría o reconversión, el establecimiento deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos técnicos correspondientes al nuevo nivel de atención. La evaluación técnica se realiza conforme a los parámetros definidos en los lineamientos emitidos por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

La intervención de la Junta de Vigilancia correspondiente constituye requisito previo para la emisión del informe favorable necesario para la autorización administrativa (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). La verificación del cumplimiento de requisitos técnicos forma parte del procedimiento de evaluación.

La Ley de Procedimientos Administrativos establece que la resolución administrativa deberá estar debidamente motivada y notificarse al interesado conforme a las disposiciones legales vigentes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Esta disposición regula la etapa final del trámite administrativo.

El procedimiento para cambio de categoría o reconversión comprende, conforme a las disposiciones citadas:

1. Presentación de solicitud formal ante la autoridad competente.
2. Acreditación del cumplimiento de requisitos técnicos del nuevo nivel.
3. Evaluación técnica conforme a lineamientos vigentes.
4. Emisión de informe favorable por la Junta correspondiente.
5. Resolución administrativa conforme a la Ley de Procedimientos Administrativos.

Estas actuaciones se desarrollan dentro del marco normativo general que regula la autorización y supervisión de establecimientos de salud en el país.

En consecuencia, el cambio de categoría o reconversión de un establecimiento de salud se encuentra sujeto a la evaluación técnica y administrativa prevista en la legislación sanitaria y en la normativa procedimental aplicable, debiendo cumplirse los requisitos establecidos para el nivel de atención correspondiente.

## ***D. Procesos Para Autorización Y Control De Establecimientos Privados***

### **1. Inscripción, Licencias Y Registros**

El régimen jurídico aplicable a la inscripción, licencias y registros de establecimientos privados de salud se encuentra regulado en el Código de Salud, en la Ley del Consejo Superior de Salud Pública, en la Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud, y en la Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud.

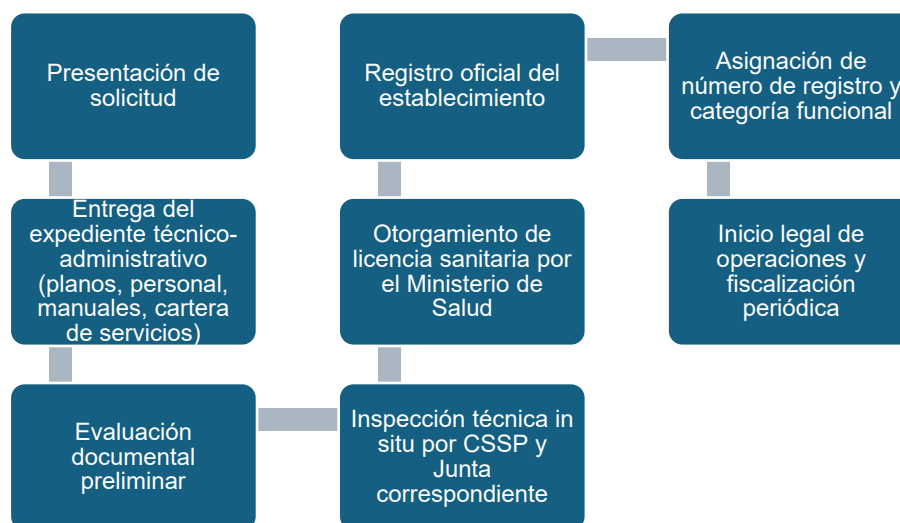
El Código de Salud establece que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud se encuentra sujeta a autorización previa de la autoridad competente, debiendo cumplirse las disposiciones sanitarias establecidas por la ley (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta disposición configura el requisito general de autorización como condición obligatoria para operar legalmente.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que corresponde al Consejo autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta intervención institucional constituye un requisito formal previo a la emisión de la licencia de funcionamiento.

La Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud establece que el trámite deberá realizarse ante la Ventanilla de Establecimientos de Salud (VES), instancia encargada de recibir expedientes, emitir mandamientos de pago y gestionar el procedimiento administrativo correspondiente (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Esta guía regula los pasos administrativos que deben seguir los solicitantes.

El procedimiento de inscripción requiere la presentación de formulario oficial, documentación legal del propietario o representante legal, contrato de regencia cuando corresponda y cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos aplicables al tipo de establecimiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). La documentación debe presentarse conforme a las disposiciones establecidas en la normativa administrativa.

Figura 32. Proceso de habilitación de un establecimiento de salud



Fuente: Elaboración propia

La Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud regula el pago de derechos económicos asociados a la inscripción, matrícula y licencia de funcionamiento de establecimientos sanitarios (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1992). Esta normativa establece las tarifas aplicables conforme al tipo de establecimiento.

Conforme a dicha ley, el pago del derecho correspondiente constituye requisito para la emisión de la licencia de funcionamiento. La normativa dispone que los derechos económicos deben cancelarse conforme a los montos establecidos en el decreto respectivo (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1992).

La Guía administrativa establece que, una vez presentado el expediente completo y cancelados los derechos correspondientes, la autoridad competente procederá a realizar inspección técnica del establecimiento para verificar el cumplimiento de los requisitos normativos (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). La inspección forma parte del proceso de evaluación previo a la autorización.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública establece que la autorización de funcionamiento se emite previo informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente, lo cual implica la verificación técnica y profesional del establecimiento (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

En cuanto al registro profesional, la ley establece que los profesionales que ejerzan en establecimientos de salud deben encontrarse debidamente inscritos y autorizados ante la Junta de Vigilancia respectiva, constituyendo este un requisito indispensable para la validez del funcionamiento del establecimiento (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

El régimen de inscripción y licencia comprende, por tanto, las siguientes actuaciones:

1. Presentación de solicitud formal y expediente administrativo.
2. Cumplimiento de Requerimientos Técnico Administrativos.
3. Cancelación de derechos económicos establecidos por ley.
4. Inspección técnica del establecimiento.
5. Emisión de informe favorable por la Junta de Vigilancia.
6. Otorgamiento de licencia de funcionamiento.

## **2. Procedimientos Administrativos Aplicables**

Los procedimientos administrativos aplicables a la autorización, control y supervisión de establecimientos privados de salud se encuentran regulados en la Ley de Procedimientos Administrativos, en el Código de Salud y en la normativa específica que rige la intervención del Consejo Superior de Salud Pública.

La Ley de Procedimientos Administrativos establece las disposiciones generales que regulan la actuación de la Administración Pública en el conocimiento y resolución de solicitudes presentadas por los administrados (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Esta normativa regula las fases del procedimiento administrativo, incluyendo iniciación, ordenación, instrucción y resolución.

Conforme a la Ley de Procedimientos Administrativos, el procedimiento puede iniciarse a petición de parte interesada mediante solicitud formal presentada ante la autoridad competente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). La solicitud debe contener los requisitos formales establecidos en la normativa aplicable y acompañarse de la documentación correspondiente.

La ley dispone que la Administración deberá verificar el cumplimiento de los requisitos de admisibilidad de la solicitud y, en caso de omisiones, requerir su subsanación dentro de los plazos establecidos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Esta fase garantiza la formalidad y completitud del expediente administrativo.

Durante la etapa de instrucción, la autoridad administrativa puede ordenar diligencias necesarias para la verificación de los hechos, incluyendo inspecciones técnicas cuando la naturaleza del trámite lo requiera (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). En materia sanitaria, esta verificación se integra con la inspección técnica del establecimiento solicitante.

El Código de Salud establece que corresponde a la autoridad sanitaria ejercer funciones de inspección y control sobre los establecimientos dedicados a la atención de la salud (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Estas facultades se ejercen dentro del procedimiento administrativo aplicable.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que la autorización de funcionamiento de establecimientos de salud requiere informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta intervención técnica forma parte del procedimiento administrativo previo a la emisión de la resolución final.

Figura 33. Principios aplicables a procedimientos administrativos en salud



Fuente: elaboración propia

La Ley de Procedimientos Administrativos establece que la resolución administrativa debe emitirse de manera motivada y dentro de los plazos legalmente establecidos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). La resolución constituye el acto administrativo que pone fin al procedimiento.

Asimismo, la ley regula el deber de notificación de la resolución al interesado, garantizando el conocimiento formal del resultado del trámite (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). La notificación se realiza conforme a los mecanismos previstos en la normativa procedimental.

En materia de control posterior, el Código de Salud establece que la autoridad sanitaria puede realizar inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento continuo de las disposiciones sanitarias (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Estas actuaciones se desarrollan conforme a las facultades de supervisión otorgadas por la ley.

La Ley de Procedimientos Administrativos regula también los recursos administrativos que pueden interponerse contra resoluciones emitidas por la Administración Pública,

estableciendo los mecanismos de impugnación dentro del procedimiento administrativo (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017).

El procedimiento administrativo aplicable a establecimientos privados de salud comprende, conforme a las disposiciones citadas:

1. Presentación de solicitud formal.
2. Verificación de requisitos y admisibilidad.
3. Subsanación de observaciones cuando proceda.
4. Inspección técnica y evaluación de cumplimiento normativo.
5. Emisión de informe técnico por la autoridad competente.
6. Resolución administrativa motivada.
7. Notificación al interesado.
8. Eventual interposición de recursos administrativos.

### **3. Tarifas, Plazos Y Sanciones Aplicables**

El régimen jurídico aplicable a las tarifas, plazos y sanciones en materia de autorización y funcionamiento de establecimientos privados de salud se encuentra regulado en la Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud, en el Código de Salud y en la Ley de Procedimientos Administrativos.

La Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud establece los derechos económicos que deben cancelarse por concepto de inscripción, matrícula y licencia de funcionamiento de establecimientos sanitarios (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1992). Esta normativa fija los montos correspondientes según el tipo de establecimiento y la naturaleza del servicio prestado.

La ley dispone que el pago de los derechos establecidos constituye requisito indispensable para la obtención de la licencia de funcionamiento. La cancelación de dichos derechos se realiza conforme a los valores determinados en el decreto legislativo correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1992).

En el procedimiento administrativo de autorización, la Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud establece que el solicitante debe cancelar el mandamiento de pago correspondiente al trámite de inscripción y, una vez aprobado el establecimiento, cancelar el derecho por matrícula y anualidad antes del retiro de la licencia (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Esta disposición integra el pago de derechos dentro del proceso administrativo.

En cuanto a los plazos, la Ley de Procedimientos Administrativos regula el tiempo dentro del cual la Administración debe resolver las solicitudes presentadas por los administrados (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). La normativa establece que los procedimientos deben tramitarse y resolverse dentro de los plazos legalmente previstos.

La ley dispone que la Administración debe emitir resolución motivada dentro del plazo correspondiente y notificarla al interesado conforme a las reglas establecidas (Asamblea

Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Estos plazos forman parte del régimen general aplicable a los trámites administrativos.

En materia sanitaria, el Código de Salud establece que la autoridad competente puede ejercer funciones de inspección y control para verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Estas facultades se ejercen dentro del marco legal vigente.

Respecto de las sanciones, el Código de Salud contempla disposiciones aplicables en caso de incumplimiento de las normas sanitarias, incluyendo medidas administrativas que pueden comprender clausura temporal o definitiva del establecimiento, multas u otras acciones correctivas conforme a lo dispuesto por la ley (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública establece que las Juntas de Vigilancia pueden conocer y resolver asuntos relacionados con infracciones en el ejercicio profesional, lo cual puede incidir en el funcionamiento de establecimientos cuando exista incumplimiento de requisitos profesionales (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

La Ley de Procedimientos Administrativos regula el régimen general de imposición de sanciones administrativas, estableciendo que estas deben imponerse mediante procedimiento previo que garantice el derecho de audiencia del administrado y la debida motivación del acto administrativo (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017).

## ***E. Implicaciones Jurídicas Para La Reapertura O Reconversión***

### **1. Análisis Legal De Reapertura Como Hospital De Segundo Nivel**

La regulación aplicable a la reapertura de un establecimiento hospitalario se encuentra vinculada al marco normativo que regula la autorización, categorización y funcionamiento de establecimientos de salud conforme a su nivel de atención. El Código de Salud establece que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la atención de la salud requiere autorización de la autoridad competente, sujeta al cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988).

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que corresponde al Consejo autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). Esta competencia se extiende a los establecimientos hospitalarios que pretendan iniciar o reiniciar actividades.

Los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud establecen que la clasificación de un establecimiento como hospital de segundo nivel depende de los servicios que presta, la complejidad de su cartera de servicios, la infraestructura disponible, el equipamiento médico y los recursos humanos especializados con los que cuenta (Ministerio de Salud de la República de El Salvador,

2021). La categorización técnica constituye un requisito previo para su funcionamiento dentro del sistema sanitario.

El segundo nivel de atención comprende establecimientos que brindan servicios hospitalarios y atención especializada, incluyendo procedimientos que requieren infraestructura específica y personal profesional con formación técnica especializada. La determinación del nivel se realiza conforme a criterios técnicos previamente definidos por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que el sistema sanitario se organiza en niveles de atención que permiten estructurar la prestación de servicios según su grado de complejidad (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). La incorporación de un establecimiento como hospital de segundo nivel implica su integración dentro de la red de servicios correspondiente al nivel asignado.

La reapertura de un hospital implica la verificación del cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos aplicables al tipo de establecimiento hospitalario. Los requerimientos técnicos para Hospital General establecen condiciones relativas a infraestructura, servicios especializados, equipamiento médico, áreas diferenciadas de atención y recursos humanos debidamente autorizados (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Estas condiciones deben acreditarse ante la autoridad competente.

La Ley de Procedimientos Administrativos regula el trámite aplicable a la solicitud de autorización presentada ante la Administración Pública, estableciendo que la resolución debe emitirse conforme a procedimiento legalmente establecido y debidamente motivado (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Esta normativa rige el proceso administrativo mediante el cual se conoce y resuelve la solicitud de reapertura.

La intervención de la Junta de Vigilancia correspondiente constituye requisito previo a la emisión de la autorización administrativa, conforme a lo dispuesto por la Ley del Consejo Superior de Salud Pública (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). La verificación técnica del cumplimiento de los requisitos hospitalarios forma parte del procedimiento.

## **2. Alternativa Jurídica De Funcionamiento Como Centro De Primer Nivel**

La regulación aplicable al funcionamiento de un establecimiento de salud como centro de primer nivel se encuentra determinada por el marco normativo que organiza el sistema sanitario en niveles de atención, así como por los Requerimientos Técnico Administrativos específicos aplicables a los establecimientos de baja complejidad.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud establece que el sistema sanitario se estructura en niveles de atención que organizan la prestación de servicios conforme a su grado de complejidad (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). Dentro de esta estructura, el primer nivel de atención comprende establecimientos destinados a la prestación de servicios básicos de salud.

La Ley del Sistema Básico de Salud Integral regula la organización de los servicios sanitarios bajo un esquema estructurado que contempla la prestación de servicios de atención primaria, orientados a la promoción, prevención y tratamiento de condiciones de menor complejidad (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2005). Esta normativa integra el primer nivel dentro del sistema sanitario nacional.

Los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud establecen que la clasificación de un establecimiento dentro del primer nivel depende de la cartera de servicios ofrecidos, la capacidad instalada, la infraestructura disponible y los recursos humanos asignados (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021). La categorización técnica constituye requisito previo para su funcionamiento conforme al nivel correspondiente.

*Figura 34. Cambios de hospital a centro de primer nivel*



*Fuente: Elaboración propia*

Los Requerimientos Técnico Administrativos por Tipo de Establecimiento regulan las condiciones específicas que deben cumplir los centros de cuidados y procedimientos de enfermería de primer nivel, así como las clínicas médicas asistenciales que operan dentro de este nivel de atención (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.; Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Estos documentos establecen exigencias relativas a infraestructura física, áreas mínimas, equipamiento básico, recursos humanos debidamente autorizados y documentación administrativa.

El Código de Salud dispone que la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados a la atención de la salud se encuentra sujeta a autorización previa de la autoridad competente y al cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta disposición resulta aplicable a los establecimientos de primer nivel.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública establece que corresponde al Consejo autorizar la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva (Asamblea Legislativa de la República de

El Salvador, 1958). Esta intervención constituye requisito formal para la operación legal del establecimiento, independientemente del nivel de atención.

La Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud regula el procedimiento administrativo que debe seguirse para la inscripción y obtención de la licencia correspondiente, incluyendo la presentación de expediente, cancelación de derechos y verificación técnica del cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos aplicables (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Este procedimiento es aplicable a los establecimientos que pretendan operar como centros de primer nivel.

Los Lineamientos Técnicos establecen que la categorización debe ajustarse a los servicios efectivamente prestados por el establecimiento, de manera que la clasificación dentro del primer nivel se determine conforme a criterios técnicos objetivos definidos por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

### **3. Criterios legales para decidir entre reapertura o reconversión**

El marco jurídico aplicable a la determinación del nivel de funcionamiento de un establecimiento de salud se encuentra regulado por la normativa que organiza el sistema sanitario en niveles de atención, por las disposiciones que establecen los requisitos técnicos de cada tipo de establecimiento y por el régimen general de autorización administrativa.

La Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud dispone que el sistema sanitario se estructura en niveles de atención conforme al grado de complejidad de los servicios prestados (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2019). Esta organización establece un marco legal dentro del cual deben ubicarse los establecimientos conforme a sus características técnicas y funcionales.

Los Lineamientos Técnicos para la Categorización de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud determinan que la clasificación de un establecimiento se realiza en función de la cartera de servicios, la infraestructura disponible, el equipamiento médico y los recursos humanos con que cuenta (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021). Estos criterios técnicos constituyen parámetros normativos objetivos para la asignación del nivel correspondiente.

El Código de Salud establece que la apertura y funcionamiento de establecimientos de salud se encuentra sujeta al cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes y a la autorización previa de la autoridad competente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta exigencia implica que el establecimiento debe operar dentro de la categoría autorizada y conforme a los requisitos técnicos aplicables.

Tabla 3. Criterios legales comparativos

Criterio legal	Reapertura como Nivel 2	Reconversión a Nivel 1
<b>Legalidad (Código de Salud)</b>	Sujeta a cumplimiento total de RTA para hospitales	Sujeta a RTA para clínicas
<b>Proporcionalidad normativa</b>	Exige operación 24/7 y cartera amplia	Atención ambulatoria en horario definido
<b>Integración en red de salud</b>	Requiere articulación con nivel 3 y servicios de referencia	Puede funcionar como punto de entrada o referencia inicial
<b>Sostenibilidad operativa</b>	Alta exigencia técnica, económica y de personal	Operación más flexible y sostenible para ONG
<b>Viabilidad documental y técnica</b>	Expediente complejo, múltiples áreas a inspeccionar	Expediente más limitado y específico

Fuente: *Elaboración propia*

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que la autorización de funcionamiento requiere informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). La intervención técnica de dicha Junta permite verificar el cumplimiento de las condiciones exigidas por la normativa.

Los Requerimientos Técnico Administrativos por Tipo de Establecimiento establecen las condiciones específicas que deben observar los establecimientos conforme a su naturaleza, incluyendo hospitales generales, clínicas médicas asistenciales y centros de cuidados y procedimientos de enfermería de primer nivel (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.; Consejo Superior de Salud Pública, s. f.; Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Estas disposiciones determinan los estándares técnicos aplicables a cada modalidad de funcionamiento.

La Ley de Procedimientos Administrativos regula el trámite mediante el cual se presenta la solicitud de autorización o modificación ante la autoridad competente, estableciendo las fases del procedimiento y la emisión de resolución administrativa debidamente motivada (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Este régimen procedimental resulta aplicable a cualquier solicitud de cambio en la categoría del establecimiento.

La determinación del nivel de funcionamiento debe ajustarse a la correspondencia entre los servicios efectivamente prestados y los requisitos técnicos definidos por la autoridad sanitaria. Los Lineamientos Técnicos establecen que la categorización se realiza

conforme a criterios previamente definidos, los cuales deben acreditarse documental y técnicamente (Ministerio de Salud de la República de El Salvador, 2021).

El cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos constituye condición para la emisión del informe favorable de la Junta correspondiente y para la autorización administrativa del nivel solicitado (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). La verificación técnica se integra dentro del procedimiento regulado por la normativa administrativa.

#### **4. Condiciones mínimas legales para la sostenibilidad del proyecto**

Las condiciones mínimas legales para el funcionamiento sostenido de un establecimiento de salud se encuentran determinadas por el cumplimiento permanente de las disposiciones contenidas en el Código de Salud, en la Ley del Consejo Superior de Salud Pública, en la Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud, en la Ley de Procedimientos Administrativos y en los Requerimientos Técnico Administrativos aplicables al tipo de establecimiento autorizado.

El Código de Salud establece que los establecimientos dedicados a la atención de la salud deben operar conforme a las disposiciones sanitarias vigentes y permanecer sujetos a la supervisión e inspección de la autoridad competente (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). Esta obligación implica el mantenimiento continuo de las condiciones técnicas y sanitarias bajo las cuales fue otorgada la autorización.

La Ley del Consejo Superior de Salud Pública dispone que el funcionamiento de establecimientos de salud requiere informe favorable de la Junta de Vigilancia correspondiente y que la autoridad puede ejercer control sobre el ejercicio profesional dentro de dichos establecimientos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958). El cumplimiento permanente de los requisitos profesionales constituye una condición para la continuidad de operaciones.

La Ley de Derechos por Servicios y Licencias para los Establecimientos de Salud establece la obligación de cancelar los derechos correspondientes a matrícula y anualidad para mantener vigente la licencia de funcionamiento (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1992). La falta de cumplimiento de esta obligación económica puede afectar la vigencia de la autorización administrativa.

Los Requerimientos Técnico Administrativos por Tipo de Establecimiento determinan que las condiciones de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y documentación administrativa deben mantenerse conforme a los estándares establecidos para cada modalidad de funcionamiento (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.; Consejo Superior de Salud Pública, s. f.; Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). El mantenimiento de dichas condiciones constituye requisito para la continuidad del servicio.

La Ley de Procedimientos Administrativos regula la actuación administrativa en materia de supervisión, control y eventual imposición de medidas correctivas, estableciendo que cualquier resolución debe emitirse conforme a procedimiento legal y debidamente

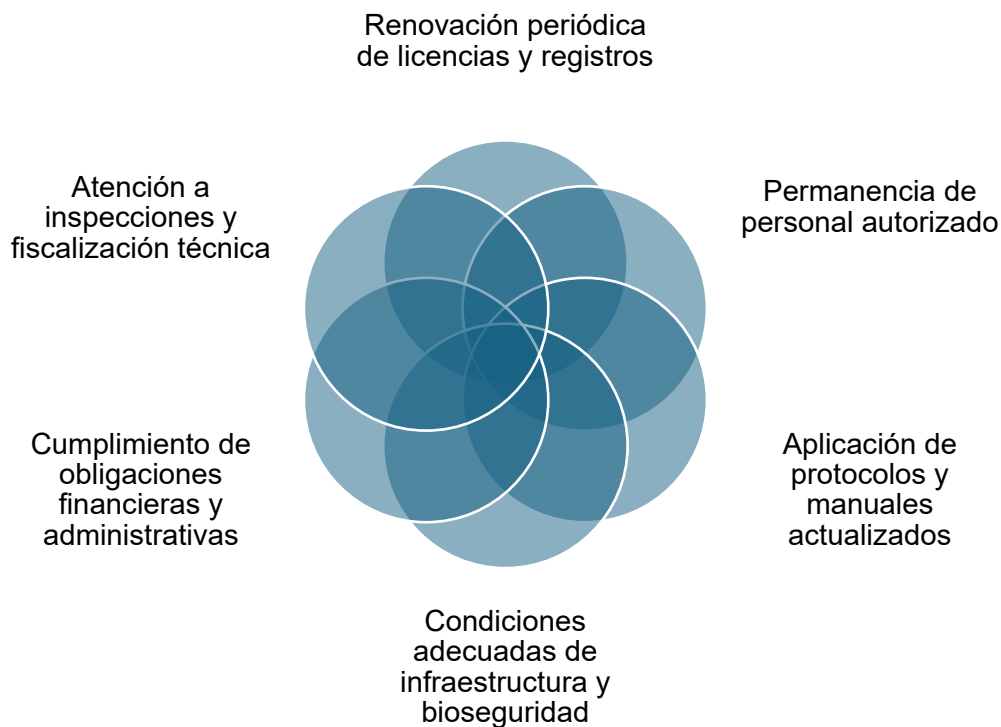
motivado (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2017). Esta normativa rige las actuaciones de control posteriores a la autorización inicial.

La Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud dispone que el cumplimiento de los Requerimientos Técnico Administrativos es verificado mediante inspecciones técnicas realizadas por la autoridad competente (Consejo Superior de Salud Pública, s. f.). Estas inspecciones forman parte del control continuo del establecimiento.

El mantenimiento de la inscripción profesional de los recursos humanos ante la Junta de Vigilancia correspondiente constituye una condición legal para el ejercicio dentro del establecimiento, conforme a lo dispuesto por la Ley del Consejo Superior de Salud Pública (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1958).

La normativa sanitaria establece que la autoridad puede realizar inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento de las condiciones autorizadas, conforme a las facultades previstas en el Código de Salud (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1988). La verificación continua integra el régimen de control permanente.

*Figura 35. Sostenibilidad jurídica en establecimientos de salud*



*Fuente: Elaboración propia*

## Capítulo 2: Diagnóstico

### I. Antecedentes Históricos

#### Historia Institucional Del Hospital Divina Providencia

El Hospital Divina Providencia, ubicado en el distrito de Santiago Texacuangos, El Salvador, fue fundado en 1971 por la Madre Cecilia Schamp y la Madre Josefina Mullie, pertenecientes a la congregación Hermanas Agustinas de San Nicolás. Inicialmente, las religiosas comenzaron su labor en un convento con recursos limitados y, ante la necesidad de atención médica en la comunidad, establecieron una clínica parroquial. Con el tiempo, el proyecto se consolidó con apoyo de benefactores en Bélgica, lo que permitió la construcción del hospital en 1981, aunque su apertura oficial tuvo lugar en 1984 debido al contexto de inseguridad del país.

A lo largo de los años, el hospital ha desempeñado una labor social fundamental, proporcionando atención médica gratuita a madres adolescentes y mujeres de escasos recursos. Además, ha impulsado programas como la Escuela de Agronomía (1988-1999) para mejorar las condiciones económicas de las familias de la zona y un programa de atención para niños desnutridos. Con el tiempo, los servicios se han expandido para incluir especialidades médicas como ginecología, pediatría, cirugía general, ortopedia, urología, radiología, mamografía y laboratorio clínico, con apoyo de misiones médicas internacionales.

El fallecimiento de la Madre Cecilia en 2011 marcó un punto de inflexión para el hospital, pues con su ausencia disminuyó la cooperación extranjera y nacional, afectando su capacidad operativa y reduciendo significativamente la oferta de servicios médicos. En el periodo de 2011 a 2018, la administración fue asumida por un equipo laico, encabezado por un director médico y una administradora. No obstante, en 2018, la congregación religiosa retomó el liderazgo con un nuevo equipo de hermanas.

Actualmente, la institución se encuentra en un proceso de Planificación Estratégica con el respaldo de la Junta Directiva de la Fundación y el personal clave, con el objetivo de redefinir su modelo de gestión y administración de recursos humanos, materiales y financieros. Este replanteamiento busca garantizar la sostenibilidad del hospital y enfrentar los desafíos de los próximos diez años en un contexto donde la población sigue padeciendo condiciones económicas precarias que limitan su acceso a servicios de salud de calidad.

#### Descripción Geográfica Y Demográfica Del Distrito De Santiago Texacuangos

Santiago Texacuangos es un distrito ubicado en la zona sur del departamento de San Salvador, El Salvador. Limita al norte con Ilopango; al este con el Lago de Ilopango y San Francisco Chinameca; al sur con Olocuilta; y al oeste con Santo Tomás. El distrito abarca una extensión territorial de 30,52 km<sup>2</sup> y se encuentra a una altitud media de 787,7 metros sobre el nivel del mar.

Geográficamente, Santiago Texacuangos carece de grandes elevaciones, aunque presenta pequeñas cimas como Chilcuyo, El Morro y Ojo de Agua. El principal río que atraviesa el territorio es El Sauce, activo principalmente durante la temporada de lluvias. El clima es fresco y agradable, clasificado entre tierra caliente y templada, con una precipitación anual que oscila entre 1.700 y 1.800 milímetros.

Administrativamente, el distrito se divide en cinco cantones: Asino, El Morro, Joya Grande, La Cuchilla y Shaltipa, que a su vez comprenden un total de 20 caseríos. Según las Estimaciones y Proyecciones de Población Municipal 2005-2025 (Revisión 2014) publicadas por la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Santiago Texacuangos tenía una población de 19,248 habitantes en 2007. Para 2025, se proyecta que la población alcance los 22,670 habitantes.

Figura 36. Mapa del departamento de San Salvador



Fuente: Cuenta Facebook alcaldía de San Salvador

### Fuentes De Financiamiento Que Han Apoyado A El Hospital Divina Providencia

Durante el ejercicio fiscal 2018, el Hospital de Maternidad La Divina Providencia recibió aportes estratégicos en forma de donaciones de insumos médicos, medicamentos y equipamiento hospitalario, provenientes de entidades nacionales e internacionales con trayectoria en cooperación en salud. Dichas contribuciones fueron esenciales para la operatividad y sostenibilidad de los servicios asistenciales brindados a la población en condición de vulnerabilidad.

Las principales organizaciones donantes incluyeron:

- FUSAL, entidad que proporcionó equipamiento, insumos médicos y medicamentos esenciales para la continuidad de la atención hospitalaria.
- AINSA, institución que contribuyó con suministros de higiene hospitalaria, incluyendo jabón de manos, detergente lavavajillas y desinfectantes para superficies.
- Orden de Malta, organización que entregó equipo médico especializado, insumos para procedimientos clínicos y fármacos de uso hospitalario.
- VECTOR, empresa que implementó un esquema de fumigación hospitalaria de carácter bimensual, garantizando condiciones sanitarias óptimas dentro de la infraestructura del hospital.
- SOFA (Surgical Outreach for the Americas), organismo que, además de la donación de equipo médico, coordinó jornadas médico-quirúrgicas, facilitando procedimientos quirúrgicos a pacientes sin acceso a intervenciones especializadas.
- Helping Hands Medical Mission, institución que no solo realizó aportes en equipamiento médico, sino que también financió mejoras en la infraestructura de la Casa de Retiro San José y ejecutó jornadas quirúrgicas con un enfoque en especialidades médicas de alta demanda.

Las donaciones recibidas fueron determinantes para fortalecer la capacidad resolutoria del hospital, optimizando los servicios de atención médica en distintas especialidades. Asimismo, posibilitaron la realización de jornadas quirúrgicas sin costo para los beneficiarios, consolidando el compromiso de la institución con la prestación de servicios de salud accesibles y de calidad.

## II. Metodología De La Investigación

A continuación, se presenta la metodología utilizada para el desarrollo de la etapa de diagnóstico, se abordarán principalmente las etapas de los diferentes mercados ya que es la parte medular de esta investigación:

### 1. Estudio de Mercado Consumidor

#### Estructura:

- **Antecedentes del mercado:** Contexto demográfico y necesidades de salud no satisfechas.
- **Perfil del consumidor:** Edad, ocupación, cobertura de salud, ingresos, acceso geográfico.
- **Tendencias y patrones de consumo:** Tipos de servicios más utilizados, frecuencia de uso, percepción del sistema de salud.
- **Encuestas a hogares:** Muestra de 383 familias, nivel de confianza del 95%, margen de error 5%.
- **Métodos:** Encuestas presenciales, entrevistas breves, observación.
- **Análisis de resultados:** Frecuencia de consulta, razones de preferencia por ciertos servicios, percepción sobre atención pública y privada.
- **Síntesis del mercado consumidor.**

## 2. Estudio de Mercado Competidor

### Estructura:

- **Definición del mercado:** Competencia directa (hospitales, clínicas), indirecta (consultorios, laboratorios) y servicios sustitutos (telemedicina, autocuidado).
- **Caracterización de competidores:** Cobertura, nivel de complejidad, reputación, accesibilidad.
- **Análisis teórico:** Basado en el modelo de competencia imperfecta en salud.
- **Técnicas:** Observación directa, revisión de redes sociales, entrevistas a usuarios.
- **Propuesta estratégica:** Posicionamiento del hospital como centro resolutivo intermedio.
- **Síntesis del mercado competidor.**

## 3. Estudio de Mercado Abastecedor

### Estructura:

- **Antecedentes históricos del mercado:** Evolución del sector farmacéutico en El Salvador.
- **Caracterización de proveedores:** Nacionales, mayoristas, importadores, logísticos.
- **Fuentes de información:** Entrevistas, registros del CSSP, bases de datos del MINSAL.
- **Criterios de análisis:** Capacidad técnica, cumplimiento normativo, certificaciones, logística, precios.
- **Herramientas:** Cuestionarios, entrevistas estructuradas, revisión documental.
- **Análisis FODA del entorno de abastecimiento.**
- **Síntesis del mercado abastecedor.**

## 4. Estudio de Mercado Distribuidor

### Estructura:

- **Concepto de distribución en salud:** Distinción entre distribuidores y proveedores.
- **Modalidades de distribución:** Telemedicina, aseguradoras, farmacias comunitarias, clínicas aliadas, canales digitales.
- **Evaluación de alternativas:** Mediante matriz de decisión (impacto, sostenibilidad, aceptación comunitaria, viabilidad técnica y legal).
- **Actores clave identificados:**
  - ✓ *Telemedicina:* Mediquo.
  - ✓ *Aseguradoras:* Seguros SISA, MAPFRE.
  - ✓ *Canales digitales:* Redes sociales, mensajería instantánea.
- **Síntesis del mercado distribuidor.**

### **III. Situación Actual Y Causas Del Cierre**

#### **A. Propósito, Metodología De Recolección Y Tratamiento De La Información**

En esta sección se pretende describir correctamente el estado actual del hospital, que está fuera de operación, además de establecer de forma técnica las causas que ocasionaron su cierre. Para lograr esto se hizo uso de un conjunto de herramientas de análisis cualitativo, verificación en sitio y además verificación documental, esta última enfocada en la identificación de factores normativos y estructurales.

La metodología utilizada se fundamenta en la utilización de instrumentos compatibles con la investigación en servicios de salud y para entornos donde no se puede obtener información por parte del personal, dando más peso la inspección directa, registros disponibles y el testimonio de la directoria del hospital. Las técnicas fueron seleccionadas por su pertinencia en el análisis de causa-raíz.

##### **1. Propósito**

Lo que pretende esta sección es determinar en base a evidencia y criterios técnicos, el estado actual del hospital y las causas que llevaron a su cierre. Esta sección constituye una parte importante para el estudio de factibilidad debido a que proporciona información del punto de partida para la formulación del problema, y en la conceptualización de las o la solución a modo que no se repitan los mismos errores.

Utilizando un abordaje, que busca integrar la recolección de datos en sitio, análisis documental y herramientas de ingeniería, se pretende determinar tanto las condiciones físicas y normativas actuales, además de los factores que, en forma directa o sistémica, contribuyeron al cierre del hospital Divina Providencia. Se pretende pues que el establecimiento de estas causas permita de una forma justificar la pertinencia de la intervención técnica y delimitar criterios sobre los cuales se desarrollaran las siguientes secciones de este apartado.

##### **2. Herramientas seleccionadas y descripción de su uso**

Para identificar el estado actual del hospital y las causas del cierre en un ambiente de cese de operación y donde no se puede acceder a información provenientes de la mayoría de los empleados se hace uso de herramientas cualitativas, de observación y de análisis causal, esto para permitir generar un diagnóstico con buena estructura y verificable. Las herramientas por utilizar son:

- **Lista de chequeo**

Se aplicó una lista de chequeo o también conocida como lista de verificación técnica para evaluar el estado físico, riesgos evidentes en la infraestructura del hospital y aspectos normativos. Esta herramienta nos permite una visualización sistemática de la infraestructura facilitando la recolección de datos de importancia, la lista utilizada utiliza un sistema binario de (Si / No) y las observaciones específicas de ser necesarias.

- **Entrevista con directora del hospital Divina Providencia**

Debido al cierre de la institución, la única fuente directa de información institucional pertinente fue una entrevista con la directora del hospital. Esta herramienta permitió reconstruir cronológicamente el proceso de cierre, identificar decisiones administrativas clave y recoger percepciones sobre factores internos y externos que afectaron la operación.

- **Diagrama de Ishikawa**

La técnica del Diagrama de Ishikawa se utilizará para identificar y clasificar de manera estructurada las causas que podrían haber contribuido al cierre definitivo del hospital. Esta herramienta permitirá agrupar los factores críticos en categorías adaptadas al entorno hospitalario, considerando los hallazgos documentados durante la inspección oficial, la entrevista a la directora y las listas de chequeo técnicas. Su aplicación facilitará la visualización de las relaciones entre las deficiencias físicas, administrativas y normativas, y constituirá un marco de análisis multicausal que servirá como base para priorizar las áreas de intervención en la eventual reapertura.

- **Técnica de los 5 porqués**

La técnica de los 5 Porqués se aplicará para profundizar en la identificación de las causas raíz en cada una de las categorías críticas que se determinarán en el Diagrama de Ishikawa. Mediante la formulación de una secuencia lógica de preguntas para cada área, se buscará llegar a la causa raíz que explique de manera más precisa el problema general de esa categoría. Este enfoque permitirá no solo reconocer las causas inmediatas, sino también comprender la interrelación de los factores técnicos, administrativos y financieros que afectaron la viabilidad operativa del hospital.

*Tabla 4. Usos de las técnicas*

<b>Nombre de la herramienta</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tipo de datos que permite obtener</b>	<b>Fuente de información utilizada</b>	<b>Justificación de uso</b>
<b>Lista de chequeo</b>	Evaluar condiciones físicas, normativas y de servicios básicos del hospital	Observaciones objetivas, cumplimientos de normas y riesgos detectados	Inspección directa en sitio	Permite levantamiento estandarizado, verificable y organizado
<b>Entrevista</b>	Obtener información institucional sobre causas y	Testimonio cualitativo, cronología de eventos, percepciones	Directora del hospital (única fuente interna disponible)	Útil para reconstruir decisiones administrativas y

	contexto del cierre			validar hallazgos estructurales
<b>Diagrama de Ishikawa</b>	Categorizar y visualizar múltiples causas que contribuyeron al cierre	Agrupación estructurada de factores	Consolidación de hallazgos de todas las fuentes	Herramienta robusta para análisis multicausal y síntesis técnica visual
<b>Técnica de los 5 porqués</b>	Profundizar en una línea causal para identificar la causa raíz	Cadenas causales simples y específicas	Testimonio institucional + hechos críticos	Técnica validada en análisis causa-raíz con bajo requerimiento de datos cuantitativos

*Fuente: Elaboración propia*

### 3. Fuentes De Información Y Limitaciones En El Levantamiento De Datos

Para el levantamiento de información se tomaron en cuenta las restricciones que ya antes se mencionaron, debido a que el hospital está cerrado el levantamiento de información de procesos en tiempo real no es posible, por esta razón las fuentes utilizadas fueron 3 principalmente:

#### a) Fuente testimonial

Se obtuvo información sobre el estado y antecedentes de la institución mediante una entrevista con la directora del hospital, se obtuvieron detalles sobre:

- Detalles sobre la situación administrativa previa al cierre.
- Las condiciones de operación en los últimos meses de funcionamiento.
- Las causas percibidas del cierre.
- Cuáles fueron las gestiones realizadas con entidades superiores.

La entrevista se vuelve una herramienta fundamental para construir una línea de tiempo, identificar las áreas que se consideran problemáticas, y hacer una comparación con las observaciones en sitio, esto para el caso específico de incumplimientos de normas

#### b) Observación directa y evaluación en sitio

Se realizó una inspección de la estructura física del hospital, para esto se utilizó una lista de chequeo que fueron diseñadas para evaluar:

- Estado físico de infraestructura
- Servicios básicos (electricidad, agua, saneamiento, seguridad)
- Estado de salubridad y las condiciones ambientales

- Evidencia de deterioro o riesgos visibles

La observación directa junto al seguimiento de la lista de chequeo permitió generar evidencia visual y registrar hallazgos objetivos sobre el estado actual del hospital

### **c) Documentación disponible**

Se solicitó y se obtuvieron: Actas emitidas por el consejo superior de salud donde se notifica el cierre temporal y definitivo del hospital, y el resultado de la inspección realizada en quirófanos, también cartas emitidas por la junta directiva del hospital divina providencia donde se solicita la autorización para el cese de operaciones, además del inventario de activos actual que posee el hospital.

### **Limitaciones en el levantamiento de datos.**

- Acceso limitado al personal y usuarios

Debido a que el hospital está cerrado, no se contó con testimonios de personal operativo en funciones ni con experiencias directas de pacientes o usuarios. Esto restringió la diversidad de perspectivas disponibles para validar las causas identificadas. La única fuente testimonial directa fue la directora del hospital, lo que, aunque útil y autorizado, limitó la triangulación de datos con otros actores relevantes como personal médico, administrativo o pacientes.

- Verificación superficial de algunos activos

La inspección física realizada tuvo un carácter preliminar y no incluyó pruebas técnicas funcionales ni mediciones detalladas de los equipos críticos. Esto condiciona la precisión del diagnóstico en la categoría de equipamiento e insumos.

- Limitaciones en la documentación técnica interna

No se tuvo acceso completo a registros financieros, actas de gestión ni a historiales detallados de mantenimiento o bioseguridad, lo cual obligó a basar parte del análisis en observación directa y la entrevista institucional.

- Tiempo restringido para la inspección

La visita técnica y la inspección in situ fueron realizadas en un tiempo limitado, lo cual impidió realizar un análisis exhaustivo de cada área física y del correcto funcionamiento de los equipos médicos.

Figura 37. Fuentes de información



Fuente: Elaboración propia

## **B. Descripción Del Estado Actual Del Hospital**

Se pretende describir de manera estructurada las condiciones reales del hospital divina providencia en el momento que se realizó la investigación, considerando aspectos físicos, normativos y de equipamiento. Dado el carácter inactivo de la unidad, la evaluación se enfocó en la observación de sitio, complementado con registros existentes y la comprobación del inventario durante la inspección.

El análisis se utiliza cinco componentes: infraestructura física, equipamiento disponible, riesgos identificados mediante lista de chequeo, situación normativa básica y testimonio institucional clave.

### **1. Historia Institucional Del Hospital Divina Providencia**

El Hospital Divina Providencia, ubicado en el distrito de Santiago Texacuangos, El Salvador, fue fundado en 1971 por la Madre Cecilia Schamp y la Madre Josefina Mullie, pertenecientes a la congregación Hermanas Agustinas de San Nicolás. Inicialmente, las religiosas comenzaron su labor en un convento con recursos limitados y, ante la necesidad de atención médica en la comunidad, establecieron una clínica parroquial. Con el tiempo, el proyecto se consolidó con apoyo de benefactores en Bélgica, lo que permitió la construcción del hospital en 1981, aunque su apertura oficial tuvo lugar en 1984 debido al contexto de inseguridad del país.

A lo largo de los años, el hospital ha desempeñado una labor social fundamental, proporcionando atención médica gratuita a madres adolescentes y mujeres de escasos recursos. Además, ha impulsado programas como la Escuela de Agronomía (1988-1999) para mejorar las condiciones económicas de las familias de la zona y un programa de atención para niños desnutridos. Con el tiempo, los servicios se han expandido para incluir especialidades médicas como ginecología, pediatría, cirugía general, ortopedia, urología, radiología, mamografía y laboratorio clínico, con apoyo de misiones médicas internacionales.

El fallecimiento de la Madre Cecilia en 2011 marcó un punto de inflexión para el hospital, pues con su ausencia disminuyó la cooperación extranjera y nacional, afectando su capacidad operativa y reduciendo significativamente la oferta de servicios médicos. En el

periodo de 2011 a 2018, la administración fue asumida por un equipo laico, encabezado por un director médico y una administradora. No obstante, en 2018, la congregación religiosa retomó el liderazgo con un nuevo equipo de hermanas.

Actualmente, la institución se encuentra en un proceso de Planificación Estratégica con el respaldo de la Junta Directiva de la Fundación y el personal clave, con el objetivo de redefinir su modelo de gestión y administración de recursos humanos, materiales y financieros. Este replanteamiento busca garantizar la sostenibilidad del hospital y enfrentar los desafíos de los próximos diez años en un contexto donde la población sigue padeciendo condiciones económicas precarias que limitan su acceso a servicios de salud de calidad.

#### a. Código para hospital Divina providencia según CLAEES 4.0

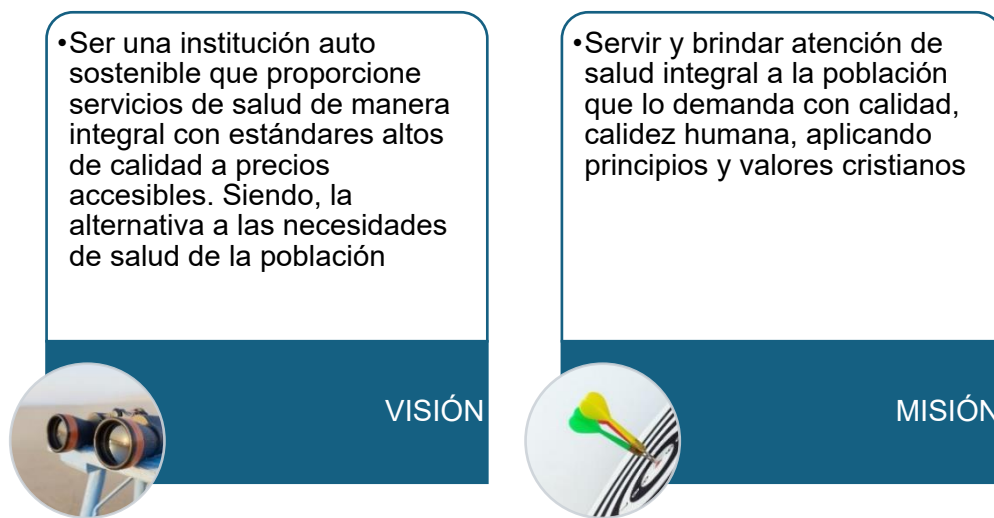
Tabla 5. Código para hospital Divina providencia según CLAEES 4.0

Sección	Q	ACTIVIDADES DE ATENCIÓN A LA SALUD HUMANA Y DE ASISTENCIA SOCIAL
División	86	ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA
Grupo	861	ACTIVIDADES DE HOSPITALES
Clase	8610	ACTIVIDADES DE HOSPITALES
Subclase	86100	Actividades de hospitales
Código	8610004	Hospitales privados

Fuente: Oficina Nacional de estadísticas y censos

#### b. Misión y visión del hospital divina providencia

Figura 38. Misión y Visión de hospital divina providencia



Fuente: Elaboración propia en base a documentación oficial de hospital divina providencia

## 2. Fuentes De Financiamiento Que Han Apoyado A El Hospital Divina Providencia

Durante el ejercicio fiscal 2018, el Hospital de Maternidad La Divina Providencia recibió aportes estratégicos en forma de donaciones de insumos médicos, medicamentos y equipamiento hospitalario, provenientes de entidades nacionales e internacionales con trayectoria en cooperación en salud. Dichas contribuciones fueron esenciales para la operatividad y sostenibilidad de los servicios asistenciales brindados a la población en condición de vulnerabilidad.

Las principales organizaciones donantes incluyeron:

- FUSAL, entidad que proporcionó equipamiento, insumos médicos y medicamentos esenciales para la continuidad de la atención hospitalaria.
- AINSA, institución que contribuyó con suministros de higiene hospitalaria, incluyendo jabón de manos, detergente lavavajillas y desinfectantes para superficies.
- Orden de Malta, organización que entregó equipo médico especializado, insumos para procedimientos clínicos y fármacos de uso hospitalario.
- VECTOR, empresa que implementó un esquema de fumigación hospitalaria de carácter bimensual, garantizando condiciones sanitarias óptimas dentro de la infraestructura del hospital.
- SOFA (Surgical Outreach for the Americas), organismo que, además de la donación de equipo médico, coordinó jornadas médico-quirúrgicas, facilitando procedimientos quirúrgicos a pacientes sin acceso a intervenciones especializadas.
- Helping Hands Medical Mission, institución que no solo realizó aportes en equipamiento médico, sino que también financió mejoras en la infraestructura de la Casa de Retiro San José y ejecutó jornadas quirúrgicas con un enfoque en especialidades médicas de alta demanda.

Las donaciones recibidas fueron determinantes para fortalecer la capacidad resolutive del hospital, optimizando los servicios de atención médica en distintas especialidades. Asimismo, posibilitaron la realización de jornadas quirúrgicas sin costo para los beneficiarios, consolidando el compromiso de la institución con la prestación de servicios de salud accesibles y de calidad.

## 3. Infraestructura En General

*Figura 39. Pasos a seguir en la recolección de datos*



*Fuente: Elaboración propia*

La evaluación del estado de la infraestructura física del hospital divina providencia se realizó mediante una inspección directa, esta fue acompañada y guiada mediante una lista de verificación o también conocida como lista de chequeo. Esta permitió revisar los componentes constructivos básicos, condiciones de mantenimiento visibles, accesibilidad estructural y estado funcional general del inmueble. los recorridos fueron realizados con autorización institucional el primer recorrido fue en compañía de la directora del hospital, y parte de la junta directiva, el segundo recorrido fue únicamente por parte del equipo de investigación, además de eso se tomó en cuenta el informe emitido por el consejo de salud

*Figura 40. Fachada hospital Divina Providencia*



*Fuente: Elaboración propia*

Durante la inspección se constató que el inmueble se encuentra en condiciones estructurales generales aceptables. No se identificaron daños visibles en muros portantes, cubiertas o elementos críticos de soporte. Las instalaciones presentan una organización interna funcional, con espacios definidos para consulta externa, farmacia, laboratorio clínico rayos X, y áreas administrativas, todos con mobiliario básico disponible y en aparente buen estado.

No obstante, el informe del Comité de Salud y la observación en sitio identificaron deficiencias específicas que contravienen normativas de habilitación vigentes. Entre las más significativas se tiene:

- **Puertas de acceso a los quirófanos no adecuada** para el área, incumpliendo requisitos de aislamiento, acceso universal y seguridad.
- **Pintura de paredes no apta para ambientes sanitarios**, sin recubrimientos lavables ni acabados resistentes a desinfección frecuente.
- **Revestimiento de pisos no normativo**, incompatible con criterios de control de infecciones en áreas de atención.
- **Sistemas de aire acondicionado sin filtros bacteriológicos** ni mantenimiento documentado, lo cual representa un riesgo en ambientes cerrados.

- **Lavamos indicados para el área de quirófanos** no es de acero inoxidable si no que cerámico
- **Sistema de agua caliente y fría**, sin correcto funcionamiento

*Figura 41. Visita de campo en las instalaciones del hospital*



*Fuente: Elaboración propia*

A pesar de estas observaciones, no se identificaron signos de abandono, vandalismo o deterioro generalizado. Las instalaciones están limpias, en orden y bajo resguardo institucional, lo que sugiere un nivel básico de conservación.

*Figura 42. Primeros hallazgos sobre infraestructura inadecuada*



*Fuente: Elaboración propia*

Además de las deficiencias estructurales descritas, el acta emitida por el Comité Superior de Salud detalla una serie de incumplimientos normativos específicos, incluyendo la ausencia de insumos farmacológicos mínimos, señalización reglamentaria, registros operativos y requisitos técnicos detallados para la habilitación. Si bien muchas de estas observaciones corresponden a criterios puntuales de cumplimiento (por ejemplo, la ausencia de dosis de medicamentos específicos al momento de la inspección), la presente sección se enfoca en los hallazgos de mayor impacto estructural y normativo.

Si se estima pertinente puede encontrarse el acta oficial, en donde se detallan completamente las insuficiencias de cumplimientos normativos para área de quirófanos donde se revela 62.75% de incumplimiento en requisitos indispensables y 66.66% de requerimientos necesarios.

#### 4. Equipos Disponibles

Figura 43. Pasos para recolección de información de inventario



Fuente: Elaboración propia

Como parte de la investigación se procede al inventario del equipo del que dispone el hospital actualmente, se solicitó y obtuvo el inventario institucional de equipo médico y mobiliario, vigente actual. Esta información constituye un elemento clave en la evaluación de la viabilidad técnica de la reapertura y permitirá identificar las fortalezas y brechas en términos de equipamiento disponible.

El inventario fue proporcionado por la administración del hospital como un listado oficial que detalla los activos disponibles en las instalaciones. Este documento incluye información estructurada sobre equipos médicos, mobiliario clínico, instrumental complementario y otros elementos esenciales para la operación de los distintos servicios hospitalarios si se estima conveniente puede leerse el documento oficial. Su carácter detallado y ordenado permite identificar la diversidad de activos presentes, su localización y la cobertura potencial que podrían ofrecer en un proceso de reapertura.

El inventario oficial detalla todos los activos distribuidos en diversas categorías. Estas incluyen, entre otras, equipos médicos especializados, mobiliario clínico, instrumental complementario, mobiliario administrativo. Cada ítem cuenta con información específica como: código, descripción, cantidad, ubicación y observaciones adicionales. Pero para fines de esta investigación, se procedió a ordenar cada ítem del inventario en una clasificación más estandarizada, el reglamento técnico salvadoreño RTS 11.03.02.21 establece 4 categorías para dispositivos médicos (A, B, C, D) estas dependen de su riesgo

Figura 44. Clasificación de equipo medico



Fuente: Superintendencia de regulación sanitaria 2025

Durante la inspección, se constató de manera superficial que los activos se encuentran bajo resguardo institucional, con un nivel general de orden y sin evidencia de deterioro crítico. Sin embargo, debido a las limitaciones de tiempo y alcance de la inspección, no fue posible realizar una verificación técnica exhaustiva para determinar la funcionalidad real o el cumplimiento normativo actualizado de cada equipo.

Figura 45. Algunos equipos médicos con los que cuenta el hospital



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se detalle el inventario actual y se propone su clasificación según RTS11.03.02.21

*Tabla 6. Inventario equipo de hospital Divina Providencia*

<b>Nombre</b>	<b>categoría</b>	<b>Cantidad</b>
<b>colchón hospitalario</b>	A	34
<b>Cama hospitalaria</b>	A	50
<b>Cama fisioterapia</b>	A	1
<b>Camilla hospitalaria/transporte</b>	A	14
<b>Canape ginecológico</b>	A	1
<b>Cámara refrigerante</b>	B	1
<b>Aparato de USG</b>	B	2
<b>Monitor de signos vitales</b>	B	11
<b>Autoclave</b>	B	10
<b>Mesa quirúrgica</b>	B	5
<b>Centrifugadora</b>	B	8
<b>Monitor fetal</b>	B	2
<b>Electrocauterio</b>	B	15
<b>Electrocardiógrafo</b>	B	3
<b>Analizador de electrolitos</b>	B	1
<b>Microscopio oftalmológico</b>	B	1
<b>Delantales plomados</b>	B	2
<b>Tanques de oxígeno</b>	B	6
<b>Máquina de pruebas laboratorio</b>	B	1
<b>Dispositivo de alimentación enteral</b>	B	5
<b>Lampara cielítica</b>	B	5
<b>Bomba de secreciones</b>	B	1
<b>ESR analyzer</b>	B	2
<b>Colposcopio</b>	B	1
<b>Oto-oftalmoscopio de pared</b>	B	1
<b>Pistola de crioterapia</b>	B	1
<b>Tensiómetro de mercurio</b>	B	2
<b>Ultrasonic Scaler</b>	B	2
<b>Concentrador de oxígeno</b>	B	1
<b>Compresor de terapia</b>	B	2
<b>Lampara de fototerapia</b>	B	1
<b>Bomba de succión</b>	B	3
<b>Bomba de infusión</b>	B	3
<b>Bomba enteral pump</b>	B	1
<b>Equipo de coagulación</b>	B	1
<b>Equipo de hematología</b>	B	1
<b>Equipo de ultrasonografía</b>	B	1

<b>Equipo de química FOTOMETRO</b>	B	1
<b>Equipo de pruebas especiales (analizador de inmunología)</b>	B	1
<b>Equipo de dentista</b>	B	1
<b>Tanque o2</b>	B	3
<b>Tanque de SPO2</b>	B	2
<b>Tanque de oxígeno</b>	B	2
<b>Aspirador quirúrgico</b>	B	5
<b>Contador de células de 7 ceros</b>	B	1
<b>Tensiómetro de mercurio</b>	B	4
<b>manómetro de oxígeno</b>	B	9
<b>Tambo de oxígeno</b>	B	1
<b>Oxímetro digital</b>	B	2
<b>nebulizador</b>	B	2
<b>Ultra sonógrafo</b>	B	1
<b>Compresor para terapia</b>	B	1
<b>Coagulómetro</b>	B	1
<b>resmed airsense</b>	B	1
<b>Endoscopio</b>	C	2
<b>Equipos rayos X</b>	C	1
<b>Equipo de mamografía</b>	C	1
<b>Desfibrilador</b>	C	1
<b>Oxigenador</b>	C	1
<b>Incubadora neonatal</b>	C	2
<b>Oxigenador</b>	C	1
<b>Laparoscopia</b>	C	1
<b>Máquina de anestesia</b>	D	6
<b>Archivador</b>	No requiere registro	22
<b>Silla</b>	No requiere registro	108
<b>Silla de ruedas</b>	No requiere registro	22
<b>Impresora</b>	No requiere registro	25
<b>Impresora de resultados hematología</b>	No requiere registro	1
<b>Aire acondicionado</b>	No requiere registro	19
<b>Módulo de aire acondicionado</b>	No requiere registro	1
<b>Estante</b>	No requiere registro	58
<b>Cámara para gaseosas</b>	No requiere registro	1
<b>Vitrina</b>	No requiere registro	1
<b>Computadoras</b>	No requiere registro	10
<b>Escritorio</b>	No requiere registro	30
<b>colchón</b>	No requiere registro	27
<b>Cama</b>	No requiere registro	3
<b>Cámara fotográfica</b>	No requiere registro	1

<b>Camarotes</b>	No requiere registro	20
<b>Andadera</b>	No requiere registro	2
<b>Mesa/ mueble</b>	No requiere registro	76
<b>Mesa mayo</b>	No requiere registro	11
<b>Atril/atril doble</b>	No requiere registro	43
<b>Fuente de luz</b>	No requiere registro	1
<b>Cocina</b>	No requiere registro	4
<b>Monitor</b>	No requiere registro	17
<b>Monitor y software</b>	No requiere registro	2
<b>UPS</b>	No requiere registro	17
<b>CPU</b>	No requiere registro	9
<b>Lavadora</b>	No requiere registro	19
<b>Bacinete</b>	No requiere registro	9
<b>Puertas de vidrio</b>	No requiere registro	10
<b>Cuna</b>	No requiere registro	12
<b>Contenedor</b>	No requiere registro	4
<b>Ventilador/techo</b>	No requiere registro	28
<b>Tambo de gas</b>	No requiere registro	6
<b>Bascula</b>	No requiere registro	14
<b>Banco</b>	No requiere registro	11
<b>Equipaje/maleta</b>	No requiere registro	16
<b>Depósito de materiales bioinfecciosos</b>	No requiere registro	28
<b>Refrigeradora</b>	No requiere registro	13
<b>Bancas de madera</b>	No requiere registro	8
<b>Armario</b>	No requiere registro	25
<b>Microscopio</b>	No requiere registro	2
<b>Carrito/ varios usos</b>	No requiere registro	21
<b>Licudadora</b>	No requiere registro	5
<b>Microondas</b>	No requiere registro	5
<b>Juego de sala</b>	No requiere registro	1
<b>Mueble</b>	No requiere registro	33
<b>Gradilla</b>	No requiere registro	9
<b>Puertas de ventana</b>	No requiere registro	3
<b>Procesador de alimentos</b>	No requiere registro	1
<b>Lampara cuello de ganso</b>	No requiere registro	5
<b>Negatoscopio de un cuerpo</b>	No requiere registro	2
<b>Baño portátil</b>	No requiere registro	3
<b>Negatoscopio de 3 cuerpos</b>	No requiere registro	1
<b>Extintor</b>	No requiere registro	6
<b>Pantalla LCD (tv)</b>	No requiere registro	4
<b>Paper feed</b>	No requiere registro	1
<b>Vitrina</b>	No requiere registro	11

<b>sillón</b>	No requiere registro	11
<b>Figura religiosa</b>	No requiere registro	7
<b>Gabetero</b>	No requiere registro	8
<b>Locker</b>	No requiere registro	5
<b>Bomba sumergible</b>	No requiere registro	1
<b>Laptop de equipo de pruebas especiales</b>	No requiere registro	1
<b>Red de control</b>	No requiere registro	1
<b>Contometro</b>	No requiere registro	2
<b>Controlador de red</b>	No requiere registro	1
<b>Secadora</b>	No requiere registro	2
<b>Mobility cart</b>	No requiere registro	2
<b>Simulador</b>	No requiere registro	2
<b>Balanza</b>	No requiere registro	2
<b>Caja registradora</b>	No requiere registro	2
<b>Lavamanos acero inoxidable</b>	No requiere registro	1
<b>Lampara de Pedestal</b>	No requiere registro	3
<b>Plancha de transporte</b>	No requiere registro	1
<b>Transportador de ropa metálico</b>	No requiere registro	1
<b>Transportador</b>	No requiere registro	2
<b>Soporte</b>	No requiere registro	2
<b>Baño de maría</b>	No requiere registro	2
<b>Cafetera</b>	No requiere registro	1
<b>Biombo de 2 cuerpos</b>	No requiere registro	2
<b>Tiquetera</b>	No requiere registro	1
<b>Chinero para medicamentos</b>	No requiere registro	1
<b>colorímetro</b>	No requiere registro	1
<b>Negatoscopio de 1 cuerpo</b>	No requiere registro	1
<b>Negatoscopio de 2 cuerpo</b>	No requiere registro	1
<b>Regulador de voltaje</b>	No requiere registro	2
<b>Router</b>	No requiere registro	1
<b>Planta eléctrica</b>	No requiere registro	1
<b>Planta telefónica</b>	No requiere registro	1
<b>Consola</b>	No requiere registro	1
<b>Proyector</b>	No requiere registro	1
<b>Canape</b>	No requiere registro	1
<b>Extractor de humo</b>	No requiere registro	1
<b>Bufetera industrial pequeña roja</b>	No requiere registro	1
<b>DVD</b>	No requiere registro	1
<b>Grabadora</b>	No requiere registro	1
<b>Oasis</b>	No requiere registro	1
<b>Pipetas automáticas</b>	No requiere registro	1

<b>Rotador para pruebas</b>	No requiere registro	1
<b>Rotador</b>	No requiere registro	1
<b>Teléfono fijo</b>	No requiere registro	1
<b>Cesto de ropa metálico</b>	No requiere registro	1
<b>Tablero Electrónico</b>	No requiere registro	1
<b>marcador digital</b>	No requiere registro	1
<b>Soporte para cauterio</b>	No requiere registro	1
<b>Refrakt-im betal</b>	No requiere registro	1
<b>VPA Auto</b>	No requiere registro	1
<b>procesadora afp imaging</b>	No requiere registro	1
<b>Equipo de transporte (Automóviles)</b>	No requiere registro	3

Fuente: *Elaboración propia*

Aparte de los equipos e instrumental médico el hospital cuenta con:

Figura 46. Infraestructura e inventario de hospital divina providencia



Fuente: *elaboración propia*

## 5. Identificación De Riesgos Mediante Lista De Chequeo

Durante la visita, se utilizaron una serie de listas chequeo que buscan identificar de forma objetiva posibles riesgos que puedan interferir en una posible reapertura, es pertinente mencionar que se intentó acceder a la lista de chequeo de parte del MINSAL, a la cual no se tuvo acceso al momento de hacer la inspección, además se solicitó una lista al hospital pero se notificó que no existe una lista de chequeo, por lo que se elabora una lista lo

suficientemente competente para identificar los riesgos de **infraestructura, eléctricos e incendios y bioinfecciosos**

El recorrido comprendió todas las áreas disponibles: consulta externa, laboratorio, oficinas administrativas, sanitarios, bodega y zonas de circulación. La inspección fue acompañada por la directora del hospital y se desarrolló de forma ordenada, permitiendo el levantamiento de observaciones estructuradas.

#### a. Infraestructura

Tabla 7. Lista de chequeo para infraestructura

Nombre evaluador: Marcelo Alejandro González Guzmán			
Entidad evaluada: Hospital divina providencia		Ubicación: San Salvador sur, Santiago Texacuangos	
Fecha(s) de visita: 6 abril 2025, 27 abril 2025		Versión: única	
<b>Riesgos en estructura</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Grietas visibles en muros o paredes portantes		X	
Grietas o desniveles en los pisos	X		Los desniveles se encuentran en pasillos alejados de la infraestructura principal
Señales de hundimiento o inclinación en estructuras		X	
Humedad en cimientos o base de muros		X	
<b>Riesgos en techos y paredes</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Techos con signos de filtración, humedad o goteras	X		Se encontraron evidencia de goteras en techos que cubren cubículos donde se impartía consultas (techo roto)
Presencia de moho en paredes, techos o esquinas	X		Se encontraron en diversos lugares dentro y fuera del hospital
Desprendimiento de pintura o revoque	X		Interno y externamente del hospital
Canaletas y bajadas de agua obstruidas o rotas	X		En las afueras del hospital alejadas de la entrada principal
<b>Riesgos en puertas y ventanas</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Ventanas rotas o sin sellado adecuado		X	
Puertas dañadas, trabadas o que no cierran correctamente	X		Algunas son puertas que dan acceso a los quirófanos

Otros riesgos en instalaciones			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Elementos sueltos o inestables en techos (luminarias, paneles)	X		Algunas en los pasillos principales
Presencia de escombros o materiales que obstruyen salidas		X	No obstaculizan salidas ni entradas, pero si existen
Escaleras y barandas en buen estado y firmes	X		
Señales de infestación de plagas (nidos, excremento, etc.)	X		Se encuentran claras evidencias de una infestación de murciélagos al interior de un consultorio
Corrosión visible en estructuras metálicas (rejas, vigas)	X		En estructuras que sirven de separación del hospital y la fuente de gas propano

Fuente: Elaboración propia

### Análisis de lo identificado

#### 1. Grietas y deformaciones en elementos estructurales

- Grietas visibles en muros o paredes portantes: No se identificaron.
- Grietas o desniveles en los pisos: Sí se detectaron, ubicados en pasillos alejados de la infraestructura principal.
- Señales de hundimiento o inclinación en estructuras: No se observaron.

Figura 47. Evidencia de infraestructura piso



Fuente: Elaboración propia

**Interpretación:**

El edificio no presenta daños estructurales críticos en sus componentes de soporte principales. La presencia de desniveles menores en zonas periféricas no compromete la estabilidad general, aunque requiere atención correctiva para evitar deterioro progresivo.

**2. Humedad, filtraciones y moho**

- Techos con signos de filtración: Se encontraron evidencia que existen goteras activas en techos de cubículos de consulta. (techo roto)
- Presencia de moho: Sí, en techos, esquinas y paredes.
- Humedad en cimientos o base de muros: No se detectó.
- Desprendimiento de pintura o revoque: Presente, tanto internamente como en fachadas.

*Figura 48. Evidencia de humedad, filtraciones y moho*



*Fuente: Elaboración propia*

### Interpretación:

Los problemas de humedad y filtración son evidentes y afectan directamente áreas clínicas. Esto genera condiciones antihigiénicas, favorece el crecimiento microbiano y representa un incumplimiento grave de condiciones sanitarias. No hay evidencia de daño estructural en cimientos, pero sí afectaciones ambientales incompatibles con operación hospitalaria.

#### 3. Aberturas, cerramientos y ventilación

- Ventanas rotas o mal selladas: No se encontraron.
- Puertas dañadas o que no cierran: Sí, especialmente en accesos a quirófanos.
- Elementos sueltos en techos (luminarias/paneles): Sí, en pasillos principales.
- Corrosión en estructuras metálicas: Sí, en separadores del área de gas propano.
- Canaletas de agua obstruidas/rotas: Sí, en áreas externas alejadas de la entrada.

Figura 49. Evidencia para aberturas, cerramientos y ventilación



Fuente: Elaboración propia

### Interpretación:

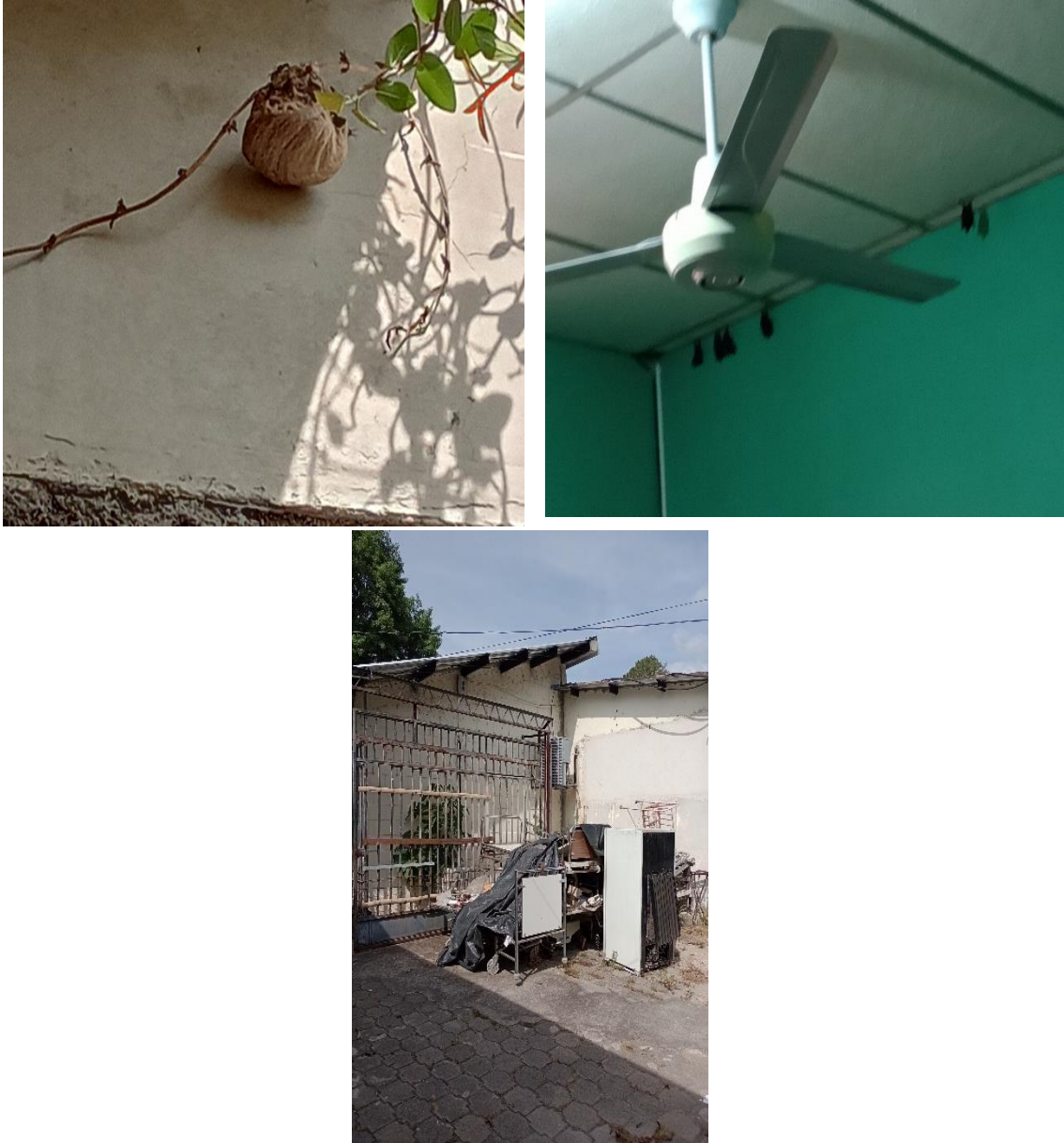
La falta de mantenimiento en cerramientos y estructuras metálicas compromete la seguridad funcional y operativa. La corrosión en zonas vinculadas al suministro de gas representa un riesgo técnico moderado, que requiere intervención prioritaria si se considera una reapertura. La falta de funcionalidad en puertas quirúrgicas constituye una infracción normativa directa para zonas estériles.

#### 4. Seguridad, accesos y salubridad

- Señales de infestación de plagas: Sí, presencia confirmada de murciélagos dentro de un consultorio y un panal de abejas afuera de la infraestructura principal
- Presencia de escombros: Sí, aunque no obstruyen salidas ni entradas.

- Escaleras y barandas: En buen estado.

*Figura 50. Evidencia para seguridad, accesos y salubridad*



*Fuente: Elaboración propia*

### **Interpretación:**

La infestación de murciélagos constituye un riesgo biológico incompatible con cualquier tipo de atención en salud. La existencia de escombros, aunque no bloqueen el paso, sugiere ausencia de protocolos activos de limpieza y control ambiental, lo que refuerza la inhabilitación operativa.

## b. Eléctricos e incendios

Tabla 8. Lista de chequeo para riesgos eléctricos e incendios

Nombre evaluador: Edwin Alejandro Morales Pérez			
Entidad evaluada: Hospital divina providencia	Ubicación: San Salvador sur, Santiago Texacuangos		
Fecha(s) de visita: 6 abril 2025, 27 abril 2025	Versión: única		
<b>Riesgos eléctricos</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Instalaciones eléctricas expuestas o en mal estado	X		Aunque se explicó que no tienen flujo eléctrico, se sospecha que se usaron en ese estado.
Interruptores y enchufes dañados o sueltos	X		
Cables sueltos, pelados o enredados en zonas de tránsito		X	
Falta de tapas en cajas eléctricas o tableros	X		
Presencia de conexiones eléctricas improvisadas (extensiones, múltiples)	X		
Olor a quemado o calor excesivo en tableros o tomas		X	No existe flujo eléctrico, por lo que no pudo comprobarse con certeza
Equipos eléctricos conectados sin supervisión o uso		X	
Señalización inexistente o deteriorada de tableros eléctricos	X		señales de salida de emergencia no son normadas.
<b>Riesgos de incendio</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Extintores ausentes, descargados o sin mantenimiento	X		Sin mantenimiento desde septiembre 2021, y colocados a una altura no reglamentaria
Luces de emergencia no operativas o dañadas		X	
Puertas corta fuego dañadas o abiertas permanentemente		X	No existen
Detectores de humo o calor ausentes o sin mantenimiento	X		No se visualizaron
<b>Riesgos en rutas de evacuación y señalización</b>			

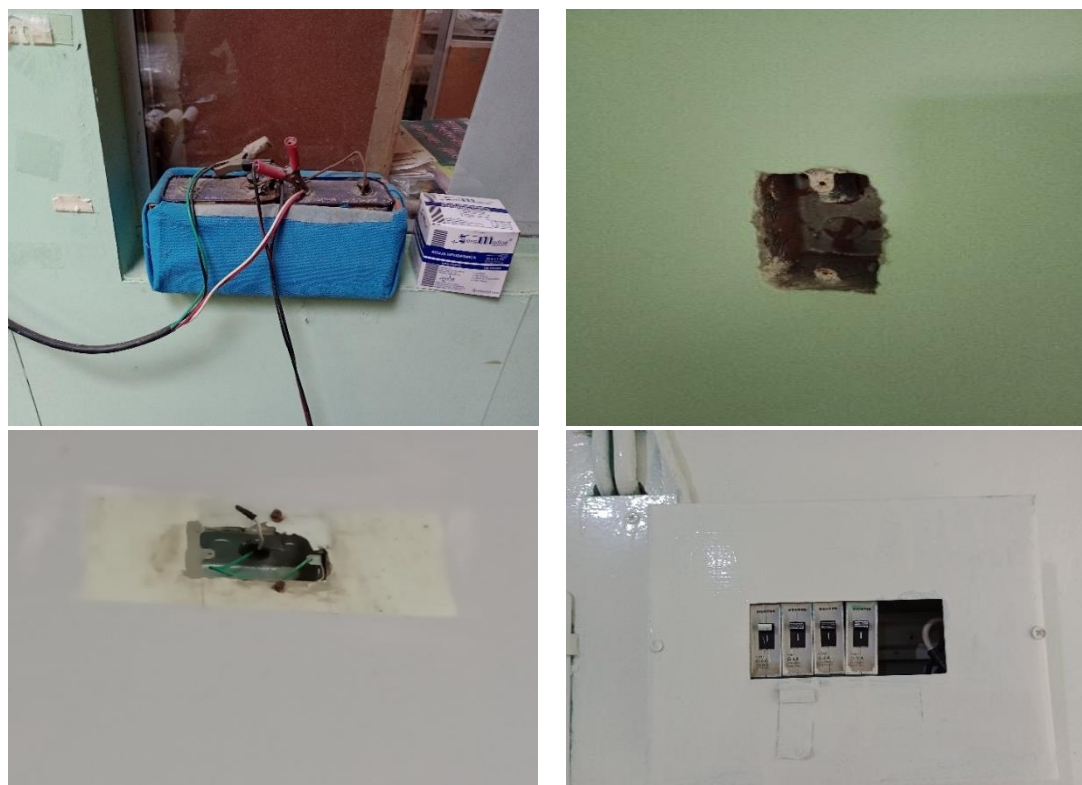
Salidas de emergencia bloqueadas o mal señalizadas	X		
Riesgos por almacenamiento o residuos			
Material inflamable mal almacenado (papel, telas, productos químicos)		X	
Acumulación de residuos en áreas no autorizadas	X		

Fuente: *Elaboración propia*

### 1. Instalaciones eléctricas: condiciones visibles y seguridad básica

- Instalaciones eléctricas expuestas o en mal estado: Sí. Se identificaron conductos expuestos; aunque se indicó que no hay energía actualmente, existe sospecha de que fueron utilizadas en condiciones inseguras antes del cierre.
- Interruptores y enchufes dañados o sueltos: Sí, sin mantenimiento visible ni elementos de protección.
- Cables pelados o sueltos en zonas de tránsito: No, lo cual reduce riesgo inmediato de contacto.
- Falta de tapas en cajas eléctricas o tableros: Sí, dejando componentes expuestos.
- Conexiones eléctricas improvisadas: Sí, evidencia de adaptaciones no normadas.

Figura 51. Evidencia sobre instalaciones eléctricas



Fuente: *Elaboración propia*

## Interpretación:

La red eléctrica del hospital muestra signos de deterioro y uso previo sin condiciones de seguridad adecuadas, lo que representa un riesgo latente para la reactivación operativa. Aunque no se encuentra energizada actualmente, las instalaciones expuestas, sin protección ni señalización, podrían comprometer al personal de mantenimiento o generar fallos si se reactivaran sin intervención técnica.

### 2. Prevención y control de incendios: condiciones de equipos y rutas

- Extintores ausentes, descargados o sin mantenimiento: Sí. Se verificó que no han recibido mantenimiento desde septiembre de 2021, y están mal posicionados (altura no reglamentaria).
- Luces de emergencia dañadas o no operativas: Sí, lo cual impide su uso en evacuaciones.
- Puertas corta fuego: No existen en la infraestructura, lo cual constituye un incumplimiento grave en zonas clínicas cerradas.
- Detectores de humo o calor ausentes o sin mantenimiento: Sí, no se visualizaron dispositivos ni registros de inspección.
- Salidas de emergencia mal señalizadas o bloqueadas: Sí, lo cual dificulta la evacuación ordenada ante un evento.

Figura 52. Evidencia control de incendios



Fuente: Elaboración propia

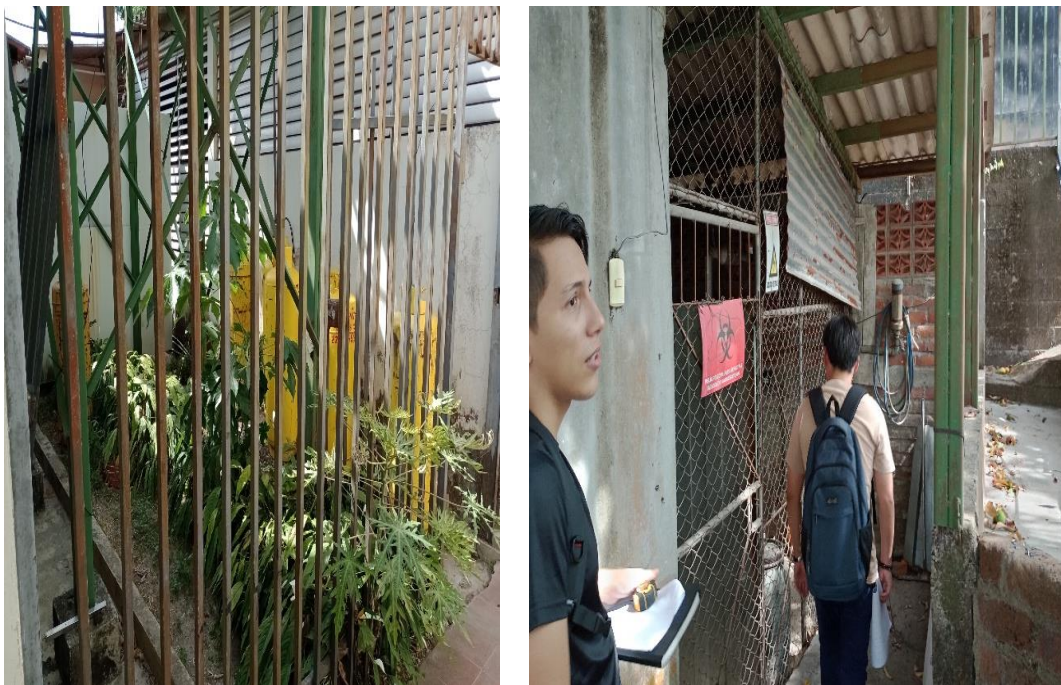
**Interpretación:**

El hospital carece de un sistema operativo básico de protección contra incendios, y no cumple con los requerimientos mínimos de evacuación, extinción ni detección establecidos por normativa sanitaria y de protección civil. La ausencia de mantenimiento y equipamiento en este aspecto representa un riesgo severo en caso de reactivación del servicio sin intervenciones correctivas mayores.

**3. Acumulación de materiales combustibles y condiciones ambientales.**

- Material inflamable mal almacenado: No, no se observaron acumulaciones de papel, textiles y otros insumos.
- Acumulación de residuos en áreas no autorizadas: Sí, lo cual incrementa el riesgo de ignición en zonas no controladas.
- Olor a quemado o calor excesivo en tomas/tableros: No se pudo verificar por falta de flujo eléctrico.

*Figura 53. Acumulación de materiales combustibles*



*Fuente: Elaboración propia*

**Interpretación:**

La presencia de materiales inflamables sin control ni segregación adecuada, combinada con instalaciones eléctricas deficientes y sin dispositivos de detección o extinción, configura un riesgo combinado de incendio, agravado por la falta de mantenimiento.

### c. **Bi infeccioso**

Tabla 9. Lista de chequeo para riesgos bi infecciosos

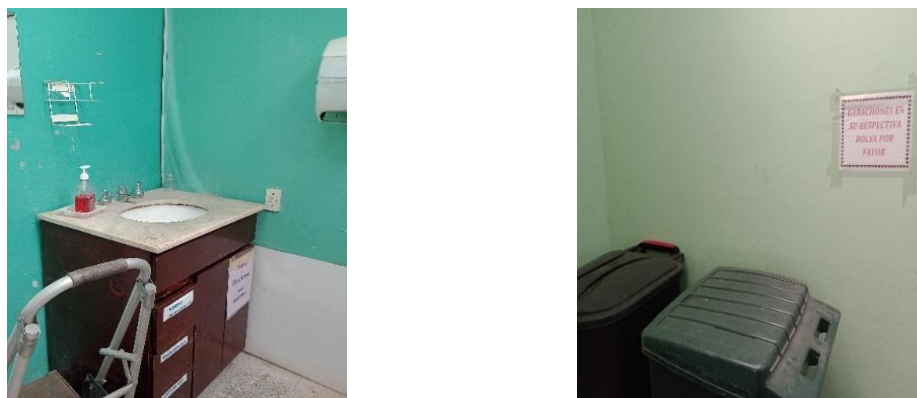
Nombre evaluador: William Adalberto Martínez Rodas			
Entidad evaluada: Hospital divina providencia		Ubicación: San Salvador sur, Santiago Texacuangos	
Fecha(s) de visita: 6 abril 2025, 27 abril 2025		Versión: única	
<b>Biológicos y de residuos</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Presencia de residuos biológicos o infecciosos visibles		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
Contenedores de residuos bio peligrosos sin rotular o mal cerrados		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
Olores fétidos o sospechosos provenientes de salas cerradas		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
Equipamiento médico contaminado sin limpieza ni resguardo		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
Sangre seca o fluidos biológicos en superficies o pisos		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
Material de laboratorio abandonado sin control		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.
<b>Limpieza y mantenimiento</b>			
Riesgo identificado	Sí	No	Observaciones
Falta de limpieza en áreas sensibles (quirófanos, laboratorios)		X	No se evidenció este riesgo al momento de la inspección.

Fuente: *Elaboración propia*

#### 1. **Evaluación visual directa de riesgos biológicos activos**

- Residuos biológicos o infecciosos visibles: No se identificaron restos de material contaminante o mal dispuesto.
- Contenedores de residuos bio peligrosos sin rotular o abiertos: No se observaron, lo que sugiere que fueron retirados o están bajo resguardo.
- Olores fétidos o señales de descomposición: No se detectaron en ninguna de las salas inspeccionadas.
- Sangre seca o fluidos en superficies: No se observaron rastros ni manchas biológicas.
- Equipamiento contaminado sin limpieza ni resguardo: No se evidenció presencia de material clínico sucio ni en exposición.

Figura 54. Evidencia riesgos biológicos activos



Fuente: Elaboración propia

### Interpretación:

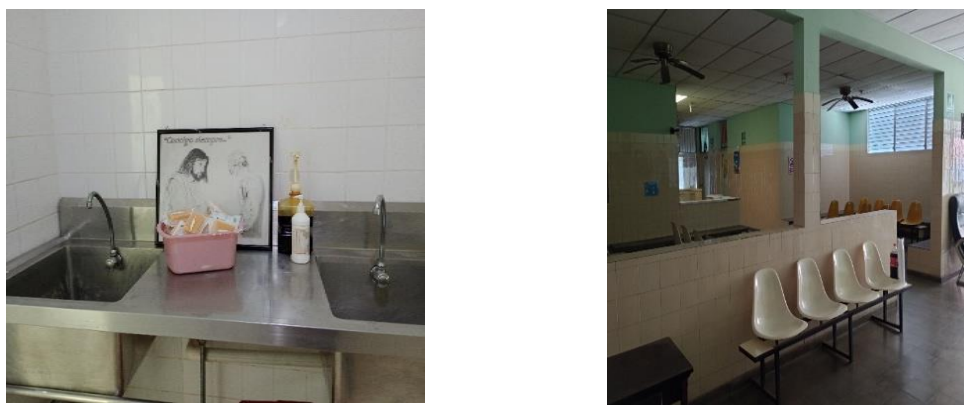
El hospital presenta actualmente una condición bio ambiental controlada en cuanto a la presencia de agentes biológicos humanos visibles. La limpieza general del entorno, junto con la ausencia de olores, residuos y material clínico abandonado, sugiere que se realizó un proceso de cierre ordenado en términos de bioseguridad operativa mínima.

### 2. Riesgos potenciales derivados del estado prolongado de cierre

Aunque no se detectaron condiciones críticas durante la inspección, el riesgo latente asociado a la reactivación del hospital sin un protocolo de limpieza profunda y control sanitario es alto. Esto incluye:

- Acumulación de polvo, microorganismos o vectores tras largos periodos de inactividad.
- Riesgo de contaminación cruzada si se reutilizan áreas sin revalidación de condiciones higiénicas.
- Ausencia de registros de limpieza y desinfección posteriores al cierre.

Figura 55. Evidencia de riesgos por cierre prolongado



Fuente: Elaboración propia

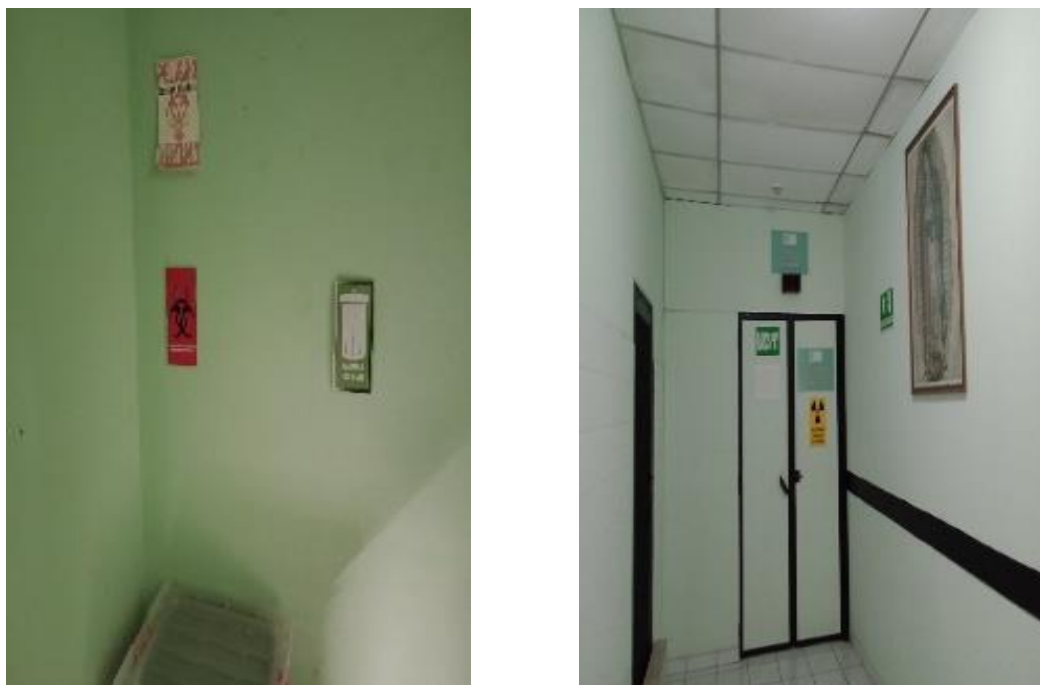
## Interpretación

Normativamente, la habilitación de unidades de salud inactivas requiere garantizar que no existan condiciones bioinfecciosas activas ni pasivas, por lo cual, la no presencia de residuos no es suficiente para certificar bioseguridad sin una evaluación técnica profunda y documental.

### 3. Condiciones de áreas críticas

- Laboratorio, quirófano y sala de procedimientos mostraron limpieza general aceptable, pero sin evidencia de protocolos activos de control microbiológico.
- No se encontraron registros de desinfección, ni fichas visibles de supervisión ambiental o microbiológica.

*Figura 56. Evidencia en áreas críticas*



*Fuente: Elaboración propia*

### Interpretación:

Aunque no se evidencian factores biológicos activos al momento de la inspección, la ausencia de procesos de control documentados invalida cualquier presunción de bioseguridad institucional sostenida en el tiempo. Para efectos de reapertura, será obligatorio implementar una evaluación técnica especializada y limpieza terminal certificada por autoridades competentes.

#### ***d. Análisis general a partir de lo observado***

La aplicación integrada de las listas de chequeo estructural, eléctrica y bioinfecciosa permitió establecer que el Hospital Divina Providencia, si bien no presenta daños estructurales críticos ni evidencias visibles de contaminación biológica activa, mantiene

un conjunto de riesgos normativos, funcionales y operativos acumulados que impiden su reapertura bajo los estándares actuales del sistema de salud.

Las observaciones más relevantes se resumen a continuación:

*Tabla 10. Riesgos mayoritarios*

Tipo de riesgo	Hallazgos relevantes
<b>Infraestructura</b>	Goteras en áreas clínicas, moho en muros, puertas quirúrgicas no funcionales, corrosión en estructuras metálicas, canaletas obstruidas.
<b>Eléctrico/Incendios</b>	Tableros sin tapas, enchufes expuestos, presencia de conexiones improvisadas, extintores sin mantenimiento, ausencia de detectores de humo, salidas de emergencia mal señalizadas.
<b>Bioinfecciosos</b>	No se evidencian residuos visibles ni olores fétidos, pero no existen registros de limpieza o desinfección ni trazabilidad de control microbiológico en áreas críticas.

*Fuente: Elaboración propia*

La combinación de estos hallazgos respalda la conclusión de que, aunque el hospital ha sido mantenido en condiciones generales de orden y resguardo, no se encuentra técnicamente apto para operar, y requiere acciones correctivas específicas en infraestructura, seguridad eléctrica, normativa sanitaria y protocolos de bioseguridad, como condición previa a cualquier fase de reapertura.

## 6. Resultados De La Entrevista

La entrevista fue realizada con la directora del hospital divina providencia, en un espacio de dialogo técnico y colaborativo, por efectos de tiempo y transporte la contraparte sugirió que podría realizarse a través de una video llamada. Dado que el hospital está actualmente cerrado y no cuenta con personal operativo activo, esta fuente constituyó el único referente institucional disponible para comprender el contexto administrativo y organizativo del cierre.

La entrevista permitió recuperar información clave relacionada con las causas principales de la clausura, la percepción institucional sobre la viabilidad de reapertura y los aspectos normativos y administrativos que afectan el futuro del establecimiento.

Tabla 11. Resultados de entrevista virtual

Entrevista a: Mirna Vásquez	Directora del hospital Divina Providencia
Entrevistador: Marcelo Gonzalez, William Rodas, Alejandro Pérez	
Fecha: 25 abril, 2025	Lugar: video llamada por WhatsApp
Objetivo de la entrevista: recopilar antecedentes sobre las posibles causas de cierre del hospital	
<b>Contexto general del hospital antes del cierre</b>	
¿Cuáles eran los servicios principales que ofrecía el hospital antes del cierre?	El hospital se ha caracterizado por brindar servicios como consulta general, ginecología, urgencias, pediatría, también se brindaron servicios de rayos X, mamografías y pruebas de laboratorios, se atendía partos, entre otros servicios y consultas de especialidades (se mencionan el listado brindado de las especialidades)
¿Cuál era la capacidad operativa y cómo estaba conformada la plantilla de personal?	No tengo el número exacto de cuanto se podía atender, pero en general se mantenía doctores por turnos, si se tenía un jefe médico, pero usualmente las jefaturas no cumplían su rol a cabalidad.
¿Qué población o comunidades atendían principalmente?	No se restringía atender personas que no fueran de Santiago, la mayoría de nuestros pacientes eran personas de escasos recursos económicos de estas comunidades, principalmente venían personas de Santiago, Olocuilta, Santo tomas, San Luis talpa.
<b>Proceso y cronología del cierre</b>	
¿Cuándo y cómo se notificó oficialmente el cierre del hospital?	El 8 de febrero de 2024, vinieron los inspectores del consejo de salud, realizaron la inspección de rutina que se hace a todos los hospitales, y nos mencionaron que no cumplíamos con algunos requerimientos en la infraestructura y de insumos médicos necesarios para el área de quirófanos, en marzo se nos notificó que debíamos cerrar los quirófanos y no podríamos brindar ese servicio hasta subsanar las faltas que nos encontraron, a partir de eso se tomó la decisión de cierre.
¿Fue un cierre inmediato o se hizo de forma gradual?	Pensamos en hacerlo gradual, es decir cerrar únicamente quirófanos, pero temíamos que luego vinieran más inspecciones de otras áreas

	e igualmente nos sancionaran, asique se tomó la decisión de cerrar todo
¿Qué entidades participaron en la inspección y clausura?	Por parte externar fue el consejo superior de salud pública, ellos enviaron a los inspectores y luego emitieron el acta de cierre, de parte interna fue la junta directiva que decidió cerrar completamente puesto el consejo solo obligaba a cerrar los quirófanos
<b>Causas principales del cierre</b>	
¿Cuáles considera usted que fueron las causas principales del cierre?	Realmente el hospital ya venía con cierta caída en su economía y se estaba volviendo más difícil mantenerlo funcionando, en ocasiones no se lograba ni cubrir con la planilla de empleados, con la inspección y la sanción del consejo fue el tiro de gracia
¿Se presentaron problemas de infraestructura, equipos o servicios básicos?	Realmente no, los equipos de cirugía y otros están en buen estado, con la infraestructura si hay problemas para cumplir con los requisitos del consejo, como por ejemplo el tipo de piso y la pintura, además es algo caro realizar esas adaptaciones, una cotización que hicimos superaba los \$50,000.00
¿Qué aspectos normativos o de cumplimiento sanitario fueron observados como no conformes?	Fueron bastantes con farmacología, infraestructura en el acta están todos los puntos que nos encontraron
<b>Acciones administrativas antes y después del cierre</b>	
¿Qué gestiones o acciones se intentaron para evitar el cierre?	únicamente se hicieron reuniones como junta directiva para poder tomar una decisión, además de pedir plazos de prórroga por el cierre temporal de quirófanos
¿Existen registros o documentación oficial de estas gestiones?	NO, únicamente algunos puntos y actas que son internas y cartas de la junta directiva donde se pedía el aplazamiento del cierre temporal
¿Qué acciones se han realizado desde el cierre para intentar reactivar el hospital?	Se ha buscado ayuda de personas con el conocimiento necesario para una reactivación, también de benefactores que aporten monetariamente para esto
<b>Percepción sobre la viabilidad de reapertura</b>	
Desde su perspectiva, ¿cuáles serían los principales requisitos para reabrir el hospital?	En primer lugar, deberíamos tener la certeza que somos necesitados por la comunidad y un plan detallado para su reapertura

¿Qué cambios considera necesarios en la administración, la infraestructura o el personal?	Debemos de definir y hacer respetar la organización del hospital, teníamos personal que no cumplía con diligencia sus asignaciones, si se volviera a reabrir serían muy pocos del personal antiguo que se volvería a contratar
¿Ha habido apoyo o colaboración de las autoridades o comunidad en esta dirección?	Realmente no, nuestra organización religiosa piensa que este tipo de obra deben poder sostenerse con la misma comunidad y benefactores
<b>Aspectos normativos y legales</b>	
¿El hospital cuenta actualmente con licencias o permisos vigentes?	Se ha solicitado el cierre del hospital, así que no, además ya se comenzó con la anulación de licencias con el consejo y otras entidades por ejemplo CIAM -UES quienes miden niveles de radiación RX
¿Qué conocimiento tiene sobre los requisitos legales para la habilitación hospitalaria en el país?	No soy experta en esa materia, pero lo que hay que hacer es primero solicitar una nueva inspección y realizar las peticiones para poder reabrir al consejo superior de salud
<b>Observaciones finales</b>	
¿Hay algún aspecto adicional que considere importante mencionar sobre el cierre o la situación actual?	Que esta situación la consideramos algo del sistema actual del hospital, es decir no solo fue porque el consejo nos pidió cerrar, sino que hay que volver a organizar todo y ver donde fallamos como equipo
¿Tiene recomendaciones o advertencias sobre las condiciones actuales o los riesgos de la reapertura?	Que, si volviéramos a abrir en el caso de conseguir el dinero para subsanar las fallas, creo que volveríamos a lo mismo ósea a cerrar, porque no hemos atacado el problema de raíz

Fuente: *Elaboración propia*

### **a. Análisis de la entrevista**

#### **a) Contexto y cronología del cierre**

La directora indicó que el hospital funcionaba con servicios como consulta general, ginecología, urgencias, pediatría, rayos X, mamografías, partos y un conjunto de especialidades. La atención no se restringía a Santiago Texacuangos, sino que incluía población de escasos recursos de Olocuilta, Santo Tomás y San Luis Talpa.

Según su testimonio, el cierre comenzó con una inspección rutinaria del Consejo Superior de Salud Pública el 8 de febrero de 2024, donde se identificaron deficiencias en infraestructura y la falta de algunos insumos médicos críticos para el área de quirófanos. Aunque inicialmente solo se ordenó el cierre de los quirófanos, la junta directiva decidió

proceder con el cierre total ante la imposibilidad de cumplir los requerimientos exigidos y el temor a sanciones adicionales, es importante mencionar que se pidieron unas prorrogas sobre este cierre parcial (quirófanos) ya que se buscaba la forma de reabrir.

#### **b) Causas principales del cierre**

La directora explicó que el hospital ya enfrentaba dificultades económicas, especialmente para cubrir la planilla de empleados. La inspección y la sanción del consejo fueron, en sus palabras, el “tiro de gracia” que precipitó la clausura total.

En cuanto a la infraestructura, señaló que los equipos médicos estaban en buen estado general, pero existían problemas para cumplir con normativas como tipo de piso, pintura sanitaria y ventilación adecuada. Mencionó que una cotización realizada para adecuar las instalaciones superaba los \$50,000.00, un costo que la administración no podía solventar. Además, el acta del Consejo Superior de Salud Pública detalla incumplimientos en farmacología y otras áreas que también contribuyeron a la decisión de cierre.

#### **c) Acciones administrativas antes y después del cierre**

La directora indicó que, antes del cierre, la junta directiva sostuvo reuniones para valorar la viabilidad de continuar operando, pero no se generó documentación formal más allá de actas internas. Tras la clausura, se ha buscado el apoyo de benefactores y personas con conocimiento técnico para diseñar una eventual estrategia de reapertura, además de aplazar el cierre temporal, hasta volverlo permanente

#### **d) Percepción sobre la viabilidad de reapertura**

Desde su perspectiva, la reapertura solo sería posible si se logra un plan sólido y sostenible, que incluya respaldo comunitario y económico. La directora considera esencial reorganizar completamente la estructura administrativa, ya que parte del personal no cumplía adecuadamente sus funciones. Además, recalcó que, sin un compromiso claro de la comunidad y benefactores, la reapertura enfrentaría nuevamente los mismos problemas que llevaron al cierre.

#### **e) Aspectos normativos y legales**

La directora confirmó que actualmente el hospital no cuenta con licencias ni permisos sanitarios vigentes, debido a que se solicitó el cierre formal. Aunque no es experta en la normativa sanitaria, identificó que el proceso para la habilitación exigiría una nueva inspección y el cumplimiento de todas las peticiones planteadas por el Consejo Superior de Salud Pública.

#### **f) Observaciones finales**

Finalmente, la directora reflexionó que la situación actual no es solo producto de la inspección oficial, sino también de una falta de organización interna y visión estratégica de largo plazo. Advirtió que, sin resolver estas fallas estructurales y administrativas de raíz, la reapertura podría desembocar en un nuevo cierre en el futuro.

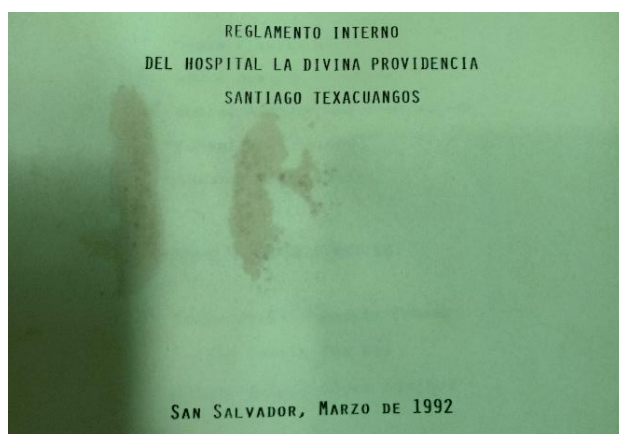
### **Análisis final de la información recolectada de la entrevista:**

La información proporcionada por la directora complementa y reafirma los hallazgos obtenidos en las inspecciones físicas y las listas de chequeo. Su testimonio refuerza la idea de que las causas del cierre no se limitan a incumplimientos normativos específicos, sino que incluyen factores económicos, administrativos y de gestión institucional que deben ser abordados como prioridades

### **7. Condición Administrativa Y Legal**

Durante el levantamiento de la información para la descripción del estado actual del hospital divina providencia, se solicitó y se tuvo acceso a 3 documentos de importancia. actas formales que motivaron el cierre de sus servicios y las decisiones adoptadas por la administración institucional y por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Estos antecedentes constituyen la base normativa y administrativa que condiciona la viabilidad de la reapertura y definen los requisitos legales y técnicos que deberán cumplirse en caso de considerar su rehabilitación.

*Figura 57. Documentación desactualizada*



*Fuente: Archivo hospital divina providencia*

#### **1. Acta oficial de inspección y cierre del quirófano**

El primer antecedente administrativo relevante corresponde al acta emitida por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), tras la inspección realizada el 8 de febrero de 2024 en el Hospital Divina Providencia. Esta inspección fue conducida por la Unidad Técnica de Certificación y Auditoría de Servicios de Salud y estuvo centrada en la vigilancia y control de los quirófanos del establecimiento.

El acta detalla que el hospital cumplía únicamente con el 62.75% de los requerimientos indispensables y el 66.66% de los requerimientos necesarios, identificando múltiples incumplimientos en infraestructura, señalización, condiciones sanitarias y disponibilidad de insumos críticos. Entre los hallazgos principales destacan: paredes y pisos no higienizables, falta de lavamanos clínicos de acero inoxidable, aire acondicionado sin filtros bacteriológicos y carencia de insumos básicos para procedimientos quirúrgicos.

Como resultado de estos incumplimientos, el CSSP resolvió el cierre temporal del área de quirófanos, notificando a la dirección del hospital las causas técnicas y normativas que justificaban la clausura parcial. Este acto administrativo marcó el inicio del proceso que culminaría posteriormente con la suspensión total de actividades del hospital.

## **2. Carta de la junta directiva solicitando cierre definitivo**

El segundo antecedente administrativo clave corresponde a la carta formal emitida por la junta directiva de la Fundación Hermanas Agustinas de San Nicolás, propietaria del Hospital Divina Providencia. Este documento, fechado el 25 de abril de 2025, expone la decisión institucional de solicitar al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) la autorización para proceder al cierre definitivo del hospital.

La carta señala como razones principales la insostenibilidad financiera que enfrentaba la institución, así como la imposibilidad de cumplir con las observaciones técnicas y normativas señaladas en inspecciones previas. Además, se reconoce en el documento que ya existían antecedentes de cierre temporal, el cual no pudo ser revertido por las limitaciones económicas y técnicas.

La junta directiva deja constancia de que, tras más de cuarenta años de servicio, la decisión de solicitar el cierre definitivo se adoptó como medida de responsabilidad administrativa, dada la imposibilidad de garantizar las condiciones mínimas requeridas para la prestación segura y legal de servicios hospitalarios.

## **3. Acta oficial de CSSP autorizando el cierre definitivo**

El tercer antecedente administrativo es el acuerdo formal emitido por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), mediante el cual se autoriza el cierre definitivo del Hospital Divina Providencia. Este acto administrativo quedó asentado en el oficio No. PA-01020/2/2025, fechado el 5 de mayo de 2025, y notificado oficialmente a la representante legal de la institución.

El acta oficial señala que, ante la solicitud expresa de la junta directiva del hospital y la verificación de la imposibilidad de subsanar los incumplimientos normativos, el Consejo resolvió aprobar el cierre definitivo del establecimiento a partir del 30 de abril de 2025. Se fundamenta en la insostenibilidad financiera y en la falta de condiciones materiales y normativas que garanticen la operación segura y legal de la unidad hospitalaria.

Asimismo, el documento establece la obligación de la representante legal de cancelar el arancel correspondiente al cierre definitivo y deja constancia de que, a partir de la fecha señalada, el hospital queda formalmente fuera de operación, sin posibilidad de prestación de servicios hasta que se inicie un proceso de habilitación completo.

## **4. Estado actual de licencias y permisos**

La directora del hospital y la junta directiva confirmaron durante el proceso de entrevistas que, a la fecha, no existen licencias ni permisos sanitarios vigentes que habiliten al Hospital Divina Providencia para operar como establecimiento de salud. La solicitud de

cancelación de estos requisitos legales se produjo como consecuencia directa de la solicitud de cierre definitivo y de la resolución oficial emitida por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Este estado de inactividad legal y administrativa implica que, en caso de considerar un proyecto de reapertura, el hospital deberá gestionar un nuevo proceso completo de habilitación, cumpliendo con la normativa sanitaria vigente y con todos los requisitos técnicos y administrativos aplicables. Como información adicional la directora del hospital menciona que están en trámite el cierre de permisos con CIAM-UES, quienes miden niveles de radiación RX, ya se presentó la carta a UMRRA del ministerio de salud quienes autorizan la licencia para la unidad de RX y están a la espera de su resolución.

### **Interpretación**

La secuencia de actos administrativos y la confirmación de la ausencia de licencias vigentes permiten establecer que el Hospital Divina Providencia se encuentra actualmente en una situación de cierre definitivo formalizado y legalizado. Desde la perspectiva técnica y normativa, esta condición implica que cualquier propuesta de reapertura deberá considerarse como un proceso de habilitación hospitalaria nuevo y completo, más allá de la simple reactivación de operaciones.

Esto significa que, además de resolver los incumplimientos físicos e infraestructurales identificados en las inspecciones, será indispensable obtener nuevamente las licencias y permisos necesarios para operar como unidad hospitalaria conforme a la regulación vigente en El Salvador. Este escenario debe ser tomado como un punto de partida obligatorio en la formulación de las etapas siguientes del estudio de factibilidad y en la conceptualización de soluciones para la reactivación o reapertura futura.

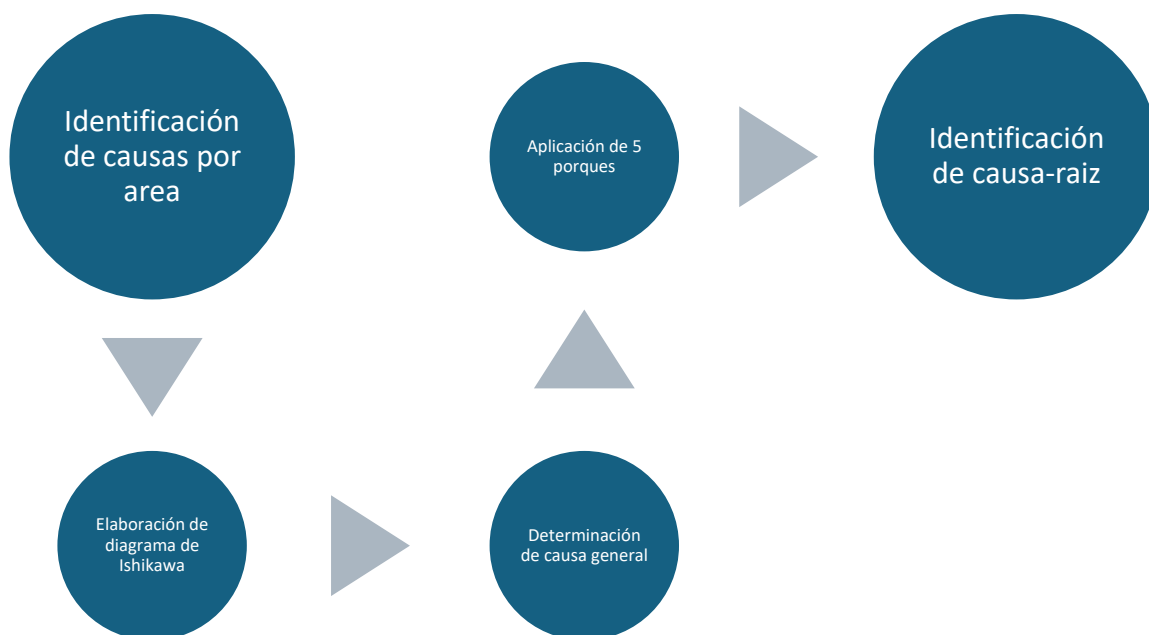
## ***C. Análisis De Las Causas Del Cierre***

### **1. Metodología**

El propósito de esta sección es identificar de manera sistemática las causas que llevaron al cierre definitivo del Hospital Divina Providencia, considerando no solo las deficiencias físicas y de infraestructura, sino también las limitaciones normativas, administrativas y financieras documentadas en la inspección oficial, las observaciones técnicas y el testimonio de la directora.

Para ello, se utilizarán dos herramientas complementarias de análisis causa-efecto: el Diagrama de Ishikawa, que permite estructurar y clasificar los factores causales en categorías adaptadas al sector hospitalario, y la técnica de los 5 Porqués, aplicada a cada problema general por categoría para profundizar en la causa raíz de cada área problemática.

Figura 58. Metodología para aplicación de técnicas



Fuente: Elaboración propia

## 2. Diagrama De Ishikawa

Se realizó un Diagrama de Ishikawa para estructurar y categorizar las causas identificadas en el cierre definitivo del Hospital Divina Providencia. Para su desarrollo se utilizaron los hallazgos obtenidos de la inspección del Consejo Superior de Salud Pública, las listas de chequeo aplicadas durante la inspección técnica, la carta de cierre de la junta directiva y la entrevista con la directora del hospital.

Las categorías fueron adaptadas al entorno hospitalario, agrupando las causas en seis ejes principales:

### Infraestructura y ambiente físico:

- Goteras y filtraciones en techos de áreas clínicas.
- Presencia de moho en muros.
- Puertas quirúrgicas inadecuadas.
- Pisos y paredes sin acabados sanitarios exigidos.

### Equipamiento e insumos

- Falta de ciertos insumos médicos mínimos (por ejemplo, ampollas exigidas por normativa).
- Ausencia de registros de mantenimiento y validación técnica de equipos críticos.

- Equipos con verificación funcional superficial, sin garantizar cumplimiento normativo.

### **Gestión administrativa y organizacional**

- Personal con funciones no claras o insuficiente involucramiento.
- Falta de liderazgo y seguimiento en la gestión de las observaciones.
- Decisión de la junta directiva de solicitar el cierre definitivo ante la imposibilidad de cubrir los requerimientos.

### **Normativa y regulación sanitaria**

- Incumplimiento de las normas del CSSP en áreas críticas como quirófanos y bioseguridad.
- Ausencia de licencias y permisos vigentes.
- Falta de actualización en las disposiciones sanitarias requeridas.

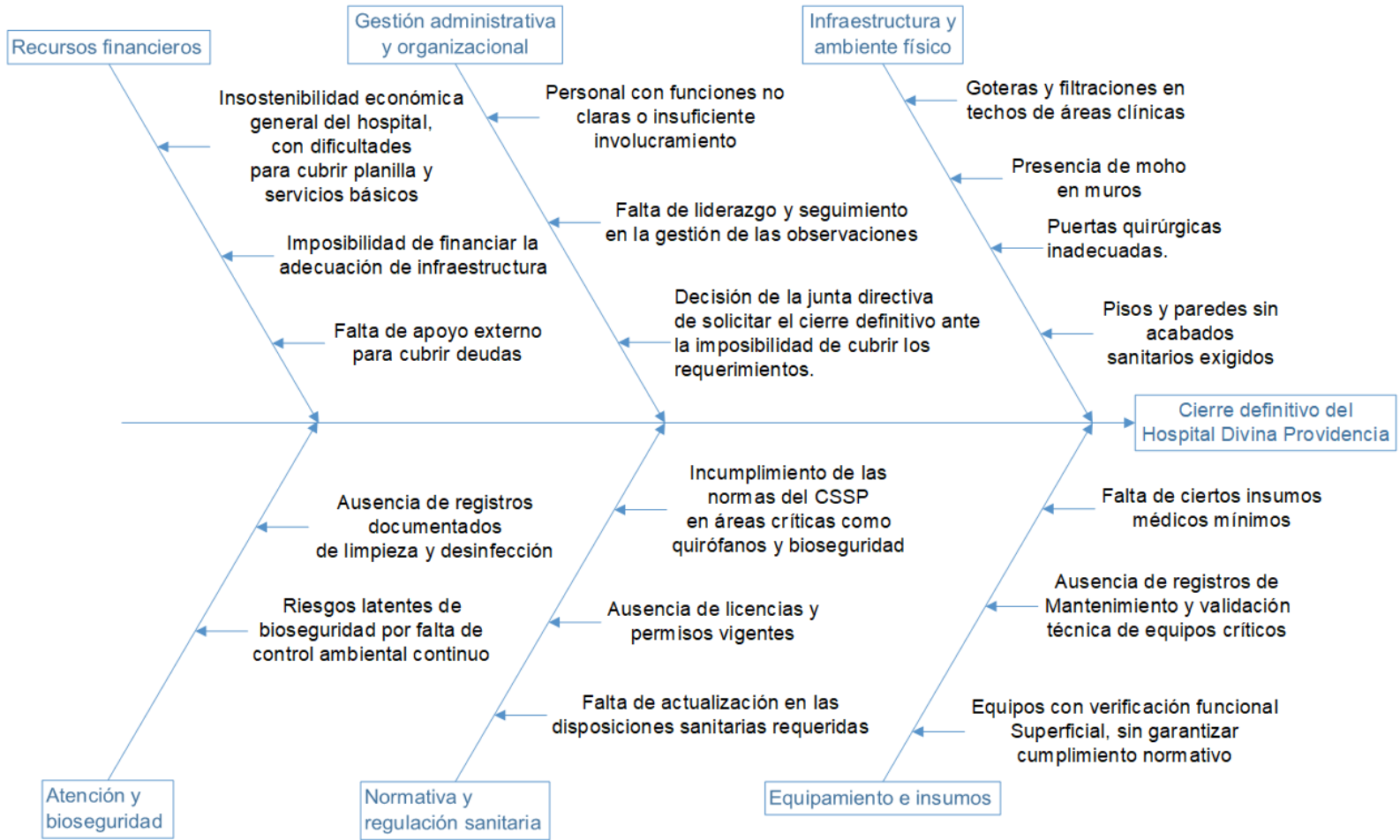
### **Recursos financieros**

- Insostenibilidad económica general del hospital, con dificultades para cubrir planilla y servicios básicos.
- Imposibilidad de financiar la adecuación de infraestructura, estimada en más de \$50,000 según lo declarado por la directora.
- Falta de apoyo para cubrir las deudas

### **Atención y bioseguridad**

- Ausencia de registros documentados de limpieza y desinfección posteriores al cierre.
- Riesgos latentes de bioseguridad por falta de control ambiental continuo.

Figura 59. Diagrama de Ishikawa



Fuente: Elaboración propia

- **Infraestructura y ambiente físico**

La categoría de infraestructura refleja las deficiencias físicas y técnicas que afectan directamente el funcionamiento seguro y eficaz del hospital. Estas fallas generan ambientes inseguros, limitan la prestación adecuada de los servicios y afectan la confianza de los usuarios.

- **Equipamiento e insumos**

En esta categoría se observa la carencia o deficiencia de recursos esenciales, tanto en insumos médicos como en el mantenimiento y verificación de equipos. Esto afecta la capacidad del hospital para brindar atención de calidad y para garantizar la seguridad de pacientes y personal.

- **Gestión administrativa y organizacional**

La falta de liderazgo, el escaso involucramiento del personal y la carencia de seguimiento reflejan debilidades profundas en la estructura organizacional. Estas debilidades impiden la correcta gestión de las necesidades y de los problemas que surgen, comprometiendo la eficacia operativa y la sostenibilidad.

- **Normativa y regulación sanitaria**

La categoría normativa deja ver incumplimientos fundamentales en las licencias y en la adecuación a las disposiciones sanitarias. Esto no solo expone al hospital a sanciones legales, sino que también atenta contra la seguridad y la calidad de la atención brindada.

- **Recursos financieros**

La crisis económica general del hospital es un factor transversal que dificulta la atención de necesidades básicas y limita la capacidad de respuesta ante los problemas detectados. Esto genera un círculo vicioso que agrava las carencias ya existentes.

- **Atención y Bioseguridad**

Por último, la categoría de atención y bioseguridad pone en evidencia el incumplimiento de prácticas esenciales de limpieza, desinfección y control ambiental. Estas omisiones representan riesgos directos para la salud de los pacientes y el personal, comprometiendo la integridad de la atención.

### **Interpretación general del diagrama:**

Las causas identificadas en las seis categorías del Diagrama de Ishikawa muestran una interdependencia clara. Las deficiencias en la infraestructura física y ambiente del hospital (goteras, moho, puertas inadecuadas) no solo representan un problema de cumplimiento normativo, sino que también generan riesgos de bioseguridad (contaminación y falta de limpieza adecuada).

Estas condiciones físicas adversas están relacionadas con la falta de equipamiento e insumos actualizados, dado que la ausencia de recursos financieros impide la renovación

oportuna de estos elementos. La precariedad financiera, a su vez, se conecta con la falta de liderazgo interno y la debilidad en la gestión administrativa, lo que limita la capacidad de respuesta ante inspecciones y observaciones del CSSP.

La carencia de permisos y licencias, documentada en el incumplimiento normativo, es a la vez consecuencia y refuerzo de estas deficiencias estructurales, generando por un ciclo cierre y de inhabilitación administrativa y técnica. Finalmente, la atención y bioseguridad se ven directamente afectadas por esta combinación de causas, impidiendo la prestación de servicios con estándares aceptables.

### 3. Aplicación De La Técnica 5 Porques

La técnica de los 5 Porqués se utilizó para profundizar en la identificación de las causas raíz en cada una de las categorías determinadas en el Diagrama de Ishikawa. Se aplicó de forma separada a cada área, utilizando los hallazgos específicos obtenidos de la inspección oficial, las listas de chequeo, la entrevista a la directora y los documentos institucionales se analizaron mediante diagrama de afinidad y se formuló un problema general por área.

Este análisis permite estructurar de manera lógica la secuencia de causas que llevaron al cierre definitivo del hospital, y constituye la base técnica para priorizar las áreas de intervención en el estudio de factibilidad.

#### a. Infraestructura y ambiente físico

Tabla 12. Clúster área infraestructura y ambiente físico

Condiciones inadecuadas en la infraestructura del área quirúrgica	
Protección y estanqueidad	Infraestructura de quirófanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goteras y filtraciones en techos de áreas clínicas.</li> <li>• Presencia de moho en muros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puertas quirúrgicas inadecuadas.</li> <li>• Pisos y paredes sin acabados sanitarios exigidos.</li> </ul>
<b>En común: Problemas relacionados con la infraestructura física y sus estándares de calidad e higiene.</b>	

Fuente: Elaboración propia

#### 1- ¿Por qué las condiciones en la infraestructura del área quirúrgica son inadecuadas?

Porque no cumplen con las normativas impuestas por el CSSP para áreas quirúrgicas

#### 2- ¿Por qué los quirófanos del hospital no cumplen con las normativas del CSSP?

Porque no se ha invertido en la correcta infraestructura

#### 3- ¿Por qué no se ha invertido en la correcta infraestructura?

Porque los recursos económicos de los que se disponen son limitados

#### 4- ¿Por qué no se disponen de los recursos suficientes?

Porque el hospital no genera los recursos para su correcto funcionamiento

#### 5- ¿Por qué el hospital no genera los recursos para su correcto funcionamiento?

Porque los ingresos recibidos por medio de los pacientes y donaciones son insuficientes

##### Causa raíz

Los ingresos recibidos por medio de los pacientes y donaciones son insuficientes para generar los recursos necesarios para cumplir con las normativas y realizar las inversiones en infraestructura.

### b. Equipamiento e insumos

Tabla 13. Clúster área equipamiento e insumos

Limitaciones en la gestión de insumos y verificación de buen funcionamiento de los equipos		
Insumos médicos	Mantenimiento y registros técnicos	Funcionamiento y verificación de equipos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de ciertos insumos médicos mínimos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de registros de mantenimiento y validación técnica de equipos críticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos con verificación funcional superficial, sin garantizar cumplimiento normativo.</li> </ul>
<b>En común: Problemas relacionados con la disponibilidad de insumos y la adecuada verificación y mantenimiento de los equipos médicos.</b>		

Fuente: Elaboración propia

#### 1- ¿Por qué existen limitaciones en la gestión de insumos y verificación de buen funcionamiento de los equipos?

Porque no existe un sistema formal para la reposición y mantenimiento

#### 2- ¿por qué no existe un sistema formal para la reposición y mantenimiento?

Porque Se considera que el sistema actual (informal) era suficiente y no se percibieron los riesgos.

#### 3- ¿por qué Se considera que el sistema actual es suficiente?

Porque los procesos informales han funcionado "lo suficiente" para las necesidades mínimas hasta ahora.

#### 4- ¿Por qué los procesos informales han funcionado?

Porque no surgieron incidentes o sanciones que evidencien las debilidades del sistema informal hasta el día de inspección

**5- ¿por qué las sanciones y/o consecuencia se dieron hasta el día de la inspección?**

Porque la infraestructura y/o procesos, aunque inadecuados, no generaban consecuencias inmediatas o visibles.

**Causa raíz**

La falta de consecuencias inmediatas o visibles en la infraestructura y procesos permitió que se mantuviera un sistema informal percibido como suficiente, sin la necesidad de formalización o mejora.

**c. Gestión administrativa y organizacional**

*Tabla 14. Clúster área gestión administrativa y organizacional*

<b>Deficiencias en la gestión y toma de decisiones organizacionales.</b>		
<b>Recursos humanos</b>	<b>Gestión y liderazgo</b>	<b>Toma de decisiones críticas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personal con funciones no claras o insuficiente involucramiento.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de liderazgo y seguimiento en la gestión de las observaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisión de la junta directiva de solicitar el cierre definitivo ante la imposibilidad de cubrir los requerimientos.</li> </ul>
<b>En común: Problemas relacionados con la organización interna, la gestión de las observaciones y la toma de decisiones estratégicas.</b>		

*Fuente: Elaboración propia*

**1- ¿Por qué existen deficiencias en la gestión y toma de decisiones organizacionales?**

Porque no se recopila de forma adecuada ni analiza la información clave para fundamentar decisiones estratégicas.

**2- ¿Por qué no se recopila información de forma adecuada para la toma de decisiones?**

Porque la toma de decisiones se basa más en la intuición o la experiencia que en la evidencia objetiva.

**3- ¿Por qué la toma de decisiones se basa en intuición y experiencia?**

Por arraigo a esta forma de trabajo desde la fundación del hospital

**4- ¿Por qué existe arraigo en esa forma de trabajar?**

Porque la cultura organizacional se consolidó sobre prácticas informales transmitidas entre generaciones de trabajadores.

**5- ¿Por qué se fomentó ese tipo de cultura organizacional?**

Porque no existió un liderazgo que impulsara cambios organizacionales y modernización de procesos.

**Causa raíz**

La ausencia de liderazgo que impulsara cambios organizacionales y la modernización de procesos consolidó una cultura organizacional basada en prácticas informales y decisiones no fundamentadas en evidencia.

**d. Normativa y regulación sanitaria**

*Tabla 15. Clúster área normativa y regulación sanitaria*

<b>Incumplimientos regulatorios, y en normativa interna</b>		
<b>Cumplimiento normativo en áreas críticas</b>	<b>Licencias y permisos</b>	<b>Actualización normativa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incumplimiento de las normas del CSSP en áreas críticas como quirófanos y bioseguridad.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre de licencias y permisos vigentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de actualización en las disposiciones sanitarias requeridas.</li> </ul>
<p><b>En común: Problemas relacionados con el cumplimiento normativo y la adecuación a las disposiciones legales vigentes.</b></p>		

*Fuente: Elaboración propia*

**1- ¿Por qué hay incumplimientos regulatorios, y en normativa interna?**

Porque no se ejecutan correctamente los procesos internos que garantizan el cumplimiento normativo

**2- ¿Por qué no se ejecutan estos procesos correctamente?**

Porque no se supervisa ni evalúa la implementación de los procesos.

**3- ¿Por qué no se supervisa ni evalúan la implementación de los procesos?**

Porque la dirección no exige con fuerza coercitiva rendición de cuentas ni seguimiento formal.

**4- ¿Por qué no se exige con la suficiente autoridad la rendición de cuentas?**

Porque existe un enfoque de liderazgo más conciliador y diplomático, que prioriza la armonía interna sobre la supervisión rigurosa.

### 5- ¿porque se mantiene este tipo de enfoque?

Debido a la naturaleza piadosa y religiosa de la directiva

#### Causa raíz

La naturaleza piadosa y religiosa de la directiva fomenta un liderazgo conciliador que prioriza la armonía sobre la supervisión rigurosa, lo cual permite incumplimientos regulatorios y en la normativa interna.

### e. Recursos financieros

Tabla 16. Clúster área recursos financieros

Limitación económica y financiera del hospital.
<b>Sostenibilidad financiera</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Insostenibilidad económica general del hospital, con dificultades para cubrir planilla y servicios básicos.</b></li> <li>• <b>Imposibilidad de financiar la adecuación de infraestructura, estimada en más de \$50,000 según lo declarado por la directora.</b></li> <li>• <b>Falta de apoyo para cubrir las deudas</b></li> </ul>
<b>En común: Problemas relacionados con la viabilidad económica y la sostenibilidad financiera del hospital.</b>

Fuente: Elaboración propia

### 1- ¿Por qué existe limitación económica y financiera en el hospital?

Porque los ingresos propios del hospital y las donaciones son insuficientes para cubrir los costos operativos y las inversiones necesarias.

### 2- ¿por qué los ingresos son insuficientes?

Porque las tarifas o pagos por servicios no cubren los costos reales.

### 3- ¿Por qué las tarifas o pagos por servicios no cubren los costos reales?

Porque se prioriza la accesibilidad a los pacientes, manteniendo tarifas bajas.

### 4- ¿Por qué se mantienen las tarifas bajas?

Porque históricamente la institución ha sido percibida como un servicio esencial para la comunidad vulnerable.

### 5- ¿Por qué se mantiene esa percepción?

Porque la gestión hospitalaria ha promovido esa imagen y no ha buscado unas medidas económicas sostenibles.

### Causa raíz

La gestión hospitalaria ha promovido la imagen del hospital como un servicio esencial para la comunidad vulnerable, sin implementar medidas económicas sostenibles para garantizar los recursos suficientes.

## f. Atención y bioseguridad

Tabla 17. Clúster área atención y bioseguridad

Deficiencias en la gestión de limpieza, desinfección y bioseguridad tras el cierre.	
Registros y control de limpieza	Riesgos de bioseguridad
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ausencia de registros documentados de limpieza y desinfección posteriores al cierre.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgos latentes de bioseguridad por falta de control ambiental continuo.</li> </ul>
<b>En común: Problemas relacionados con la falta de gestión adecuada para garantizar la bioseguridad y la limpieza posterior al cierre.</b>	

Fuente: Elaboración propia

### 1- ¿Por qué existen deficiencias en la gestión de limpieza, desinfección y bioseguridad tras el cierre?

Porque no se estableció un protocolo claro para la limpieza y desinfección posterior al cierre

### 2- ¿Por qué no se estableció el protocolo?

Porque se priorizó la gestión de recursos y costos inmediatos en lugar de la bioseguridad a largo plazo.

### 3- ¿Por qué se priorizó la gestión de recursos y costos inmediatos en lugar de la bioseguridad a largo plazo?

Porque la dirección estaba más preocupada por la sostenibilidad económica inmediata tras el cierre

### 4- ¿Por qué la dirección estaba más preocupada por la sostenibilidad económica inmediata tras el cierre?

Porque la dirección necesitaba asegurar el pago de deudas y salarios pendientes.

### 5- ¿Por qué la dirección necesitaba asegurar el pago de deudas y salarios pendientes?

Porque la situación financiera del hospital es complicada y priorizaron cubrir las obligaciones más urgentes.

### Causa raíz

La situación financiera complicada del hospital llevó a priorizar el pago de obligaciones inmediatas (deudas y salarios), dejando de lado las inversiones y medidas necesarias para garantizar la bioseguridad tras el cierre.

## ***D. Síntesis Final***

### **1. Infraestructura Y Ambiente Físico**

El área de infraestructura y ambiente físico del Hospital Divina Providencia presenta deficiencias que fueron determinantes para el cierre definitivo de la institución. Durante la inspección oficial del CSSP, se identificaron estructuras que no cumplen las normativas de funcionamiento hospitalario. Entre las principales deficiencias físicas encontradas destacan las goteras y filtraciones en los techos de áreas clínicas, que comprometen la higiene y salubridad de los espacios destinados a la atención médica. Asimismo, se evidenció la presencia de moho en muros y techos, lo cual agrava las condiciones sanitarias y representa un riesgo para la salud de futuros pacientes y personal. Las puertas quirúrgicas fueron calificadas como inadecuadas, pues no cumplen con los requisitos de aislamiento y acceso universal que exige la normativa. Los pisos y paredes carecen de acabados sanitarios compatibles con la limpieza y desinfección en entornos hospitalarios quirúrgicos, lo que dificulta las prácticas de control sanitario.

La técnica de los 5 porqués permitió identificar la causa raíz de estas deficiencias: la insuficiencia de ingresos recibidos por pacientes y donaciones. Estos recursos limitados impiden generar los fondos necesarios para cumplir con las inversiones requeridas en infraestructura, como el reemplazo de puertas quirúrgicas, adecuación de pisos y paredes, o reparación de techos. Este déficit financiero, a su vez, fue provocado por la baja capacidad de generación de recursos propios del hospital y su enfoque histórico en mantener tarifas bajas para garantizar el acceso de la población más vulnerable. Los hallazgos de la inspección también señalaron la presencia de corrosión en estructuras metálicas, canaletas obstruidas y puertas y ventanas en mal estado, todo lo cual incrementa el riesgo técnico y compromete la seguridad de la operación hospitalaria. Además, el testimonio de la directora confirmó que las cotizaciones preliminares para solventar estas carencias superaban los \$50,000, un monto imposible de cubrir dada la situación económica y la falta de apoyo externo.

Si bien no se detectaron daños estructurales críticos en elementos de soporte (muros portantes o bases), las condiciones identificadas no cumplen con los estándares exigidos por el CSSP para un entorno hospitalario seguro. Esto refuerza la conclusión de que la infraestructura, en su estado actual, no permite la operación segura y legal del hospital. La carencia de intervenciones correctivas y de mantenimiento preventivo contribuyó a estas deficiencias. Además, la falta de registros técnicos de inspección y seguimiento impidió detectar a tiempo estos problemas antes de que fueran objeto de observaciones oficiales y sanciones. La inspección complementaria a las áreas eléctricas y de bioseguridad también mostró que los daños físicos en techos y muros, combinados con

la falta de control de humedad y moho, afectan las condiciones ambientales generales del hospital.

En suma, el área de infraestructura y ambiente físico constituye uno de los pilares fundamentales que explican el cierre del hospital. La combinación de deterioro físico, incumplimiento normativo y falta de recursos económicos para solventar las adecuaciones necesarias generó un escenario en el que la operación se volvió inviable. Para cualquier plan de reapertura como centro de salud de nivel 2 con espacios quirúrgicos, será indispensable priorizar intervenciones integrales en esta área, con inversiones que aseguren la rehabilitación completa de los espacios y garanticen condiciones estructurales compatibles con la prestación segura de servicios de salud.

## **2. Equipamiento E Insumos**

El área de equipamiento e insumos del Hospital Divina Providencia evidenció múltiples limitaciones que afectaron la capacidad operativa y la calidad de la atención médica brindada antes de su cierre. La inspección oficial realizada en el hospital reveló carencias en la disponibilidad de insumos médicos. Uno de los problemas principales identificados fue la falta de ciertos insumos médicos mínimos, requeridos por las normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Esta ausencia no solo impedía garantizar la atención adecuada de pacientes, en áreas críticas como los quirófanos, sino que también constituyó un incumplimiento directo de las disposiciones legales vigentes. La falta de insumos farmacológicos específicos y la carencia de reposición sistemática se convirtieron en un obstáculo para mantener estándares básicos de seguridad y calidad en los procedimientos médicos.

Por otro lado, se identificó la ausencia de registros de mantenimiento y validación técnica de los equipos médicos, un requisito esencial en cualquier unidad hospitalaria. Durante la inspección se constató que, si bien existía un inventario detallado de equipos médicos, mobiliario y otros dispositivos, no se disponía de evidencia de inspecciones periódicas, calibraciones o mantenimientos preventivos documentados. Esto genera incertidumbre sobre la funcionalidad real de los equipos y su conformidad con las exigencias normativas.

El análisis de los 5 porqués aplicado a esta área permitió identificar que la causa raíz de estas limitaciones es la falta de consecuencias inmediatas o visibles que motivaran la formalización de los procesos de mantenimiento y reposición de insumos. Durante años, el hospital operó bajo un sistema informal, que se percibía como suficiente porque no se habían presentado incidentes o sanciones significativas hasta el momento de la inspección oficial. Esta percepción llevó a que la administración priorizara los gastos operativos inmediatos por encima de la planificación técnica y la gestión documental exigida.

La supervisión realizada también mostró que muchos de los equipos presentaban una verificación funcional solo superficial. Aunque no existía un deterioro crítico o abandono de los activos, la falta de documentación y la ausencia de un sistema formal de control hacían imposible garantizar que estos equipos cumplieran los estándares normativos y de

bioseguridad requeridos. Esta situación no solo limita la capacidad de respuesta del hospital ante emergencias, sino que también expone a los pacientes y al personal a riesgos por fallos en los equipos durante la atención médica.

El testimonio de la directora del hospital confirmó que las restricciones económicas y la falta de apoyo financiero externo fueron factores determinantes para no contar con un sistema robusto de mantenimiento y adquisición de insumos. Además, la percepción histórica de que el sistema “informal” era suficiente reforzó la resistencia a adoptar prácticas más rigurosas y compatibles con la normativa.

En síntesis, las deficiencias en el área de equipamiento e insumos reflejan un círculo vicioso de limitaciones económicas, falta de gestión formal y ausencia de planificación técnica. La incapacidad para reponer insumos básicos y para asegurar el mantenimiento normativo de los equipos contribuyó directamente a la decisión de cierre definitivo del hospital, ya que estas carencias afectan la seguridad y viabilidad operativa de todos los servicios de salud. Para cualquier eventual reapertura, será esencial establecer pasos formales para la gestión de insumos y de mantenimiento preventivo y correctivo, con registros actualizados que permitan cumplir los estándares normativos y asegurar la calidad de la atención médica.

### **3. Gestión Administrativa Y Organizacional**

La gestión administrativa y organizacional del Hospital Divina Providencia fue identificada como una de las causas estructurales más significativas que condujeron a su cierre definitivo. A través de la entrevista con la directora, el análisis documental y la aplicación de herramientas como el Diagrama de Ishikawa y los 5 porqués, se evidenció una serie de deficiencias en la forma en que se tomaban decisiones, se lideraban procesos y se gestionaba al personal dentro de la institución. Uno de los principales hallazgos fue la ausencia de una estructura organizativa clara y funcional. El personal, según testimonio de la directora, muchas jefaturas no cumplían con sus funciones de forma efectiva. Este ambiente de informalidad generaba una baja responsabilidad institucional y reducía la capacidad del hospital para responder a situaciones críticas o cumplir con las exigencias de las autoridades sanitarias.

La falta de liderazgo sólido y de una cultura organizacional orientada a la mejora continua también fue evidente. Las decisiones clave, como la reacción ante la inspección del CSSP o la elección de cerrar completamente el hospital, fueron tomadas sin una base técnica rigurosa ni el respaldo de procesos de análisis estratégico. En lugar de adoptar medidas correctivas escalonadas o desarrollar un plan de mejora progresivo, la junta directiva optó por cerrar por completo ante la imposibilidad de cumplir los requerimientos del CSSP. La técnica de los 5 porqués aplicada en esta área permitió llegar a una causa raíz profunda: la consolidación de una cultura organizacional basada en prácticas informales, en la que la toma de decisiones se fundamentaba en la experiencia empírica y la intuición, en lugar de en evidencia técnica y análisis objetivo. Esta cultura se formó a lo largo de los años por la falta de un liderazgo transformacional que promoviera cambios estructurales y modernización de los procesos internos.

La gestión institucional no ejecuta mecanismos de recopilación y análisis de información para apoyar las decisiones, ni indicadores de desempeño que permitieran evaluar la eficiencia y eficacia de los servicios. Tampoco se generaron registros adecuados de las reuniones de junta directiva, de seguimiento a las observaciones normativas, o de planes de mejora para subsanar las debilidades del hospital.

La debilidad en la gestión también se reflejó en la falta de iniciativas para buscar apoyo técnico o financiero de forma sostenida, así como en la escasa comunicación con autoridades reguladoras y entidades externas. A pesar de que se solicitaron prórrogas para evitar el cierre temporal de los quirófanos, no se implementó un plan de acción con metas, responsables y cronograma para resolver los señalamientos del CSSP. En este contexto, la decisión de solicitar el cierre definitivo del hospital fue el resultado de una cadena de omisiones administrativas y de liderazgo, que impidieron una respuesta efectiva ante los desafíos regulatorios, financieros y operativos. Esta debilidad institucional no solo afectó la viabilidad del hospital, sino que también condicionó su reputación ante las autoridades sanitarias.

En conclusión, el área de gestión administrativa y organizacional presentó fallas críticas en liderazgo, planificación estratégica, control interno y toma de decisiones. La falta de profesionalización en la administración y el predominio de una cultura organizacional desactualizada impidieron al hospital enfrentar los desafíos normativos y operativos con eficacia. Cualquier propuesta de reapertura requerirá una transformación integral de la gestión, con liderazgo profesional, planificación basada en evidencia, y controles que garantice el cumplimiento normativo y la sostenibilidad organizativa.

#### **4. Normativa Y Regulación Sanitaria**

El incumplimiento normativo fue uno de los elementos determinantes en el cierre definitivo del Hospital Divina Providencia. A través de la inspección oficial realizada por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), así como de la documentación administrativa y el testimonio institucional, se constató que el hospital no cumplía con múltiples disposiciones legales y técnicas exigidas por la normativa vigente en El Salvador para unidades hospitalarias.

El acta de inspección emitida por el CSSP en febrero de 2024 señaló que el hospital solo cumplía con el 62.75% de los requerimientos indispensables y el 66.66% de los requerimientos necesarios, según los estándares para áreas críticas como quirófanos. Entre los principales hallazgos se encontraron paredes y pisos no higienizarles, ausencia de lavamanos de acero inoxidable, sistemas de ventilación sin filtros bacteriológicos, y falta de insumos médicos críticos. Estos elementos constituyen no solo deficiencias técnicas, sino también infracciones regulatorias que comprometen la seguridad de pacientes. Tras la notificación oficial del cierre parcial de quirófanos, la junta directiva del hospital solicitó voluntariamente el cierre definitivo, reconociendo su incapacidad de cumplir con las exigencias normativas tanto por razones económicas como estructurales. A partir de entonces, el hospital quedó sin habilitación legal para funcionar, lo cual fue formalizado mediante un acuerdo oficial del CSSP.

El análisis con la técnica de los 5 porqués identificó que la causa raíz de estos incumplimientos fue una forma de liderazgo institucional caracterizada por un enfoque conciliador, con escasa exigencia de rendición de cuentas. La naturaleza religiosa y piadosa de la directiva promovió un estilo de gestión orientado a la armonía interna más que a la supervisión rigurosa. Esto permitió que las fallas normativas se perpetuaran sin los controles ni las correcciones necesarias. Asimismo, se constató la falta de supervisión en la implementación de procesos clave relacionados con el cumplimiento regulatorio. No se ejecutaban auditorías internas, ni existía un sistema de verificación continua de condiciones estructurales, bioseguridad o documentación técnica. Esta ausencia de fiscalización interna facilitó el incumplimiento prolongado de requisitos legales y normativos.

La situación normativa también revela una desconexión entre la gestión administrativa y el marco legal del sistema de salud. Las autoridades del hospital no contaban con un plan claro para mantener la habilitación, y tampoco implementaron acciones estructuradas para subsanar los señalamientos que recibieron durante las inspecciones. Esta falta de preparación y respuesta reforzó la decisión del CSSP de ratificar el cierre definitivo.

Para una eventual reapertura, será indispensable iniciar un nuevo proceso de habilitación legal desde cero, lo cual implica cumplir con todos los requisitos técnicos, normativos y legales, además de adoptar una nueva cultura de cumplimiento y fiscalización permanente dentro de la institución.

## **5. Recursos Financieros**

La dimensión financiera del Hospital Divina Providencia fue uno de los factores más críticos e insostenibles que condujeron a su cierre definitivo. A través del análisis documental, la entrevista institucional y la aplicación de herramientas como el Diagrama de Ishikawa y la técnica de los 5 porqués, se evidenció que la crisis económica del hospital no era coyuntural, sino estructural y acumulativa.

Desde hace varios años, el hospital operaba con ingresos limitados, basados principalmente en donaciones y tarifas sociales por servicios, debido a su orientación comunitaria y religiosa. La mayoría de los pacientes eran personas de escasos recursos de Santiago Texacuangos y municipios aledaños, lo que obligaba a mantener precios muy por debajo del costo real de los servicios ofrecidos. Esta política, aunque coherente con la misión humanitaria del hospital, generó un modelo económico financieramente inviable.

El testimonio de la directora fue contundente: en ocasiones no se lograba cubrir la planilla de empleados, y la situación de déficit se había vuelto una constante. La inspección del CSSP, que obligó al cierre de quirófanos por incumplimientos normativos, solo precipitó una decisión que ya era inevitable dada la incapacidad financiera para afrontar inversiones estructurales. De hecho, se reportó que una cotización preliminar para realizar las adecuaciones mínimas superaba los \$50,000, una cifra inalcanzable para la administración en ese momento.

La técnica de los 5 porqués permitió profundizar en esta problemática, revelando como causa raíz que la gestión hospitalaria promovió durante años la imagen de un servicio esencial para la comunidad vulnerable, sin construir un modelo económico sostenible. La decisión de priorizar el acceso a la atención sobre la sostenibilidad financiera impidió la acumulación de reservas, la inversión en mejoras, o el fortalecimiento de capacidades internas para generar ingresos complementarios.

A esta situación se sumó la falta de apoyo externo sostenido. Aunque se buscaron benefactores de forma puntual, no existió un plan de captación de fondos institucionalizado ni alianzas estables con actores gubernamentales, ONG o cooperantes. Tampoco se implementaron mecanismos de recaudación o autofinanciamiento adecuados.

La crisis financiera tuvo un efecto cascado sobre otras áreas del hospital: impidió la renovación de infraestructura, afectó la adquisición de insumos médicos, limitó el mantenimiento de equipos y generó tensión en la gestión del recurso humano. En consecuencia, la falta de dinero no fue solo un problema contable, sino un factor transversal que agravó todas las debilidades operativas, técnicas y administrativas de la institución.

Después del cierre, la administración priorizó la atención a deudas sobre otras obligaciones como la desinfección estructurada o el cumplimiento de requisitos sanitarios, según lo declarado en entrevista.

En síntesis, el área de recursos financieros refleja un colapso en la sostenibilidad institucional del hospital. La falta de ingresos suficientes, la ausencia de un modelo de financiamiento robusto, y la priorización histórica del acceso por encima de la estabilidad económica llevaron a una situación insalvable. Para que una reapertura sea factible, será imprescindible describir estrategias financieras para el hospital, establecer fuentes de ingreso complementarias, captar recursos externos y equilibrar el enfoque social con una gestión económica responsable y técnicamente viable.

## **6. Atención Y Bioseguridad**

Si bien la inspección física no encontró residuos infecciosos visibles al momento de la evaluación, la ausencia de registros documentados y protocolos activos pone en duda cualquier presunción de bioseguridad sostenida.

Uno de los principales hallazgos fue la inexistencia de protocolos formales de limpieza y desinfección tras el cierre del hospital. No se encontraron fichas de control ambiental, trazabilidad de desinfección microbiológica ni evidencias de procesos de saneamiento terminal en áreas críticas como quirófanos, laboratorios y salas de procedimientos. Esta omisión compromete la posibilidad de una reapertura sin riesgos, ya que la normativa exige validación técnica y documental de condiciones bio-ambientales antes de habilitar servicios de salud.

El análisis de los 5 porqués aplicados al área identificó como causa raíz que, ante la difícil situación financiera del hospital, la administración priorizó el pago de obligaciones

inmediatas como salarios y deudas, dejando de lado inversiones o actividades que no generaban un beneficio económico inmediato, como la limpieza profunda o el monitoreo ambiental post-cierre. Esta decisión pragmática, aunque comprensible, refleja una desvalorización de la bioseguridad como componente esencial de la operación hospitalaria, incluso en periodos de inactividad.

Durante la inspección técnica, si bien no se encontraron residuos biológicos expuestos ni señales de sangre, fluidos o material contaminante, se identificaron riesgos latentes: techos con filtraciones, moho en muros y presencia de plagas (murciélagos, panales de abejas). Estos hallazgos, aunque no constituyen evidencia directa de contaminación clínica, sí indican una falta de control ambiental sostenido que favorece condiciones insalubres y representa un incumplimiento de normas mínimas de prevención en instalaciones médicas.

Además, la inspección reveló que áreas críticas carecían de señalización adecuada, registros de desinfección y equipos especializados para garantizar entornos estériles. No se encontraron dispositivos de detección de humo ni puertas corta fuego, lo cual agrava los riesgos asociados a la operación o reapertura de servicios sin intervenciones correctivas.

En resumen, el área de atención y bioseguridad en el Hospital Divina Providencia representa una combinación de omisiones operativas, falta de control ambiental y subestimación del riesgo sanitario. Aunque no se hallaron contaminantes visibles, la ausencia total de registros y protocolos desactiva cualquier posibilidad de reapertura sin una limpieza profunda, validada técnica y documentalmente por las autoridades. La bioseguridad debe pasar de ser un aspecto secundario a una prioridad institucional, con recursos asignados, personal capacitado y sistemas de seguimiento permanente, incluso en escenarios de cierre o baja operatividad.

## IV. Estudio de mercado consumidor

Figura 60. Contenido del estudio del mercado consumidor



Fuente: Elaboración propia

### A. Objetivo del estudio del mercado consumidor

#### 1. Propósito general

El objetivo principal del estudio del mercado consumidor es identificar y analizar las necesidades, preferencias, percepciones y comportamientos de la población respecto al acceso a servicios de salud en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, con el fin de sustentar la factibilidad de reapertura del Hospital Divina Providencia.

Este análisis permitirá comprender qué tipo de servicios médicos son más demandados por la población, qué factores influyen en su decisión de acudir a determinado centro de salud (precio, calidad, cercanía, trato, tiempo de espera, etc.) y cuál sería la aceptación potencial del hospital una vez reabierto.

## **B. Antecedentes del mercado consumidor**

### **1. Contexto histórico del acceso a la salud en la zona**

La historia del Hospital de Maternidad La Divina Providencia, fundado en 1984 por la Congregación de Hermanas Agustinas de San Nicolás, marcó un antes y un después en el acceso a servicios médicos en el municipio de Santiago Texacuangos. Durante décadas, el hospital brindó atención gratuita o de bajo costo, especialmente en las áreas de maternidad, pediatría, medicina general y programas sociales como nutrición infantil y salud ocupacional, atendiendo a comunidades rurales y de difícil acceso.

Durante el conflicto armado de los años 70 y 80, las religiosas atendían partos y emergencias médicas en condiciones precarias, incluso en la vía pública, evidenciando el déficit histórico en la cobertura del sistema público de salud en esta zona. Su enfoque comunitario y el apoyo internacional sostenido durante años convirtieron al Hospital Divina en un referente de atención digna para los sectores más vulnerables.

### **2. Cierre y consecuencias**

El cierre de operaciones del Hospital Divina Providencia en septiembre de 2024 se debió principalmente al incumplimiento de normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), así como a debilidades administrativas y de gestión. Esta situación provocó una reducción drástica en la disponibilidad de servicios médicos asequibles en la zona, obligando a la población a trasladarse hacia centros de salud distantes o a recurrir a servicios privados de alto costo.

Las familias de escasos recursos se han visto especialmente afectadas, ya que no cuentan con seguros médicos privados ni con la movilidad o los ingresos necesarios para trasladarse regularmente a la zona metropolitana de San Salvador. Esto ha profundizado las brechas en el acceso a atención médica, especialmente en áreas sensibles como salud materna, pediatría y enfermedades crónicas.

### **3. Condiciones actuales del entorno de salud**

Según el Ministerio de Salud y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, una proporción significativa de la población en municipios periféricos depende del sistema público de salud, el cual presenta limitaciones en cobertura, disponibilidad de medicamentos e infraestructura (MINSAL, 2023; DIGESTYC, 2023). Asimismo, persiste una alta proporción de población sin seguro médico y desafíos en indicadores como la mortalidad materna y neonatal.

El aumento de enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional incrementan la demanda de servicios de salud, generando una oportunidad para que un hospital semiprivado con enfoque social opere bajo un modelo sostenible (MINSAL, 2023; OPS, 2022).

#### **4. Cambios en el comportamiento del consumidor**

En los últimos años, la población ha comenzado a valorar más:

- La cercanía y accesibilidad del servicio médico.
- La calidad humana del trato recibido.
- La continuidad en la atención (seguimiento de diagnósticos).
- La posibilidad de acceder a servicios integrados (consulta, laboratorio, farmacia en un solo lugar).

Estas nuevas exigencias hacen necesaria una caracterización actualizada del mercado consumidor para diseñar una propuesta de reapertura alineada a las preferencias y capacidades reales de las familias.

##### **Necesidad del estudio**

Dado el contexto descrito, se vuelve imprescindible realizar un estudio de mercado a nivel de los hogares, para identificar:

- Qué tipo de atención demandan.
- Cuáles son sus principales obstáculos para acceder a servicios de salud.
- Cómo ha impactado el cierre del hospital en su vida cotidiana.
- Qué nivel de aceptación tendría la reapertura y bajo qué condiciones.

Este análisis será clave para diseñar servicios pertinentes, viables y atractivos para el consumidor, y para definir las estrategias operativas y financieras del nuevo modelo hospitalario.

#### **5. Tendencias en el acceso y demanda de servicios de salud**

##### **Envejecimiento poblacional y transición epidemiológica**

El Salvador, al igual que otros países de América Latina, enfrenta una transición demográfica acelerada. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM 2023), la proporción de personas mayores de 60 años ha crecido de forma sostenida, lo que incrementa la demanda de servicios médicos especializados, atención continua y cuidados paliativos (Dirección General de Estadística y Censos [DIGESTYC], 2023).

Este cambio poblacional está asociado a una transición epidemiológica caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión, enfermedades renales y afecciones cardiovasculares (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En consecuencia, este fenómeno genera una presión constante sobre los sistemas de salud, especialmente en los primeros y segundos niveles de atención, lo que requiere una transformación del modelo tradicional centrado en eventos agudos hacia uno basado en el manejo integral y continuo de condiciones crónicas (OPS, 2021).

### **Saturación del sistema público de salud**

El Ministerio de Salud de El Salvador ha ampliado su cobertura en los últimos años; sin embargo, la calidad y oportunidad de los servicios continúan siendo limitantes relevantes dentro del sistema público de salud (Ministerio de Salud [MINSAL], 2023). Los establecimientos públicos enfrentan altas tasas de ocupación, escasez de insumos, rotación frecuente de personal médico y tiempos prolongados de espera, situación que afecta especialmente a zonas periurbanas como Santiago Texacuangos, Santo Tomás y Olocuilta, donde no existen hospitales públicos de segundo nivel y las unidades de salud locales presentan limitaciones para cubrir la demanda existente (MINSAL, 2023).

Asimismo, estudios de percepción ciudadana señalan que estas deficiencias han incentivado la búsqueda de alternativas privadas, algunas de carácter informal, que ofrecen servicios básicos a precios variables, pero sin mecanismos sólidos de supervisión ni garantías estandarizadas de calidad (Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social [FUSADES], 2022).

### **Cambio en las preferencias del consumidor de salud**

Diversos estudios de percepción, incluyendo encuestas realizadas por universidades y organizaciones de desarrollo, revelan que los consumidores en El Salvador valoran cada vez más aspectos como:

- Atención humanizada y personalizada.
- Reducción en tiempos de espera.
- Disponibilidad de medicamentos e insumos.
- Infraestructura segura y moderna.
- Servicios integrales (consulta, laboratorio, farmacia).

Esto refleja un cambio en la cultura del consumidor, que pasa de aceptar lo disponible a exigir estándares mínimos de calidad. Incluso familias con ingresos limitados están dispuestas a pagar por atención si esta representa una mejora sustancial frente a la oferta pública.

### **Tendencia a la digitalización y telemedicina**

Si bien en áreas rurales y periféricas como Santiago Texacuangos la cobertura de internet y habilidades digitales aún son limitadas, se ha observado una creciente apertura a la teleconsulta y la gestión de citas médicas por plataformas digitales, especialmente en la población joven. La pandemia por COVID-19 aceleró este proceso, normalizando la atención remota en muchas especialidades básicas (medicina general, psicología, nutrición).

El desafío radica en diseñar modelos híbridos que combinen atención presencial en el hospital con herramientas tecnológicas accesibles que permitan seguimiento, educación en salud y agendamiento.

## **Implicaciones para el Hospital Divina Providencia**

El análisis de estas tendencias demuestra que la reapertura del Hospital Divina puede responder a una demanda real y creciente, siempre que logre:

- Satisfacer las expectativas actuales de calidad y atención personalizada.
- Ofrecer servicios de salud integrados y accesibles.
- Garantizar sostenibilidad económica y confianza institucional.
- Incorporar progresivamente elementos de atención remota o digital.

Además, su legado comunitario y su posicionamiento histórico como un hospital con enfoque social representan una ventaja competitiva frente a nuevos oferentes del sector privado.

### ***C. Perfil del consumidor***

#### **1. Definición general del perfil del consumidor de servicios de salud**

En el contexto del presente estudio, el consumidor objetivo está representado por las familias residentes en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, que históricamente accedían a servicios del Hospital Divina Providencia o que actualmente enfrentan dificultades para acceder a atención médica oportuna y de calidad.

Se ha seleccionado como unidad de análisis la familia, ya que la atención médica y la toma de decisiones sobre el uso de servicios de salud suelen implicar a varios miembros del núcleo familiar, particularmente en contextos rurales o semiurbanos.

#### **Características demográficas y socioeconómicas esperadas**

##### **Características demográficas**

Las siguientes características reflejan el perfil general de las familias que habitan en Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, y que estarían dentro del universo de usuarios potenciales del hospital:

- **Tamaño del hogar:** Se espera que los hogares tengan entre 4 y 6 miembros, incluyendo niños, adolescentes y adultos mayores.
- **Edad del tomador de decisiones:** Principalmente personas entre 25 y 55 años, jefes de hogar o responsables del cuidado familiar.
- **Dependencia familiar en salud:** Alta proporción de hogares con al menos un miembro en condición de vulnerabilidad médica (niño pequeño, adulto mayor, embarazada o enfermo crónico).
- **Sexo:** Se anticipa una alta participación de mujeres como responsables de decisiones sanitarias, especialmente en temas como pediatría, salud materna y medicamentos.

### Características socioeconómicas

Estas características permiten estimar la capacidad de pago, nivel de educación y estabilidad laboral de la población objetivo:

- **Ingreso familiar mensual:** Se enfocará en hogares con ingresos entre **\$600 y \$900** mensuales, que representan familias trabajadoras de ingresos medios o medio-bajos, que pueden pagar por atención si se les ofrece un balance entre precio y calidad.
- **Condición laboral:** Se prevé una mezcla entre **trabajadores informales y empleados del sector privado**, con baja o nula cobertura médica institucional (ISSS o seguros).
- **Nivel educativo:** Educación básica o media completa. Aunque no siempre tienen formación superior, **valoran la orientación clara y el respeto en la atención médica.**
- **Acceso a servicios actuales:** En su mayoría, estas familias tienen un acceso limitado a servicios de segundo nivel (especialidades), por lo que dependen de unidades de salud saturadas o clínicas privadas costosas.

### Unidad de análisis

La unidad de análisis seleccionada es la familia o el hogar, dado que, en contextos como Santiago Texacuangos y sus municipios vecinos, las decisiones sobre el uso de servicios de salud se toman colectivamente y no de forma individual. Esta elección permite un análisis más representativo del comportamiento de consumo en salud.

## 2. Variables de segmentación

Para una caracterización más precisa, se han definido cuatro categorías principales de segmentación del mercado consumidor:

- Demográficas: edad, sexo, número de miembros por hogar.
- Socioeconómicas: ingreso mensual familiar, ocupación, nivel educativo.
- Geográficas: municipio y distancia al hospital.
- Psicográficas: percepción de calidad, disposición a pagar, comportamiento de uso de servicios.

### Tipologías del consumidor

Con base en las variables anteriores, se han construido tres perfiles de consumidor predominantes:

A. Familias vulnerables cercanas: ingreso bajo (<\$600), viven a <5 km del hospital, tienen niños o adultos mayores. Necesitan atención básica frecuente.

B. Familias trabajadoras intermedias: ingreso medio (\$600–\$900), viven a 5–10 km, requieren servicios de emergencia, ginecología y planificación.

C. Familias rurales dispersas: viven a >10 km, con ingresos variables, acceso precario. Necesitan atención integral o móvil.

### 3. Perfil ideal del consumidor

El perfil de consumidor ideal para el Hospital Divina Providencia es: Familias de Santiago Texacuangos o municipios cercanos, con ingresos entre \$500 y \$900 mensuales, que viven en un radio de hasta 10 km del hospital, y que tienen al menos un integrante vulnerable (niño, embarazada, adulto mayor o paciente crónico).

#### Comportamiento del consumidor de salud

Estas familias priorizan el costo, la cercanía y el trato humano al momento de elegir un centro de salud. Generalmente, acuden al sistema público en situaciones críticas. Valoran mucho la atención personalizada, la rapidez en el servicio y la posibilidad de tener varios servicios en un mismo lugar (consulta, laboratorio, farmacia).

#### Definición del sujeto muestral

El sujeto muestral está compuesto por personas mayores de 18 años, responsables del hogar o que toman decisiones de salud dentro del núcleo familiar, residentes en Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa. Se clasifican según ingreso mensual y lejanía geográfica al hospital.

### D. Segmentación de mercado consumidor

La segmentación de mercado es el proceso de dividir un mercado amplio en grupos más pequeños y específicos, llamados segmentos, que comparten características similares. Estos grupos se basan en criterios como ubicación, demografía, comportamiento de compra, entre otros. Para el presente trabajo se van a considerar la segmentación geográfica, demográfica y socioeconómica.

#### 1. Segmentación geográfica

La segmentación geográfica permite identificar y analizar las características específicas de cada municipio que influirán en la demanda y accesibilidad de los servicios del hospital.

##### 1. Santiago Texacuangos

*Figura 61. Iglesia parroquial de Santiago apóstol, Santiago Texacuangos*



*Fuente: Pagina de Facebook alcaldía San Salvador sur*

- **Ubicación:** Departamento de San Salvador, distrito de San Salvador Sur.

- **Extensión territorial:** 30.5 km<sup>2</sup>.
- **Población estimada (2024):** 20,042 habitantes
- **Altitud:** 787.7 metros sobre el nivel del mar.
- **División administrativa:** 5 cantones y 20 caseríos
- **Economía:** Predomina la agricultura (café, cereales, frutas) y la ganadería.
- **Accesibilidad:** Cuenta con transporte público limitado; algunas rutas de microbuses conectan con San Salvador.

#### Implicaciones para el hospital:

- Proximidad directa al hospital, lo que facilita el acceso para la población.
- Necesidad de servicios médicos generales y especializados debido a la limitada infraestructura de salud local.

## 2. Santo Tomás

*Figura 62. Plaza Santo Tomas, Municipio de Santo Tomas*



*Fuente: Pagina de Facebook alcaldía San Salvador sur*

- **Ubicación:** Departamento de San Salvador, distrito de San Salvador Sur.
- **Extensión territorial:** 24.3 km<sup>2</sup>.
- **Población estimada (2024):** 32,060 habitantes.
- **Altitud:** 700 metros sobre el nivel del mar.
- **División administrativa:** 9 cantones y 2 barrios.
- **Economía:** Agricultura (café, caña de azúcar), comercio y pequeñas industrias.
- **Accesibilidad:** Buena conectividad vial con San Salvador y municipios vecinos.

#### Implicaciones para el hospital:

- Alta densidad poblacional que puede representar una demanda significativa de servicios de salud.
- Posibilidad de establecer programas de salud preventiva y atención primaria.

### 3. Olocuilta

*Figura 63. Tradicional festival de la pupusa, Olocuilta*



*Fuente: Pagina de Facebook alcaldía la paz oeste*

- **Ubicación:** Departamento de La Paz, distrito de La Paz Oeste.
- **Extensión territorial:** 68.4 km<sup>2</sup>.
- **Población estimada (2024):** 30,978 habitantes.
- **Altitud:** 435 metros sobre el nivel del mar.
- **División administrativa:** 13 cantones y 31 caseríos.
- **Economía:** Conocido por su gastronomía, especialmente las pupusas; comercio y servicios.
- **Accesibilidad:** Ubicado sobre la carretera que conecta San Salvador con el aeropuerto, facilitando el transporte.

#### **Implicaciones para el hospital:**

- Población en crecimiento y con necesidades de servicios médicos accesibles.
- Potencial para ofrecer servicios ambulatorios y de emergencia.

#### 4. San Luis Talpa

*Figura 64. Parque de San Luis Talpa*



*Fuente: Pagina de Facebook alcaldía La Paz Oeste*

- **Ubicación:** Departamento de La Paz, distrito de La Paz Oeste.
- **Extensión territorial:** 113.63 km<sup>2</sup>.
- **Población estimada (2024):** 24,031 habitantes
- **Altitud:** 36 metros sobre el nivel del mar.
- **División administrativa:** 10 cantones y 26 caseríos
- **Economía:** Agricultura, pesca y actividades relacionadas con el turismo por su cercanía al océano.
- **Accesibilidad:** Proximidad al Aeropuerto Internacional de El Salvador; presencia de rutas de transporte público.

#### **Implicaciones para el hospital:**

- Necesidad de servicios médicos para trabajadores del aeropuerto y turistas.
- Oportunidad de establecer clínicas móviles o servicios de salud ocupacional.

#### **2. Segmentación socioeconómica**

La segmentación socioeconómica permite identificar los **niveles de ingreso, condiciones laborales, nivel educativo y acceso a servicios básicos** de la población objetivo. Esto es crucial para entender su **capacidad de pago, frecuencia de uso de servicios médicos y acceso efectivo al sistema de salud.**

#### **Objetivo de esta segmentación**

- Establecer los grupos socioeconómicos predominantes en el área de influencia del hospital.

- Identificar qué segmentos tienen mayor necesidad y disposición de usar servicios médicos.
- Permitir el diseño de estrategias diferenciadas de atención y tarifas.
- Servir como base para el diseño del instrumento de encuesta y la propuesta de servicios del hospital.

Tabla 18. Ingreso familiar mensual

Segmento de Ingreso	Rango mensual (USD)	Características
Medio-bajo	\$600–\$749	Ingreso ajustado, prioriza servicios públicos, sin seguro.
Medio	\$750–\$899	Capacidad de pagar servicios de bajo costo, busca calidad.
Medio-alto	≥ \$900	Preferencia por servicios privados o diferenciados.

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte del mercado meta se ubica entre \$600 y \$900 mensuales, lo cual permite establecer precios accesibles y servicios mixtos (subvencionados o con paquetes).

### Condición laboral

La mayoría de la población en los municipios objetivo presenta alta informalidad laboral, lo cual influye directamente en el acceso al sistema de salud. A continuación, se muestra de forma resumida las condiciones coincidentes de cada municipio:

Tabla 19. Condiciones laborales

Condición Laboral	Características
Informal (cuenta propia)	No cuenta con ISSS ni seguro privado. Depende del MINSAL.
Formal precario	Trabaja en empresas pequeñas, pero sin cobertura médica activa.
Empleado público/estable	Tiene ISSS o seguro, pero lo usa solo para enfermedades graves.

Fuente: Elaboración propia

El hospital puede ofrecer una opción más cercana, rápida y personalizada para quienes están desatendidos por el sistema público.

El nivel educativo se relaciona con el uso racional del sistema de salud y la percepción sobre la calidad del servicio. En la zona de estudio, predominan los siguientes niveles:

Tabla 20. Nivel educativo

Nivel educativo	Características clave
Básica completa	Uso del sistema por necesidad. Bajo conocimiento de prevención.
Media (bachillerato)	Demanda información clara, seguimiento y atención oportuna.
Técnica o universitaria	Mayor expectativa de calidad, comparación con clínicas privadas.

Fuente: Elaboración propia

Diseñar una estrategia de educación en salud y prevención es esencial, especialmente para quienes no cuentan con educación superior.

### Acceso a servicios básicos

La situación de servicios básicos refleja condiciones de vida que también inciden en salud.

Tabla 21. Indicadores de servicios básicos

Indicador	Observación en municipios objetivo
Agua potable	Parcial cobertura; algunos cantones con pozo o acarreo.
Energía eléctrica	Acceso medio-alto, especialmente en zonas urbanas.
Saneamiento y recolección	Irregular en zonas rurales o periurbanas.

Fuente: Elaboración propia

La falta de agua o saneamiento adecuado aumenta la incidencia de enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y respiratorias.

Tabla 22. Conclusiones de la segmentación socioeconómica

Segmento	Ingreso (USD)	Perfil laboral	Necesidades clave
Medio-bajo	\$600–\$749	Informal, autoempleo	Atención asequible, consulta general, medicamentos
Medio	\$750–\$899	Empleado precario	Rapidez, diagnóstico, servicios especializados
Medio-alto	≥ \$900	Formal, técnico	Calidad, seguimiento médico, atención diferenciada

Fuente: Elaboración propia

### 3. Segmentación psicográfica

La segmentación psicográfica permite comprender mejor el comportamiento, actitudes, valores, intereses y estilo de vida de los usuarios potenciales del hospital, lo cual es fundamental en proyectos de salud, donde las emociones, percepciones y expectativas influyen fuertemente en la decisión de acudir a un servicio médico.

#### Objetivo de esta segmentación

- Comprender cómo piensan, sienten y actúan los usuarios respecto a los servicios de salud.
- Identificar motivaciones, temores y expectativas que influyen en su decisión de acudir o no a un hospital.

A continuación, se va a considerar las siguientes variables:

*Tabla 23. Variables psicográficas*

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
Preventivos conscientes	Personas que buscan servicios médicos periódicamente para prevenir enfermedades, aunque su acceso económico sea limitado.
Reactivos por necesidad	Solo buscan atención cuando hay una emergencia o enfermedad grave, generalmente por barreras económicas o culturales.
Desconfiados del sistema	Han tenido malas experiencias en hospitales públicos, y buscan atención que garantice trato humano, calidad y respeto.

*Fuente: Elaboración propia*

La mayoría de la población objetivo se encuentra entre los reactivos y desconfiados.

*Tabla 24. Motivaciones de uso de servicios de salud*

<b>Motivador</b>	<b>Explicación</b>
Rapidez en la atención	Valoran ser atendidos sin largas filas ni citas diferidas.
Trato humano y digno	Esperan respeto, amabilidad y sensibilidad del personal de salud.
Accesibilidad económica	Buscan servicios de calidad a precios razonables o ajustados a su ingreso.
Confianza y seguridad	Prefieren instituciones con buena reputación o recomendaciones comunitarias.

*Fuente: Elaboración propia*

Tabla 25. Percepción de calidad en salud

Percepción positiva	Percepción negativa
Infraestructura limpia y segura	Instalaciones en mal estado
Personal capacitado y respetuoso	Maltrato o indiferencia del personal
Diagnósticos acertados y tratamientos eficaces	Diagnósticos errados, pérdida de tiempo

Fuente: Elaboración propia

Para la reapertura del Hospital Divina Providencia será crucial reforzar la percepción positiva, especialmente a través del primer contacto: la recepción, enfermería y consulta médica general.

Tabla 26. Estilos de vida y prioridades

Estilo de vida	Descripción
Familias tradicionales	Hogares multigeneracionales donde la decisión de acudir al médico se toma en conjunto.
Trabajadores informales activos	Personas que deben equilibrar trabajo diario con salud, y prefieren consultas rápidas fuera de horarios laborales.
Adultos mayores y cuidadores	Hogares donde la prioridad es cuidar de niños pequeños o de personas con enfermedades crónicas.

Fuente: Elaboración propia

### Principales perfiles psicográficos identificados

Tabla 27. Perfiles psicográficos encontrados

Perfil	Características principales	Necesidades específicas
El cuidador responsable	Mujer u hombre adulto, jefe de hogar, toma decisiones de salud para su familia	Atención pediátrica, control de enfermedades crónicas, accesibilidad
El trabajador ocupado	Hombre o mujer entre 25–45 años, trabaja en comercio informal o servicios	Consultas rápidas, horarios extendidos, precios accesibles
El usuario desconfiado	Adulto que ha tenido malas experiencias previas en salud pública	Atención humanizada, seguridad en diagnóstico, trato respetuoso

Fuente: Elaboración propia

La población objetivo para el Hospital Divina Providencia no solo tiene necesidades médicas básicas, sino también altas expectativas emocionales:

- Exigen respeto, dignidad y rapidez.
- Buscan costos accesibles, pero no a costa de la calidad.
- Prefieren hospitales que proyecten confianza, limpieza, orden y eficiencia.

Esta segmentación permitirá definir una propuesta de valor emocional y racional para el hospital, crucial para atraer y fidelizar pacientes.

## ***E. Técnicas e instrumentos de recolección de información***

### **Tipo de información requerida**

El estudio del mercado consumidor requiere recolectar datos primarios que permitan caracterizar de forma precisa las necesidades, percepciones, comportamientos y condiciones socioeconómicas de los hogares potencialmente usuarios del Hospital Divina Providencia.

#### **1. Técnicas de recolección de datos**

Para la recolección de información primaria se utilizará la siguiente técnica:

##### **a) Encuesta estructurada a hogares**

Una encuesta es un método de investigación cuantitativa que permite recopilar información mediante un cuestionario previamente diseñado, aplicado sin alterar el entorno ni el fenómeno estudiado. Los datos obtenidos pueden presentarse en forma de tablas, gráficos o análisis escritos (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014).

- Es la principal herramienta para recolectar datos cuantitativos.
- Se aplicará a una muestra de personas mayores de 18 años responsables del hogar, clasificadas por nivel de ingresos y distancia al hospital.
- Permitirá obtener datos sobre: uso actual de servicios de salud, frecuencia, percepción de calidad, disposición a pagar, necesidades específicas, etc.

## **ENCUESTA FAMILIAR - ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA REAPERTURA DEL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA**

Instrucciones: Por favor, responda esta encuesta representando a su grupo familiar. Las respuestas serán utilizadas exclusivamente para fines académicos en el marco del estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.

### **SECCIÓN I: Datos generales del grupo familiar**

En esta sección se espera recolectar, datos primarios de ubicación, ingresos, integrantes por familia y la ocupación de los jefes de hogar.

#### **1. Municipio de residencia:**

Santiago Texacuangos

Santo Tomás

Olocuilta

San Luis Talpa

**2. Número de integrantes del hogar:** \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuántos hombres forman parte del hogar?** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuántas mujeres forman parte del hogar?** \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuántos niños menores de 12 años viven en el hogar?** \_\_\_\_\_

**6. ¿Cuántos adultos mayores de 60 años viven en el hogar?** \_\_\_\_\_

**7. ¿Cuál es la principal ocupación del jefe de hogar?**

Empleado público

Empleado privado

Comerciante

Agricultor

Ama de casa

Otro: \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado del hogar?**

Menos de \$250

\$250–\$365

\$365–\$500

Más de \$500

## **SECCIÓN II: Acceso actual a servicios de salud**

La siguiente sección comprende de una serie de interrogante que buscan conocer, cual es el acceso actual de los hogares de los distritos de Santiago Texacuangos, Olocuilta, San Luis Talpa y Santo Tomas.

### **9. ¿A dónde acude su familia cuando necesita atención médica?**

- Unidad de salud
- Hospital público
- Clínica privada
- Farmacia
- Consulta informal
- Hospital privado

### **10. ¿Cuáles considera usted han sido las principales dificultades para recibir atención médica en los últimos 12 meses? (puede escoger más de una)**

- Tiempos de espera muy largos
- Costos elevados de consulta y medicamentos
- Dificultad para conseguir citas médicas
- Largas distancias o problemas de transporte
- Trato inadecuado o poco empático por parte del personal
- Horarios de atención limitados o poco accesibles
- Otro

### **11. ¿Con qué frecuencia algún miembro de su familia necesita servicios médicos?**

- Semanalmente
- Al menos una vez al mes
- Cada 2 a 3 meses
- Solo en casos de urgencia
- Rara vez

### **12. ¿Cuándo en su hogar necesitan realizarse exámenes de laboratorio, por cuál de los siguientes lugares optan para realizarlos?**

- Unidad de Salud
- Hospital público (ej. Rosales, Zacamil, San Bartolo, etc.)
- Clínicas privadas
- Laboratorios privados independientes
- Hospital o clínica privada con laboratorio incluido
- Farmacias con servicio de laboratorio
- No realizan exámenes por falta de recursos

**13. ¿Por qué elige ese lugar para hacerse los exámenes?**

- Precio accesible
- Confianza en el servicio
- Rapidez en la entrega de resultados
- Cercanía a la vivienda
- Recomendación médica
- Otro

**14. ¿Qué horarios de atención son de su preferencia para una consulta?**

- De 8:00AM a 12:00PM
- De 1:00PM a 6:00PM
- Las 24 horas del día

**15. ¿Qué servicios especializados considera usted importantes? (escoger por lo menos 3)**

- Medicina general
- Pediatría
- Ginecología
- Emergencias
- Cirugías
- Exámenes de laboratorio
- Ultrasonografías
- Rayos X
- Salud mental
- Salud ocupacional

**SECCIÓN DE COSTOS DE SERVICIOS****15A. ¿Cuánto pago la última vez por una Consulta General?**

- \$6 a \$10
- \$10 a \$14
- \$14 a \$18
- \$18 a \$22
- Mas de \$22
- Otro

**15B. ¿Cuánto pagaría por una consulta de Pediatría?**

- \$10 a \$12
- \$12 a \$14
- \$14 a \$16
- \$16 a \$18
- Mas de \$18

Otro

**15C. ¿Cuánto pago la última vez por una consulta de Ginecología?**

- \$10 a \$15
- \$15 a \$20
- \$20 a \$25
- Mas de \$25
- Otro

**15D. ¿Cuánto pagaría usted por una emergencia?**

- \$10 a \$15
- \$15 a \$20
- \$20 a \$25
- Mas de \$25
- Otro

**15E. ¿Cuánto pagaría usted por una cirugía?**

- \$90 a \$150
- \$150 a \$300
- \$300 a \$450
- \$450 a \$600
- Mas de \$600
- Otro

**15F. ¿Cuánto pago la última vez por exámenes de laboratorio?**

- \$5 a \$10
- \$10 a \$15
- \$15 a \$20
- \$20 a \$25
- Mas de \$25
- Otro

**15G. ¿Cuánto pagaría usted por una ultrasonografía?**

- \$5 a \$10
- \$10 a \$15
- \$15 a \$20
- \$20 a \$25
- Mas de \$25
- Otro

**15H. ¿Cuánto pagaría usted por rayos X?**

- \$9 a \$18
- \$18 a \$27
- \$27 a \$36
- \$36 a \$45
- Mas de \$45
- Otro

**15I. ¿Cuánto pagaría por una consulta de salud mental?**

- \$5 a \$8
- \$8 a \$16
- \$16 a \$24
- Mas de \$25
- Otro

**15J. ¿Cuánto pagaría usted por una consulta de salud ocupacional?**

- \$5 a \$10
- \$10 a \$15
- \$15 a \$20
- \$20 a \$25
- Mas de \$25
- Otro

**SECCIÓN III: Opinión sobre el Hospital Divina Providencia**

Sección donde se consulta sobre si el encuestado conoce el Hospital Divina Providencia.

**16. ¿Conoce o ha escuchado sobre el Hospital Divina Providencia?**

- Sí
- No

**17. ¿Algún miembro de su familia recibió atención médica en dicho hospital antes de su cierre?**

- Sí
- No

**18. ¿Qué servicios le brindaron?**

- Medicina general
- Pediatría
- Ginecología
- Emergencias
- Cirugías
- Exámenes de laboratorio

- Ultrasonografías
- Rayos X
- Salud mental
- Salud ocupacional

**19. Como calificaría en una escala del 1 al 5 el servicio que le fue brindado en el Hospital Divina providencia donde 1 es MUY INSATISFECHO y 5 es MUY SATISFECHO**

- 1. Muy insatisfecho
- 2. Poco insatisfecho
- 3. Poco satisfecho
- 4. Satisfecho
- 5. Muy satisfecho

**20. Para usted, ¿Cuáles considera que son las características de un buen servicio hospitalario?**

- Trato amable y respetuoso por parte del personal de salud
- Rapidez en la atención médica
- Diagnóstico preciso y tratamiento adecuado
- Limpieza e higiene en las instalaciones
- Disponibilidad de medicamentos y exámenes
- Equipos médicos modernos y en buen estado
- Costos accesibles
- Accesibilidad (cerca de casa o fácil de llegar)
- Atención las 24 horas
- Tiempo razonable de espera
- Comodidad para el acompañante o familia
- Otro.

**21. Si el hospital apertura de nuevo, ¿estaría dispuesto a llevar a su familia a consulta?**

- Sí
- No
- Tal vez

**22. ¿Qué servicios de salud considera prioritarios para su familia? (escoja los tres más importantes)**

- Medicina general
- Pediatría
- Ginecología
- Emergencias

- Cirugías
- Exámenes de laboratorio
- Ultrasonografías
- Rayos X
- Salud mental
- Salud ocupacional

#### **SECCIÓN IV: Percepciones y expectativas**

Preguntas abiertas para conocer la percepción individual del encuestado

**23. ¿Qué aspectos considera importantes en un hospital para llevar a su familia?**

**24. ¿Qué sugerencias daría para mejorar los servicios del Hospital Divina Providencia?**

#### **SECCIÓN ALTERNATIVA: Si NO conoce el hospital**

Esta sección se aborda si en la pregunta 16 el encuestado responde que NO conoce el hospital divina providencia.

**17A. Si se abriera un hospital con atención médica general, pediatría, ginecología, emergencias y laboratorio a precios accesibles en Santiago Texacuangos, ¿consideraría llevar a su familia?**

- Sí
- No
- Tal vez

**18B. ¿Cuáles serían sus principales motivos para NO utilizar este servicio? (si respondió 'No')**

- Lejanía
- Prefiere el lugar actual al que acude
- Desconfianza en nuevas instituciones
- Otro

**19C. ¿Qué beneficios esperaría de ese nuevo hospital en la zona? (marque hasta 3)**

- Acceso rápido a médicos
- Atención a bajo costo
- Servicios especializados
- Servicio de Emergencias
- Atención respetuosa y digna
- Programas de salud preventiva
- Otra.

## 23D. ¿Qué aspectos considera importantes en un hospital para llevar a su familia?

### F. Muestra

#### 1. Definición del universo

El universo del estudio está constituido por las familias residentes en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, quienes representan el grupo objetivo del estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia. En este caso, se toma como unidad de observación a la persona mayor de 18 años responsable del hogar, ya que es quien generalmente toma decisiones relacionadas con el uso de servicios médicos en la familia.

#### 2. Método de muestreo

Aunque el tamaño de muestra se ha calculado estadísticamente, el método de muestreo será no probabilístico, de tipo intencional o por conveniencia, debido a:

- Limitaciones logísticas para acceder a todos los hogares aleatoriamente.
- La necesidad de priorizar hogares que cumplan con criterios clave como ingresos (\$600–\$900), distancia al hospital ( $\leq 10$  km) y disposición a participar.
- Enfoque exploratorio que busca caracterizar la población objetivo de un servicio de salud específico.

#### Cálculo del Tamaño de la Muestra

Para la presente investigación, cuyo objetivo es realizar un estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia, se considera como población objetivo a un total de 107,111 hogares distribuidos en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa.

#### Fórmula para el cálculo de muestra en poblaciones finitas:

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

Tabla 28. Parámetros para calcular la muestra

N (Población total)	107,111 hogares
Z (Nivel de confianza)	1.96 (95%)
p (Proporción esperada)	0.5
q (1 - p)	0.5
e (Margen de error)	0.05 (5%)

Fuente: Elaboración propia

#### Justificación de parámetros utilizados.

##### Población (N)

La N representa el número total de hogares, que se ubican en los diferentes municipios que conforman el área de influencia del hospital. Para el estudio se considera como

población objetivo el conjunto de hogares que forman parte de los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa.

### Nivel de confianza (Z).

Porque razón se utiliza el 1.96, básicamente se utiliza por ser el valor convencional en investigaciones sociales y de salud ya que ofrece un equilibrio entre confiabilidad y tamaño de muestra razonable.

### Proporción esperada (p).

Cuando no se tiene un estudio previo que indique la proporción real de la población con ciertas características (ej. interés en usar el hospital, disposición a pagar, etc.), se utiliza  $p = 0.5$  para asegurar el tamaño de muestra más conservador (más grande).

### Margen de error (e)

Un margen de error del 5% es un estándar ampliamente aceptado en estudios sociales y de salud pública, ya que permite resultados precisos sin requerir una muestra excesivamente grande.

Con los parámetros establecidos y previamente justificados, se procede a realizar el cálculo de la muestra.

### Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 107,111 * (0.5 * 0.5)}{(0.05)^2 * (107,111 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 382.79 \approx 383$$

### Resultado:

Aplicando la fórmula, se obtiene un tamaño de muestra de 383 hogares, lo cual permitirá obtener resultados representativos para toda la población, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

### Distribución proporcional por municipio

Para la aplicación de la encuesta se realizará una distribución proporcional por cada municipio, para ello es necesario conocer la cantidad de hogares que hay en los municipios de Santiago Texacuangos, Olocuilta, Santo Tomas y San Luis Talpa.

*Tabla 29. Distribución por cada municipio*

Municipio	Número de hogares
Santiago Texacuangos	20,042
Olocuilta	30,978
Santo Tomas	32,060
San Luis Talpa	24,031

*Fuente: Elaboración propia, datos tomados del censo 2024*

A continuación, se realizará el cálculo por municipio, para ello se utilizará la siguiente fórmula:

$$N^{\circ} \text{ de encuestas por municipio} = \frac{n^{\circ} \text{ de hogares del municipio}}{\text{Total de hogares}} \times \text{Tamaño de la muestra}$$

Calculo para el municipio de Santiago Texacuangos

$$N^{\circ} \text{ de encuestas por municipio} = \frac{20,042}{107,111} \times 383 = 71.66 \approx 72 \text{ encuestas}$$

Calculo para el municipio de Santo Tomas

$$N^{\circ} \text{ de encuestas por municipio} = \frac{32,060}{107,111} \times 383 = 114 \text{ encuestas}$$

Calculo para el municipio de San Luis Talpa

$$N^{\circ} \text{ de encuestas por municipio} = \frac{24,031}{107,111} \times 383 = 85.92 \approx 86 \text{ encuestas}$$

Calculo para el municipio de Santiago Olocuilta

$$N^{\circ} \text{ de encuestas por municipio} = \frac{30,978}{107,111} \times 383 = 110.76 \approx 111 \text{ encuestas}$$

## ***G. Resultados y análisis de la investigación de campo***

Continuación se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en los diferentes municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomas, Olocuilta y San Luis Talpa.

### **Resultados**

Los resultados se abordarán uno a uno, mostrando la tendencia de los datos obtenidos apoyados en representaciones gráficas y los análisis por cada pregunta del cuestionario realizada durante las jornadas del mes de abril y mayo del presente año 2025.

### **Tabulación y análisis de información de investigación de campo**

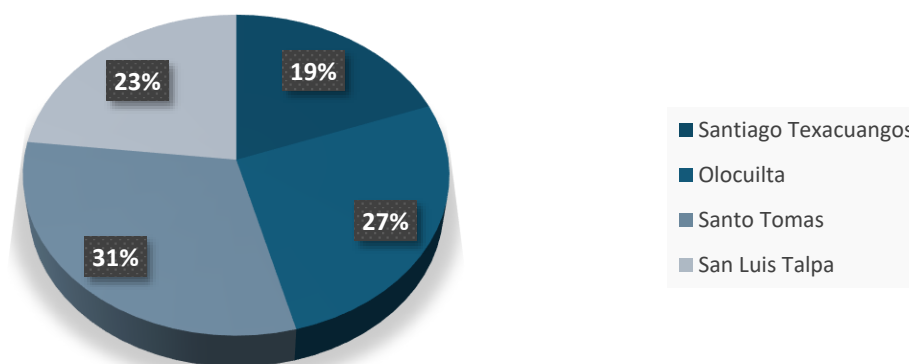
La cuota de encuestas fue de 383 en total en los diferentes municipios aledaños a Santiago Texacuangos, donde el personal del hospital divina providencia expreso tener un buen aflujo de pacientes que visitaban el hospital mientras estaba en funciones.

## 1. Tabulación de encuestas

### SECCIÓN I: Datos generales del grupo familiar

#### 1. ¿Cuál es su municipio de residencia?

Figura 65. Análisis de la interrogante 1 de estudio de mercado

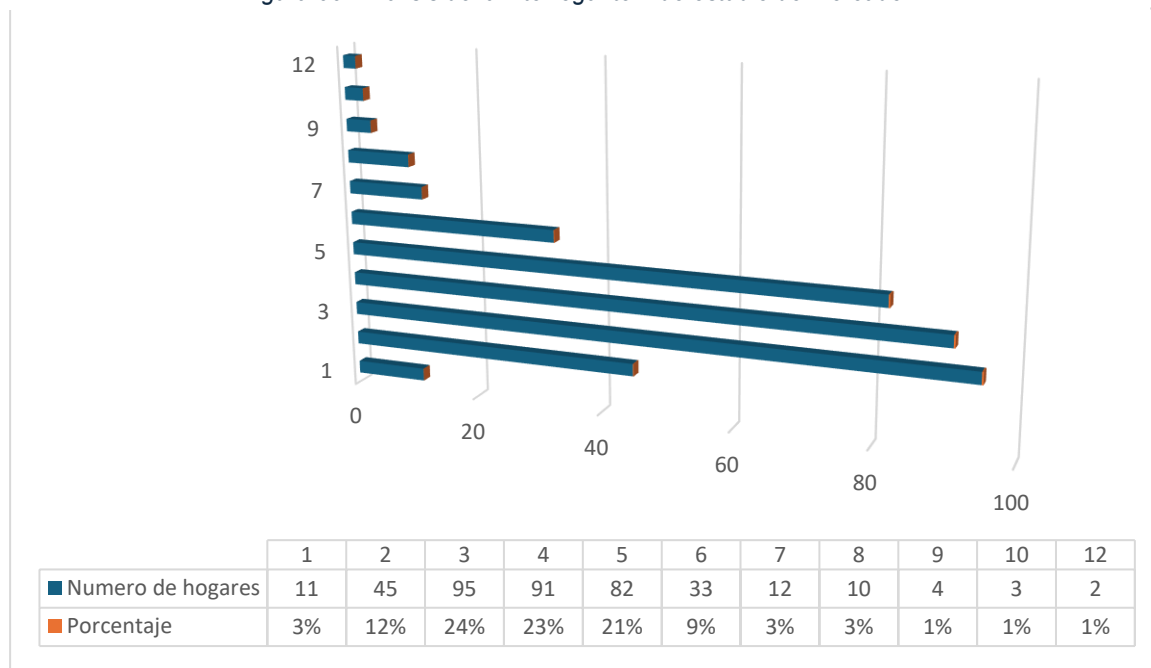


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** En cuanto al análisis de la primera interrogante podemos observar que el mayor porcentaje de población encuestado pertenece al municipio de Santo Tomas. puesto que según datos del censo es donde se concentra mayor población; y no es de extrañar el resultado pues cuando se determinó el número de encuestas de manera proporcional por municipio a encuestar, su resultado fue de 114. Luego le siguen el municipio de Olocuilta con 111, san Luis talpa con 86 y finalmente Santiago Texacuangos con 82.

## 2. ¿Cuál es el número de integrantes del hogar?

Figura 66. Análisis de la interrogante 2 de estudio de mercado

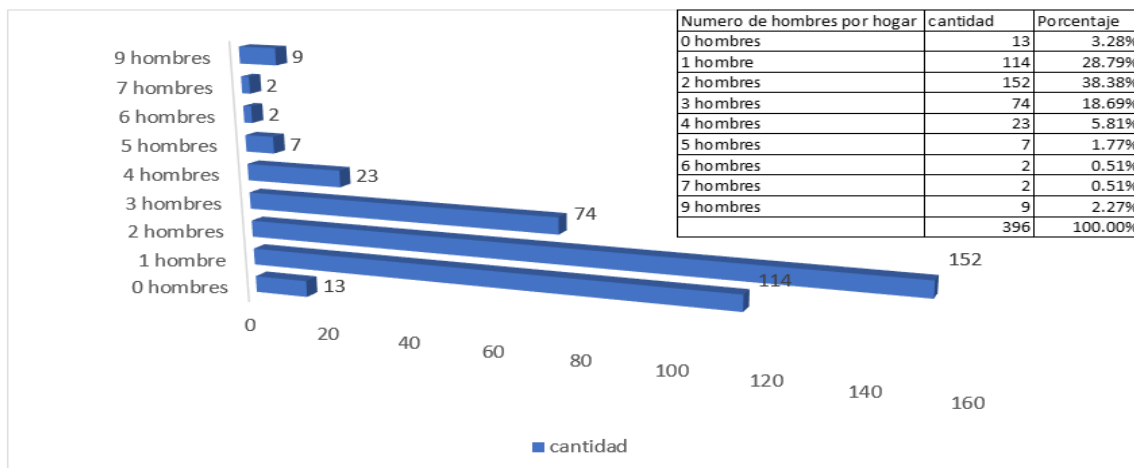


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como se puede observar, inmediatamente se puede identificar la tendencia del número de integrantes por el hogar. Siendo los hogares conformados por 3, 4 y 5 miembros los más representativos. Esto coincide con la reducción de la tasa de natalidad del país en las últimas décadas, donde antes del nuevo siglo; lo más común en los hogares eran familias de más de 10 miembros por hogar de una progenitora. Actualmente El Salvador cuenta con una tasa de natalidad de 1.78 hijos por mujer (según el BCR), por lo que se estima que a nivel de país y claramente los municipios que están bajo estudio del trabajo de grado del hospital divina providencia se verán influenciados. Esto de esto reafirma las tendencias demográficas de envejecimiento poblacional.

### 3. ¿Cuántos hombres forman parte del hogar?

Figura 67. Análisis de la interrogante 3 de estudio de mercado

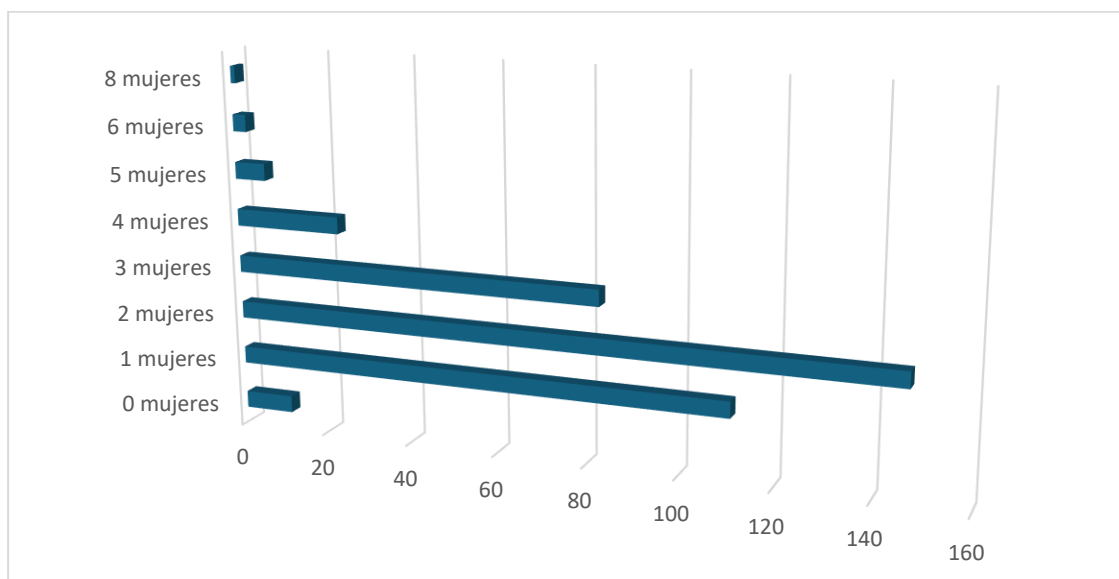


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Según los resultados, el 87.7% de los hogares tienen entre 1 y 3 hombres, lo que sugiere un tamaño familiar promedio y estable en términos de presencia masculina. Sin embargo, si observamos detenidamente, hay un 3.28% donde no se observa presencia masculina por lo que pueden ser hogares monoparentales femeninos. Que generalmente se caracterizan por una condición mayor de vulnerabilidad económica o de acceso a la salud, especialmente en zonas rurales.

### 4. ¿Cuántas mujeres forman parte del hogar?

Figura 68. Análisis de la interrogante 4 de estudio de mercado

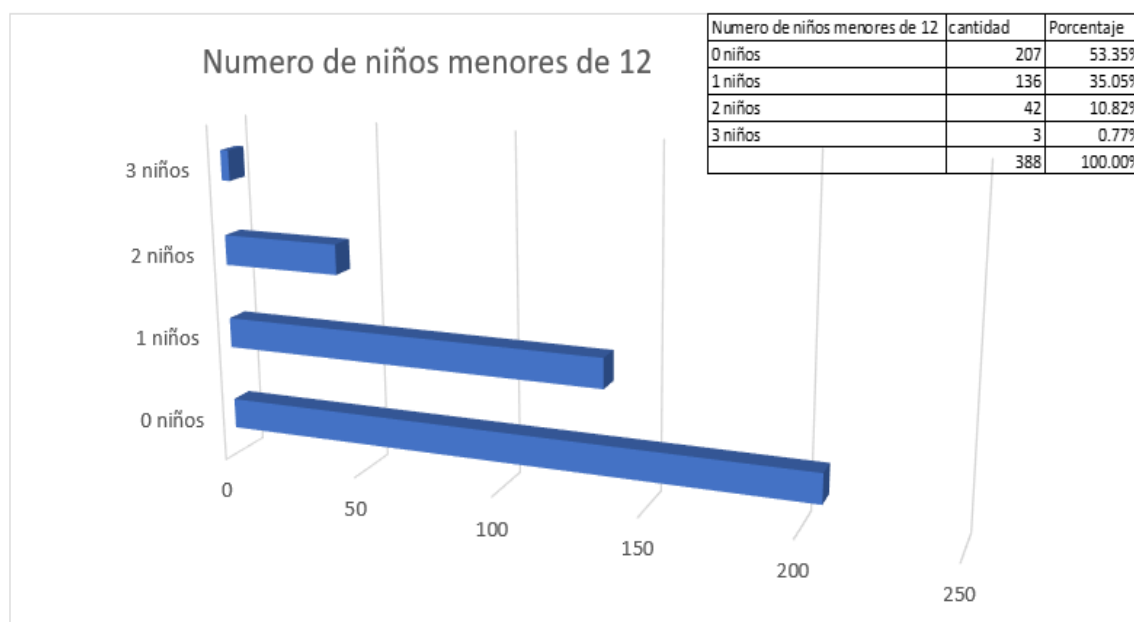


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Al igual que en el análisis anterior, podemos observar que la mayoría de hogares tienen de 1 a 3 mujeres lo que representa el 87.9% de los hogares encuestados. Con un 2.84% tenemos hogares donde no hay presencia del sexo femenino, esto implica que pueden ser hogares conformados por hombres solos o adultos mayores. Que generalmente tienen mayores barreras en salud preventiva; un mayor número de mujeres en los hogares puede significar una oportunidad de clientes potenciales para ciertos servicios que puede brindar el hospital divina providencia.

## 5. ¿Cuántos niños menores de 12 años viven en el hogar?

Figura 69. Análisis de la interrogante 5 de estudio de mercado

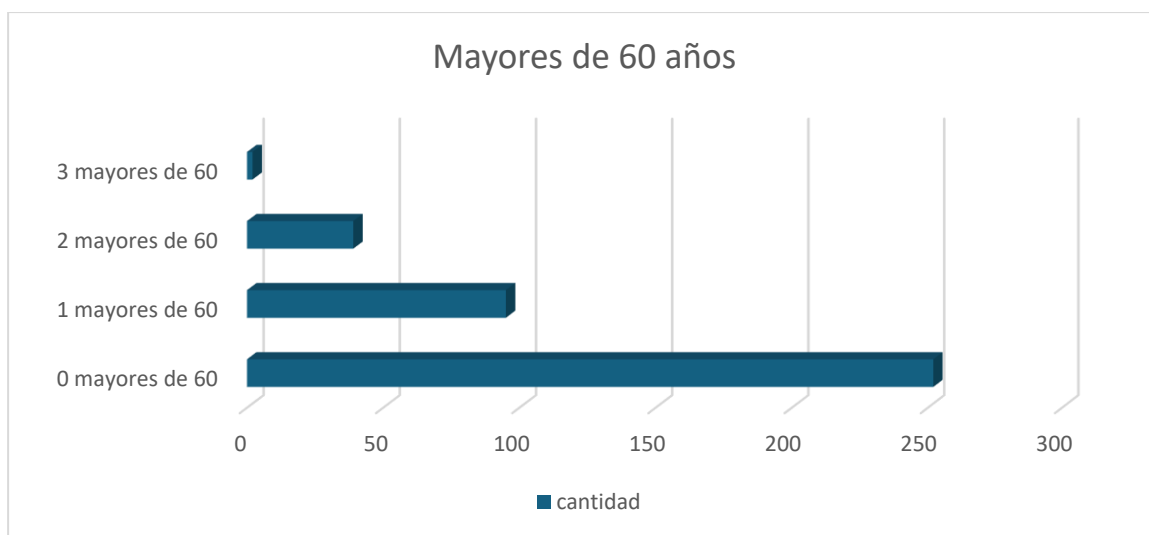


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como se puede apreciar, más de la mitad de los hogares encuestados (53.35%) no tienen hijos menores de 12 años, mientras que el 35.05% tiene solo un hijo y solo 11.59% tienen dos o más. Estas cifras muestran una ocurrencia mínima de jóvenes en la configuración del hogar, insinuando un cambio potencial hacia menos nacimientos o una demografía de edad avanzada. Para el estudio de factibilidad del Hospital Divina providencia, esto significa que, aunque es esencial tener servicios fundamentales de salud infantil, la principal necesidad probablemente será para la atención adulta y de edad avanzada.

## 6. ¿Cuántos adultos mayores de 60 años viven en el hogar?

Figura 70. Análisis de la interrogante 6 de estudio de mercado

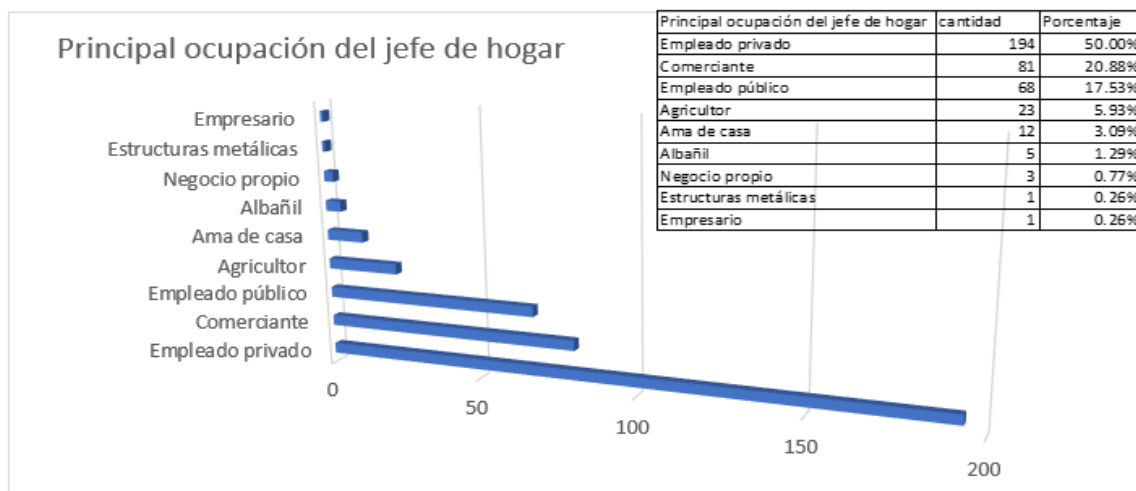


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El 33.8% de los hogares encuestados informan al menos un adulto mayor de 60 años, con 24.2% que tiene uno y 9.6% que vive con dos o más. Aunque la mayoría de los hogares (66.2%) actualmente no tienen los ancianos, la presencia significativa de adultos mayores sugiere una creciente demanda de servicios especializados en salud geriátrica, gestión de enfermedades crónicas y atención continua. Esta información, junto con el bajo porcentaje de hogares con niños, apoya la tendencia de una población que envejece y destaca la necesidad de que el hospital divino incluya áreas de cuidados integrales para adultos mayores en su plan de reapertura.

## 7. ¿Cuál es la principal ocupación del jefe de hogar?

Figura 71. Análisis de la interrogante 7 de estudio de mercado

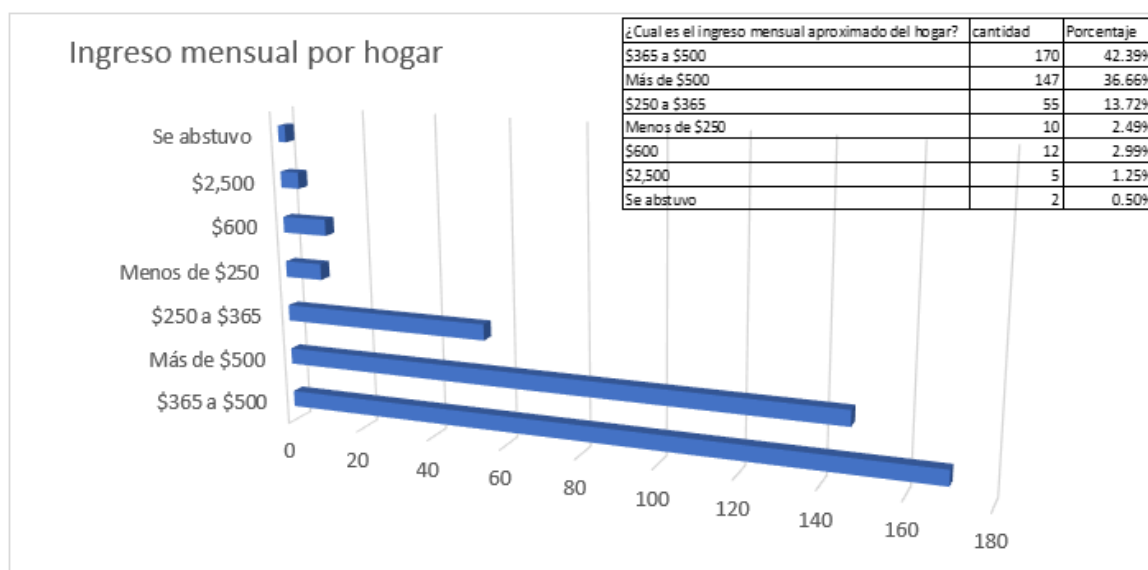


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como podemos observar, la principal ocupación del jefe de hogar en los diferentes distritos es el empleo privado, representando el 50% de los casos, seguido por otra parte del sector que se desempeña en el comercio (20.88%) y empleados públicos (17.53%). Esta estructura laboral nos indica una población económicamente activa con ingresos que principalmente dependen de trabajos formales o semiformales, lo cual tiene implicaciones directas sobre su capacidad de pago y tipo de seguridad social disponible. La baja proporción de agricultores y trabajadores por cuenta propia indica una economía predominantemente urbana o semiurbana. Estos datos son relevantes para el estudio de factibilidad del Hospital Divina Providencia, ya que permiten estimar la capacidad de financiamiento de los servicios médicos, la viabilidad de convenios con empleadores o instituciones públicas, y la necesidad de servicios accesibles para trabajadores asalariados con horarios definidos.

## 8. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado del hogar?

Figura 72. Análisis de la interrogante 8 de estudio de mercado



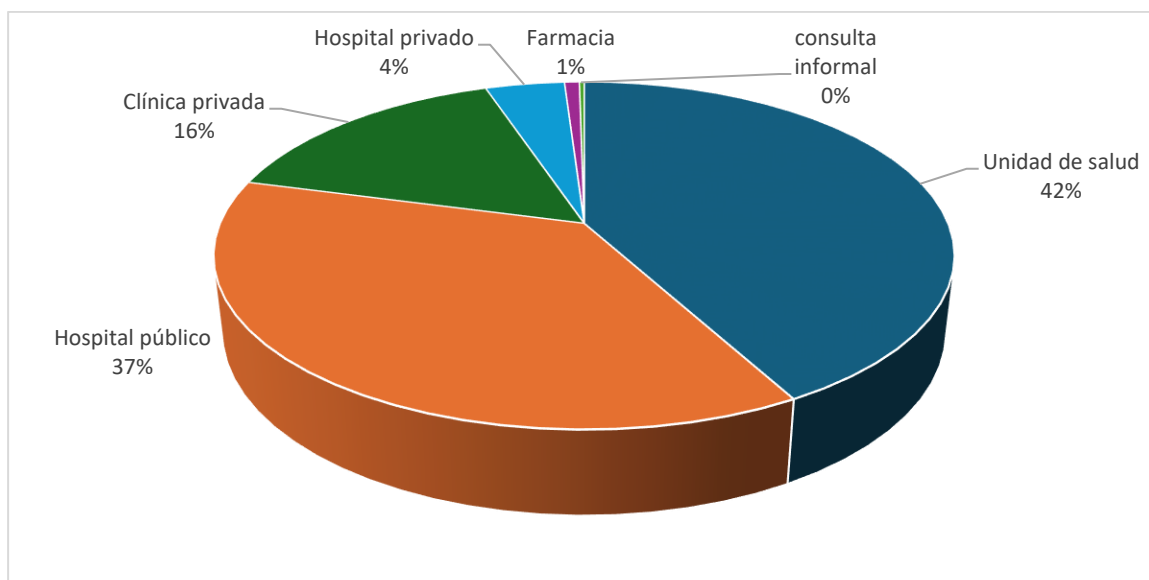
Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como se visualiza, la mayoría de los hogares que fueron encuestados (42.39%) reporta ingresos mensuales entre \$365 y \$500, lo que corresponde al rango cercano al salario mínimo, seguido por un 36.66% con ingresos superiores a \$500. Solo un 16.21% de los hogares vive con menos de \$365, lo que indica una condición económica media-baja, aunque no extrema en la mayoría de los casos. Estos datos son fundamentales para el estudio de factibilidad del Hospital Divina, ya que muestran que, si bien existe una base de hogares con capacidad de pago limitada, también hay un segmento con ingresos relativamente estables que podría acceder a servicios de salud a bajo costo o a través de esquemas mixtos de financiamiento. Esto refuerza la necesidad de proponer un modelo de atención accesible, con tarifas diferenciadas o subsidios, y explorar convenios con instituciones públicas o aseguradoras.

## SECCIÓN II: Acceso actual a servicios de salud

### 9. ¿A dónde acude su familia cuando necesita atención médica?

Figura 73. Análisis de la interrogante 9 de estudio de mercado

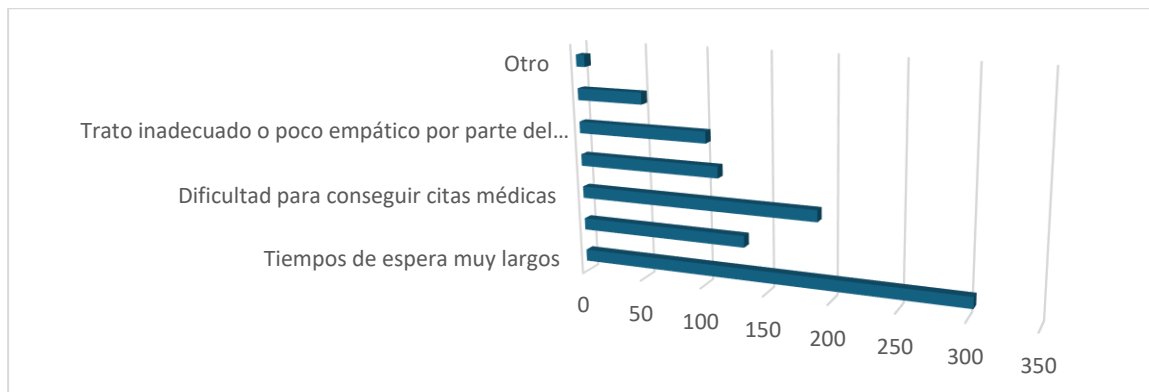


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Del gráfico podemos observar que el 79% de las familias encuestadas busca atención médica en instituciones públicas, principalmente en unidades de salud (42%) y hospitales públicos (37%), lo que evidencia una alta dependencia del sistema público de salud. Solo un 16% recurre a clínicas privadas y un escaso 4% a hospitales privados, lo que confirma que el acceso a servicios privados es limitado, directamente por factores económicos. Estos resultados respaldan la necesidad de reabrir el Hospital Divina Providencia como un centro de salud accesible y eficiente, capaz de desahogar los servicios públicos existentes y de brindar atención médica de calidad a una población que actualmente depende en gran medida del sistema estatal. Además, reflejan una baja utilización de atención informal, lo cual sugiere confianza en servicios institucionalizados, siempre que estén disponibles y sean accesibles.

## 10. ¿Cuáles considera usted han sido las principales dificultades para recibir atención médica en los últimos 12 meses?

Figura 74. Análisis de la interrogante 10 de estudio de mercado

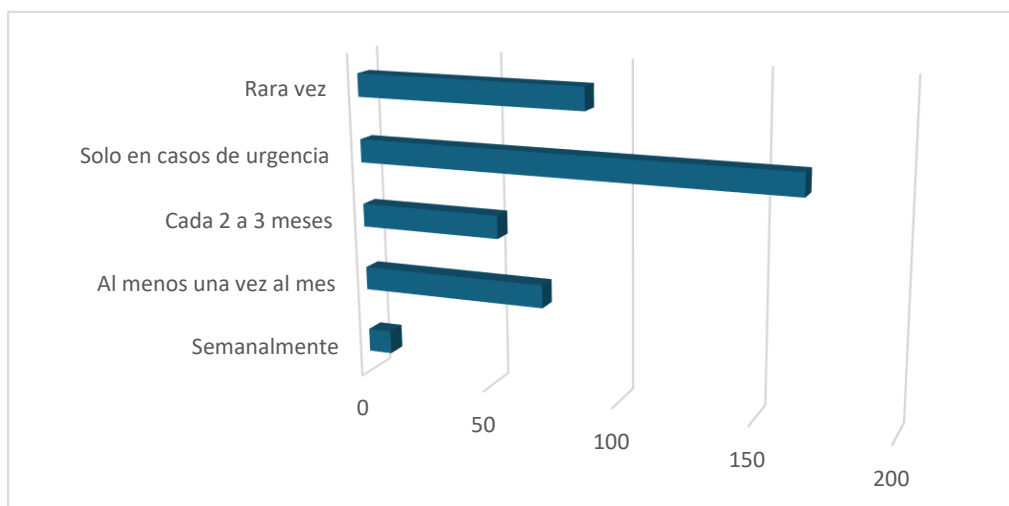


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los resultados reflejan que las principales barreras para recibir atención médica en los últimos 12 meses han sido los tiempos de espera prolongados, los altos costos de consulta y medicamentos, y la dificultad para conseguir citas médicas. Estas dificultades, junto con problemas de transporte y horarios poco accesibles, indican una deficiencia tanto en la cobertura como en la eficiencia del sistema de salud actual. Este panorama evidencia la necesidad de reabrir y reorganizar el Hospital Divina, priorizando un modelo de atención con tiempos de respuesta reducidos, tarifas accesibles, mayor capacidad para agendar citas, y atención empática y oportuna, especialmente para una población con recursos limitados y necesidades crecientes.

## 11. ¿Con qué frecuencia algún miembro de su familia necesita servicios médicos?

Figura 75. Análisis de la interrogante 11 de estudio de mercado

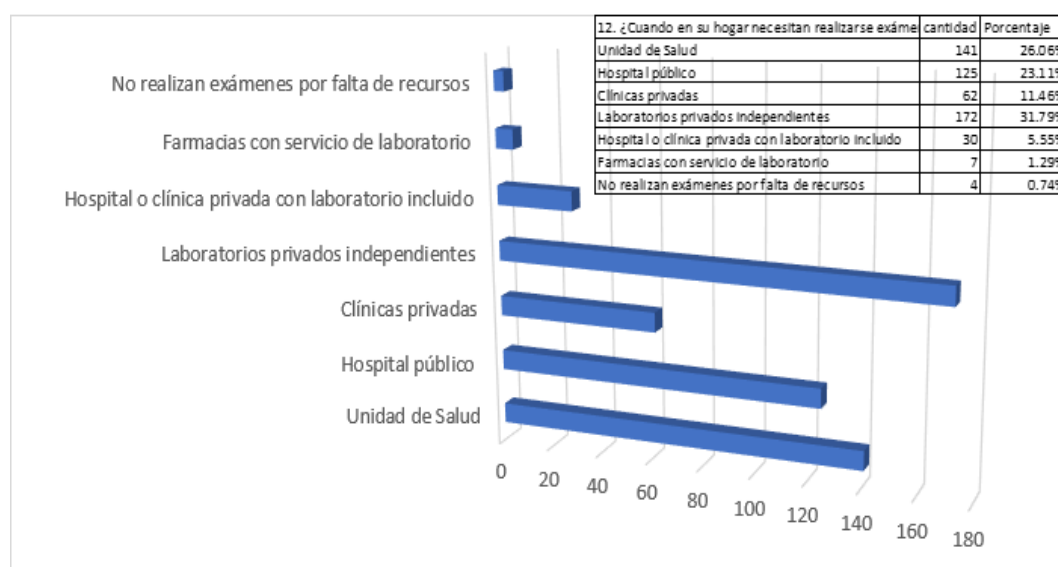


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La mayoría de los hogares encuestados indica que solo acuden a servicios médicos en casos de urgencia, seguido por quienes lo hacen rara vez, lo cual refleja una tendencia hacia el uso reactivo y no preventivo de los servicios de salud. Sin embargo, un grupo importante también reporta necesidad mensual o bimestral de atención, lo que sugiere la existencia de enfermedades crónicas o condiciones que requieren seguimiento. Este patrón destaca la necesidad de un centro de salud local, accesible y eficiente como el Hospital Divina, que promueva una atención médica más preventiva y continua, facilitando el acceso oportuno antes de que las condiciones se agraven y deriven en urgencias.

## 12. ¿Cuándo en su hogar necesitan realizarse exámenes de laboratorio, por cuál de los siguientes lugares optan para realizarlos?

Figura 76. Análisis de la interrogante 12 de estudio de mercado

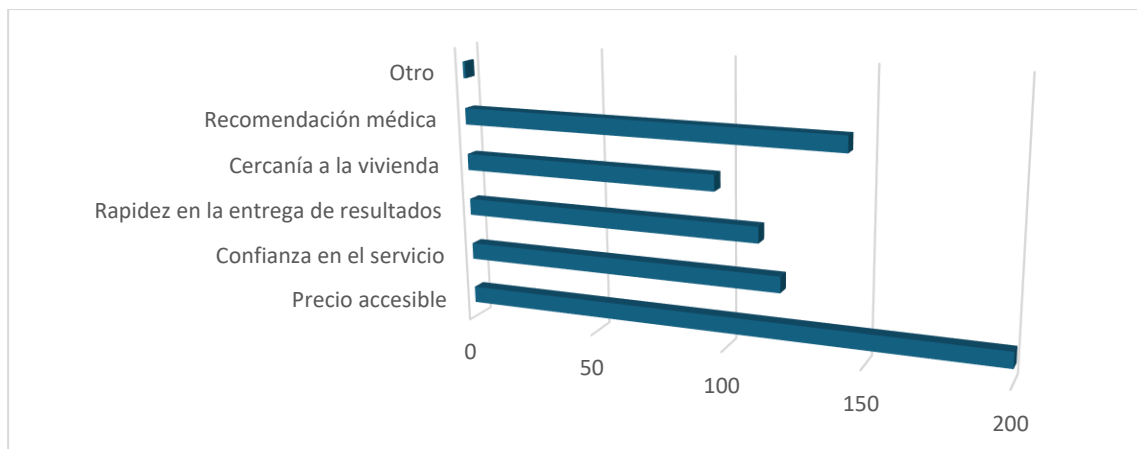


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los resultados muestran que la mayoría de los hogares realiza sus exámenes de laboratorio en instituciones públicas, principalmente en unidades de salud (26.06%) y hospitales públicos (23.11%), evidenciando nuevamente una fuerte dependencia del sistema público del país. Sin embargo, un porcentaje significativo (35%) recurre a opciones privadas, ya sea en laboratorios independientes, clínicas privadas o centros con laboratorio incluido, lo cual refleja una demanda insatisfecha en el sector público, especialmente en tiempos de espera o disponibilidad. La baja proporción de personas que no realiza exámenes por falta de recursos (0.74%) indica que, si bien hay limitaciones económicas, existe disposición a buscar alternativas cuando estas están al alcance. Para el hospital, debería ser importante integrar un laboratorio accesible y eficiente, ya que puede representar un valor agregado clave para la población, facilitando diagnósticos oportunos y descongestionando los centros públicos.

### 13. ¿Por qué elige ese lugar para hacerse los exámenes?

Figura 77. Análisis de la interrogante 13 de estudio de mercado

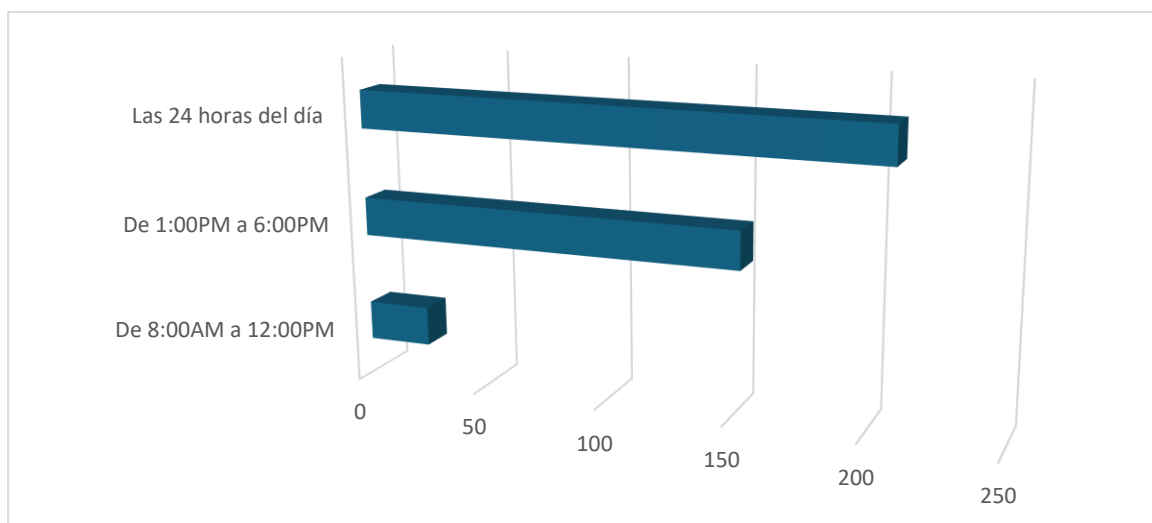


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como puede observarse en la gráfica, la elección del lugar para realizar exámenes de laboratorio está determinada principalmente por el precio accesible (29.76%), seguido de la recomendación médica (21.28%) y la confianza en el servicio (17.86%). Estos factores reflejan que la población prioriza la accesibilidad económica y la percepción de calidad técnica, aunque también valora la rapidez en la entrega de resultados y la proximidad geográfica. Estos hallazgos evidencian que, para el Hospital Divina Providencia, ofrecer servicios de laboratorio asequibles, confiables y eficientes no solo responderá a una necesidad existente, sino que también será un componente estratégico para atraer y retener pacientes dentro del sistema hospitalario, incrementando su competitividad frente a otras alternativas locales.

### 14. ¿Qué horarios de atención son de su preferencia para una consulta?

Figura 78. Análisis de la interrogante 14 de estudio de mercado

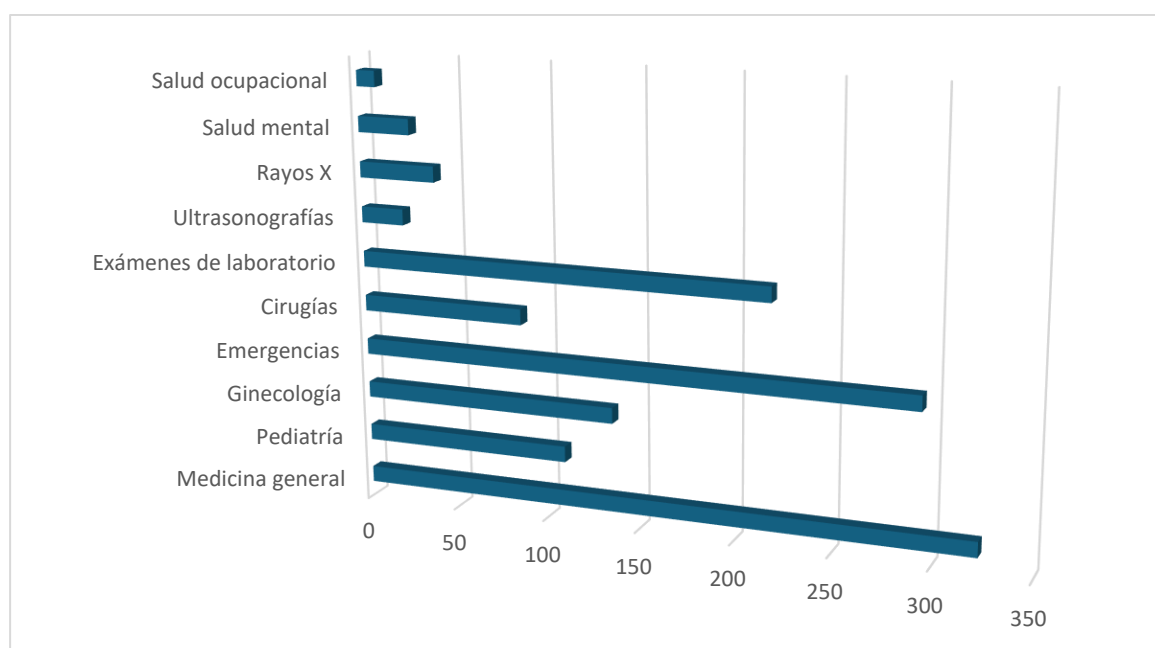


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como se observa en el gráfico, más de la mitad de los encuestados (54.01%) manifestó preferir atención médica disponible las 24 horas del día, lo que revela una clara necesidad de servicios accesibles en cualquier momento, especialmente en casos de emergencia o situaciones laborales que limitan el acceso en horarios convencionales. Asimismo, el 39.53% prefiere la atención vespertina, lo que refuerza la importancia de contar con horarios extendidos más allá de la jornada matutina tradicional. Estos resultados son fundamentales para el estudio de factibilidad del Hospital Divina, ya que justifican la implementación de turnos vespertinos y nocturnos, o un modelo de servicio de atención continua, como estrategia para satisfacer la demanda real de la comunidad y mejorar la oportunidad de acceso.

### 15. ¿Qué servicios especializados considera usted importantes? (escoger por lo menos 3)

Figura 79. Análisis de la interrogante 15 de estudio de mercado



Fuente: Elaboración propia

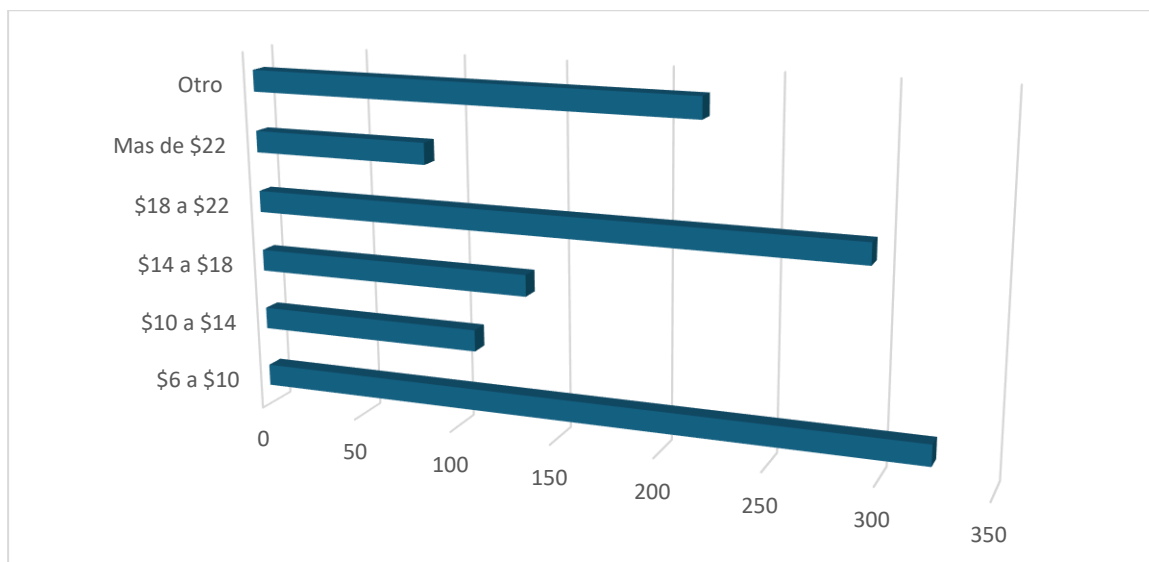
**Análisis:** De acuerdo al gráfico, los servicios más demandados por la población son medicina general (25.41%), atención de emergencias (23.13%) y exámenes de laboratorio (17.23%), lo que refleja una clara necesidad de cobertura básica, diagnósticos oportunos y de respuesta rápida ante problemas de salud. La ginecología (10.7%) y la pediatría (8.65%) también tienen una presencia significativa, en línea con las necesidades de mujeres y familias con niños. Servicios como salud mental, rayos X y ultrasonografías fueron mencionados con menor frecuencia, pero su inclusión sigue siendo importante para una atención integral. Estos datos respaldan la propuesta de que el Hospital Divina debe priorizar un modelo de atención primaria fortalecido, con capacidad de diagnóstico inmediato, servicios de urgencia y cobertura a poblaciones clave como mujeres y niños, sin descuidar la atención especializada complementaria.

## SECCION DE COSTOS DE SERVICIOS

En esta sección, es importante conocer las experiencias de los usuarios respecto a los costos que conllevan los servicios recibidos en otras instituciones de salud o el propio hospital divina providencia. Esto podría figurar un punto de inflexión sobre el costo de los servicios que brindaba el hospital cuando estaba en funciones. Mencionar que esta sección, está directamente ligada con la última interrogante de la sección anterior.

### 15A. ¿Cuánto pago la última vez por una Consulta General?

Figura 80. Análisis de la interrogante 15A de estudio de mercado

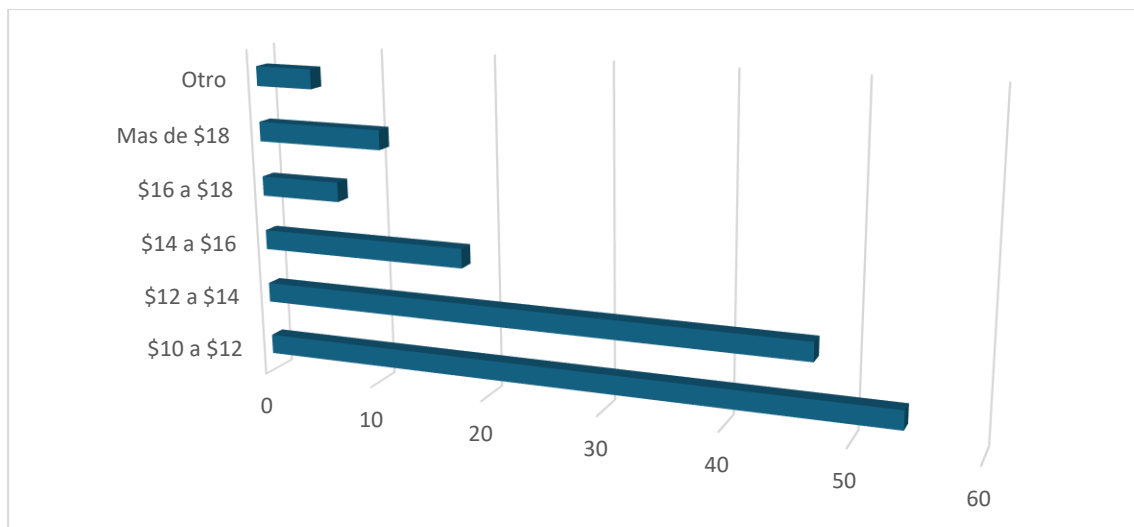


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Como se observa, el gasto más frecuente por una consulta general se encuentra en los rangos de \$6 a \$10 (27.63%) y \$18 a \$22 (25.15%), lo que indica una amplia variabilidad en los costos asumidos por los hogares. Un 18.73% seleccionó la opción "Otro", lo que podría representar consultas gratuitas, descuentos especiales o valores no especificados. Aunque hay un grupo que puede pagar montos superiores, la mayoría de los encuestados se concentra en tarifas por debajo de los \$22, lo cual refleja una sensibilidad importante al precio. Este dato es clave para el estudio de factibilidad del Hospital Divina Providencia, ya que evidencia la necesidad de ofrecer consultas accesibles, idealmente en un rango entre \$10 y \$18, para asegurar cobertura financiera sin comprometer la sostenibilidad del servicio.

### 15B. ¿Cuánto pagaría por una consulta de Pediatría?

Figura 81. Análisis de la interrogante 15B de estudio de mercado

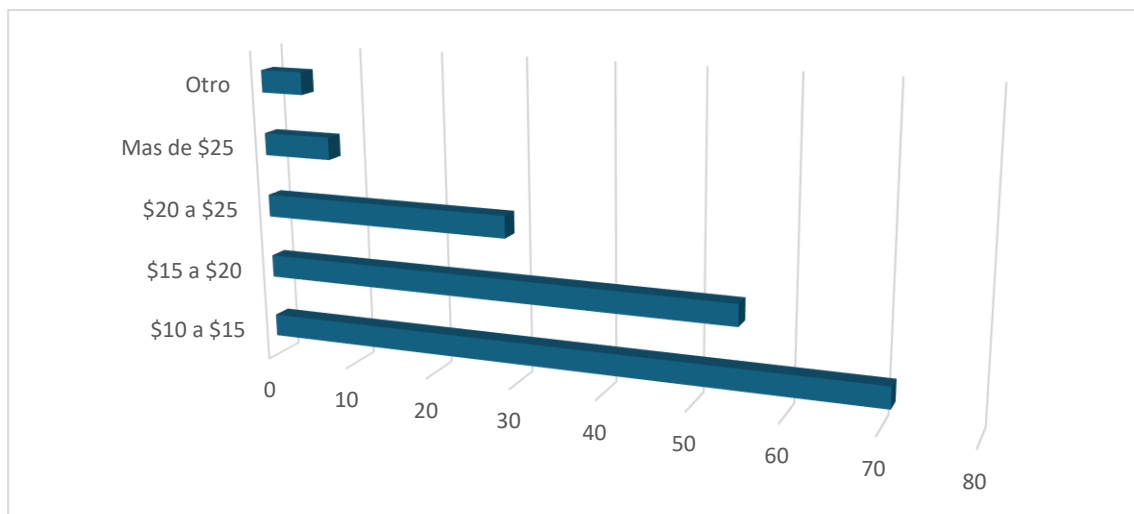


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El 71.13% de los encuestados estaría dispuesto a pagar entre \$10 y \$14 por una consulta pediátrica, lo cual evidencia una alta sensibilidad al precio en servicios para niños. Solo un 12.68% acepta pagar hasta \$16 y apenas el 7.75% pagaría más de \$18. Este patrón refuerza la necesidad de que los servicios pediátricos del Hospital Divina Providencia se ofrezcan a precios accesibles, idealmente dentro del rango de \$10 a \$14, para asegurar cobertura a la población y fomentar el uso preventivo de este servicio, especialmente en un contexto donde los hogares reportan bajos ingresos y alta dependencia del sistema público.

### 15C. ¿Cuánto pago la última vez por una consulta de Ginecología?

Figura 82. Análisis de la interrogante 15C de estudio de mercado

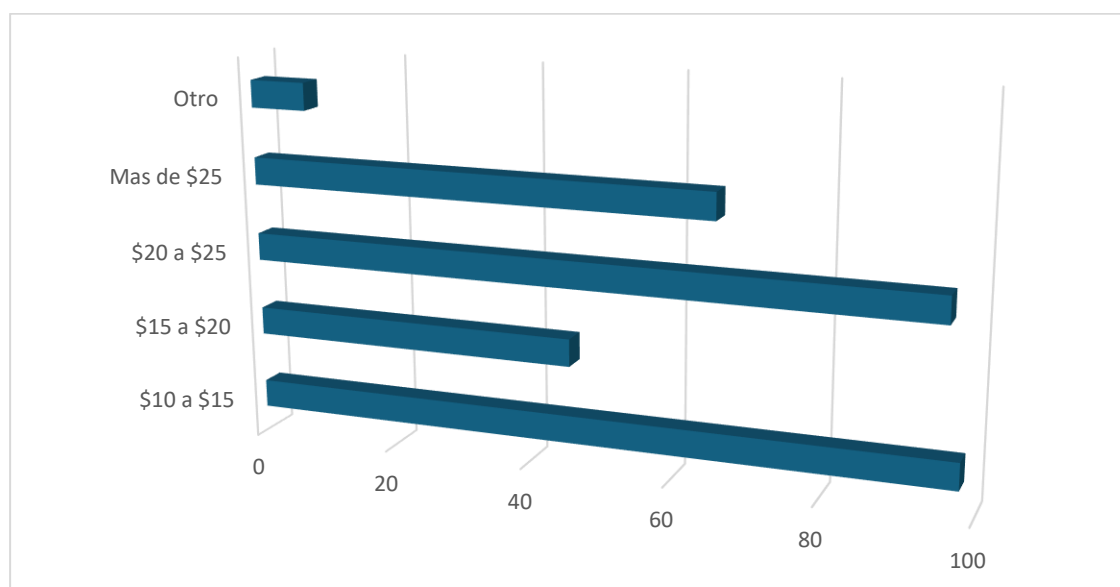


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El 75% de los encuestados manifestó estar dispuesto a pagar entre \$10 y \$20 por una consulta pediátrica, lo que demuestra una clara preferencia por servicios económicamente accesibles, especialmente considerando el contexto de bajos ingresos predominante en la población encuestada. Solo un 4.76% estaría dispuesto a pagar más de \$25. Estos resultados indican que, para que el Hospital Divina Providencia pueda garantizar la inclusión de la población infantil, los precios por consulta pediátrica deben mantenerse dentro del rango de \$10 a \$20, balanceando sostenibilidad institucional con equidad y capacidad de pago familiar.

### 15D. ¿Cuánto pagaría usted por una emergencia?

Figura 83. Análisis de la interrogante 15D de estudio de mercado

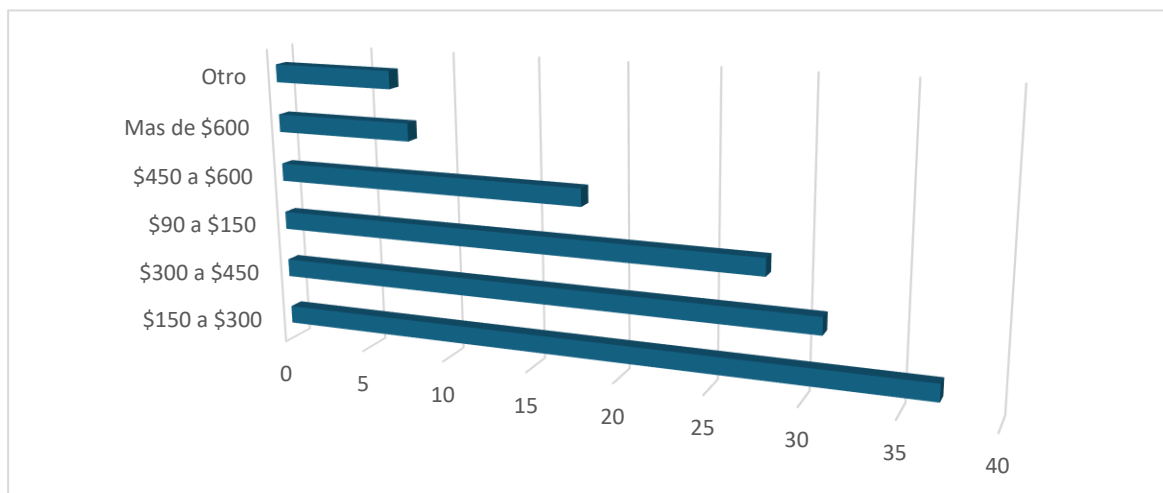


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La mayoría de los encuestados (76.43%) estaría dispuesto a pagar hasta \$25 por atención de emergencia, con los rangos más comunes entre \$10 y \$15 (31.21%) y \$20 a \$25 (30.57%). Un 21.02% aceptaría pagar más de \$25, lo que sugiere que, en situaciones críticas, existe una mayor disposición a invertir económicamente en comparación con consultas generales o pediátricas. Esto indica que, para el Hospital Divina Providencia, ofrecer atención de emergencias con precios escalonados y asequibles, así como posibles subsidios para casos vulnerables, sería una medida clave para garantizar el acceso y sostenibilidad del servicio, sin excluir a la población de bajos ingresos.

### 15E. ¿Cuánto pagaría usted por una cirugía?

Figura 84. Análisis de la interrogante 15D de estudio de mercado

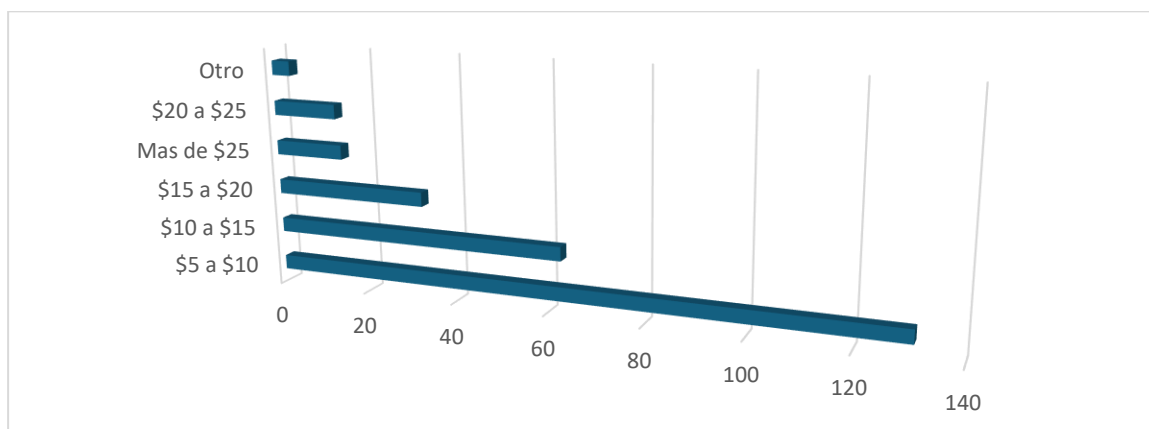


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La mayoría de los encuestados estaría dispuesto a pagar por una cirugía entre \$150 y \$450, con un 28.68% optando por el rango de \$150 a \$300, seguido por un 24.03% para \$300 a \$450, y un 21.71% dispuesto a pagar entre \$90 y \$150. Este patrón evidencia una disposición moderada de gasto para procedimientos quirúrgicos, aunque con claros límites financieros. Solo un pequeño grupo (6.2%) pagaría más de \$600. Para el Hospital Divina providencia, estos datos indican la necesidad de establecer tarifas accesibles o escalonadas para cirugías, e incluso considerar esquemas de financiamiento, convenios con entidades públicas o subsidios, con el fin de garantizar el acceso sin comprometer la sostenibilidad financiera del hospital.

### 15F. ¿Cuánto pago la última vez por exámenes de laboratorio?

Figura 85. Análisis de la interrogante 15F de estudio de mercado



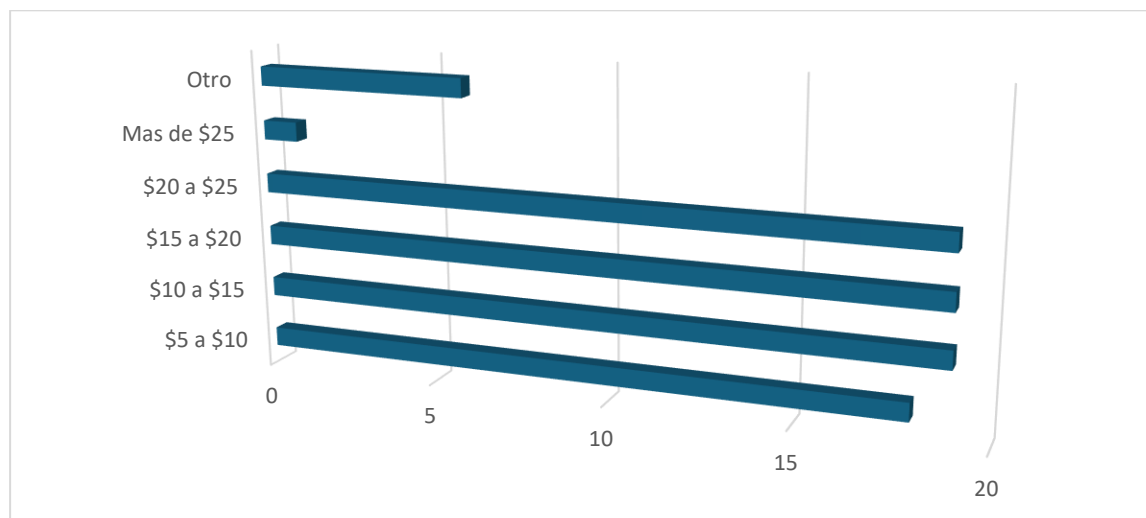
Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Más del 74% de los encuestados pagó entre \$5 y \$15 por exámenes de laboratorio, siendo el rango más común \$5 a \$10 (50.38%), lo que demuestra una alta

sensibilidad al costo en servicios diagnósticos. Solo un 11.15% reportó pagos superiores a \$20. Este patrón indica que los exámenes de laboratorio son percibidos como un servicio de bajo costo, posiblemente porque muchos recurren al sistema público o a laboratorios privados accesibles. Para el Hospital Divina Providencia, esto significa que mantener precios entre \$5 y \$15 para pruebas básicas sería ideal para asegurar accesibilidad masiva y continuidad en la atención, sin excluir a familias con limitaciones económicas.

### 15G. ¿Cuánto pagaría usted por una ultrasonografía?

Figura 86. Análisis de la interrogante 15G de estudio de mercado

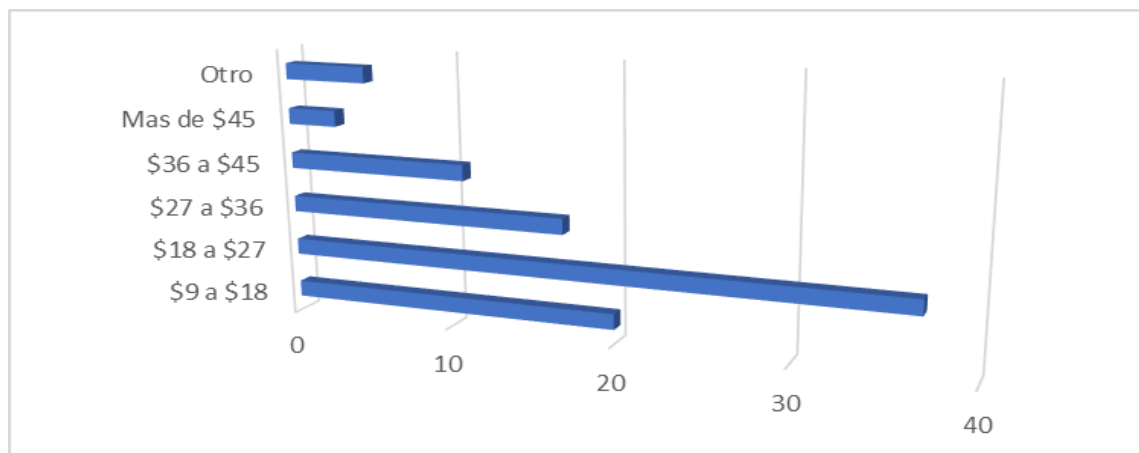


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los resultados muestran una distribución bastante equilibrada entre quienes han pagado entre \$10 y \$25 por exámenes de laboratorio, con cerca del 70% de los encuestados concentrados en los rangos de \$10 a \$25. El rango más económico (\$5 a \$10) fue señalado por el 21.95%, y solo un 1.22% pagó más de \$25. Estos datos sugieren que la población está dispuesta a cubrir este tipo de servicios dentro de un margen de precios accesible y razonable, lo cual es una oportunidad clave para el Hospital Divina Providencia. Establecer tarifas entre \$10 y \$20 garantizaría competitividad y accesibilidad, al mismo tiempo que fortalecería el componente diagnóstico del hospital como un servicio valorado y necesario.

### 15H. ¿Cuánto pagaría usted por rayos X?

Figura 87. Análisis de la interrogante 15H de estudio de mercado

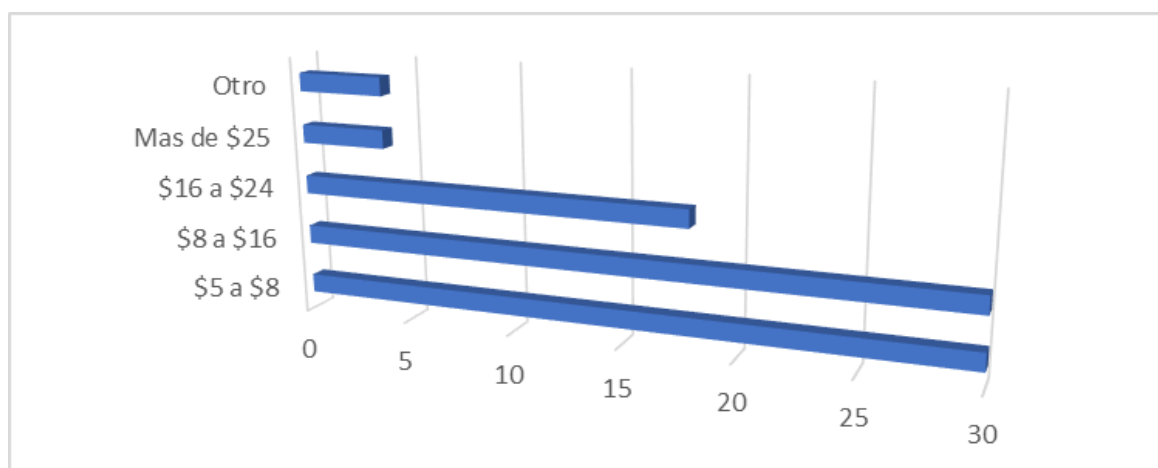


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La mayoría de los encuestados (61.29%) está dispuesta a pagar entre \$9 y \$27 por estudios de rayos X, con un punto medio de preferencia en el rango \$18 a \$27 (39.78%). Aunque hay disposición a pagar montos mayores (hasta \$45), estos casos son pocos. Este resultado refleja una expectativa clara de precios accesibles para servicios de diagnóstico por imagen, especialmente en contextos de atención general y emergencias. Para el Hospital Divina Providencia, establecer una tarifa entre \$18 y \$27 por estudios radiológicos sería percibido como razonable por la mayoría de los usuarios, garantizando acceso y sostenibilidad, además de reforzar la oferta diagnóstica como parte clave de un servicio de salud integral.

### 15I. ¿Cuánto pagaría por una consulta de salud mental?

Figura 88. Análisis de la interrogante 15I de estudio de mercado

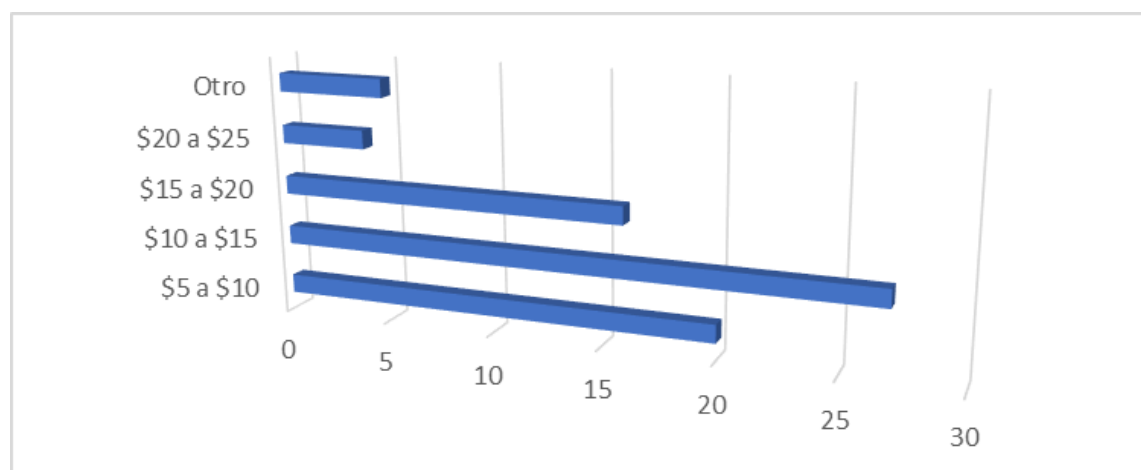


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los resultados indican que el 70% de los encuestados estaría dispuesto a pagar hasta \$16 por una consulta de salud mental, con una distribución equilibrada entre los rangos de \$5 a \$8 y \$8 a \$16. Solo una minoría (9.3%) consideraría pagar más de \$24. Esta información revela una alta sensibilidad al precio en servicios psicológicos o psiquiátricos, lo que puede deberse a la baja cultura de atención en salud mental o a restricciones económicas. Para el Hospital Divina Providencia, incluir consultas de salud mental a un costo accesible entre \$5 y \$16 no solo ampliaría su oferta integral, sino que también facilitaría el acceso a un servicio prioritario, pero frecuentemente subestimado, contribuyendo así al bienestar emocional de la población atendida.

### 15J. ¿Cuánto pagaría usted por una consulta de salud ocupacional?

Figura 89. Análisis de la interrogante 15J de estudio de mercado

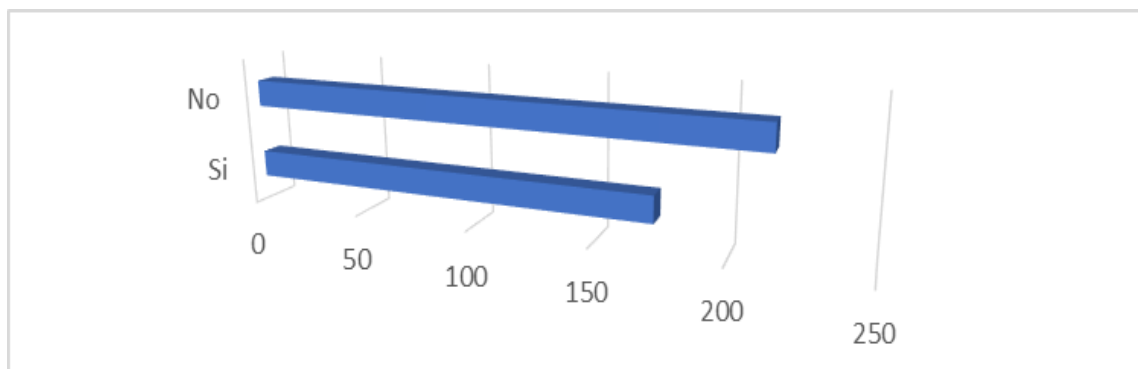


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La mayoría de los encuestados (65.28%) estaría dispuesta a pagar entre \$5 y \$15 por una consulta de salud ocupacional, destacando una fuerte expectativa de precios bajos o moderados para este tipo de servicio, probablemente porque suele ser percibido como parte de requerimientos laborales más que de salud directa. Solo un 5.56% pagaría más de \$20. Este dato sugiere que, si el Hospital Divina Providencia ofrece consultas ocupacionales, debería fijar tarifas preferiblemente dentro del rango de \$10 a \$15, facilitando el acceso para trabajadores y empresas locales que requieran evaluaciones médicas laborales sin generar una carga económica significativa.

## 16. ¿Conoce o ha escuchado sobre el Hospital Divina Providencia ubicado en Santiago Texacuangos?

Figura 90. Análisis de la interrogante 16 de estudio de mercado.

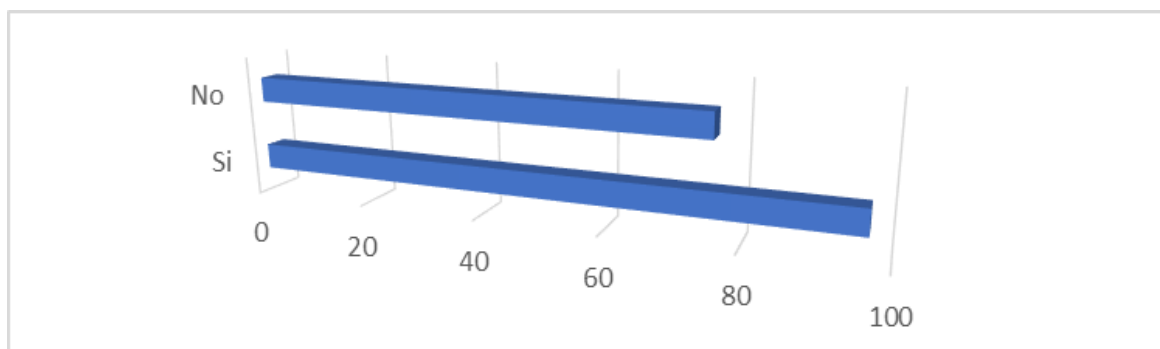


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El 55.41% de los encuestados manifestó no conocer o no haber escuchado sobre el Hospital Divina Providencia, mientras que un 44.59% sí tiene algún grado de conocimiento sobre su existencia. Estos resultados evidencian que, a pesar de su trayectoria en la zona, es necesaria una estrategia para generar una mayor visibilidad.

## 17. ¿Algún miembro de su familia recibió atención médica en dicho hospital antes de su cierre?

Figura 91. Análisis de la interrogante 17 de estudio de mercado

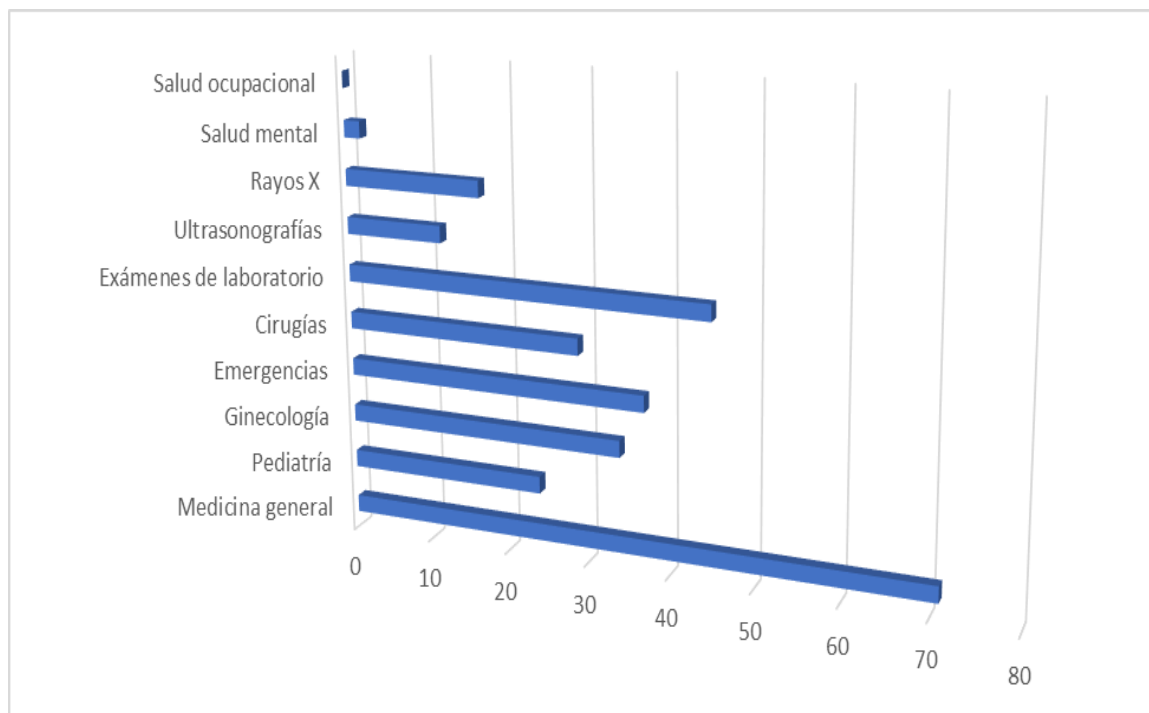


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El 56.07% de los encuestados cuyos hogares conocían el Hospital Divina Providencia indicaron que algún miembro de su familia recibió atención médica en el centro antes de su cierre, lo que confirma que el hospital tuvo un papel relevante en la atención local. Esta experiencia previa constituye un capital de confianza potencial para su reapertura, especialmente si se acompaña de mejoras en infraestructura, calidad y cumplimiento normativo. Estos resultados sugieren que una parte importante de la comunidad ya ha tenido contacto directo con los servicios del hospital y podría estar dispuesta a recuperarlo como opción primaria de atención médica en caso de que vuelva a operar.

## 18. ¿Qué servicios le brindaron?

Figura 92. Análisis de la interrogante 18 de estudio de mercado

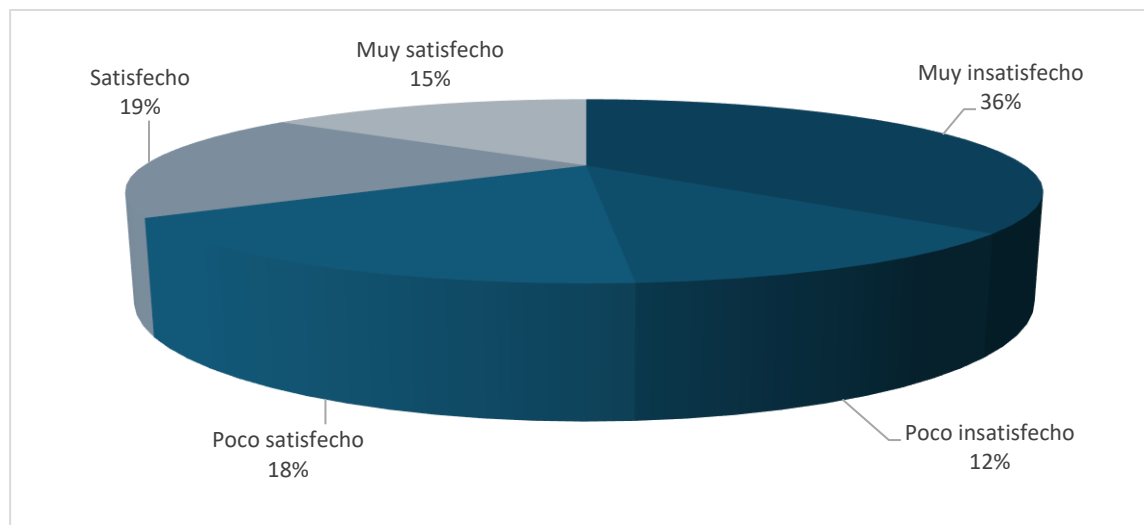


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los servicios más frecuentemente brindados fueron medicina general (26.20%), exámenes de laboratorio (16.61%) y emergencias (13.65%), seguidos por ginecología y cirugías. Esto coincide estrechamente con los servicios que la población considera prioritarios, lo que demuestra una buena correspondencia entre oferta y demanda histórica. Sin embargo, áreas como salud mental y salud ocupacional siguen teniendo una cobertura marginal o inexistente, lo cual representa una oportunidad de mejora para el Hospital Divina si decide diversificar sus servicios. Esta información refuerza la importancia de mantener y fortalecer los servicios ya valorados y utilizados, mientras se desarrollan estrategias para integrar servicios menos demandados pero necesarios, como parte de una atención integral moderna.

**19. Como calificaría en una escala del 1 al 5 el servicio que le fue brindado en el Hospital Divina providencia donde 1 es MUY INSATISFECHO y 5 es MUY SATISFECHO**

*Figura 93. Análisis de la interrogante 19 de estudio de mercado*

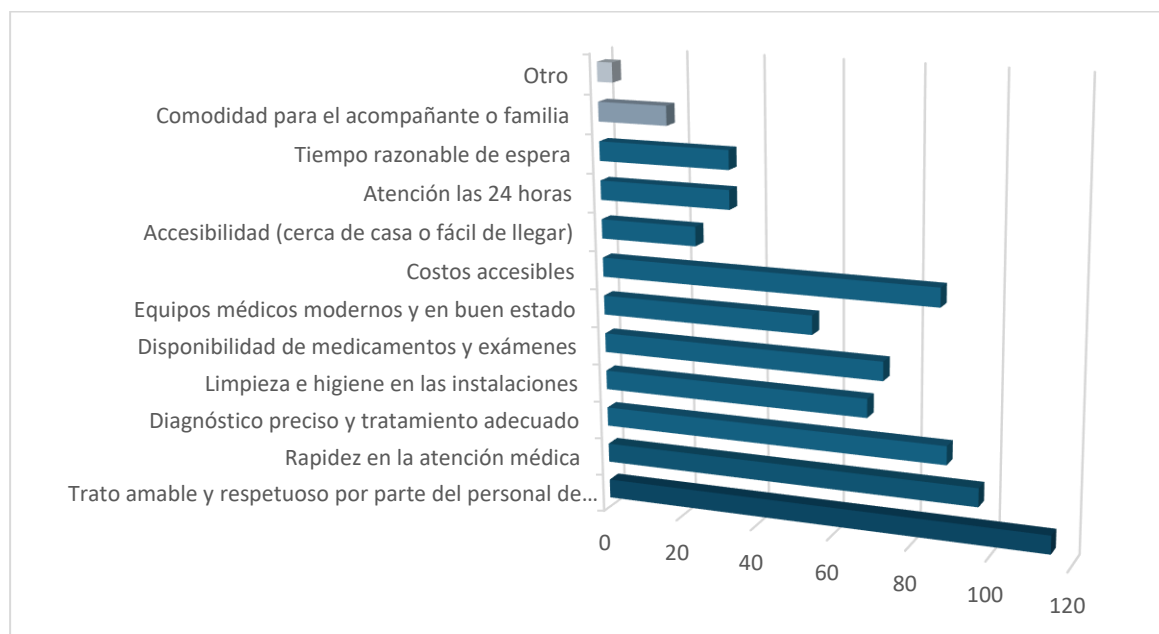


*Fuente: Elaboración propia*

**Análisis:** El nivel de satisfacción general con los servicios del Hospital Divina Providencia antes de su cierre fue moderadamente bajo, con un 48.72% de los usuarios reportando algún grado de insatisfacción (sumando "muy" y "poco insatisfecho"). Solo el 33.84% manifestó estar satisfecho o muy satisfecho, mientras que un 17.44% se ubicó en un punto intermedio. Estos resultados reflejan una percepción crítica del servicio recibido, probablemente relacionada con deficiencias en infraestructura, personal o tiempos de atención, factores previamente mencionados en otros resultados. Para el proceso de reapertura, será fundamental reconstruir la confianza, garantizando mejoras tangibles en calidad, trato, organización y cumplimiento normativo, con un enfoque centrado en el usuario.

## 20. Para usted, ¿Cuáles considera que son las características de un buen servicio hospitalario?

Figura 94. Análisis de la interrogante 20 de estudio de mercado

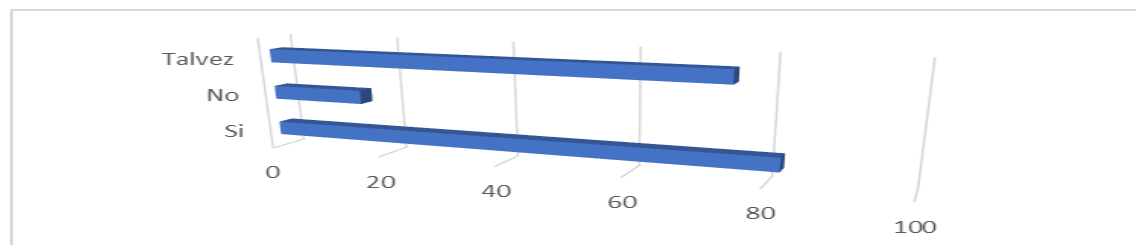


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Las características más valoradas por los usuarios para un buen servicio hospitalario son el trato amable y respetuoso del personal de salud (16.43%), seguido por la rapidez en la atención médica (13.86%), un diagnóstico preciso (12.71%), y costos accesibles (12.43%). También se destaca la importancia de la disponibilidad de medicamentos y exámenes (10.43%) y la limpieza de las instalaciones (9.86%). Estos resultados muestran que más allá de la infraestructura, la calidad humana y operativa del servicio es fundamental para la satisfacción del usuario. Para el Hospital Divina, estos hallazgos orientan directamente los ejes de mejora: fortalecer el trato humanizado, reducir tiempos de espera, garantizar medicamentos y diagnósticos oportunos, y mantener costos bajos, lo cual sería clave para recuperar la confianza y preferencia de la comunidad.

## 21. Si el hospital apertura de nuevo, ¿estaría dispuesto a llevar a su familia a consulta?

Figura 95. Análisis de la interrogante 21 de estudio de mercado

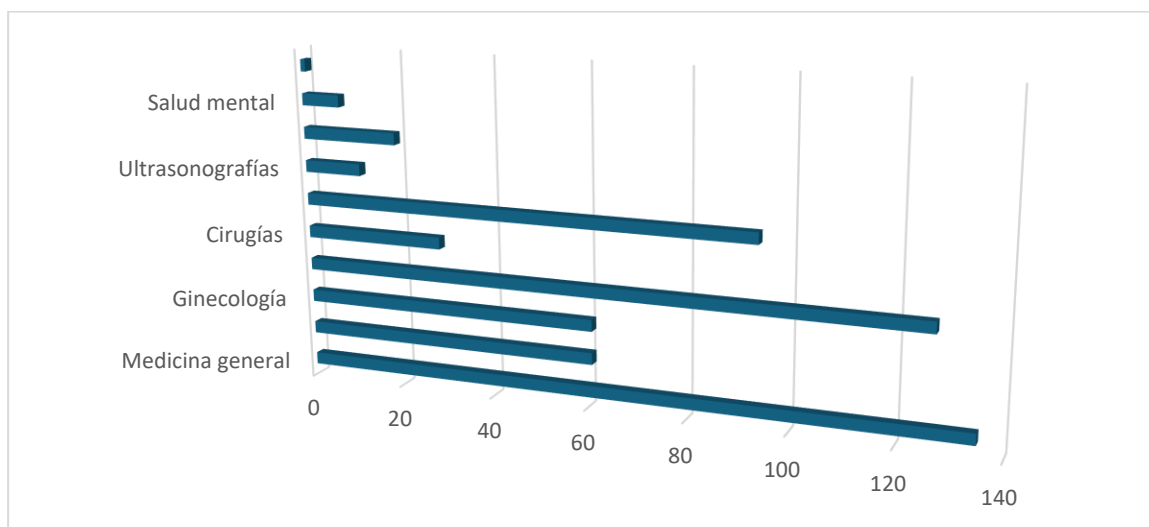


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Un 47.4% de los encuestados se muestra dispuesto a llevar a su familia al Hospital Divina si reabre, mientras que un 43.35% expresa incertidumbre (tal vez) y solo un 9.25% lo rechaza directamente. Esto indica una alta predisposición positiva o potencialmente favorable hacia el hospital, siempre que se realicen mejoras visibles en la calidad del servicio, infraestructura y atención al usuario. La existencia de casi la mitad de la muestra en la categoría “tal vez” sugiere que la confianza aún debe reconstruirse, pero también representa una oportunidad clara para el proyecto, si se comunica correctamente la renovación del hospital y se demuestra compromiso con la mejora, una gran parte de la comunidad podría integrarse como usuaria activa del servicio.

## 22. ¿Qué servicios de salud considera prioritarios para su familia? (escoja los tres más importantes)

Figura 96. Análisis de la interrogante 22 de estudio de mercado



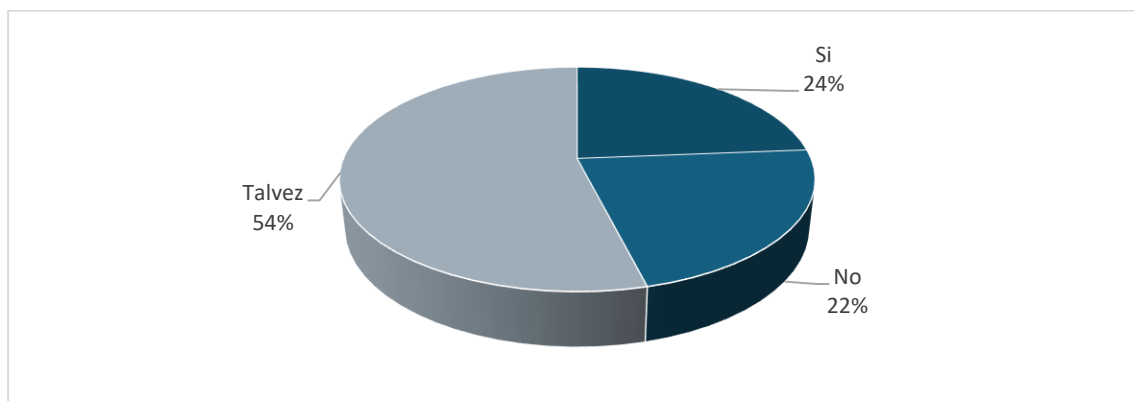
Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** El análisis de los datos de la pregunta 22 revela que los servicios más prioritarios para las familias son la medicina general (24.64%) y las emergencias (23.18%), seguidos por exámenes de laboratorio (17.15%), ginecología y pediatría (11.13% cada uno). Estos resultados destacan la alta demanda de atención médica básica y de diagnóstico, mientras que áreas como salud mental y salud ocupacional reflejan una baja prioridad (1.46% y 0.18%, respectivamente), lo cual representa una oportunidad para fortalecer estos servicios mediante educación y promoción. Estos hallazgos deben ser considerados como ejes clave para la planificación de la reapertura y funcionamiento del Hospital Divina Providencia.

## SECCIÓN ALTERNATIVA: Si NO conoce el hospital

**17A. Si se abriera un hospital con atención médica general, pediatría, ginecología, emergencias y laboratorio a precios accesibles en Santiago Texacuangos, ¿consideraría llevar a su familia?**

Figura 97. Análisis de la interrogante 17A de estudio de mercado

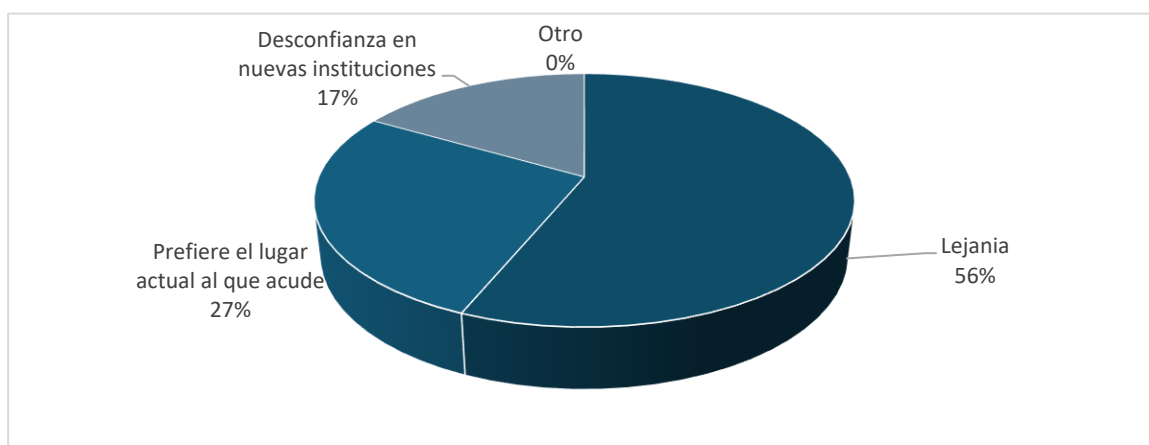


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Un 54% de los encuestados expresó incertidumbre (tal vez) ante la posibilidad de llevar a su familia a un nuevo hospital con atención médica general, pediatría, ginecología, emergencias y laboratorio a precios accesibles, mientras que un 24% lo haría con certeza y un 22% no lo consideraría. Estos resultados indican que, aunque existe una base significativa de aceptación directa (24%), la mitad de la población está dispuesta a considerarlo si se le garantiza que el servicio cumple con estándares de calidad y accesibilidad. Esto resalta la importancia de la confianza y la percepción de calidad y seguridad en la decisión de las familias para utilizar un hospital local, y la necesidad de estrategias de comunicación efectivas para convertir esa incertidumbre en certeza y captación de usuarios.

**18B. ¿Cuáles serían sus principales motivos para NO utilizar este servicio?**

Figura 98. Análisis de la interrogante 18B de estudio de mercado

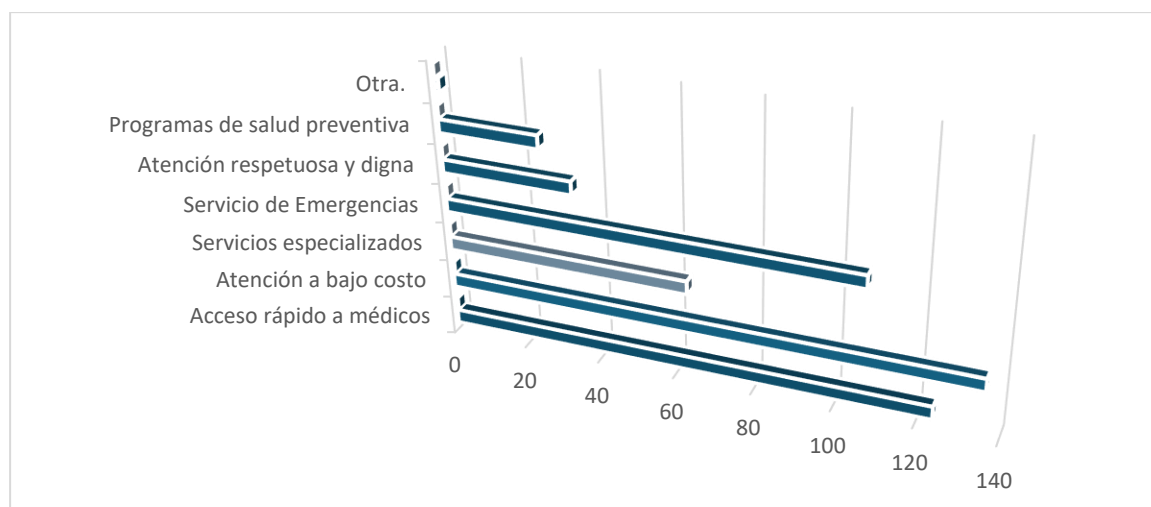


Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** La principal razón para no utilizar el servicio de un nuevo hospital es la lejanía (56.25%), seguida por la preferencia por el lugar actual al que se acude (27.08%) y la desconfianza en nuevas instituciones (16.67%). Esto indica que, aunque un hospital más cercano y accesible podría superar estas barreras, la percepción de cercanía y familiaridad con el proveedor actual sigue siendo fundamental para los usuarios. La baja desconfianza (16.67%) también sugiere que las estrategias de comunicación y confianza institucional podrían mejorar la aceptación de nuevos servicios, pero el factor geográfico es decisivo y debe ser considerado en la planificación de la reapertura y difusión del Hospital Divina Providencia.

### 19C. ¿Qué beneficios esperarías de ese nuevo hospital en la zona?

Figura 99. Análisis de la interrogante 19C de estudio de mercado



Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los beneficios más valorados que la comunidad espera de un nuevo hospital en la zona son atención a bajo costo (27.7%) y acceso rápido a médicos (25.25%), reflejando la prioridad por la asequibilidad y la disponibilidad inmediata de atención. Le siguen el servicio de emergencias (21.79%) y la disponibilidad de servicios especializados (12.83%). Aspectos como la atención respetuosa y la inclusión de programas de salud preventiva tienen una importancia menor pero significativa, mostrando que los usuarios también valoran la calidad del trato y la promoción de la salud. Estos hallazgos subrayan que, para lograr aceptación y sostenibilidad, el Hospital Divina deberá enfocarse en ser económicamente accesible, ágil en la atención médica y con una oferta amplia y humanizada de servicios.

### 23. ¿Qué aspectos considera importantes en un hospital para llevar a su familia?

**Análisis:** los encuestados resaltan la importancia de una atención médica de calidad, caracterizada por un trato humano, amable y respetuoso, como factor fundamental para la reapertura del hospital Divina Providencia. También, destacan la necesidad de ofrecer costos accesibles y precios bajos, ya que esto va a facilitar el acceso de la comunidad a los servicios de salud. La cercanía del hospital es otro punto relevante, ya que permite una atención oportuna y eficaz, reduciendo los tiempos de espera. Se destaca también la

importancia de contar con buenos médicos y un diagnóstico preciso, aspectos esenciales para la confianza y credibilidad del hospital. La disponibilidad de instalaciones adecuadas y en buen estado, así como de medicinas e insumos necesarios, es vista como clave para garantizar una atención integral y segura. Además, la rapidez en la atención y la buena reputación del hospital son factores que los encuestados consideran imprescindibles. Todo esto refleja la necesidad de ofrecer un servicio confiable, eficiente y con calidez humana, capaz de satisfacer las necesidades de la comunidad y contribuir al desarrollo del sistema de salud local.

#### **24. ¿Qué sugerencias daría para mejorar los servicios del Hospital Divina Providencia?**

Los encuestados proponen que el hospital Divina Providencia mejore varios puntos importantes para que funcione mejor y atienda correctamente las necesidades de la comunidad. Varios mencionan la importancia de "bajar los costos" y ofrecer precios más bajos, lo que es fundamental para que los servicios de salud sean más accesibles para todos. También mencionan que es importante "mejorar la atención y el trato del personal médico", asegurando que sean amables y eficientes al atender a los pacientes. Las instalaciones son un punto muy importante. Los encuestados proponen que se deben mejorar y cuidar las salas de espera y los consultorios, y también que haya equipos médicos de buena calidad disponibles. Se mencionaron otros aspectos, como la expansión de los servicios que se ofrecen, como tener un laboratorio clínico abierto las 24 horas, y aumentar la cantidad de médicos y especialidades. La "publicidad" y la "promoción de los servicios" son temas que entran en las sugerencias, porque muchos piensan que el hospital debe informar mejor sobre lo que ofrece para atraer a más personas. También se dice que es importante mantener la higiene y la limpieza para tener un ambiente saludable y seguro. En resumen, estas opiniones muestran que la gente quiere un hospital completo que tenga precios razonables, equipos modernos, personal calificado y un gran cuidado para los pacientes.

#### ***H. Proyecciones***

Los métodos de proyección de la demanda, o pronóstico de demanda, son herramientas utilizadas para estimar la demanda futura de un producto o servicio. Existen diversos métodos, tanto cualitativos como cuantitativos, que se adaptan a diferentes situaciones y tipos de datos.

##### **Métodos Cualitativos:**

- **Juicios de expertos:** Se basan en la experiencia y el conocimiento de personas con experiencia en el mercado o la industria.
- **Investigación de mercado:** Se utilizan encuestas y otros métodos para obtener información sobre las opiniones y expectativas de los consumidores.
- **Método Delphi:** Es una técnica que utiliza una serie de rondas de preguntas y respuestas entre un grupo de expertos para llegar a un consenso sobre la demanda futura.

## Métodos Cuantitativos:

### Análisis de series temporales:

Utiliza datos históricos para identificar patrones y tendencias que pueden ser utilizadas para predecir la demanda futura.

- **Promedio móvil:** Calcula un promedio de los valores de la demanda durante un período específico.
- **Suavizado exponencial:** Da más peso a los valores de la demanda más recientes en el cálculo del promedio.
- **Análisis de tendencias:** Identifica patrones de crecimiento o decrecimiento en los datos históricos.

### Modelos causales:

Intentan identificar las relaciones causa-efecto entre la demanda y otras variables, como el precio, la publicidad o los factores económicos.

- **Regresión lineal:** Analiza la relación lineal entre la demanda y una o más variables independientes.

Para el estudio de factibilidad del Hospital divina providencia se utilizará un método cualitativo, ya que el hospital no cuenta con un registro histórico de la demanda que tenían mientras este estaba en operaciones. Por lo que la encuesta será utilizada como el medio base de proyección de la demanda potencial de nuevos usuarios para el hospital.

### 1. Método de proyección a utilizar

Se utilizará el método de **investigación de mercado o ratios en cadena**, este método como anteriormente se mencionó, se utiliza cuando no se tiene una base de registros históricos por parte de las instituciones. Este método básicamente se basa en la estimación de la necesidad, los deseos y las demandas de las personas con tres porcentajes y la población en estudio

### Proyección de usuarios potenciales del Hospital Divina Providencia.

Con base en el nivel de conocimiento, disposición y confianza expresados por la población en la pregunta número 21 de la encuesta, se identificaron tres grupos clave de usuarios en relación con la posible reapertura del Hospital Divina Providencia. Esta pregunta planteaba: *“Si el hospital apertura de nuevo, ¿estaría dispuesto a llevar a su familia a consulta?”* Las respuestas a esta interrogante permitieron segmentar a la población en función de su disposición real de uso:

- **Usuarios comprometidos (47%):** Representan a las personas que respondieron afirmativamente (“sí”), y que manifiestan un alto nivel de confianza en el proyecto. Este grupo estaría dispuesto a acudir de manera regular al hospital para consultas, diagnósticos, urgencias u otros servicios médicos, siempre que se garantice una atención de calidad, accesibilidad y cumplimiento de expectativas. Constituyen la base sólida de la demanda inicial.
- **Usuarios indecisos (43%):** Este segmento expresó su disposición como “tal vez”, lo que indica una apertura condicional al uso del hospital. En general, podrían

recurrir a sus servicios de forma parcial u ocasional, especialmente si observan mejoras significativas en la calidad de atención, equipamiento, precios y trato al usuario. Representan una oportunidad estratégica de captación a mediano plazo, mediante campañas de confianza, visibilidad y fortalecimiento institucional.

- **Usuarios reacios (10%):** Este grupo afirmó que no utilizaría el hospital, ya sea por experiencias previas negativas, preferencia por otros centros de atención o desconfianza institucional. Si bien su impacto en la demanda inicial es bajo, es importante entender sus razones para eventualmente diseñar acciones de mitigación o redirección.

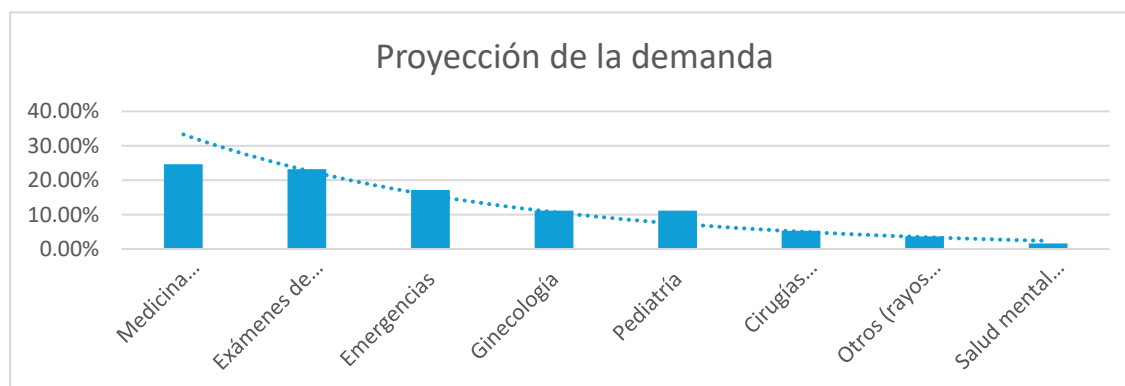
Asimismo, los resultados de la pregunta 22 de la encuesta proporcionan una visión clara sobre las prioridades de atención médica para las familias de los cuatro municipios. Entre los servicios más demandados destacan medicina general, emergencias, exámenes de laboratorio, ginecología y pediatría. Esta información es crucial, ya que permite establecer las proyecciones de demanda específicas por tipo de servicio, ajustadas al perfil del usuario real y a las preferencias comunitarias. De esta forma, se fortalece la planificación operativa del hospital y se alinea la oferta institucional con las necesidades concretas de la población objetivo

Tabla 30. Prioridad de los servicios según la encuesta

Servicio prioritario	% preferencia
Medicina general	24.64%
Exámenes de laboratorio	23.18%
Emergencias	17.15%
Ginecología	11.13%
Pediatría	11.13%
Cirugías básicas	5.29%
Otros (rayos X, ultrasonidos)	3.65%
Salud mental y ocupacional	1.64%

Fuente: Elaboración propia

Figura 100. Proyección de servicios



Fuente: Elaboración propia

## **Escenarios futuros**

### **Escenario conservador (20% captación efectiva)**

Si solo se logra captar un 20% real de la población (usuarios comprometidos + parte de los indecisos), la demanda inicial sería de 21,422 usuarios anuales, con uso mayoritario de medicina general, emergencias y exámenes de laboratorio.

### **Escenario optimista (55% captación efectiva)**

Si el Hospital Divina Providencia logra posicionarse adecuadamente mediante estrategias enfocadas en la calidad del servicio, cercanía con la comunidad y accesibilidad, es posible que se alcance una captación significativa de usuarios comprometidos y una porción importante de los usuarios indecisos. Bajo este escenario optimista, la demanda proyectada podría alcanzar hasta 58,911 usuarios anuales.

Sin embargo, al contrastar esta proyección con lo investigado sobre la capacidad operativa de instituciones similares, así como con los recursos disponibles del hospital en cuestión, se considera que este nivel de demanda podría superar las capacidades reales de atención del Hospital Divina Providencia en su estado actual.

Por ello, el escenario conservador se presenta como una alternativa más realista y técnicamente viable, ya que se ajusta mejor a las limitaciones logísticas, de infraestructura, recurso humano y equipamiento. No obstante, es importante reconocer que existen múltiples variables que afectan la capacidad de prestación de servicios del hospital, como la disponibilidad presupuestaria, el ritmo de rehabilitación de las instalaciones, el nivel de especialización del personal médico y la dinámica de la demanda estacional.

En consecuencia, se concluye que es necesario tomar como referencia un registro histórico o una estimación sólida de la afluencia real de pacientes durante el período en que el hospital operó en su máxima capacidad. Este valor de referencia permitirá definir proyecciones más ajustadas, equilibradas y acordes con el contexto actual, facilitando la planificación realista de recursos y servicios para una reapertura efectiva.

## **2. Proyección de la demanda de servicios**

Para las proyecciones se tomará de base la información obtenida de las respuestas de la encuesta. Para ello se utilizará un modelo de crecimiento moderado de manera anual. Se van considerar los siguientes puntos:

### **1. Frecuencia con la que las personas acceden a servicios de salud**

En países como El Salvador, los estudios de uso de servicios indican que una persona asiste en promedio entre 2 y 3 veces al año a consulta médica (según datos del Ministerio de Salud y la Encuesta Nacional de Salud Familiar - FESAL). En zonas rurales y semiurbanas, esta cifra tiende a ser menor debido a barreras económicas y de acceso, pero tiende a aumentar cuando se abren nuevas alternativas accesibles y cercanas, como sería el caso del Hospital Divina Providencia al reabrir con una oferta fortalecida.

Además, muchos usuarios en el sector privado utilizan varios servicios a lo largo del año, como consultas, exámenes, seguimiento de enfermedades crónicas o atención de emergencias, lo que amplifica la recurrencia de visitas.

## **2. Tendencia al envejecimiento poblacional**

Aunque la población salvadoreña todavía es predominantemente joven, se está observando una transición demográfica. Según proyecciones de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), el grupo de personas mayores de 60 años está creciendo rápidamente y se espera que represente más del 15% de la población para el año 2050.

Este fenómeno conlleva una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y necesidades de atención continua, como hipertensión, diabetes, artritis, enfermedades cardíacas, lo que incrementa la frecuencia y la necesidad de servicios médicos, especialmente en medicina general, laboratorio, geriatría y salud mental. Esto sustenta un crecimiento sostenido de la demanda.

## **3. Preferencias por el sector privado**

En contextos donde el sistema público presenta limitaciones (como saturación, tiempos de espera prolongados o desabastecimiento), existe una migración parcial hacia el sector privado, incluso en poblaciones de ingreso medio o bajo.

La calidad percibida, rapidez en la atención, atención personalizada y horarios flexibles son factores que motivan esta preferencia. Si el Hospital Divina Providencia logra posicionarse en estos ejes, es razonable suponer una captación creciente y sostenida, especialmente de los usuarios indecisos. La confianza institucional, si se recupera progresivamente, puede ser una palanca para crecimiento gradual.

## **4. Afluencia histórica del hospital (línea de base)**

Antes de su cierre en 2024, el Hospital Divina Providencia reportaba una afluencia real de aproximadamente 12,000 usuarios al año (1,000 pacientes mensuales). Este dato valida el piso de demanda actual, demostrando que existe un público usuario dispuesto a acudir al hospital si los servicios son confiables.

Si se considera que el hospital reabrirá con mejoras en gestión, cumplimiento normativo y calidad de atención, es razonable esperar una recuperación progresiva de esa base más un crecimiento adicional por efecto reputacional, de boca en boca y captación de nuevos usuarios.

## **5. Afluencia de la competencia**

Como punto de comparación, el Hospital de Diagnóstico (privado, de alta especialización) en San Salvador, atiende más de 60,000 pacientes al año (La Prensa Gráfica, 2022). Si bien opera en una zona urbana y con mayores recursos, este dato demuestra que existe una demanda activa y creciente en el sector privado cuando los servicios cumplen expectativas.

Además, clínicas privadas más pequeñas también presentan niveles de atención altos en sus áreas de influencia. Por tanto, si el Hospital Divina Providencia se posiciona estratégicamente como una alternativa confiable, accesible y cercana, puede aspirar a sostener un crecimiento moderado, incluso sin competir directamente con hospitales de alta gama.

## **6. Crecimiento poblacional natural**

El crecimiento demográfico de la región no es acelerado, pero se mantiene en un rango aproximado entre 1 % y 2 % anual, dependiendo del municipio. Aunque este comportamiento tiene un impacto moderado en términos de volumen poblacional, refuerza la necesidad de planificar servicios para una población progresivamente mayor, especialmente en grupos etarios que demandan mayor atención médica (Dirección General de Estadística y Censos [DIGESTYC], 2023).

## **7. Otros factores**

- Mayor acceso digital e información en salud, lo que motiva a las personas a consultar con más frecuencia.
- Mayor conciencia preventiva en salud postpandemia.
- Posibles alianzas con instituciones públicas o empresas para ofrecer atención primaria, lo que diversificaría la fuente de usuarios.

Para el establecimiento de las proyecciones, tomaremos el factor de crecimiento poblacional. Ya que, el 2% de crecimiento anual se justifica como el valor más adecuado para las proyecciones de demanda de servicios del Hospital Divina Providencia por representar un escenario moderado, realista y técnicamente sustentado en los factores estructurales y contextuales del entorno sanitario. Es importante retomar la afluencia que se obtuvo de parte de la directora del hospital, ya que representa un dato más certero para las proyecciones de la demanda que se realizarán.

### **Proyección de la demanda por municipio.**

Para realizar la proyección de la demanda, por cada municipio se va a repartir la línea base por municipio según su población.

Tabla 31. Proporción de personas por municipio

Municipio	Población	% de participación aproximada
Santiago Texacuangos	20,042	18.68%
Santo Tomás	32,060	29.94%
San Luis Talpa	24,031	22.44%
Olocuilta	30,978	28.94%
<b>Total</b>	<b>107,111</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

### Cálculo de la participación proporcional de la demanda para cada municipio

$$\text{Demanda base por municipio} = 12,000 \times \left( \frac{\text{Población por municipio}}{107,111} \right)$$

Para la proyección también se utilizará la tasa de crecimiento del 2%. Así como también la siguiente fórmula de crecimiento compuesto:

$$\text{Demanda en año } n = \text{demanda base} \times (1 + 0.02)^n$$

Donde:

- **Demanda base** es la cantidad de afluencia real del hospital.
- **n** es el número de años (1 a 5).
- **0.02** es la tasa de crecimiento anual del 2%.

Es necesario establecer la línea base por municipio, por lo distribuimos los 12,000 usuarios anuales según la proporción de población de cada municipio respecto al total (107,111 personas).

Tabla 32. Proyección de la demanda por municipio

Municipio	Población	% del total	Demanda base anual
Santiago Texacuangos	20,042	18.71%	$12,000 \times 0.1871 \approx 2,245$
Santo Tomás	32,060	29.91%	$12,000 \times 0.2991 \approx 3,591$
San Luis Talpa	24,031	22.43%	$12,000 \times 0.2243 \approx 2,692$
Olocuilta	30,978	28.95%	$12,000 \times 0.2895 \approx 3,470$

Fuente: Elaboración propia

Con esto se aplica la fórmula siguiente:

$$\text{Demanda proyectada año } n = \text{demanda año } 1 \times (1 + 0.02)^n$$

Esta fórmula se utilizará para cada municipio para generar la demanda proyectada para cada año con el crecimiento establecido del 2%. Con lo que se obtiene la siguiente tabla resumen.

Tabla 33. Proyección anual de la demanda por municipio

Año	Santiago Texcuangos	Santo Tomás	San Luis Talpa	Olocuilta
Año 1	2,245	3,591	2,692	3,470
Año 2	2,290	3,663	2,746	3,539
Año 3	2,336	3,736	2,801	3,610
Año 4	2,382	3,811	2,857	3,682
Año 5	2,430	3,887	2,914	3,756

Fuente: Elaboración propia

### Proyección de la demanda por servicio

Para la proyección de la demanda por servicio, se retoman los porcentajes de preferencia de los servicios obtenidos de la encuesta. Por lo que a cada valor anual por municipio se le aplicaran estos porcentajes.

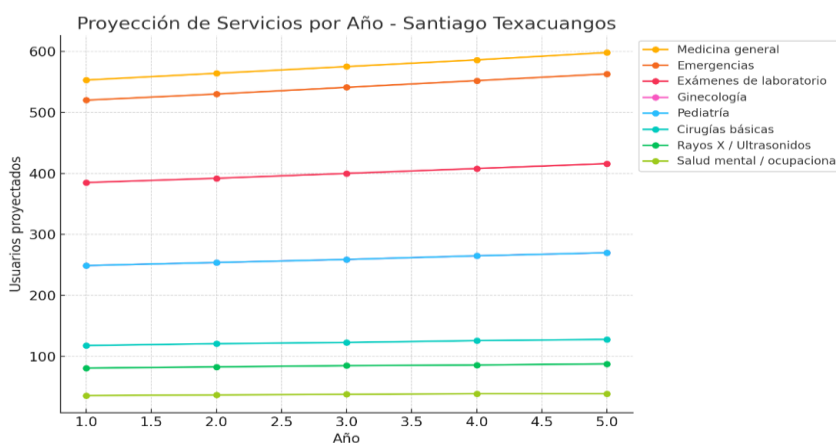
### Santiago Texcuangos

Tabla 34. Proyección de la demanda por Santiago Texcuangos

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Medicina general	553	564	575	586	598
Emergencias	520	530	541	552	563
Exámenes de laboratorio	385	392	400	408	416
Ginecología	249	254	259	265	270
Pediatría	249	254	259	265	270
Cirugías básicas	118	121	123	126	128
Rayos X / Ultrasonidos	81	83	85	86	88
Salud mental / ocupacional	36	37	38	39	39

Fuente: Elaboración propia

Figura 101. Grafica de proyección de la demanda por Santiago Texcuangos



Fuente: Elaboración propia

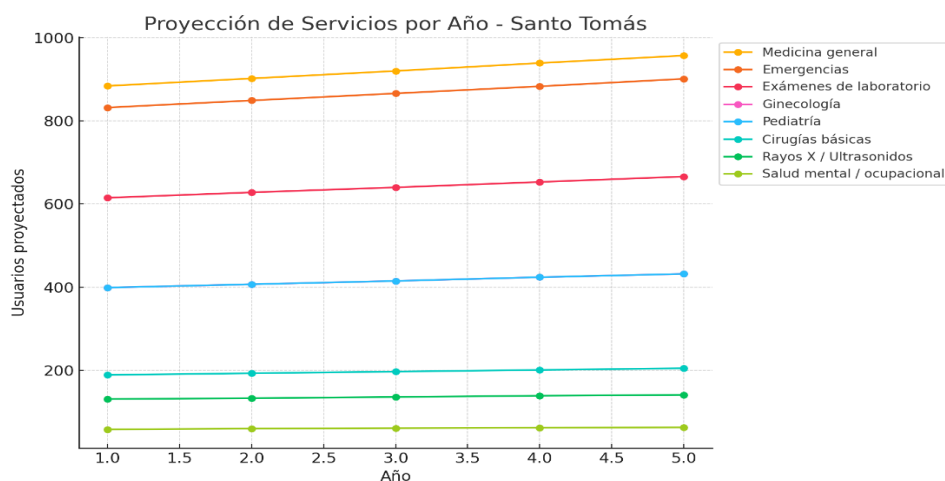
## Santo Tomás

Tabla 35. Proyección de la demanda por Santo Tomás

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Medicina general	884	902	921	939	958
Emergencias	832	849	866	883	900
Exámenes de laboratorio	616	628	640	652	665
Ginecología	398	406	414	423	431
Pediatría	398	406	414	423	431
Cirugías básicas	189	193	197	201	205
Rayos X / Ultrasonidos	130	133	136	139	142
Salud mental / ocupacional	57	58	60	61	63

Fuente: Elaboración propia

Figura 102. Proyección de la demanda por Santo Tomás



Fuente: Elaboración propia

## San Luis Talpa

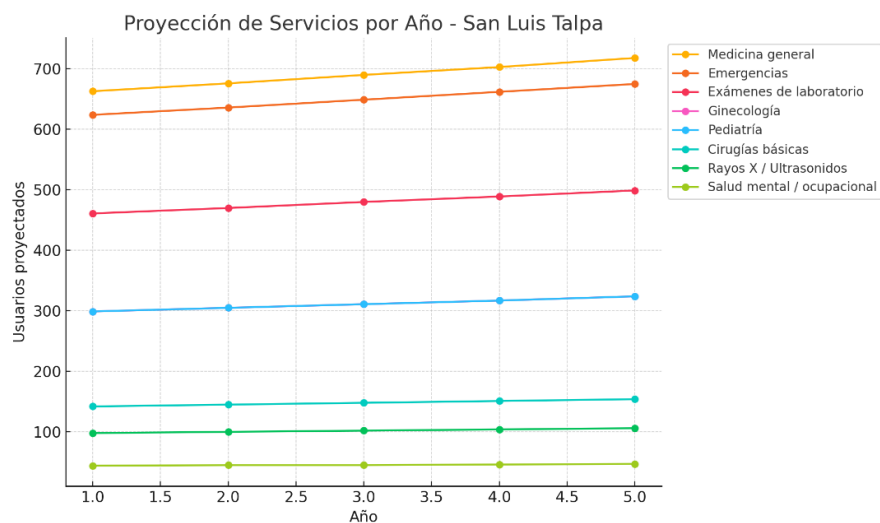
Tabla 36. Proyección de la demanda por San Luis Talpa

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Medicina general	662	675	688	701	715
Emergencias	623	635	648	661	674
Exámenes de laboratorio	461	470	479	489	498
Ginecología	298	304	310	316	322
Pediatría	298	304	310	316	322
Cirugías básicas	141	144	147	150	153

Rayos X / Ultrasonidos	96	98	100	102	104
Salud mental / ocupacional	43	44	45	46	47

Fuente: Elaboración propia

Figura 103. Proyección de la demanda por San Luis Talpa



Fuente: Elaboración propia

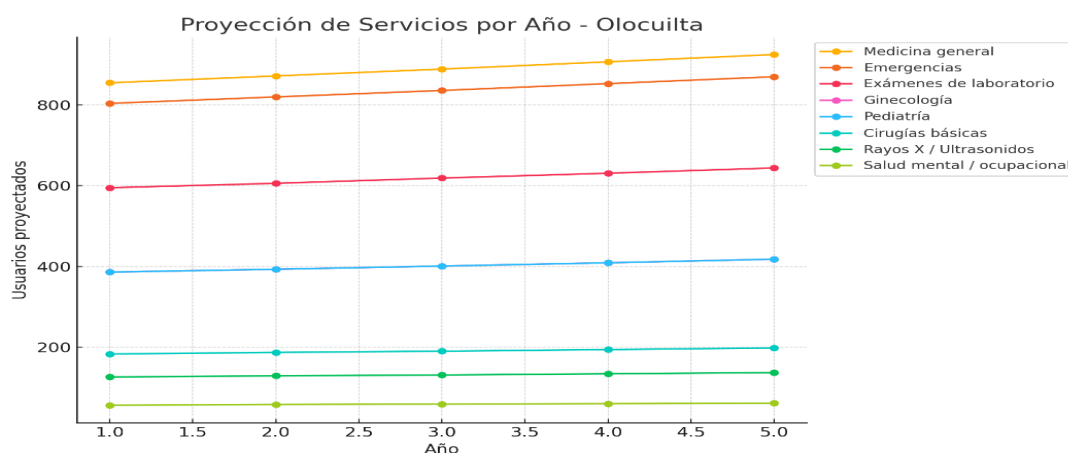
## Olocuilta

Tabla 37. Proyección de la demanda por Olocuilta

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Medicina general	854	871	888	906	924
Emergencias	804	820	837	854	871
Exámenes de laboratorio	595	607	619	632	645
Ginecología	384	391	399	407	415
Pediatría	384	391	399	407	415
Cirugías básicas	181	184	188	191	195
Rayos X / Ultrasonidos	125	128	131	133	136
Salud mental / ocupacional	55	56	57	58	60

Fuente: Elaboración propia

Figura 104. Proyección de la demanda por Olocuilta



Fuente: Elaboración propia

## I. Síntesis del mercado consumidor

### ➤ Tendencia hacia la atención pública y baja capacidad de pago:

La población depende principalmente de unidades de salud y hospitales públicos. Los costos accesibles y la atención rápida son fundamentales, pues la mayoría está dispuesta a pagar montos moderados por servicios básicos (entre \$5 y \$25), mostrando sensibilidad económica en todas las áreas, incluidas pediatría, emergencias y estudios de laboratorio.

### ➤ Importancia de la atención médica general y emergencias:

Los servicios más valorados son medicina general, emergencias y consultas básicas, seguidos de ginecología, pediatría y cirugías. Esto evidencia la prioridad de servicios esenciales y la necesidad de incluirlos en la oferta principal del hospital.

### ➤ Deficiencias previas en calidad de atención y confianza:

La población ha manifestado insatisfacción moderada con la atención brindada en el pasado por el Hospital Divina, pero existe una predisposición positiva hacia su reapertura si se demuestra mejora en calidad y eficiencia.

### ➤ Factores clave para la aceptación de un “nuevo” hospital:

El trato respetuoso, la rapidez en la atención y la disponibilidad de medicamentos y diagnósticos son las características más apreciadas. Asimismo, se valoran precios accesibles y equipos médicos modernos.

### ➤ Desafíos de cercanía y confianza institucional:

Aunque el 47% acudiría directamente al Hospital Divina si reabre, un 43% está indeciso y un 9% lo rechaza por temas de distancia, preferencia por su proveedor actual o desconfianza. Estos puntos resaltan la necesidad de comunicación efectiva y evidencia de calidad.

➤ **Población en envejecimiento y escasa infancia:**

Más de la mitad de los hogares no tiene niños pequeños, mientras que hay presencia considerable de adultos mayores, indicando que la demanda será alta en servicios de adultos y adultos mayores (atención de enfermedades crónicas, urgencias, medicina general y geriatría básica).

➤ **Oportunidades para ampliar servicios poco valorados:**

Salud mental y salud ocupacional son poco priorizados, pero se perciben como áreas con potencial de crecimiento si se incorporan campañas de sensibilización y educación.

➤ **Necesidad de reforzar la imagen institucional:**

La baja visibilidad del hospital entre la comunidad (55% no lo conocía antes) demuestra la importancia de reposicionarlo como una alternativa confiable, segura y accesible para toda la población.

## J. Ficha técnica del instrumento de recolección de información

Tabla 38. Ficha técnica del mercado consumidor

<b>FICHA TECNICA DE MERCADO CONSUMIDOR</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	Encuesta dirigida a familias sobre acceso a servicios de salud y percepción de la reapertura del Hospital Divina Providencia.
<b>Tipo de instrumento</b>	Cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas
<b>Criterios de segmentación</b>	Segmentación geográfica, psicográfica y socioeconómicas
<b>Unidad de observación / sujeto muestral</b>	Familia (jefe/a de hogar o persona adulta responsable del hogar)
<b>Población objetivo</b>	Familias residentes en Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa
<b>Cobertura geográfica</b>	Zona Sur del Área Metropolitana de San Salvador (El Salvador)
<b>Objetivo del instrumento</b>	Recolectar información sobre condiciones de salud, acceso a servicios médicos y percepciones sobre el Hospital Divina Providencia
<b>Técnica de recolección de datos</b>	Encuesta auto aplicada o asistida, en formato físico (papel) o digital (Google Forms)
<b>Tipo de muestreo</b>	Muestreo no probabilístico
<b>Población</b>	107,111
<b>Tamaño muestral</b>	383 hogares
<b>Nivel de confianza</b>	95%
<b>Margen de error</b>	5%
<b>Probabilidad de éxito</b>	50%
<b>Probabilidad de fracaso</b>	50%
<b>Fecha estimada de aplicación</b>	28 de abril al 31 de mayo
<b>Duración estimada de llenado</b>	8 a 10 minutos
<b>Instrumento validado</b>	Prueba piloto con al menos 5 familias para ajustes
<b>Responsable(s) del levantamiento</b>	Edwin Alejandro Morales Pérez Marcelo Alejandro González Guzmán William Adalberto Martínez Rodas
<b>Uso de la información</b>	Exclusivo para fines académicos del estudio de factibilidad, con anonimato y confidencialidad garantizados.

Fuente: Elaboración propia

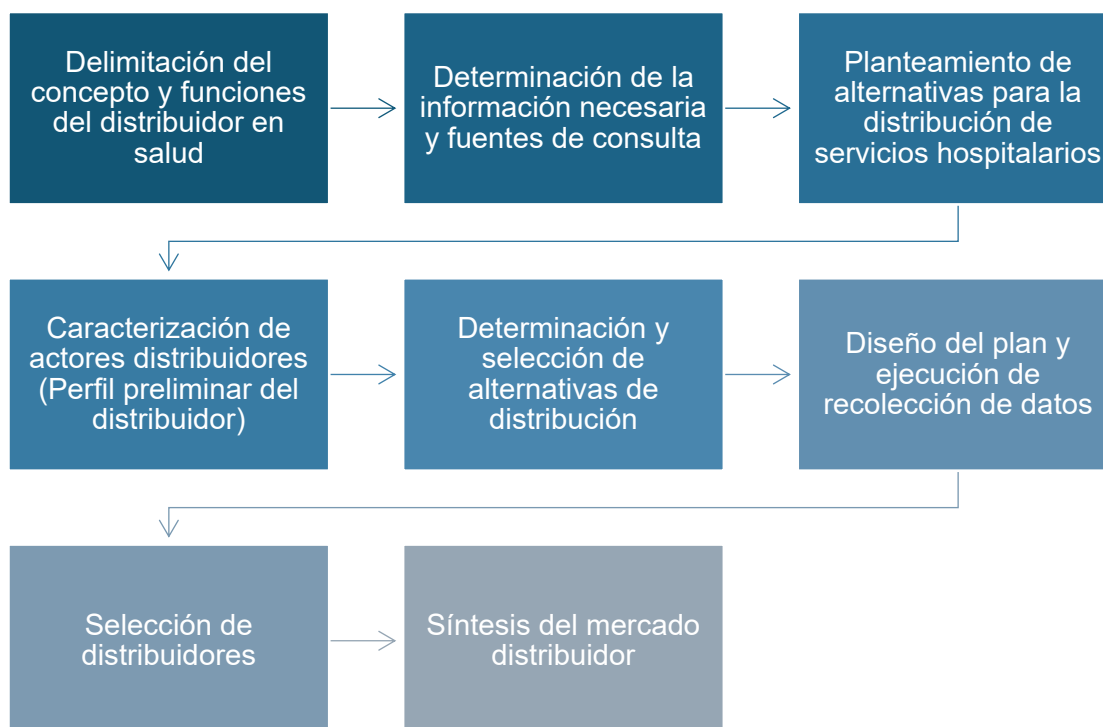
## V. Estudio de mercado distribuidor

El estudio de mercado distribuidor bajo el contexto de servicios hospitalarios se orienta al análisis de los mecanismos, entidades o alianzas estratégicas mediante las cuales los servicios de salud que ofrece un hospital pueden llegar de manera eficiente a los usuarios finales. A diferencia del mercado abastecedor, el cual se enfoca en la obtención de insumos, el mercado distribuidor está formado por aquellos actores que permiten la conexión entre la entidad (en este caso, el hospital) y su población objetivo, tales como clínicas aliadas, unidades móviles de salud, empresas, municipalidades, farmacias comunitarias, o incluso sistemas de referencia y contrarreferencia médica. La distribución de los servicios de salud implica decisiones estratégicas sobre cobertura territorial, convenios de atención, accesibilidad geográfica y tiempos de respuesta, factores que influyen directamente en el posicionamiento del hospital dentro del sistema local de salud y en su sostenibilidad operativa.

Bajo todo ese contexto, es prudente entonces la realización de dicho estudio para evaluar la viabilidad de los diversos medios y formas de la comercialización de los servicios ofrecidos por el hospital, por ende, se plantea la siguiente metodología:

### A. Metodología

Figura 105. Metodología del Estudio de mercado distribuidor



Fuente: Elaboración propia

## ***B. Delimitación del concepto y funciones del distribuidor en salud***

En el ámbito hospitalario, es importante no confundir el concepto de distribuidor con el de proveedor de insumos, ya que nos referimos a proveedor como aquel que suministra al hospital de los recursos necesarios para llevar a cabo sus actividades (medicamentos, equipo médico, suministros hospitalarios, etc.), mientras que el distribuidor, se refiere a los agentes o mecanismos que permiten que los servicios de salud lleguen a la población o usuarios finales (o que se propague la información de los mismos). En otras palabras, los distribuidores son actores clave dentro de la cadena de prestación de servicios de salud, ya que son los responsables de facilitar a los usuarios el acceso a la atención médica.

Estos distribuidores no se limitan al transporte físico de bienes, sino que abarcan funciones más amplias: la derivación de pacientes, la coordinación entre instituciones, la presencia en comunidades remotas, y todos aquellos dispositivos logísticos o institucionales que contribuyen a acercar la oferta de servicios médicos a la población. Precisar este rol es fundamental para definir con claridad los canales de distribución reales o potenciales que el hospital podría emplear una vez reabierto (o entorno a su reapertura), considerando las particularidades y necesidades del territorio.

### **1. Delimitación del concepto de estudio de mercado distribuidor**

El mercado distribuidor en el ámbito hospitalario es el ecosistema que hace posible que los servicios de salud lleguen a las personas a través de los hospitales, quienes actúan como pilares fundamentales en la atención médica. En este espacio, los hospitales brindan servicios esenciales como: consultas, cirugías, hospitalización o urgencias, mientras que otros actores, como aseguradoras, sistemas públicos, instituciones de referencia y organizaciones comunitarias, facilitan el acceso, conectando a los pacientes con la atención que necesitan.

Este mercado no solo se enfoca en la distribución de servicios, sino también en aspectos clave como:

- Cobertura y accesibilidad: ¿Llega la atención a quienes más la necesitan?
- Segmentación de usuarios: ¿Se adapta a las distintas necesidades de la población?
- Calidad y competencia: ¿Existen opciones que garanticen un servicio eficiente y humano?
- Vías de acceso: Ya sea por derivación médica, convenios, redes sanitarias o demanda directa, ¿cómo llegan las personas al hospital?

En pocas palabras, el mercado distribuidor (bajo el contexto de prestación de servicios de salud) va más allá de simples transacciones; se trata de cómo se organiza, prioriza y entrega la atención médica, colocando al hospital en el corazón de una red que busca cuidar de las personas y difundir de sus servicios.

## 2. Funciones del distribuidor en salud

Los intermediarios de salud (o distribuidores) también llamados gestores o facilitadores juegan un papel clave en el sistema de salud, pues conectan a instituciones como el Hospital Divina Providencia con los pacientes, asegurando que la atención médica llegue a quienes la necesitan, mientras garantizan que la entidad prestadora de servicios reciba un pago justo por su labor, logrando a su vez la satisfacción del usuario.

Pero, ¿Qué hacen concretamente?

- Gestionan trámites como autorizaciones, pagos y coberturas, agilizando procesos para que los pacientes no enfrenten barreras burocráticas.
- Coordinan entre entidades para optimizar recursos y evitar duplicidades.
- Velan porque la atención cumpla estándares de calidad y normativas, protegiendo tanto a usuarios como a proveedores.
- Promueven la difusión de información entorno a los servicios e información general del hospital.

Bajo este contexto y entorno al proyecto de la reapertura del Hospital Divina Providencia, entender el rol de estos actores es vital, pues su participación puede marcar la diferencia en:

- Sostenibilidad: Ayudando a equilibrar costos e ingresos.
- Cobertura: Facilitando el acceso a más comunidades.
- Eficiencia: Evitando demoras y barreras entre pacientes y médicos (u hospital).

En esencia, son puentes que humanizan el sistema, haciendo que la salud no sea un laberinto, sino un derecho accesible.

## C. Determinación de la información necesaria y fuentes de consulta

### 1. Determinación de la información necesaria:

La información necesaria para el estudio tiene como objetivo principal entender cómo los servicios hospitalarios pueden ser llevados de manera eficiente a la población, aprovechando las capacidades existentes y las posibilidades de coordinación entre las instituciones y la entidad en cuestión. Para ello es importante poder contar con fuentes que permitan lo siguiente:

- Identificar actores clave con capacidad para desempeñar funciones de distribución de servicios de salud, tales como clínicas comunales, unidades móviles, farmacias comunitarias, ONG, municipalidades, entre otros.
- Conocer las áreas geográficas que estos actores abarcan, su población objetivo y el alcance operativo de sus intervenciones.
- Evaluar su capacidad de colaboración en procesos de referencia y contrarreferencia médica.

- Determinar la existencia de convenios, redes interinstitucionales o estructuras de apoyo comunitario que faciliten la articulación con el hospital.
- Analizar los flujos de comunicación y coordinación que mantienen con otros niveles del sistema de salud.
- Identificar barreras de acceso físico, institucional o logístico que puedan limitar la disponibilidad de servicios en la zona de influencia del hospital.

Al contar con esta información, podemos diseñar un modelo de distribución de servicios que sea funcional y sostenible, permitiendo así aumentar la cobertura del Hospital Divina Providencia, garantizando un fácil acceso a los servicios de atención médica. Tomando importancia en comunidades donde la infraestructura sanitaria es deficiente.

## 2. Fuentes de consulta:

Para la recolección de la información necesaria, se recurrirá al uso de fuentes primarias y secundarias, con el propósito de obtener una visión integral sobre la distribución de servicios de salud en la zona de influencia del Hospital Divina Providencia.

### a) Fuentes primaria:

Para entender mejor el mercado distribuidor potencial, se recurre a la observación, lo que nos permite ver y analizar de manera sistemática hechos, conductas y eventos importantes. También se aplica la técnica del “cliente misterioso”, que consiste en observar, sin involucrarnos directamente, cómo funcionan los servicios de distribución y tercerización que ofrecen algunos distribuidores. Así, podemos identificar de manera objetiva sus fortalezas y debilidades.

#### Instrumentos a utilizar:

- a. Lista de chequeo: será utilizada como una herramienta práctica para recolectar información de manera sistemática y eficiente, especialmente en situaciones donde el acceso directo a los intermediarios del sistema de salud sea limitado. Este instrumento permitirá registrar, mediante observación no participativa, la presencia y características generales de entidades que actúan como vínculo entre el hospital y los pacientes, tales como aseguradoras, organizaciones comunitarias o gestores territoriales. Su aplicación está relacionada con la técnica del “cliente misterioso”, ya que no requiere interacción formal con representantes institucionales; en su lugar, permite documentar aspectos visibles como tipo de servicios gestionados, condiciones de acceso y nivel de presencia territorial, proporcionando insumos relevantes para el análisis del entorno distribuidor en el marco de la reapertura del Hospital Divina Providencia.

### b) Fuentes secundarias:

Para respaldar el análisis del mercado distribuidor, se recurre de igual forma a fuentes de información secundaria, ya que estas permiten ampliar la

comprensión del entorno en el que se desarrolla el estudio. Estas fuentes ofrecen datos importantes sobre las condiciones actuales de acceso a servicios de salud, los actores existentes, y las formas en que dichos servicios son distribuidos.

Por ello, se realizará revisión de documentos técnicos, estudios previos, planes de salud, bases de datos públicas, publicaciones académicas y contenido disponible en medios digitales, con el ánimo de poder identificar posibles estructuras de apoyo comunitario, redes de atención, mecanismos de derivación, así como dinámicas territoriales que inciden en la distribución de los servicios médicos.

El análisis de estas fuentes secundarias contribuye a sentar las bases teóricas y operativas necesarias para el diseño de un modelo distributivo viable, contextualizado y ajustado a las necesidades del proyecto, así como la evaluación de los distribuidores potenciales.

La combinación de ambas fuentes permitirá construir un diagnóstico robusto que sustente las decisiones estratégicas para la reapertura y operación eficiente del Hospital Divina Providencia.

#### ***D. Planteamiento de alternativas para la distribución de servicios hospitalarios***

A continuación, se planean posibles alternativas para la distribución de los servicios que ofrece el hospital, con el fin de abarcar más público consumidor, a la vez que se abarca más territorio, aprovechando todos los recursos disponibles y poder generar mejores beneficios y aceptación hacia el hospital:

1. **Telemedicina:** Se refiere a la implementación de servicios de telemedicina para extender la cobertura del hospital hacia zonas de difícil acceso o con población que enfrenta barreras de movilidad. Esta alternativa permite realizar consultas médicas, seguimientos y orientación médica de forma remota, a través de plataformas digitales. Esto a su vez reduce la saturación del hospital y facilita el acceso oportuno a la atención médica, especialmente en áreas de difícil movilidad.
2. **Alianzas con clínicas de baja capacidad para servicios especializados:** Se plantea establecer convenios con clínicas privadas o comunales que no cuentan con los recursos para ofrecer servicios especializados (por ejemplo, laboratorio, rayos X, ultrasonografía). Por medio de estos convenios, el hospital puede brindar apoyo técnico y de infraestructura a clínicas con menor capacidad, recibiendo a más pacientes para realizar los procedimientos que sean pertinentes. A cambio, la clínica puede recibir beneficios como descuentos por volumen, comisiones por derivación o asistencia en formación continua. Esta alternativa fortalece la red local de atención y posiciona al hospital como centro de referencia.
3. **Convenio con aseguradoras:** Se considera la posibilidad de firmar acuerdos con aseguradoras privadas de salud que permitan incluir al Hospital Divina Providencia dentro de su red de atención. Esto favorece a la captación de

pacientes afiliados a seguros privados, aumentando la demanda, generando ingresos estables y garantizando un mayor alcance de los servicios médicos. Además, esta alianza puede potenciar el acceso a atención especializada para sectores de ingresos medios.

4. Red de farmacias comunitarias asociadas: Establecer vínculos con farmacias locales para facilitar el acceso a medicamentos prescritos desde el hospital. Estas farmacias podrían integrarse como puntos de distribución autorizados, lo que podría contribuir a cumplir con la demanda de medicamentos con los que el hospital no cuente, a la vez que podría contribuir a la satisfacción de los usuarios.
5. Atención médica a domicilio para grupos prioritarios: Otra alternativa sería ofrecer servicios de atención domiciliar dirigida a personas mayores, pacientes con movilidad reducida o enfermedades crónicas, permitiendo llevar el servicio directamente al hogar del paciente y descongestionar el hospital.
6. Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Se puede considerar el uso de redes sociales como un medio para fortalecer el vínculo entre el hospital y la comunidad, brindando información útil, orientación preventiva y mensajes educativos en salud. A través de estas plataformas también se puede ofrecer acompañamiento en el seguimiento de tratamientos, promoción de campañas médicas y atención básica no presencial, contribuyendo a ampliar el alcance del hospital de forma cercana y accesible.

## ***E. Caracterización de actores distribuidores.***

### **1. Características de distribuidores:**

Debido al dinamismo y diversas formas de distribución de los servicios de salud, los criterios de selección serán variados dependiendo de la modalidad, sin embargo, cada alternativa debe de tomar en cuenta los siguientes criterios para una correcta selección de los distribuidores:

1. Ubicación geográfica: Evalúa dónde se encuentra ubicado el actor distribuidor o si su implementación puede llevarse a cabo con el área de influencia del hospital. La cercanía física puede facilitar la coordinación, logística y cobertura territorial, y su implementación digital en el área bajo estudio (en caso que aplique) juega un papel crucial al momento de formar alianza con dichos actores. Debido a la naturaleza del estudio, tal como se mencionó con anterioridad, se evaluarán tanto distribuidores físicos como no físicos que puedan ser implementados en el distrito de Santiago Texacuangos, Olocuilta, Santo Tomas, San Luis Talpa.
2. Tipo de empresa y tamaño: el tipo de empresa puede ser una entidad física (que posea establecimiento) o bien de carácter digital (medios de comunicación o redes sociales que faciliten la distribución de los servicios como la telemedicina, centros de llamadas, canales de seguimiento). El tamaño de la empresa no simboliza una limitante, siendo así que se consideran a pequeños, medianos y grandes empresas como posibles distribuidores.
3. Forma de pago y negociación: Las contrapartes deben de estar abiertas a negociar las formas de pago, descuentos o modalidad de trabajo, aunque se espera que para la tercerización de servicios el hospital sea quien pague por comisiones a la entidad que solicita los servicios o bien que el hospital de un

descuento considerable a la entidad por el servicio a brindar (Trabajo por comisión o descuento). Los pagos deben de poseer un plazo de al menos 30 días (para ambos casos) o deben de estar abiertos a negociaciones.

4. Solidez financiera: En caso de trabajar por descuentos en servicios, las entidades deben de cumplir con la solvencia comprobable para el pago de los servicios que brindará el hospital o en su defecto si es por trabajo por comisión, la entidad debe de estar dispuesta a brindar crédito al hospital para efectuar los pagos periódicamente o por cortes. Así mismo, la entidad a evaluar debe de poseer una solidez financiera notable, con el fin de no generar incertidumbre y poder tener una alianza más sólida.
5. Línea de servicios: Los servicios que los posibles distribuidores ofrezcan deben de estar alineados al ámbito de salud, distribución de medicamentos, servicios de salud, propagación de información, o entidades a fines al objetivo del hospital.
6. Reputación y cumplimiento normativo: Los distribuidores no deben de poseer antecedentes que dañen su reputación, siendo estos referentes de buenas prácticas en el ámbito, con el fin de asegurar la satisfacción del usuario
7. Alcance y presencia en el mercado: El distribuidor debe de abarcar al menos con uno de los distritos bajo estudio, así como presencia notoria en el mercado.

## 2. Perfil del distribuidor:

Tabla 39. Perfil del distribuidor

<b>Perfil del distribuidor</b>	
<b>Tipo de clasificación</b>	Descripción
Descripción estructural	
<b>Ubicación</b>	Distritos: Santiago Texacuangos, Santo Tomas, Olocuilta, San Luis Talpa
<b>Tamaño</b>	Pequeño, mediano y gran empresa
<b>Tipo de empresa</b>	Farmacéuticas, laboratorios, centros de servicios de salud médica, o entidades a fines al proyecto de reapertura
<b>Forma de pago</b>	Contra entrega, crédito
<b>Garantía</b>	30 días
Ofertas	
<b>Solidez financiera</b>	Capacidad comprobable para efectuar pagos por servicios prestados o en su defecto, capacidad para brindar crédito al hospital o bien estar abierto a negociaciones.
Líneas de servicios	Distribución de medicamentos, propagación de información, servicios de atención médica
Reputación	Sin antecedentes que dañen la imagen de la entidad
Alcance en el mercado	Abarcar con al menos un distrito bajo estudio

Fuente: Elaboración propia

## ***F. Determinación y selección de alternativas de distribución.***

Una vez determinadas las posibles alternativas de distribución se debe de seleccionar aquellas que mejor se adapten a las necesidades reales del hospital, en base a los criterios previamente establecidos (caracterización de distribuidores). Es por ello que se evaluarán cada una de las alternativas haciendo uso del instrumento “Matriz de decisión”, la cual es una herramienta que compara alternativas considerando varios criterios ponderados. Ayuda a priorizar opciones y facilita la toma de decisiones basada en resultados cuantificados y objetivos. Para ello se han considerado los siguientes criterios:

### **1. Criterios para la selección de distribuidor**

1. Impacto en el acceso a la salud: Este criterio es fundamental para este tipo de proyecto, pues en este caso, es la razón principal de la reapertura del hospital (mejorar el acceso a la salud), asegurando que el servicio llegue a quienes lo necesitan. Este criterio tendrá una ponderación del 20%, ya que forma parte del objetivo principal del proyecto.
2. Impacto en la sostenibilidad económica: esto es clave para asegurar que la reapertura sea viable a largo plazo, pues se plantea la sostenibilidad e independencia de las donaciones para el funcionamiento del hospital. Este contará con la ponderación de 15% ya que es fundamental el logro de la sostenibilidad financiera por medio de los medios de distribución.
3. Cumplimiento de normativas y requisitos técnicos: Es indispensable el cumplimiento de las normativas vigentes impuestas por Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las regulaciones del MINSAL en El Salvador, pues con ello se garantiza la seguridad y la calidad en la atención médica, evitando sanciones, cierres o riesgos para los usuarios y el personal. Ese si bien es importante, a grandes rasgos, forma parte del “Cumplimiento mínimo” que debe de poseer una entidad que brinde servicios médicos, por lo tanto, su ponderación será de 10%.
4. Viabilidad técnica y operativa: Este criterio se refiere a la capacidad del hospital para implementar los servicios propuestos de manera efectiva, considerando la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, tecnología y los procesos internos. Este presenta similitud con la sostenibilidad económica, ya que si no se dispone de los recursos necesarios (técnicos, humanos, tecnológicos, etc.), resultará imposible lograr la sostenibilidad, por lo que contará con un 15%.
5. Factibilidad financiera: Básicamente se centra en evaluar si la posible inversión inicial y los costos operativos están dentro de las posibilidades del hospital y si las proyecciones financieras aseguran su sostenibilidad y rentabilidad. Si resulta ser un costo inicial elevado y el mantenimiento del mismo no es viable para el hospital, difícilmente cumpliríamos con el criterio de sostenibilidad económica y de viabilidad técnica y operativa, por ende, este criterio tiene ponderación de 15%.
6. Aceptación por parte de la comunidad y usuarios: Pretende evaluar a grandes rasgos que tan aceptable puede llegar a ser la distribución propuesta para los usuarios/comunidad, si estos pueden llegar a resultados útiles y si pueden

mantenerse con el tiempo. Este contará con 15% pues la aceptación social es clave, pues asegura que la reapertura tenga un respaldo en la demanda real y en la legitimidad que otorga la comunidad.

7. Potencial de integración con otros servicios del hospital: En pocas palabras, este valora cómo las diferentes opciones pueden coordinarse y complementarse con los servicios ya existentes, si fortalecen la eficiencia operativa y si mejoran la calidad de la atención. Este criterio complementa la evaluación al fortalecer la operatividad del hospital y la eficiencia general de los servicios que se ofrecen, sin embargo, su contribución, aunque es muy importante, no tiene el mismo peso que aquellos factores que determinan directamente la factibilidad económica y social, por lo que este tendrá un valor asignado del 10%.

## **2. Matriz de decisión**

Una vez establecidos los criterios, así como sus ponderaciones correspondientes, podemos construir la matriz de decisión y proceder a su llenado.

En donde, los puntajes para los criterios serán clasificados de la siguiente manera:

- 1 (Muy bajo)
- 2 (Bajo)
- 3 (Medio)
- 4 (Alto)
- 5 (Muy alto)

A continuación, se presenta el resultado obtenido:

Tabla 40. Matriz de decisión para distribuidores

<b>Criterio</b>	<b>Ponderación (%)</b>	<b>Telemedicina</b>	<b>Alianzas con clínicas</b>	<b>Convenio con aseguradoras</b>	<b>Farmacias asociadas</b>	<b>Atención médica a domicilio</b>	<b>Canales digitales de seguimiento</b>
<b>1. Impacto en el acceso a la salud</b>	20%	4	3	3	3	4	3
<b>2. Impacto en la sostenibilidad económica</b>	15%	4	4	5	4	4	4
<b>3. Cumplimiento de normativas y requisitos técnicos</b>	10%	4	4	4	4	1	4
<b>4. Viabilidad técnica y operativa</b>	15%	4	2	4	4	2	4
<b>5. Factibilidad financiera (inversión y costos asociados)</b>	15%	4	4	5	4	2	4
<b>6. Aceptación por parte de la comunidad y usuarios</b>	15%	4	4	3	4	5	4
<b>7. Potencial de integración con otros servicios del hospital</b>	10%	4	4	4	3	3	4
<b>Total</b>	100%	<b>4.00</b>	3.50	<b>3.95</b>	3.70	3.15	<b>3.80</b>

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se detalla la calificación por criterio para cada una de las alternativas propuestas:

- Impacto en el acceso a la salud (20%):
  - Telemedicina (4): Permite ampliar la cobertura a zonas remotas y personas con limitaciones físicas (en ocasiones puede haber problemas de conexión o de red).
  - Alianzas clínicas (3): Mejora el acceso especializado, pero solo en áreas con las clínicas asociadas.
  - Convenio con aseguradoras (3): Facilita acceso a pacientes asegurados, pero no a todo el público objetivo.
  - Farmacias asociadas (3): Contribuye al acceso, pero en su mayoría a medicamentos.
  - Atención domiciliaria (4): Lleva la atención directamente a poblaciones vulnerables (Puede resultar difícil llegar a ciertos lugares que se requieran).
  - Canales digitales (3): Refuerza el acceso a información y seguimiento, pero no sustituye consultas presenciales.
- Impacto en la sostenibilidad económica (15%):
  - Telemedicina (4): Reduce costos de traslados y consultas físicas.
  - Alianzas clínicas (4): Aumenta la base de pacientes y reduce la necesidad de inversión directa.
  - Convenio con aseguradoras (5): Asegura ingresos estables a través de aseguradoras.
  - Farmacias asociadas (4): Genera comisiones y fortalece la red.
  - Atención domiciliaria (4): Puede generar ingresos por servicios diferenciados (Con ganancias posiblemente mayores).
  - Canales digitales (4): Mejora fidelización y reduce costos de atención presencial.
- Cumplimiento de normativas y requisitos técnicos (10%):
  - Telemedicina (4): Necesita plataformas seguras, pero es factible y compatible con normativas.
  - Alianzas clínicas (4): Cumple siempre que las clínicas cumplan con las normativas vigentes.
  - Convenio con aseguradoras (4): Requiere contratos, pero es normativamente viable.
  - Farmacias asociadas (4): Estas resultan ser compatible y de fácil adaptación.
  - Atención domiciliaria (1): Implica mayor control de calidad dentro de los procesos y de posibles permisos para personal en el terreno.
  - Canales digitales (4): Cumple con normas de confidencialidad y calidad.
- Viabilidad técnica y operativa (15%):
  - Telemedicina (4): Requiere tecnología y personal capacitado, sin embargo, es de fácil aprendizaje y acceso.

- Alianzas clínicas (2): Esto dependerá mucho de la disponibilidad y capacidades de las clínicas aliadas.
- Convenio con aseguradoras (4): Requiere buena gestión de cobros y sistemas internos, sin embargo, la mayoría de aseguradoras cuenta con estándares sólidos y establecidos
- Farmacias asociadas (4): Resulta sencillo de implementar con farmacias establecidas.
- Atención domiciliaria (2): Resulta muy complejo, necesita personal móvil y recursos adicionales.
- Canales digitales (4): Alta viabilidad con redes sociales y plataformas digitales.
- Factibilidad financiera (inversión y costos asociados) (15%)
  - Telemedicina (4): Existe una inversión en plataformas, pero el retorno de la misma puede ser casi instantáneo.
  - Alianzas clínicas (4): Costos compartidos, menor inversión directa.
  - Convenio con aseguradoras (5): Requiere inversión mínima, más negociaciones, lo que puede resultar en una gran ganancia para el hospital.
  - Farmacias asociadas (4): Bajo costo de entrada, depende de comisiones que puedan verse involucradas.
  - Atención domiciliaria (2): Representa altos costos operativos y logísticos.
  - Canales digitales (4): Inversión moderada en redes sociales y posiblemente en personal.
- Aceptación por parte de la comunidad y usuarios (15%)
  - Telemedicina (4): Posible buena aceptación, pero no sustituye todas las consultas.
  - Alianzas clínicas (4): Puede resultar muy aceptadas por pacientes con menos acceso a especialistas.
  - Convenio con aseguradoras (3): Posible aceptación moderada, solo para pacientes asegurados.
  - Farmacias asociadas (4): Aceptación posiblemente alta por su nivel de conveniencia.
  - Atención domiciliaria (5): Muy alta aceptación entre poblaciones vulnerables.
  - Canales digitales (4): Alta aceptación como canal de comunicación y seguimiento.
- Potencial de integración con otros servicios del hospital (10%)
  - Telemedicina (4): Se complementa bien con consultas presenciales y seguimiento.
  - Alianzas clínicas (4): Complementa áreas especializadas del hospital.
  - Convenio con aseguradoras (4): Integración directa con sistemas administrativos y atención (fácil integración).
  - Farmacias asociadas (3): Se integra solo en la parte de entrega de medicamentos.

- Atención domiciliaria (3): Integración parcial con servicios internos del hospital (No es posible llevar todos los servicios a domicilio).
- Canales digitales (4): Alta integración con el seguimiento y educación en salud.

### **3. Selección de alternativas de distribución**

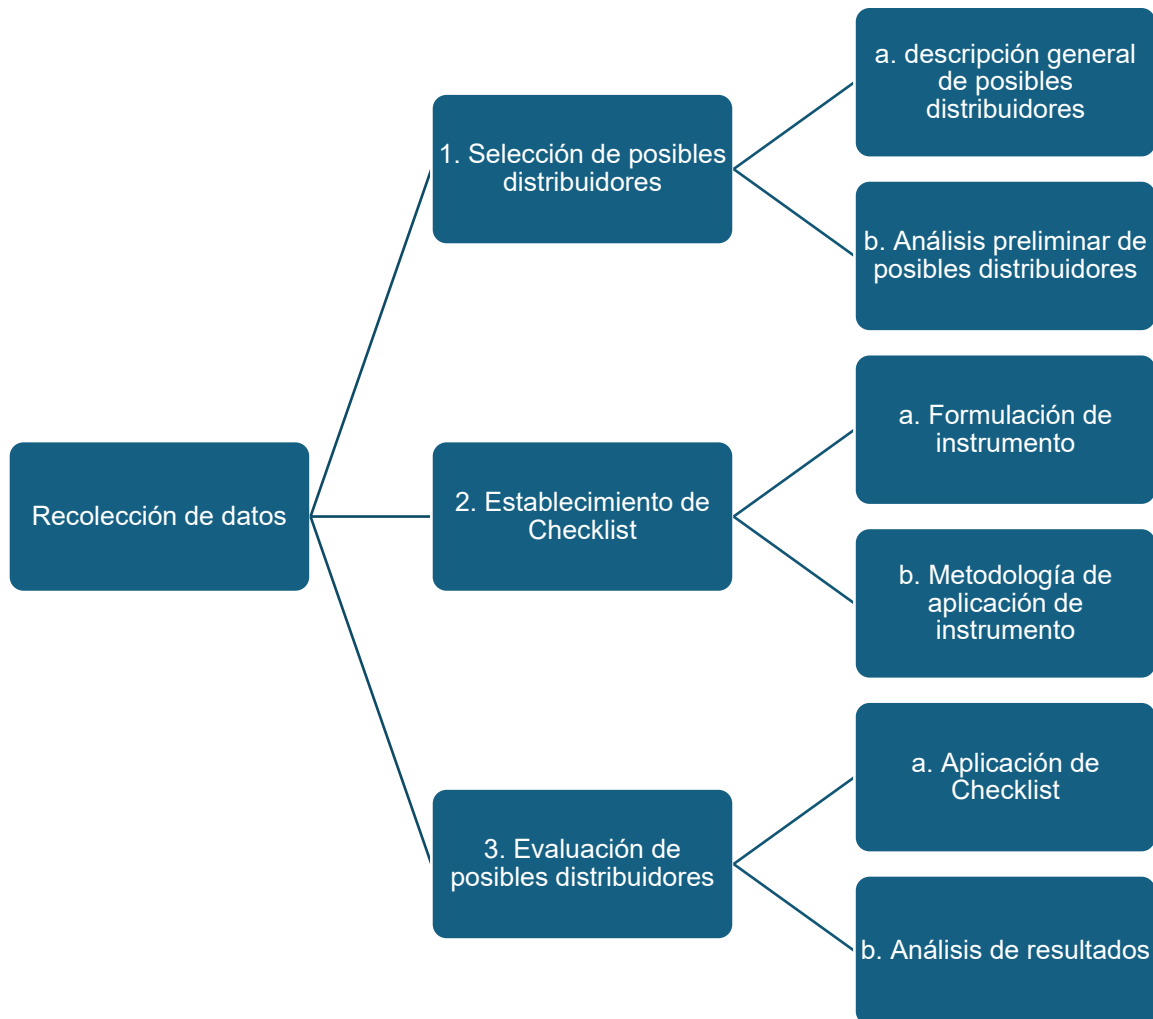
En base a los resultados obtenidos, se tomarán en cuenta los siguientes modos de distribución:

1. Telemedicina (Con un puntaje de 4 puntos de 5): La matriz de evaluación destacó esta opción por su capacidad de ampliar la cobertura en salud, facilitando el acceso a poblaciones con limitaciones físicas o en zonas remotas. Aunque puede enfrentar algunos problemas, ofrece un equilibrio entre costos, viabilidad técnica y aceptación social. Además, se complementa de forma efectiva con las consultas presenciales y el seguimiento a pacientes.
2. Convenio con aseguradoras (Con un puntaje de 3.95 puntos de 5): Esta opción se destaca por su potencial para asegurar ingresos estables y su facilidad para integrarse a la estructura administrativa del hospital. Aunque se dirige principalmente a pacientes asegurados, su implementación requiere una inversión mínima y puede resultar en beneficios económicos significativos.
3. Canales digitales de seguimiento (Con un puntaje de 3.80 puntos de 5): Esta alternativa sobresale por fortalecer la comunicación con los pacientes, mejorar la continuidad en los tratamientos y facilitar la participación de la comunidad. Si bien no reemplaza las consultas presenciales, contribuye a la fidelización y a una atención más cercana y eficiente.

Con ello establecido, podemos dar continuidad a la siguiente sección relacionada a la recolección de datos de distribuidores potenciales.

## G. Diseño del plan y ejecución de recolección de datos

Figura 106. Plan y ejecución de recolección de datos




Fuente: Elaboración propia

## 1. Selección de posibles distribuidores

### a. Descripción general de posibles distribuidores


- Telemedicina: Para los distribuidores de Telemedicina, se evaluarán plataformas ya establecidas en el mercado, que permitan realizar este tipo de servicios. Entre algunas de las plataformas identificadas se tienen las siguientes:

Tabla 41. Distribuidor de Telemedicina: MediQuo PRO

<b>Nombre</b>	MediQuo PRO
	
<b>Descripción general</b>	Plataforma digital española que permite consultas médicas virtuales mediante videollamada, chat o llamada de voz, diseñada para médicos y pacientes hispanohablantes.
<b>Ubicación</b>	Internacional (enfocada en países hispanohablantes; plataforma virtual)
<b>Servicios</b>	Videollamada, chat, llamada de voz, historial clínico, gestión de citas, recetas electrónicas, generación de informes y seguimiento de paciente
<b>Modalidad</b>	Registro gratuito con opción de pago para servicios premium (freemium).
<b>Costo de suscripción</b>	\$27 al mes por médico (versión premium)
<b>Contacto</b>	www.mediquo.com / Soporte en línea


Fuente: Elaboración propia

Tabla 42. Distribuidor de Telemedicina: Dpxy.me

<b>Nombre</b>	Doxy.me
	
<b>Descripción general</b>	Plataforma de telemedicina sencilla y gratuita, pensada para consultas virtuales seguras entre médicos y pacientes, adaptable a varios idiomas incluyendo español.
<b>Ubicación</b>	Internacional (plataforma virtual, basada en EE. UU.)
<b>Servicios</b>	Videollamadas 1:1, sala de espera virtual, mensajería básica (con opciones de pago para HD, intérpretes, y personalización de marca).
<b>Modalidad</b>	Registro gratuito con opción de pago para servicios premium (freemium).
<b>Costo de suscripción</b>	\$49 al mes por médico (versión premium)
<b>Contacto</b>	<a href="http://www.doxy.me">www.doxy.me</a> / Soporte en línea

Fuente: Elaboración propia

Tabla 43. Distribuidor de Telemedicina: WhatsApp Business

<b>Nombre</b>	WhatsApp business
	
<b>Descripción general</b>	Plataforma de mensajería instantánea ampliamente utilizada para comunicación personal y profesional, incluyendo llamadas de voz, videollamadas y chat.
<b>Ubicación</b>	Internacional (plataforma virtual, basada en EE. UU.)
<b>Servicios</b>	Videollamadas, llamadas de voz y chat en tiempo real. Compartir imágenes, videos y documentos.
<b>Modalidad</b>	Gratuita para usuarios finales (requiere cuenta telefónica activa).
<b>Costo de suscripción</b>	\$10 / 1000 mensajes (uso de API/Mensajes automáticos)
<b>Contacto</b>	<a href="http://www.whatsapp.com">www.whatsapp.com</a> / Soporte en línea

Fuente: Elaboración propia


- Convenio con aseguradoras:

Tabla 44. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: Seguros SISA

<b>Nombre</b>	Seguros SISA
	
<b>Descripción general</b>	Aseguradora líder en El Salvador, con amplia experiencia en seguros de salud, vida y accidentes. Forma parte de Grupo SISA y destaca por su red médica nacional amplia y confiable.
<b>Ubicación</b>	Nacional
<b>Servicios</b>	Cobertura médica ambulatoria y hospitalaria, seguros individuales y colectivos, pólizas de vida y accidentes.
<b>Modalidad</b>	Planes de salud individuales, familiares y colectivos; cobertura directa o reembolso de gastos.
<b>Costos</b>	Sin información
<b>Contacto</b>	Tel. 2241-0000 / <a href="http://www.sisa.com.sv">www.sisa.com.sv</a>


Fuente: Elaboración propia

Tabla 45. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: MAPFRE El Salvador

<b>Nombre</b>	MAPFRE El Salvador
	
<b>Descripción general</b>	Aseguradora multinacional con gran solidez y presencia global. Ofrece seguros médicos integrales y soluciones innovadoras para personas y empresas.
<b>Ubicación</b>	Nacional
<b>Servicios</b>	Cobertura médica y hospitalaria, seguros de vida, pólizas de accidentes personales, y salud internacional.
<b>Modalidad</b>	Planes médicos individuales o colectivos, administración de riesgos y reembolso de gastos médicos.
<b>Costos</b>	Sin información
<b>Contacto</b>	Tel. 2257-6666 / <a href="http://www.mapfre.com.sv">www.mapfre.com.sv</a>

Fuente: Elaboración propia


Tabla 46. Distribuidor de por Convenio con aseguradoras: Aseguradora ACSA

<b>Nombre</b>	Aseguradora ACSA
	
<b>Descripción general</b>	Aseguradora salvadoreña con trayectoria destacada en el ramo de seguros de salud y vida. Cuenta con una red médica afiliada para garantizar la atención oportuna.
<b>Ubicación</b>	Nacional.
<b>Servicios</b>	Cobertura médica hospitalaria, planes de salud individuales, colectivos y micro seguros quirúrgicos.
<b>Modalidad</b>	Pago de primas periódicas, cobertura directa y reembolso de gastos hospitalarios y quirúrgicos.
<b>Costos</b>	Sin información
<b>Contacto</b>	2261-8200 / <a href="http://www.acsa.sv">www.acsa.sv</a>

Fuente: Elaboración propia


- Canales digitales de seguimiento y educación en salud

Tabla 47. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Redes Sociales

Nombre	Redes Sociales
	
<b>Descripción general</b>	Plataformas digitales de comunicación y entretenimiento que permiten la difusión masiva e interactiva de contenidos de salud a través de imágenes, videos, publicaciones y transmisiones en vivo.
<b>Incluye</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facebook: publicaciones educativas, videos en vivo y grupos cerrados de pacientes.</li> <li>• Instagram: infografías, Reels y encuestas para seguimiento de hábitos.</li> <li>• TikTok: cápsulas educativas rápidas y creativas, retos virales de salud.</li> <li>• YouTube: minidocumentales, webinars grabados y tutoriales de autocuidado.</li> </ul>
<b>Modalidad</b>	Monitoreo de participación (comentarios, encuestas) para identificar necesidades de seguimiento; Campañas y posibles colaboraciones con creadores de contenido.
<b>Costos</b>	Gratuito (pagos de publicidad desde \$5)
<b>Beneficios</b>	Alcance masivo y segmentación precisa, con alta interacción y credibilidad visual.


Fuente: Elaboración propia

Tabla 48. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Mensajería instantánea

Nombre	Mensajería Instantánea
	
Descripción general	Plataformas de comunicación directa que permiten establecer diálogos uno a uno, en grupos o canales de difusión de información, facilitando la atención inmediata y el acompañamiento personalizado en salud.
Incluye	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WhatsApp Business: envío de mensajes, listas de difusión, chatbots automáticos.</li> <li>• Telegram: canales públicos o grupos moderados con material educativo y soporte continuo.</li> </ul>
Modalidad	Conversaciones moderadas por personal de salud o comunicadores expertos, así como la creación de flujos de mensajería automáticos.
Costos	\$10 / 1000 mensajes (uso de API/Mensajes automáticos)
Beneficios	Alta tasa de lectura, sencillez y efectividad para seguimiento de pacientes, incluso en zonas rurales.


Fuente: Elaboración propia

Tabla 49. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Plataformas y Portales Web

<b>Nombre</b>	Plataformas y Portales Web
	
<b>Descripción general</b>	Sitios institucionales o plataformas educativas que permiten publicar contenidos de salud y módulos de formación, accesibles en cualquier momento.
<b>Incluye</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blog/página web del hospital: artículos, infografías y formularios de contacto, así como información de servicios.</li> </ul>
<b>Modalidad</b>	Desarrollo de página web o blog propio del hospital que permita la difusión de información, de consulta y de actualización de noticias
<b>Costos</b>	Costo inicial: \$500 / Costo de mantenimiento: \$200 anuales
<b>Beneficios</b>	Acceso permanente a contenidos, formación estructurada y autosuficiencia educativa del paciente.


Fuente: Elaboración propia

Tabla 50. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: SMS y llamadas automatizadas

<b>Nombre</b>	SMS y llamadas automatizadas
	
<b>Descripción general</b>	Canales tradicionales pero esenciales en poblaciones con menor acceso a internet o a smartphones, ideales para mensajes breves y llamados educativos.
<b>Incluye</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMS masivos: mensajes de autocuidado, enlaces a recursos o avisos de promociones o servicios ofrecidos por el hospital.</li> <li>• IVR (Respuesta de Voz): llamadas grabadas que ofrecen consejos de salud o permiten responder encuestas de satisfacción.</li> </ul>
<b>Modalidad</b>	Contratos con proveedores de telecomunicaciones para programar mensajes o llamadas, así como la base de datos de usuarios potenciales.
<b>Costos</b>	\$0.03 (por mensaje) / \$0.28 (por minuto)
<b>Beneficios</b>	Bajo costo, simplicidad y cobertura nacional, útil para pacientes de todas las edades.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 51. Distribuidor de Canales digitales de seguimiento y educación en salud: Medios tradicionales con enfoque digital

<b>Nombre</b>	Medios tradicionales con enfoque digital
	
<b>Descripción general</b>	Se refiere a canales de comunicación masiva, que tradicionalmente tienen gran credibilidad y alcance en comunidades rurales y urbanas. Estos medios son eficaces para difundir información de salud de manera clara, sencilla y directa, aprovechando la confianza que tienen en la audiencia.
<b>Incluye</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radio comunitaria: programas educativos, entrevistas con médicos y orientaciones prácticas de autocuidado.</li> <li>• Televisión local/cable: mini segmentos informativos sobre medicina general y prevención, con participación de expertos locales.</li> </ul>
<b>Modalidad</b>	Alianzas estratégicas con medios para producir contenidos específicos sobre temas de salud.
<b>Costos</b>	\$1,000 - \$2,000
<b>Beneficios</b>	Acceso directo a poblaciones que prefieren los medios tradicionales, facilitando la comprensión y apropiación de prácticas de autocuidado.

Fuente: Elaboración propia

b. Análisis preliminar de posibles distribuidores

- Telemedicina:

Como parte del proceso de reapertura del Hospital Divina Providencia, la incorporación de plataformas de telemedicina como MediQuo PRO, Doxy.me y WhatsApp Business representan valiosos aportes para mejorar la atención y poder llegar a más clientes o pacientes para ofrecer servicios médicos. Cada una de estas alternativas presentan ventajas y desventajas, a continuación, se presenta un breve análisis de cada una de las propuestas:

- MediQuo PRO: esta plataforma ofrece un espacio de consulta diseñado específicamente para la atención médica, con videollamadas y chats en que facilitan la comunicación directa con los pacientes. Sin embargo, su implementación podría requerir algunos ajustes técnicos en la infraestructura actual del hospital, más no representaría un desafío grande.
- Doxy.me: esta plataforma destaca por su sencillez y gratuidad, lo que la convierte en una excelente opción para comenzar a ofrecer telemedicina, aunque sus funcionalidades básicas podrían no cubrir por completo las necesidades del hospital en esta nueva etapa.
- WhatsApp Business: sobresale por su popularidad y facilidad de uso, lo que lo hace ideal para coordinar citas y mantener una comunicación ágil con los pacientes. Sin embargo, al no ser una plataforma creada específicamente para servicios médicos, es necesario prestar especial atención a la protección de la privacidad y los datos clínicos que se ven involucrados en los procesos.

Como parte del estudio de factibilidad, se evaluará cuidadosamente cuál de estas herramientas resulta más viable y adecuada para apoyar la reapertura del hospital y la distribución de los servicios de salud por este medio, siempre con el objetivo de brindar una atención más cercana, segura y eficiente a la comunidad.

- Convenio con aseguradoras:

La reapertura representa de igual forma una valiosa oportunidad para fortalecer los servicios a través de alianzas estratégicas con aseguradoras como Seguros SISA, MAPFRE El Salvador y Aseguradora ACSA. Estas alianzas no solo facilitan que el mercado objetivo pueda acceder a una atención médica de calidad, sino que también contribuirán a que el hospital mantenga una base financiera sólida y sostenible.

Cada aseguradora ofrece características y fortalezas particulares que podrían complementar la oferta de servicios del hospital. A continuación, se detallan algunas de las características de estos agentes:

- Seguros SISA: como líder del sector en El Salvador, cuenta con una amplia experiencia en seguros de salud, vida y accidentes, respaldada por una sólida red médica nacional que podría integrarse de manera efectiva a las necesidades del hospital. Sin embargo, su estructura y alcance requerirán un análisis detallado para asegurar que se adapte a las necesidades reales del hospital.
- MAPFRE El Salvador: este presenta soluciones flexibles e innovadoras gracias a su presencia y trayectoria internacional. Su respaldo global otorga un nivel mayor de confianza al contar con procesos robustos, pero también implica un esfuerzo adicional para que sus políticas se ajusten y respondan a las realidades de la comunidad objetivo.
- Aseguradora ACSA: Este presenta un profundo conocimiento del mercado local y su red de proveedores médicos confiables. Esta cercanía puede traducirse en una integración más ágil y efectiva, garantizando atención rápida y oportuna para nuestros pacientes.

Por todas esas razones, se evaluará cuidadosamente las aseguradoras que presenten las mejores condiciones y beneficios para el hospital. Se valorarán aspectos como la calidad de sus servicios, su capacidad para integrarse con los procesos del hospital y su contribución para garantizar una atención accesible, sostenible y de calidad para la comunidad.

- Canales digitales de seguimiento y educación en salud:

Se presenta como alternativa la incorporación de canales digitales y de difusión que permitan realizar seguimiento y acercamiento con la comunidad y usuarios del hospital. Estos medios permitirían complementar los servicios brindados en las instalaciones, así como generar confianza entre los pacientes, promover servicios y promociones, así como fomentar hábitos de cuidado e información general institucional. Para ello se presentan las siguientes alternativas:

- Redes sociales: estas ofrecen un espacio dinámico para difundir contenidos de salud en formatos accesibles como imágenes, videos, publicaciones e incluso por medio de transmisiones en vivo. Esta sencillas y el alcance masivo de dichas plataformas pueden fortalecer la relación con la comunidad, aunque también requiere una estrategia cuidadosa para asegurar la veracidad y calidad de la información compartida.
- Mensajería instantánea: esta alternativa permite establecer diálogos directos y personalizados, ya sea a través de grupos, canales de difusión o mensajes uno a uno. Su uso puede facilitar el acompañamiento cercano a los pacientes y la resolución rápida de dudas, generando confianza y mejorando la continuidad en los cuidados.

- Plataformas y portales web: estos aportan un espacio formal y accesible para la difusión de contenidos de salud y promover información general del hospital. Estos canales tienen la ventaja de estar disponibles en todo momento, adaptándose a los ritmos y necesidades de los pacientes.
- SMS y llamadas automatizadas: Esta opción resulta clave en poblaciones con menor acceso a internet o a teléfonos inteligentes. Estos canales permiten compartir mensajes breves y claros, llegando a sectores donde otras tecnologías digitales aún no tienen suficiente alcance.
- Medios tradicionales con enfoque digital: Estos se refiere a medios como radio y televisión, los cuales, siguen siendo muy valorados en comunidades rurales y urbanas. Aprovechar la credibilidad de estos medios para difundir mensajes de salud, así como la promoción del hospital puede ser esencial para lograr mayor impacto y aceptación.

Cada uno de estos canales será analizado cuidadosamente para identificar las mejores alternativas que puedan integrarse a la estrategia general del hospital, no solo contemplando su reapertura, sino también para sus operaciones cotidianas en un futuro, garantizando su sostenibilidad a largo plazo. El objetivo es asegurar una comunicación clara, respetuosa y efectiva que fortalezca la salud de la población y contribuya a la sostenibilidad del hospital a largo plazo.

## 2. Establecimiento de lista de chequeo

### a. Formulación de instrumento

En este análisis se elaborarán tres listas de chequeo, una para cada alternativa de distribución propuesta. Esto permitirá evaluar de manera detallada y precisa a los distribuidores considerados, facilitando así la selección de la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia. A continuación, se presentan las listas de chequeo junto con sus respectivas fichas técnicas.

- Telemedicina:
  - Ficha técnica

*Tabla 52. Ficha técnica de Checklist - Telemedicina*

<b>Ficha técnica de Checklist – Telemedicina</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.
<b>Tipo de instrumento</b>	Checklist estructurado.
<b>Objetivo</b>	Comparar y evaluar plataformas de telemedicina para identificar la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia,

	considerando aspectos técnicos, económicos, administrativos y de calidad clínica que garanticen una gestión hospitalaria efectiva y segura.
<b>Aplicación</b>	Estudio de mercado distribuidor (componente del estudio de factibilidad)
<b>Target</b>	Plataformas de telemedicina disponibles en el mercado (WhatsApp Business, Mediquo, Doxy.me y otras que puedan surgir).
<b>Área geográfica de estudio</b>	Ámbito de implementación y uso esperado de la plataforma: Distrito de Santiago Texacuangos y áreas de influencia del Hospital Divina Providencia (Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa)
<b>Unidad de análisis</b>	Cada plataforma de telemedicina considerada como posible canal para la prestación de servicios médicos virtuales.
<b>Dimensiones evaluadas</b>	8 criterios principales y 20 subcriterios específicos relacionados con funcionalidades, seguridad, accesibilidad, experiencia de usuario, aspectos administrativos, normativas, impacto y soporte.
<b>Formato de registro</b>	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y observaciones cualitativas.
<b>Método de recolección</b>	Observación directa, revisión documental y pruebas exploratorias de las plataformas.
<b>Aplicador</b>	Equipo investigador del estudio de factibilidad.
<b>Periodo de aplicación estimado</b>	Abril – mayo 2025.
<b>Uso de resultados</b>	Identificar la plataforma más adecuada y justificar la decisión final de adopción en el plan de implementación para la reapertura del Hospital Divina Providencia, asegurando el cumplimiento normativo y la eficiencia en la atención médica virtual.

Fuente: Elaboración propia

- Checklist:

Tabla 53. Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina

<b>Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.</b>						
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia						
Objetivo: Comparar y evaluar plataformas de telemedicina para identificar la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia, considerando aspectos técnicos, económicos, administrativos y de calidad clínica que garanticen una gestión hospitalaria efectiva y segura.						
Distribuidor:			Modo de distribución:			
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?			
			Sí	No	Parcial	No aplica

<b>Funcionalidades</b>	1	¿Permite realizar videollamadas y chat en tiempo real?					
	2	¿Permite el envío de documentos médicos de forma segura y fácil?					
	3	¿Incluye herramientas de agenda y recordatorios automáticos para las consultas?					
	4	¿Permite personalizar la plataforma con el branding institucional del hospital?					
	5	¿Es accesible en PC, móvil y Tablet?					
<b>Seguridad y confidencialidad</b>	6	¿Cumple con protocolos de Protección de Datos Personales?					

	7	¿Ofrece cifrado de extremo a extremo para videollamadas y chat?					
	8	¿Cuenta con control de acceso a usuarios y gestión de permisos?					
<b>Costos y accesibilidad</b>	9	¿Tiene costos accesibles para el hospital?					
	10	¿Incluye capacitación y soporte profesional para el personal?					
<b>Experiencia de usuario</b>	11	¿Es fácil de usar para los pacientes?					
	12	¿Es accesible para personas con discapacidad?					
<b>Aspectos administrativos</b>	13	¿Cuenta con un panel administrativo para gestión de usuarios y reportes?					

	14	¿Permite trazabilidad de la atención a través de registros y reportes?					
<b>Normativas y calidad</b>	15	¿Puede adaptarse a los requisitos y los protocolos de salud del hospital?					
	16	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?					
<b>Impacto</b>	17	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?					
	18	¿Tiene un bajo impacto ambiental y utiliza recursos tecnológicos adecuados?					

<b>Soporte y actualizaciones</b>	19	¿Cuenta con actualizaciones frecuentes y soporte?					
	20	¿Garantiza la continuidad del servicio y disponibilidad técnica?					
<b>Total</b>							
<b>Porcentaje ganado</b>							

Fuente: Elaboración propia

- Convenio con aseguradoras:
  - Ficha técnica

Tabla 54. Ficha técnica de Checklist - Convenio con aseguradoras

<b>Ficha técnica de Checklist – Convenio con aseguradoras</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	Checklist de evaluación de aseguradoras – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.
<b>Tipo de instrumento</b>	Checklist estructurado.
<b>Objetivo</b>	Identificar y analizar las principales aseguradoras de salud del país para seleccionar la opción más confiable y eficiente, que permita al Hospital Divina Providencia formalizar convenios estratégicos que garanticen el flujo constante de pacientes asegurados, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y la sostenibilidad operativa a largo plazo.
<b>Aplicación</b>	Estudio de mercado distribuidor (componente del estudio de factibilidad)
<b>Target</b>	Aseguradoras con cobertura de salud y convenios hospitalarios activos en El Salvador (SISA, MAPFRE, ACSA).
<b>Área geográfica de estudio</b>	Ámbito de implementación y uso esperado de agencias de seguro: Distrito de Santiago Texacuangos y áreas de influencia del Hospital Divina Providencia (Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa)
<b>Unidad de análisis</b>	Cada aseguradora considerada como potencial aliado estratégico para la captación y atención de pacientes asegurados.

<b>Dimensiones evaluadas</b>	7 criterios principales y 20 subcriterios específicos relacionados con red médica, servicios ofrecidos, procesos administrativos, cumplimiento normativo, respaldo financiero, impacto social, innovación y soporte digital.
<b>Formato de registro</b>	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y observaciones cualitativas.
<b>Método de recolección</b>	Revisión documental, observación directa de plataformas digitales y portales de proveedores.
<b>Aplicador</b>	Equipo investigador del estudio de factibilidad.
<b>Periodo de aplicación estimado</b>	Abril – mayo 2025.
<b>Uso de resultados</b>	Identificar la aseguradora más adecuada y justificar la decisión final de adopción en el plan de reapertura del Hospital Divina Providencia, asegurando la sostenibilidad financiera y la calidad en la atención a pacientes asegurados.

Fuente: Elaboración propia

- Checklist

Tabla 55. Checklist de evaluación de aseguradoras

<b>Checklist de evaluación de aseguradoras – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar y analizar las principales aseguradoras de salud del país para seleccionar la opción más confiable y eficiente, que permita al Hospital Divina Providencia formalizar convenios estratégicos que garanticen el flujo constante de pacientes asegurados, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y la sostenibilidad operativa a largo plazo.							
Distribuidor:				Modo de distribución:			
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Experiencia y red médica</b>	1	¿Tiene experiencia trabajando con hospitales o clínicas privadas en El Salvador?					
	2	¿Cuenta con una red amplia de hospitales y clínicas afiliadas en el país?					

	3	¿Tiene historial de colaboración exitosa con hospitales en la región?					
<b>Cobertura y servicios médicos ofrecidos</b>	4	¿Ofrece pólizas de salud con cobertura ambulatoria, hospitalaria y quirúrgica?					
	5	¿Incluye cobertura para consultas externas, emergencias y cirugías?					
	6	¿Incluye cobertura para las especialidades médicas más demandadas en su red de hospitales afiliados?					
	7	¿Ofrece cobertura para exámenes de laboratorio, imágenes y otros servicios auxiliares?					
<b>Procesos administrativos y pagos</b>	8	¿Garantiza pagos oportunos y claros a los hospitales por la atención brindada?					
	9	¿Tiene procesos administrativos sencillos y transparentes para gestionar los servicios médicos?					

	10	¿Ofrece un canal de comunicación directo para la coordinación de casos?					
<b>Cumplimiento normativo y legal</b>	11	¿Está registrada y regulada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador?					
	12	¿Cumple con normativas nacionales en materia de seguros médicos?					
	13	¿Tiene convenios previos con hospitales certificados por el Consejo Superior de Salud Pública?					
<b>Solidez y respaldo financiero</b>	14	¿Cuenta con respaldo financiero y reputación de solvencia en el país?					
	15	¿Tiene historial de cumplimiento de obligaciones con hospitales y clínicas?					
<b>Flexibilidad y disposición para convenios</b>	16	¿Está dispuesta a negociar tarifas y condiciones favorables para el hospital?					
	17	¿Incluye cláusulas específicas para asegurar pagos justos y oportunos a					

		proveedores de salud?					
	18	¿Ofrece apoyo o capacitaciones para el personal del hospital sobre procesos de aseguradoras?					
<b>Impacto social, herramientas y soporte digital</b>	19	¿Tiene programas de responsabilidad social que puedan alinearse con la misión social del hospital?					
	20	¿Proporciona herramientas digitales o plataformas para la gestión ágil de autorizaciones y pagos, así como soporte digital e innovación adicional?					
<b>Total</b>							
<b>Porcentaje ganado</b>							

Fuente: Elaboración propia

- Canales digitales de seguimiento y educación en salud.
  - Ficha técnica

Tabla 56. Ficha técnica de Checklist - Canales digitales de seguimiento y educación en salud

<b>Ficha técnica de Checklist – Canales digitales de seguimiento y educación en salud</b>	
<b>Nombre del instrumento</b>	<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina.</b>

<b>Tipo de instrumento</b>	Checklist estructurado.
<b>Objetivo</b>	Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.
<b>Aplicación</b>	Estudio de mercado (distribuidor y componente del estudio de factibilidad)
<b>Target</b>	Plataformas y medios disponibles en la comunidad: redes sociales (Facebook, Instagram, TikTok), mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram), plataformas web, SMS/llamadas automatizadas y medios tradicionales con digitalización (televisión y radio).
<b>Área geográfica de estudio</b>	Ámbito de implementación y uso esperado de canales: Distrito de Santiago Texacuangos y áreas de influencia del Hospital Divina Providencia (Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa)
<b>Unidad de análisis</b>	Cada canal digital considerado como potencial herramienta de comunicación, seguimiento y educación en salud para la comunidad y el hospital.
<b>Dimensiones evaluadas</b>	8 criterios principales y 20 subcriterios específicos: Alcance y cobertura, Accesibilidad, Interactividad, Confianza, Contenido, Costos, Seguridad de datos, Impacto social y contribución a la salud pública.
<b>Formato de registro</b>	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y observaciones cualitativas
<b>Método de recolección</b>	Observación directa, revisión documental, y análisis comparativo de plataformas.
<b>Aplicador</b>	Equipo investigador del estudio de factibilidad
<b>Periodo de aplicación estimado</b>	Abril – mayo 2025.
<b>Uso de resultados</b>	Identificar y analizar los principales canales digitales de seguimiento y educación en salud, para seleccionar la opción o combinación de opciones más confiable, eficiente y adaptada a las necesidades del hospital y de la comunidad.

*Fuente: Elaboración propia*

- o Checklist

Tabla 57. Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:				Modo de distribución:			
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				
			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?					
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?					
	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?					
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?					
	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?					
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?					
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?					
	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?					

	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación?					
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?					
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?					
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?					
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?					
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?					
<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?					
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?					
<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?					
	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles (consentimiento, cifrado, etc.)?					

<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?					
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?					
<b>Total</b>							
<b>Porcentaje ganado</b>							

Fuente: *Elaboración propia*

#### b. Metodología de aplicación de instrumento

El instrumento se aplicará mediante una combinación de métodos de recolección de datos orientados a la evaluación integral de distribuidores potenciales. La metodología adoptada permitirá recopilar información tanto cualitativa como estructurada para determinar el grado de alineación y viabilidad de cada actor respecto a los objetivos del estudio de factibilidad.

##### a) **Métodos de recolección:**

- **Observación directa:** Revisión in situ de condiciones operativas, ubicación, instalaciones, atención al cliente y presencia local.
- **Revisión documental:** Consulta de sitios web, perfiles institucionales, redes sociales, registros comerciales o sanitarios públicos.

##### b) **Aplicación del instrumento:**

El Checklist se aplicará de manera individual a cada actor identificado, registrando el nivel de cumplimiento de cada subcriterio (Sí, No, Parcial, No aplica), acompañado de observaciones relevantes. La información recopilada será sistematizada en una matriz comparativa para facilitar el análisis multicriterio y la posterior toma de decisiones.

### 3. Evaluación de posibles distribuidores

#### a. Aplicación de Checklist

La aplicación de la Checklist consta de seleccionar si el distribuidor evaluado cumple los criterios establecidos, cada uno de estos criterios tiene una ponderación establecida. A continuación, se detallan dichos puntajes:

- Sí: 1 punto
- No: 0 puntos
- Parcial: 0.5 puntos
- No aplica: 1 Punto (no afecta a la metodología o forma de distribución)

Cabe recalcar que el factor de costos no ha sido involucrado en estas evaluaciones, ya que la información de los mismos es muy limitada y se encuentran registros aproximados (además que las entidades bajo estudio no comparten dicha información a menos que sea de manera formal bajo el nombre de la institución solicitante). Esto a su vez permitirá evaluar la mejor opción a nivel técnico y distinguir las mejores alternativas según la capacidad del hospital.

Teniendo estos factores en claro se procede al llenado de las listas de chequeo por forma de distribución y proveedor:

- Telemedicina
  - WhatsApp Business:

*Tabla 58. Aplicación de Checklist: Telemedicina - WhatsApp Business*

<b>Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar plataformas de telemedicina para identificar la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia, considerando aspectos técnicos, económicos, administrativos y de calidad clínica que garanticen una gestión hospitalaria efectiva y segura.							
Distribuidor:	WhatsApp Business		Modo de distribución:			Telemedicina	
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				
			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
<b>Funcionalidades</b>	1	¿Permite realizar videollamadas y chat en tiempo real?	x				
	2	¿Permite el envío de documentos médicos de forma segura y fácil?	x				

	3	¿Incluye herramientas de agenda y recordatorios automáticos para las consultas?	x				
	4	¿Permite personalizar la plataforma con el branding institucional del hospital?	x				
	5	¿Es accesible en PC, móvil y Tablet?	x				
<b>Seguridad y confidencialidad</b>	6	¿Cumple con protocolos de Protección de Datos Personales?	x				
	7	¿Ofrece cifrado de extremo a extremo para videollamadas y chat?	x				
	8	¿Cuenta con control de acceso a usuarios y gestión de permisos?	x				

<b>Costos y accesibilidad</b>	9	¿Tiene costos accesibles para el hospital?	x				
	10	¿Incluye capacitación y soporte profesional para el personal?				x	Es de fácil aprendizaje/No requiero conocimientos técnicos
<b>Experiencia de usuario</b>	11	¿Es fácil de usar para los pacientes?	x				
	12	¿Es accesible para personas con discapacidad?	x				
<b>Aspectos administrativos</b>	13	¿Cuenta con un panel administrativo para gestión de usuarios y reportes?			x		Cuenta, pero no es tan optima
	14	¿Permite trazabilidad de la atención a través de registros y reportes?	x				

<b>Normativas y calidad</b>	15	¿Puede adaptarse a los requisitos y los protocolos de salud del hospital?			x		Todo dependerá del uso que le dé el hospital
	16	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?	x				
<b>Impacto</b>	17	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?			x		Cuenta con funciones de seguimiento, más no especializadas en salud
	18	¿Tiene un bajo impacto ambiental y utiliza recursos tecnológicos adecuados?	x				
<b>Soporte y actualizaciones</b>	19	¿Cuenta con actualizaciones frecuentes y soporte?	x				

	20	¿Garantiza la continuidad del servicio y disponibilidad técnica?	x				
<b>Total</b>			16	0	3	1	20
<b>Porcentaje ganado</b>			18.5				

Fuente: Elaboración propia

- Mediquo

Tabla 59. Aplicación de Checklist: Telemedicina - Mediquo

<b>Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar plataformas de telemedicina para identificar la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia, considerando aspectos técnicos, económicos, administrativos y de calidad clínica que garanticen una gestión hospitalaria efectiva y segura.							
Distribuidor:	Mediquo		Modo de distribución:	Telemedicina			
Criterio	N.º	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			S í	N o	Parcial	No aplica	
<b>Funcionalidades</b>	1	¿Permite realizar videollamadas y chat en tiempo real?	x				
	2	¿Permite el envío de documentos médicos de forma segura y fácil?	x				

	3	¿Incluye herramientas de agenda y recordatorios automáticos para las consultas?	x				
	4	¿Permite personalizar la plataforma con el branding institucional del hospital?	x				
	5	¿Es accesible en PC, móvil y Tablet?	x				
<b>Seguridad y confidencialidad</b>	6	¿Cumple con protocolos de Protección de Datos Personales?	x				
	7	¿Ofrece cifrado de extremo a extremo para videollamadas y chat?	x				
	8	¿Cuenta con control de acceso a usuarios y gestión de permisos?	x				

<b>Costos y accesibilidad</b>	9	¿Tiene costos accesibles para el hospital?			x		Puede llegar a resultar costoso
	10	¿Incluye capacitación y soporte profesional para el personal?	x				
<b>Experiencia de usuario</b>	11	¿Es fácil de usar para los pacientes?	x				
	12	¿Es accesible para personas con discapacidad?			x		No cuenta con funciones que se adapten al usuario
<b>Aspectos administrativos</b>	13	¿Cuenta con un panel administrativo para gestión de usuarios y reportes?	x				
	14	¿Permite trazabilidad de la atención a través de registros y reportes?	x				

<b>Normativas y calidad</b>	15	¿Puede adaptarse a los requisitos y los protocolos de salud del hospital?	x				
	16	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes ?	x				
<b>Impacto</b>	17	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes ?	x				
	18	¿Tiene un bajo impacto ambiental y utiliza recursos tecnológicos adecuados?	x				
<b>Soporte y actualizaciones</b>	19	¿Cuenta con actualizaciones frecuentes y soporte?	x				

	20	¿Garantiza la continuidad del servicio y disponibilidad técnica?	x				
<b>Total</b>			18	0	2	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			19				

Fuente: Elaboración propia

- Doxy.me

Tabla 60. Aplicación de Checklist: Telemedicina - Doxy.me

<b>Checklist de evaluación de plataformas de telemedicina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar plataformas de telemedicina para identificar la opción más adecuada para el Hospital Divina Providencia, considerando aspectos técnicos, económicos, administrativos y de calidad clínica que garanticen una gestión hospitalaria efectiva y segura.							
Distribuidor:	Doxy.me			Modo de distribución:		Telemedicina	
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Funcionalidades</b>	1	¿Permite realizar videollamadas y chat en tiempo real?	x				
	2	¿Permite el envío de documentos médicos de forma segura y fácil?	x				

	3	¿Incluye herramientas de agenda y recordatorios automáticos para las consultas?			x		No ofrece esta herramienta en la versión gratuita/En versión de pago su sistema no es tan robusto
	4	¿Permite personalizar la plataforma con el branding institucional del hospital?	x				
	5	¿Es accesible en PC, móvil y Tablet?	x				
<b>Seguridad y confidencialidad</b>	6	¿Cumple con protocolos de Protección de Datos Personales?			x		Existen registros de polémicas por manejo de datos
	7	¿Ofrece cifrado de extremo a extremo para videollamadas y chat?			x		Hay registros de falta de mantenimiento de cifrado
	8	¿Cuenta con control de acceso a usuarios y gestión de permisos?	x				

<b>Costos y accesibilidad</b>	9	¿Tiene costos accesibles para el hospital?	x				
	10	¿Incluye capacitación y soporte profesional para el personal?	x				
<b>Experiencia de usuario</b>	11	¿Es fácil de usar para los pacientes?	x				
	12	¿Es accesible para personas con discapacidad?			x		No cuenta con funciones que se adapten al usuario
<b>Aspectos administrativos</b>	13	¿Cuenta con un panel administrativo para gestión de usuarios y reportes?	x				
	14	¿Permite trazabilidad de la atención a través de registros y reportes?			x		La versión gratuita no lo incluye y su versión de pago no es tan robusta

<b>Normativas y calidad</b>	15	¿Puede adaptarse a los requisitos y los protocolos de salud del hospital?	x				
	16	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?			x		No es una herramienta de historia clínica formal
<b>Impacto</b>	17	¿Permite el registro de historia clínica y el seguimiento de pacientes?			x		Puede no cumplir completamente el registro clínico exigido en hospitales.
	18	¿Tiene un bajo impacto ambiental y utiliza recursos tecnológicos adecuados?	x				
<b>Soporte y actualizaciones</b>	19	¿Cuenta con actualizaciones frecuentes y soporte?	x				

	20	¿Garantiza la continuidad del servicio y disponibilidad técnica?	x				
<b>Total</b>			13	0	7	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			16.5				

Fuente: Elaboración propia

- Convenio con aseguradoras
  - Seguros SISA

Tabla 61. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - Seguros SISA

<b>Checklist de evaluación de aseguradoras – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar y analizar las principales aseguradoras de salud del país para seleccionar la opción más confiable y eficiente, que permita al Hospital Divina Providencia formalizar convenios estratégicos que garanticen el flujo constante de pacientes asegurados, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y la sostenibilidad operativa a largo plazo.							
Distribuidor:	Seguros SISA		Modo de distribución:		Convenio con aseguradoras		
Criterio	Nº	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Experiencia y red médica</b>	1	¿Tiene experiencia trabajando con hospitales o clínicas privadas en El Salvador?	x				
	2	¿Cuenta con una red amplia de hospitales y clínicas afiliadas en el país?	x				
	3	¿Tiene historial de colaboración exitosa con hospitales en la región?	x				

<b>Cobertura y servicios médicos ofrecidos</b>	4	¿Ofrece pólizas de salud con cobertura ambulatoria, hospitalaria y quirúrgica?	x				
	5	¿Incluye cobertura para consultas externas, emergencias y cirugías?	x				
	6	¿Incluye cobertura para las especialidades médicas más demandadas en su red de hospitales afiliados?	x				
	7	¿Ofrece cobertura para exámenes de laboratorio, imágenes y otros servicios auxiliares?	x				
<b>Procesos administrativos y pagos</b>	8	¿Garantiza pagos oportunos y claros a los hospitales por la atención brindada?	x				
	9	¿Tiene procesos administrativos sencillos y transparentes para gestionar los servicios médicos?	x				
	10	¿Ofrece un canal de comunicación directo para la coordinación de casos?	x				

<b>Cumplimiento normativo y legal</b>	11	¿Está registrada y regulada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador?	x				
	12	¿Cumple con normativas nacionales en materia de seguros médicos?	x				
	13	¿Tiene convenios previos con hospitales certificados por el Consejo Superior de Salud Pública?	x				
<b>Solidez y respaldo financiero</b>	14	¿Cuenta con respaldo financiero y reputación de solvencia en el país?	x				
	15	¿Tiene historial de cumplimiento de obligaciones con hospitales y clínicas?	x				
<b>Flexibilidad y disposición para convenios</b>	16	¿Está dispuesta a negociar tarifas y condiciones favorables para el hospital?	x				
	17	¿Incluye cláusulas específicas para asegurar pagos justos y oportunos a proveedores de salud?	x				

	18	¿Ofrece apoyo o capacitaciones para el personal del hospital sobre procesos de aseguradoras?	x				
<b>Impacto social, herramientas y soporte digital</b>	19	¿Tiene programas de responsabilidad social que puedan alinearse con la misión social del hospital?			x		No se encuentran registros ciertos de la participación directa en actividades de esta índole
	20	¿Proporciona herramientas digitales o plataformas para la gestión ágil de autorizaciones y pagos, así como soporte digital e innovación adicional?	x				
<b>Total</b>			19	0	1	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			19.5				

Fuente: Elaboración propia

- MAPFRE El Salvador

Tabla 62. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - MAPFRE El Salvador

<b>Checklist de evaluación de aseguradoras – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar y analizar las principales aseguradoras de salud del país para seleccionar la opción más confiable y eficiente, que permita al Hospital Divina Providencia formalizar convenios estratégicos que garanticen el flujo constante de pacientes asegurados, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y la sostenibilidad operativa a largo plazo.							
Distribuidor:	MAPFRE El Salvador			Modo de distribución:	Convenio con aseguradoras		
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				
			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario

<b>Experiencia y red médica</b>	1	¿Tiene experiencia trabajando con hospitales o clínicas privadas en El Salvador?	x				
	2	¿Cuenta con una red amplia de hospitales y clínicas afiliadas en el país?	x				
	3	¿Tiene historial de colaboración exitosa con hospitales en la región?	x				
<b>Cobertura y servicios médicos ofrecidos</b>	4	¿Ofrece pólizas de salud con cobertura ambulatoria, hospitalaria y quirúrgica?	x				
	5	¿Incluye cobertura para consultas externas, emergencias y cirugías?	x				
	6	¿Incluye cobertura para las especialidades médicas más demandadas en su red de hospitales afiliados?	x				
	7	¿Ofrece cobertura para exámenes de laboratorio, imágenes y otros servicios auxiliares?	x				
<b>Procesos administrativos y pagos</b>	8	¿Garantiza pagos oportunos y claros a los hospitales por la atención brindada?	x				

	9	¿Tiene procesos administrativos sencillos y transparentes para gestionar los servicios médicos?	x				
	10	¿Ofrece un canal de comunicación directo para la coordinación de casos?	x				
<b>Cumplimiento normativo y legal</b>	11	¿Está registrada y regulada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador?	x				
	12	¿Cumple con normativas nacionales en materia de seguros médicos?	x				
	13	¿Tiene convenios previos con hospitales certificados por el Consejo Superior de Salud Pública?	x				
<b>Solidez y respaldo financiero</b>	14	¿Cuenta con respaldo financiero y reputación de solvencia en el país?	x				
	15	¿Tiene historial de cumplimiento de obligaciones con hospitales y clínicas?	x				

<b>Flexibilidad y disposición para convenios</b>	16	¿Está dispuesta a negociar tarifas y condiciones favorables para el hospital?	x				
	17	¿Incluye cláusulas específicas para asegurar pagos justos y oportunos a proveedores de salud?	x				
	18	¿Ofrece apoyo o capacitaciones para el personal del hospital sobre procesos de aseguradoras?			x		Es un aspecto que debe de negociarse con la aseguradora
<b>Impacto social, herramientas y soporte digital</b>	19	¿Tiene programas de responsabilidad social que puedan alinearse con la misión social del hospital?	x				
	20	¿Proporciona herramientas digitales o plataformas para la gestión ágil de autorizaciones y pagos, así como soporte digital e innovación adicional?			x		Su aplicación no cuenta con reseñas de usuarios
<b>Total</b>			18	0	2	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			19				

Fuente: Elaboración propia

- Aseguradora ACSA

Tabla 63. Aplicación de Checklist: Convenio con aseguradoras - Aseguradora ACSA

<b>Checklist de evaluación de aseguradoras – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia.</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar y analizar las principales aseguradoras de salud del país para seleccionar la opción más confiable y eficiente, que permita al Hospital Divina Providencia formalizar convenios estratégicos que garanticen el flujo constante de pacientes asegurados, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y la sostenibilidad operativa a largo plazo.							
Distribuidor:	Aseguradora ACSA			Modo de distribución:		Convenio con aseguradoras	
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				
			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
<b>Experiencia y red médica</b>	1	¿Tiene experiencia trabajando con hospitales o clínicas privadas en El Salvador?	x				
	2	¿Cuenta con una red amplia de hospitales y clínicas afiliadas en el país?	x				
	3	¿Tiene historial de colaboración exitosa con hospitales en la región?	x				
<b>Cobertura y servicios médicos ofrecidos</b>	4	¿Ofrece pólizas de salud con cobertura ambulatoria, hospitalaria y quirúrgica?	x				
	5	¿Incluye cobertura para consultas externas, emergencias y cirugías?	x				

	6	¿Incluye cobertura para las especialidades médicas más demandadas en su red de hospitales afiliados?	x				
	7	¿Ofrece cobertura para exámenes de laboratorio, imágenes y otros servicios auxiliares?	x				
<b>Procesos administrativos y pagos</b>	8	¿Garantiza pagos oportunos y claros a los hospitales por la atención brindada?	x				
	9	¿Tiene procesos administrativos sencillos y transparentes para gestionar los servicios médicos?	x				
	10	¿Ofrece un canal de comunicación directo para la coordinación de casos?	x				
<b>Cumplimiento normativo y legal</b>	11	¿Está registrada y regulada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador?	x				
	12	¿Cumple con normativas nacionales en materia de seguros médicos?	x				

	13	¿Tiene convenios previos con hospitales certificados por el Consejo Superior de Salud Pública?	x				
<b>Solidez y respaldo financiero</b>	14	¿Cuenta con respaldo financiero y reputación de solvencia en el país?			x		Posee menos información pública sobre evaluaciones de solvencia.
	15	¿Tiene historial de cumplimiento de obligaciones con hospitales y clínicas?	x				
<b>Flexibilidad y disposición para convenios</b>	16	¿Está dispuesta a negociar tarifas y condiciones favorables para el hospital?			x		Disposición general, pero menos flexibilidad pública reportada (página web).
	17	¿Incluye cláusulas específicas para asegurar pagos justos y oportunos a proveedores de salud?			x		La información es limitada sobre cláusulas específicas para proveedores.
	18	¿Ofrece apoyo o capacitaciones para el personal del hospital sobre procesos de aseguradoras?		x			No se encontró información que respalde este punto
<b>Impacto social, herramientas y soporte digital</b>	19	¿Tiene programas de responsabilidad social que puedan alinearse con la misión social del hospital?		x			Esta aseguradora no ofrece programas públicos de responsabilidad social

	20	¿Proporciona herramientas digitales o plataformas para la gestión ágil de autorizaciones y pagos, así como soporte digital e innovación adicional?	x				
<b>Total</b>			15	2	3	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			16.5				

Fuente: Elaboración propia

- Canales digitales de seguimiento y educación en salud:
  - Redes Sociales:

Tabla 64. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Redes Sociales

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:	Redes Sociales			Modo de distribución:	Canales digitales de seguimiento y educación en salud		
Criterio	N.º	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?	x				
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?	x				

	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?	x				
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?			x		Dependiendo de la edad puede ser requerida cierta curva de aprendizaje para su uso
	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?	x				
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?			x		Las redes sociales no se adaptan a discapacidades de sus usuarios
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?	x				
	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?	x				

	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación ?	x				
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?	x				
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?	x				
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?	x				
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?	x				
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?	x				
<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?	x				Puede abrirse cuentas gratuitas
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?	x				Puede operar sin inversión de publicidad
<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?			x		Algunas veces la privacidad de datos de usuarios es vulnerable

	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles (consentimiento, cifrado, etc.)?			x		Se están implementando métodos, más no son 100% eficaces hasta la fecha
<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?	x				No de manera directa pero sí para difundir información de esta índole
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?	x				
<b>Total</b>			1 6	1	3	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			17.5				

Fuente: Elaboración propia

- Mensajería Instantánea

Tabla 65. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Mensajería Instantánea

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:	Mensajería Instantánea		Modo de distribución :		Canales digitales de seguimiento y educación en salud		
Criterio	N.º	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	

<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?	x				
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?	x				
	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?	x				
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?			x		Requiere cierta curva de aprendizaje según el usuario
	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?	x				
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?			x		No se logra adaptar del todo al usuario, aunque existen ciertas herramientas que ayudan a personas con ceguera o sordera
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?	x				

	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?	x				
	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación ?	x				
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?	x				
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?	x				
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?			x		En ocasiones se difunde contenido no verificado (da lugar a estafas e información falsa)
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?	x				
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?	x				
<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?	x				No requiere inversión inicial
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?	x				Puede operar incluso sin inversión

<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?			x		Algunas veces los datos pueden ser vulnerables (responsabilidad del usuario)
	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles (consentimiento, cifrado, etc.)?	x				Ofrecen cifrados y vista de una sola vez
<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?			x		Dependiendo del uso puede contribuir a mejorar la salud de la comunidad
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?			x		Es necesario un seguimiento continuo. No posee una interfaz que mida resultados directamente como las redes sociales
<b>Total</b>			14	0	6	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			17				

Fuente: Elaboración propia

- Plataformas y portales web

Tabla 66. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Plataformas y Portales Web

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el

Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:	Plataformas y Portales Web		Modo de distribución:		Canales digitales de seguimiento y educación en salud		
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?			x		Algunos usuarios prefieren otras fuentes antes que una plataforma web
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?	x				
	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?	x				
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?		x			Se requiere de experiencia mínima de navegación en la web
	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?		x			Dependiendo de los recursos u optimización de la plataforma no puede estar disponible en todos los dispositivos
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?		x			No posee mecanismos de adaptación
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?			x		Sí, pero sería un historial de preguntas que no se actualiza de forma asincrónica

	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?		x			No permite seguimiento, al ser algo estático relativamente
	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación?	x				
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?	x				
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?	x				
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?	x				
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?	x				
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?	x				
<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?		x			La creación de un sitio web resulta costoso en ocasiones
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?		x			El mantenimiento puede llegar a ser alto
<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?	x				
	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles (consentimiento, cifrado, etc.)?	x				

<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?			x		Depende mucho del uso
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?	x				
<b>Total</b>			11	6	3	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			12.5				

Fuente: Elaboración propia

- SMS y llamadas automatizadas

Tabla 67. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - SMS y llamadas automatizadas

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:	SMS y llamadas automatizadas		Modo de distribución:		Canales digitales de seguimiento y educación en salud		
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?			x		Solo de una base de datos establecida
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?		x			No se posee mucha información de la base de datos de contactos
	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?	x				
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?	x				

	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?	x				
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?	x				
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?		x			Al ser mensajería automática no existe interacción entre la entidad y el usuario
	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?		x			No lo permite
	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación?		x			No se poseen herramientas al ser mensajes automáticos
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?	x				
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?	x				
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?			x		Sí pero el contenido es limitado
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?		x			No permite difundir este tipo de archivos
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?	x				

<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?			x		Dependerá mucho del proveedor de servicio
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?			x		Dependerá mucho del proveedor de servicio
<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?			x		Algunos usuarios pueden interpretarlo como invasión a la privacidad
	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles (consentimiento, cifrado, etc.)?	x				
<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?			x		Depende de la forma de uso
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?			x		Se puede dar seguimiento, pero deben de crearse los mecanismos necesarios para ello
<b>Total</b>			8	5	7	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			11.5				

Fuente: Elaboración propia

- Medios tradicionales con enfoque digital

Tabla 68. Aplicación de checklist: Canales digitales de seguimiento y educación en salud - Medios tradicionales con enfoque digital

<b>Checklist de evaluación de canales digitales de seguimiento y educación en salud – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Comparar y evaluar los distintos canales digitales de seguimiento y educación en salud para identificar la opción o combinación más adecuada para el Hospital Divina, considerando aspectos técnicos, económicos, de accesibilidad, sostenibilidad, seguridad, participación comunitaria y contribución a la salud pública.							
Distribuidor:	Medios tradicionales con enfoque digital		Modo de distribución:		Canales digitales de seguimiento y educación en salud		
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
<b>Alcance y cobertura</b>	1	¿Permite llegar a un gran número de usuarios?	x				
	2	¿Permite segmentar el público objetivo por edad, ubicación o interés?			x		Dependiendo del medio, puede llegar a tenerse la audiencia deseada
	3	¿Funciona en zonas rurales y urbanas?	x				
<b>Accesibilidad y facilidad de uso</b>	4	¿Requiere baja alfabetización digital?	x				
	5	¿Está disponible en dispositivos móviles básicos o de gama baja?	x				
	6	¿Se adapta a personas con discapacidades sensoriales o motrices?	x				
<b>Interactividad y personalización</b>	7	¿Permite interacción directa (preguntas y respuestas)?			x		No, ya que la interacción no es directa con el usuario, aunque en ocasiones

							puede haber excepciones
	8	¿Permite atención o acompañamiento personalizado?		x			No, ya que se trata de un proceso transaccional y a veces es estático
	9	¿Ofrece herramientas para evaluar la satisfacción o retroalimentación?		x			No, porque el contenido es relativamente estático
<b>Confianza y aceptación por la comunidad</b>	10	¿Es un canal que la comunidad ya usa y confía?	x				
	11	¿Tiene buena reputación entre profesionales de salud?	x				
<b>Contenido y calidad de la información</b>	12	¿Permite difundir contenidos de calidad y verificados?	x				
	13	¿Ofrece formatos variados (videos, imágenes, textos) que favorecen la comprensión?	x				
	14	¿Se pueden actualizar los contenidos fácilmente?			x		Depende del convenio con el medio
<b>Costos y sostenibilidad</b>	15	¿Requiere baja inversión inicial?		x			Representa una inversión alta
	16	¿Los costos de operación y mantenimiento son bajos?		x			En ocasiones involucra altos costos
<b>Seguridad y privacidad de la información</b>	17	¿Permite cumplir las normativas de privacidad y protección de datos?	x				
	18	¿Tiene mecanismos para la protección de datos sensibles?	x				

		(consentimiento, cifrado, etc.)?					
<b>Impacto y contribución a la salud pública</b>	19	¿Contribuye a mejorar la salud de la comunidad (prevención, autocuidado)?			x		No de manera directa pero sí por el contenido a difundir
	20	¿Permite medir resultados e impacto de las acciones educativas y de seguimiento?			x		Permite medir el impacto (a nivel de audiencia) pero no del seguimiento
<b>Total</b>			11	4	5	0	20
<b>Porcentaje ganado</b>			13.5				

Fuente: *Elaboración propia*

b. Análisis de resultados

- Telemedicina:

Para telemedicina se obtuvieron los siguientes resultados:

- WhatsApp Bussines:
  - Sí (Cumple): 16
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 3
  - No aplica: 1

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (16 \times 1) + (0 \times 0) + (3 \times 0.5) + (1 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 18.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{18.5}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 92.50\%$$

Análisis: El porcentaje obtenido de 92.50% demuestra que WhatsApp Business posee un muy alto nivel de cumplimiento frente a los requerimientos básicos establecidos, sin embargo, existen algunas limitaciones de suma importancia al tratar de promover la telemedicina, entre lo que destaca una insuficiencia (o vacíos) en el manejo de reportes, la historia clínica y la adaptación específica al ámbito hospitalario. Por otra parte, podemos evidenciar que uno de los puntos no ha aplicado para este distribuidor, lo que sugiere que no todos los aspectos evaluados eran relevantes para la plataforma, reforzando la idea de que no es una

solución diseñada a la medida de la gestión hospitalaria. En pocas palabras, aunque la plataforma sobresale en varios criterios como conectividad, seguridad y accesibilidad, no sustituye plataformas clínicas más avanzadas que garanticen trazabilidad completa y gestión administrativa especializada.

- Mediquo:
  - Sí (Cumple): 18
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 2
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (18 \times 1) + (0 \times 0) + (2 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 19$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{19}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 95\%$$

Análisis: La evaluación de la plataforma Mediquo mediante la checklist mostró un puntaje global de 95%, reflejando un cumplimiento sobresaliente en los ítems evaluados y consolidándose como una alternativa confiable y robusta para la gestión/distribución de servicios médicos por medio de la telemedicina; se identificaron 18 ítems con cumplimiento total y 2 parcialmente cumplidos, destacando su fortaleza en funcionalidades básicas y avanzadas como videollamadas, envío de documentos, gestión administrativa, accesibilidad y cumplimiento de normas de seguridad y confidencialidad, aunque persisten áreas de mejora relacionadas con la accesibilidad para personas con discapacidad y ciertos costos que podrían incrementarse según las necesidades específicas del hospital, sigue siendo una muy buena alternativa para poder implementarse en la organización. En conclusión, Mediquo representa una herramienta versátil y completa que permite una gestión clínica y administrativa eficiente, superando ampliamente los estándares básicos requeridos para entornos hospitalarios.

- Doxy.me:
  - Sí (Cumple): 13
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 7
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (13 \times 1) + (0 \times 0) + (7 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 16.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{16.5}{20} \times 100$$

*Porcentaje de cumplimiento = 82.50%*

Análisis: Los resultados obtenidos para Doxy.me reflejan un 82.5% de cumplimiento en los requerimientos mínimos, siendo así, un cumplimiento relativamente alto. Este cumplimiento incluye la capacidad para realizar videollamadas, envío seguro de documentos, agenda y recordatorios, accesibilidad y actualizaciones frecuentes; sin embargo, se identificaron siete ítems parcialmente cumplidos, especialmente en aspectos como no incluir herramientas de agenda, poca adaptación a protocolos de protección de datos, deficiencia en la gestión administrativa y seguimiento de pacientes, lo que evidencia ciertas limitaciones para un entorno hospitalario más complejo. Podemos concluir entonces, que esta plataforma se perfila como una herramienta sólida para la telemedicina básica e intermedia, aunque puede requerir complementarse con otras soluciones que garanticen un control administrativo más robusto y una trazabilidad clínica formal y completa.

- Convenio con aseguradoras:

Para los convenios con aseguradoras se obtuvieron los siguientes resultados:

- Seguros SISA:
  - Sí (Cumple): 19
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 1
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (19 \times 1) + (0 \times 0) + (1 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 19.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{19.5}{20} \times 100$$

*Porcentaje de cumplimiento = 97.50%*

Análisis: Para Seguros SISA, se obtiene un cumplimiento global del 97.5%, lo que refleja una solidez sobresaliente en aspectos clave como experiencia en el sector, red médica amplia, cobertura médica completa, procesos administrativos claros, cumplimiento normativo y financiero, así como flexibilidad para la negociación y el soporte digital; sin embargo, se identificó un único ítem parcialmente cumplido relacionado con la falta de registros específicos sobre programas de responsabilidad social, lo que representa un área de mejora menor (aunque a la larga no refleja un ítem esencial o que pueda perjudicar al hospital). En conclusión, Seguros SISA se perfila como una opción confiable y robusta que garantizaría el flujo constante de pacientes asegurados, la sostenibilidad operativa del hospital y

el cumplimiento de estándares de calidad en la atención médica, pudiéndose consolidar como un aliado estratégico de primer nivel.

- MAPFRE El Salvador:
  - Sí (Cumple): 18
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 2
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (18 \times 1) + (0 \times 0) + (2 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 19$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{19}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 95\%$$

Análisis: En este caso se obtuvo un puntaje global de 95%, demostrando un alto nivel de cumplimiento en los aspectos clave evaluados, incluyendo la experiencia en el sector, una red médica sólida, coberturas completas, procesos administrativos claros y conformidad con normativas legales y financieras; sin embargo, se identificaron dos ítems parcialmente cumplidos relacionados con el apoyo o capacitación sobre la implementación del seguro y la ausencia de reseñas específicas sobre herramientas digitales, indicando áreas puntuales a revisar antes de considerar o consolidar el convenio. En pocas palabras, esta aseguradora representa una opción confiable y competitiva para garantizar el flujo constante de pacientes asegurados, contribuyendo a la sostenibilidad operativa y la calidad asistencial del hospital.

- Aseguradora ACSA:
  - Sí (Cumple): 15
  - No (cumple): 2
  - Parcialmente: 3
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (15 \times 1) + (2 \times 0) + (3 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 16.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{16.5}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 82.50\%$$

Análisis: La evaluación reflejó un cumplimiento global del 82.5%, destacándose por su experiencia comprobada, red médica confiable, cobertura integral y procesos administrativos transparentes, así como el cumplimiento de normativas legales; no obstante, se identificaron tres ítems parcialmente cumplidos relacionados con la flexibilidad en la negociación de tarifas, la inclusión de cláusulas para asegurar pagos y la falta de información pública sobre evaluaciones de solvencia, además de dos ítems que no cumplen vinculados a la ausencia de programas de responsabilidad social y soporte digital especializado, lo que indica áreas de mejora para la consolidación de un convenio efectivo y alineado con las necesidades del hospital. En resumen, ACSA representa una alternativa sólida, pero con elementos específicos a negociar y complementar para garantizar la sostenibilidad y el flujo constante de pacientes asegurados que el hospital requiere.

- Canales digitales de seguimiento y educación en salud:

Para los canales digitales de seguimiento y educación en salud se obtuvieron los siguientes resultados:

- Redes Sociales:
  - Sí (Cumple): 16
  - No (cumple): 1
  - Parcialmente: 3
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (16 \times 1) + (1 \times 0) + (3 \times 0.5) + (1 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 17.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{17.5}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 87.50\%$$

Análisis: La evaluación de las Redes Sociales como canal digital de seguimiento y educación en salud mostró un puntaje global de 87.5%, destacándose por su gran alcance, disponibilidad en dispositivos básicos y variedad de formatos informativos. Sin embargo, se requiere cierto grado de alfabetización digital, se identificaron limitaciones en la accesibilidad para personas con discapacidad y en algunos aspectos de privacidad de datos, lo que sugiere la necesidad de estrategias complementarias para asegurar un uso eficiente, inclusivo y seguro en el Hospital Divina Providencia.

- Mensajería Instantánea:
  - Sí (Cumple): 14
  - No (cumple): 0

- Parcialmente: 6
- No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (14 \times 1) + (0 \times 0) + (6 \times 0.5) + (1 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 17$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{17}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 85\%$$

Análisis: En este distribuidor se obtuvo un puntaje de 85%, destacándose por su gran accesibilidad, bajo costo operativo y capacidad para facilitar la interacción directa con los usuarios, así como por su flexibilidad y buena reputación en la comunidad; sin embargo, se observaron seis ítems parcialmente cumplidos, relacionados con la curva de aprendizaje para ciertos usuarios, la adaptación limitada a personas con discapacidad, la difusión ocasional de contenido no verificado, posibles vulnerabilidades a los datos de usuarios y la falta de herramientas para medir el impacto educativo y de seguimiento (además de no ser un contribuidor directo del mejoramiento de la salud), lo que sugiere que si bien es un canal muy eficaz y viable para el hospital, requerirá ajustes o complementos para optimizar la equidad, la medición de resultados y la sostenibilidad de sus acciones educativas en salud.

- Plataformas y Portales Web:
  - Sí (Cumple): 11
  - No (cumple): 6
  - Parcialmente: 3
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (11 \times 1) + (6 \times 0) + (3 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 12.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{12.5}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 62.50\%$$

Análisis: Se ha obtenido un cumplimiento del 62.50% para las plataformas y portales web (siendo este un porcentaje considerablemente bajo). En este distribuidor destaca su fortaleza en la calidad y diversidad de la información difundida (videos, textos, imágenes) y su potencial para segmentar audiencias

específicas. Sin embargo, persisten limitaciones en la accesibilidad para personas con discapacidades, en la adaptación a dispositivos básicos y en la interactividad o acompañamiento personalizado, además de no poder llegar a un número significativo de usuarios, el requerimiento de alfabetización digital. Además de requerir inversiones iniciales (y de sostenimiento) considerablemente elevadas. Sin embargo, esta alternativa aún ofrece herramientas digitales modernas, requieren mantenimiento y actualización continua, lo que puede elevar los costos a largo plazo. Desde una perspectiva estratégica, estas plataformas representan un canal prometedor para educación y promoción en salud pública, siempre y cuando se fortalezcan sus capacidades de interacción y seguimiento.

- SMS y llamadas automatizadas
  - Sí (Cumple): 8
  - No (cumple): 5
  - Parcialmente: 7
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (8 \times 1) + (5 \times 0) + (7 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 11.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{11.5}{20} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 57.50\%$$

Análisis: El porcentaje global obtenido es del 57.5%, indicando un nivel de cumplimiento bajo para este tipo de canal digital. Se identificó que el sistema tiene limitaciones importantes en interactividad y personalización (no existen herramientas claras de retroalimentación ni seguimiento individualizado). Además, aunque tiene una cobertura aceptable (base de datos de usuarios potenciales) y bajos requisitos técnicos (baja alfabetización digital, dispositivos básicos), la segmentación y la actualización de contenidos son limitadas, lo cual restringe su eficacia en la práctica clínica y en la educación comunitaria.

- Medios tradicionales con enfoque digital:
  - Sí (Cumple): 11
  - No (cumple): 4
  - Parcialmente: 5
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (11 \times 1) + (4 \times 0) + (5 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 13.5$$

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = \frac{13.5}{20} \times 100$$

$$\text{Porcentaje de cumplimiento} = 67.50\%$$

**Análisis:** Los medios tradicionales con enfoque digital logran un alcance considerable y permiten difundir contenidos confiables con buena reputación, pero presentan limitaciones significativas en personalización e interactividad con el usuario. Aunque cumplen con estándares de privacidad y ofrecen formatos variados, su implementación y mantenimiento pueden ser costosos. En términos de impacto, contribuyen de manera indirecta a la salud pública y permiten medir audiencias, pero no permiten un seguimiento detallado. La puntuación final de esta modalidad es del 67.5%.

## H. Selección de distribuidores

Para la selección del distribuidor, se realizará según aquellos que hayan tenido la puntuación más alta en la checklist. Para Telemedicina y Convenio con aseguradoras, se tomará solamente un distribuidor; mientras que, para los Canales digitales de seguimiento y educación en salud, se tomarán los tres que tengan las calificaciones más altas, al ser este tipo de distribución de los más comunes y fáciles de implementar, además que mejorará la visualización del hospital dentro de la comunidad y zonas aledañas, pudiendo así llegar a más usuarios potenciales. Por ende, los resultados obtenidos para la selección de distribuidores son los siguientes:

- **Telemedicina:**  
En Telemedicina como distribuidor ganador tenemos a **Mediquo** con un porcentaje de cumplimiento del 95%. Esta plataforma se posicionó como la opción más destacada en esta modalidad, y es que gracias a su sólida propuesta de valor. Pues este permite hacer uso de herramientas seguras para realizar videollamadas y chats en tiempo real. Además, que facilita el envío de documentos y dispone de funciones para realizar agendas, recordatorios y personalizaciones. Podemos mencionar igualmente que este presenta una experiencia de usuario muy positiva. Aunque algunas funciones están disponibles solo en la versión de pago, Mediquo cumple con los estándares de seguridad, privacidad y accesibilidad. Aunque algunas funciones están disponibles solo en la versión de pago, esta plataforma cumple con los estándares de seguridad, privacidad y accesibilidad, lo que lo convierte en la alternativa más robusta para el Hospital Divina Providencia.
- **Convenio con aseguradoras:**  
Para esta alternativa, **Seguros SISA**, representa un mayor puntaje y ha sido seleccionado como distribuidor en la modalidad de convenio con aseguradoras (Con un porcentaje de cumplimiento del 97.50%). De este distribuidor podemos destacar que es una red muy amplia con experiencia comprobada, posee respaldo financiero sólido y cumple con las normativas nacionales. Además. Ofrece cobertura completa en salud y procesos administrativos transparentes. Su buena disposición para negociar y su

historial de colaboración exitosa hacen de SISA una apuesta segura para garantizar el flujo constante de pacientes asegurados y la sostenibilidad operativa del hospital.

- Canales digitales de seguimiento y educación en salud:

Bajo esta modalidad se han seleccionado tres distribuidores, que se espera sean un complemento óptimo dentro de las operaciones del hospital y que puedan impulsar la propagación de información general del hospital y de su futura reapertura. Entre los canales ganadores tenemos: Redes Sociales, medio (o medios) que se ubicaron en el primer lugar con un 87.5% de cumplimiento, destacando por su amplio alcance, accesibilidad y diversidad de formatos para educación en salud. En segundo lugar, la Mensajería Instantánea, el cual, logró un 85%, sobresaliendo por su interacción directa y bajo costo, aunque con limitaciones en accesibilidad plena y medición de impacto. Por último, los Medios tradicionales con enfoque digital obtuvieron un 67.5%, mostrando una buena reputación y capacidad de difusión, pero con algunas restricciones en interactividad y adaptación a dispositivos básicos. Estos resultados resaltan la relevancia de combinar herramientas que garanticen cobertura, accesibilidad y participación activa de la comunidad en salud pública, sin embargo, en conjunto, se prevé un óptimo desempeño, generando grandes beneficios al hospital.

### ***I. Síntesis del mercado distribuidor***

Tras el desarrollo del estudio del mercado distribuidor, se identificaron mecanismos estratégicos y actores clave que pueden facilitar el acceso a los servicios del hospital de manera efectiva, equitativa y sostenible. Y es que resulta importante aclarar que, a diferencia del mercado abastecedor, que provee insumos para el funcionamiento del hospital, el mercado distribuidor se enfoca en los medios que permiten que los servicios médicos lleguen a la comunidad, ya sea mediante atención directa, plataformas digitales o canales de comunicación que acercan al hospital con sus pacientes.

A partir de la revisión bibliográfica y el análisis conjunto con la contraparte, se definieron seis modalidades potenciales de distribución: telemedicina, alianzas con clínicas, convenios con aseguradoras, farmacias comunitarias, atención médica domiciliaria y canales digitales para seguimiento y educación. Estas alternativas fueron evaluadas mediante una matriz de decisión con criterios como: impacto en el acceso a la salud, sostenibilidad económica, cumplimiento normativo, viabilidad técnica, factibilidad financiera, aceptación comunitaria e integración con otros servicios del hospital.

Del análisis, se seleccionaron tres modalidades con mayor potencial de implementación: telemedicina, convenios con aseguradoras y canales digitales. Posteriormente, se evaluaron los distribuidores potenciales mediante listas de chequeo y observación. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en telemedicina, **Mediquo** fue la plataforma mejor calificada (95%), destacando por su funcionalidad clínica, adaptabilidad tecnológica y cumplimiento de estándares de seguridad. En convenios con aseguradoras, **Seguros SISA** obtuvo un 97.5% de cumplimiento, sobresaliendo por su experiencia, solidez financiera y procesos administrativos claros. En cuanto a los canales digitales, se seleccionaron tres herramientas complementarias: **redes sociales** (87.5%), **mensajería**

**instantánea (85%) y medios tradicionales con enfoque digital (67.5%)**, por su capacidad de difusión, cercanía con la comunidad y utilidad en educación en salud.

En conjunto, este estudio ofrece una propuesta clara y fundamentada sobre cómo el hospital puede ampliar su alcance, garantizar una mayor cobertura y brindar una atención más moderna, eficiente y alineada con las necesidades reales de la población. El uso estratégico de estos distribuidores permitirá optimizar recursos, fortalecer alianzas y consolidar un modelo de atención médica más humano, participativo y sostenible en el tiempo.

## **VI. Estudio de mercado competidor**

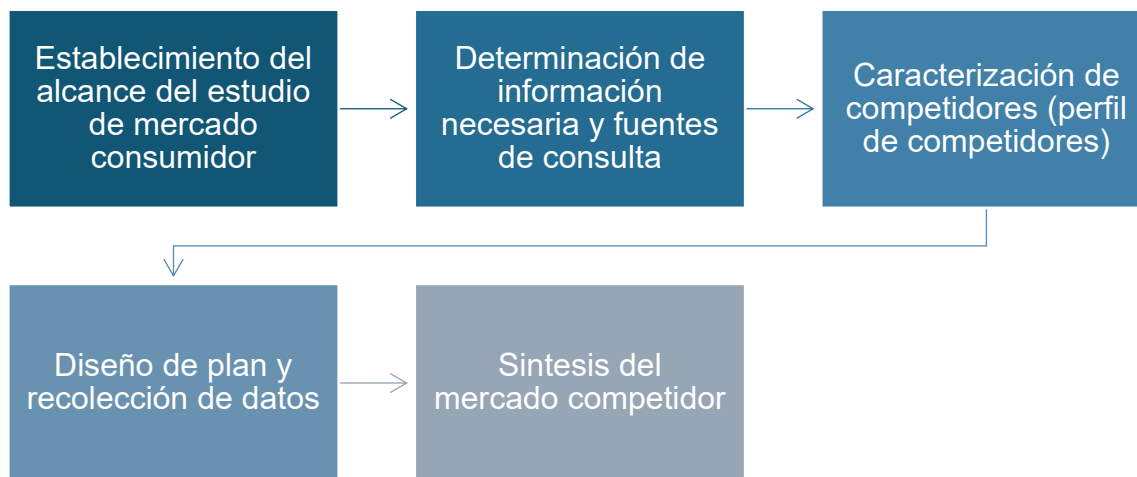
En el contexto de un estudio de factibilidad hospitalario, el mercado competidor se refiere al conjunto de instituciones que prestan servicios médicos similares o sustitutos, dirigidos al mismo segmento de población objetivo.

Desde un enfoque teórico, el mercado de servicios hospitalarios se enmarca dentro de un esquema de competencia imperfecta, caracterizado por la existencia de barreras de entrada elevadas, diferenciación en la oferta (derivada de factores como la tecnología, el prestigio institucional o el grado de especialización) y una marcada asimetría de información entre proveedores y pacientes. Estas condiciones dificultan la existencia de una competencia perfecta, haciendo que la dinámica del sector sea más compleja y, en muchos casos, sujeta a regulación. Sin embargo, incluso en contextos regulados o con presencia de oferta mixta público-privada, resulta fundamental identificar a los principales actores del mercado, comprender su comportamiento competitivo y definir estrategias de posicionamiento, dado que cada hospital compite de forma directa o indirecta por la atención del mismo grupo poblacional.

En términos generales, el mercado competidor está conformado por todas aquellas organizaciones del sector salud que compiten por la atención del mismo grupo de pacientes, ya sea mediante servicios comparables o a través de soluciones alternativas dentro del sistema sanitario. Comprender esta diversidad de actores y dinámicas resulta fundamental para contextualizar el entorno competitivo en el que se proyecta la reapertura del Hospital Divina Providencia, sentando así las bases para el diseño de estrategias de posicionamiento efectivas en un mercado cada vez más complejo y en constante transformación.

## A. Metodología

Figura 107. Metodología del Estudio de mercado competidos



Fuente: Elaboración propia

## B. Establecimiento del alcance del estudio de mercado competidor

Este estudio de mercado pretende abarcar tres grandes áreas: competencia directa, competencia indirecta y Servicios sustitutos.

- Competencia directa: Se refiere a hospitales, clínicas y centros médicos que ofrecen servicios equivalentes en cuanto a nivel de complejidad, especialización, cobertura y tecnología. Estos establecimientos deberían compartir características similares con el Hospital Divina Providencia, como áreas de consulta externa, hospitalización, Unidades de salud, atención de emergencias, entre otros. Dado que estos competidores se dirigen al mismo segmento de pacientes y operan dentro del mismo radio geográfico, representan una competencia frontal en términos de calidad, accesibilidad y percepción del usuario.
- Competencia indirecta: Incluye aquellas instituciones que, aunque no ofrecen exactamente los mismos servicios que un hospital como el Divina Providencia, satisfacen necesidades similares de atención en salud. En este grupo se encuentran las clínicas privadas de menor complejidad, laboratorios, ONGs con programas médicos, fundaciones comunitarias, y otras iniciativas de salud que atienden problemas preventivos o de atención básica. Su influencia radica en que pueden captar a una parte de la población objetivo que busca soluciones más accesibles, rápidas o personalizadas, desplazando así la demanda potencial del hospital.
- Servicios sustitutos: En el contexto hospitalario, los Servicios sustitutos no son bienes materiales, sino alternativas funcionales a la atención institucionalizada.

Esto puede incluir el uso de medicina alternativa, atención domiciliaria, plataformas de telemedicina o autocuidado guiado por aplicaciones digitales. Aunque estas opciones no reemplazan por completo los servicios de un hospital, sí pueden satisfacer parcialmente algunas necesidades de salud, especialmente en zonas con acceso limitado a infraestructura hospitalaria. Su existencia representa una forma sutil pero significativa de competencia, especialmente entre usuarios que priorizan conveniencia, menor costo o autonomía en su atención médica.

## **C. Determinación de información necesaria y fuentes de consulta**

### **1. Información necesaria**

El análisis de la competencia tiene como finalidad identificar los elementos clave que el Hospital Divina Providencia debe incorporar, fortalecer o rediseñar para posicionarse de manera efectiva frente a las instituciones de salud que ya operan en su zona de influencia. Este tipo de análisis es crucial para comprender la dinámica del mercado, reconocer áreas de oportunidad, evitar errores comunes y desarrollar estrategias diferenciadoras que aseguren la sostenibilidad del hospital tras su reapertura.

En el sector salud, los competidores ya sean clínicas privadas, hospitales públicos o unidades comunitarias de salud han desarrollado estructuras de atención, carteras de servicios y vínculos con los usuarios que les han permitido mantener una participación activa en el mercado. Estos actores ya han recopilado información valiosa sobre las necesidades de la población, adaptando su oferta a las demandas del entorno. Estudiar sus prácticas no solo permite conocer el terreno sobre el cual se reinsertará el hospital, sino también extraer aprendizajes útiles para el diseño de un modelo de gestión competitivo y sostenible.

Por tanto, es fundamental comprender a fondo cómo estas instituciones operan, qué servicios ofrecen, cómo se relacionan con los pacientes, qué estrategias utilizan para fidelizar a su clientela y cuáles son sus principales debilidades. Con esta información, se podrán generar propuestas estratégicas viables para la reapertura del Hospital Divina Providencia, alineadas con la realidad del mercado local y regional.

En resumen, este análisis permitirá:

- **Conocer cómo prestan sus servicios los competidores:** Examinar los procesos de atención, los horarios de funcionamiento, la amplitud del portafolio médico, y las formas de acceso a consulta (presencial, citas en línea, etc.) es esencial para identificar cómo captan y retienen a sus pacientes.
- **Conocer al paciente-usuario como cliente:** Investigar qué factores valoran más los usuarios en las instituciones competidoras, qué carencias o insatisfacciones expresan, y qué los motiva a elegir un centro sobre otro, permitirá diseñar una experiencia de atención centrada en el usuario.

- **Adaptar y mejorar prácticas exitosas:** Estudiar los modelos de negocio, de gestión y atención de los competidores puede inspirar la implementación de prácticas adaptadas al contexto del Hospital Divina Providencia, sin necesidad de replicarlas de forma acrítica.
- **Monitorear la evolución y posicionamiento de los competidores:** Comprender las acciones a corto y largo plazo de los centros hospitalarios y clínicas competidoras permitirá anticipar sus movimientos, evaluar el grado de saturación del mercado y establecer ventajas diferenciales sostenibles.

Información clave a recolectar:

- Identificación de centros competidores y sus zonas de influencia.
- Tipo de servicios médicos y especialidades disponibles.
- Infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que cuentan.
- Precios de consultas y procedimientos médicos.
- Estrategias de comunicación y captación de pacientes.
- Tiempo de espera, calidad percibida y nivel de satisfacción del usuario.
- Alianzas con aseguradoras u organizaciones comunitarias.
- Capacidad de atención (camas, consultas diarias, etc.).
- Opiniones o referencias públicas (reseñas, redes sociales, foros comunitarios).

La combinación de estos datos facilitará la formulación de estrategias que respondan no solo a la competencia existente, sino también a las exigencias del entorno en términos de normativas, expectativas sociales y estándares de calidad en la prestación de servicios de salud.

## 2. Fuentes de consulta

Para la recolección de la información necesaria que permita realizar un análisis integral del mercado competidor en el sector salud, se utilizará una combinación de fuentes primarias y secundarias. Este enfoque busca comprender el comportamiento de las instituciones que actualmente operan en el entorno del Hospital Divina Providencia, sus estrategias de atención, niveles de servicio y factores de diferenciación. Esta información será clave para identificar ventajas competitivas, brechas en el servicio y oportunidades de posicionamiento en el mercado local.

a) **Fuentes primarias:** La información primaria será recolectada a través de técnicas que permitan observar y comprender el funcionamiento de los centros de salud competidores en su contexto natural. Estas técnicas incluyen:

- **Observación directa:** Permitirá registrar las condiciones visibles de los centros de salud (infraestructura, flujos de usuarios, horarios de atención, nivel de equipamiento, etc.) sin necesidad de interacción formal. Esta técnica facilita la recolección sistemática de datos relevantes sobre el entorno competitivo inmediato.

### Instrumentos a utilizar:

- **Checklist estructurada:** Será utilizada como herramienta de recolección de datos de los centros competidores. Permitirá registrar información estandarizada sobre categorías previamente definidas, como oferta de servicios, horarios, condiciones de atención, precios visibles, nivel de afluencia y diferenciadores competitivos. Este instrumento facilitará la comparación sistemática entre instituciones.

### ***D. Caracterización de competidores (perfil de competidores)***

En el ámbito hospitalario, el mercado competidor se refiere al conjunto de prestadores de servicios de salud que ofrecen alternativas sustitutivas o complementarias a los servicios de un hospital determinado, compitiendo por la atención de la misma población o por la resolución de necesidades de salud similares. Este mercado abarca tanto a competidores directos, es decir, instituciones con una oferta de servicios comparable en términos de especialización y cobertura, como a competidores indirectos, que, aunque brindan servicios diferenciados, se dirigen al mismo grupo objetivo de pacientes.

A continuación, se presentan los principales criterios para identificar y delimitar a estos competidores dentro del sector salud, con un enfoque particular en hospitales de nivel básico o intermedio ubicados en contextos semiurbanos, como es el caso del Hospital Divina Providencia en Santiago Texacuangos, El Salvador.

#### **1. Criterios para la selección de competidores**

- Competencia directa:
  1. Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos: Se considerarán competidores directos aquellos centros médicos que operen en los niveles primario o secundario de atención, con una oferta de servicios similar a la del Hospital Divina. Esto incluye atención médica general y especializada básica, hospitalización, emergencias no complejas, servicios materno-infantiles, pediatría, medicina interna, laboratorio clínico y diagnóstico básico. No se incluirán hospitales de alta especialidad o con infraestructura orientada exclusivamente a procedimientos quirúrgicos complejos, salvo que también brinden servicios equivalentes a los previstos por el Hospital Divina.
  2. Cobertura funcional y capacidad tecnológica: Este criterio considera la disponibilidad operativa de los establecimientos en relación con la tecnología médica y la infraestructura instalada. Se identificarán como competidores directos aquellos centros que cuenten con consultorios funcionales, camas para observación o internamiento, equipos de diagnóstico básico como rayos X y ultrasonografía, y servicios complementarios como farmacia y laboratorio. Instituciones con tecnología de alta complejidad serán descartadas, salvo que operen con una capacidad resolutive comparable en áreas básicas.
  3. Ubicación geográfica y radio de influencia: La competencia directa será delimitada con base en la proximidad física y la conectividad vial. Se

mapearán instituciones ubicadas en Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta, San Marcos y San Luis Talpa. Este criterio se fundamenta en la conducta de búsqueda de atención médica por parte de la población, la cual se ve influenciada por la facilidad de desplazamiento, disponibilidad de transporte público y condiciones de accesibilidad vial.

4. Perfil de población atendida y cobertura del servicio: Se evaluará si el establecimiento atiende a una población similar a la que busca alcanzar el Hospital Divina, es decir, personas de ingresos bajos y medios, sin seguro médico o con cobertura pública parcial (MINSAL, FOSALUD, ISSS por demanda). No se considerarán instituciones enfocadas únicamente en pacientes privados de alto poder adquisitivo o en aseguradoras con planes restringidos. El criterio busca identificar a aquellos competidores que compiten por el mismo segmento de mercado en términos sociodemográficos y de acceso al sistema de salud.
5. Modelo de gestión institucional y tipo de acceso: Este criterio se refiere a la modalidad operativa de cada competidor. Se incluirán hospitales públicos, clínicas privadas, unidades de salud o centros administrados por ONG que brinden servicios abiertos a la comunidad general. Se excluirán aquellos que operen únicamente mediante convenios cerrados con aseguradoras, instituciones o programas específicos. También se priorizarán centros que funcionen bajo esquemas de atención continua o bajo demanda.
6. Capacidad instalada y volumen operativo: Se analizará el tamaño de cada institución en términos de número de camas, consultas diarias, personal médico y capacidad de respuesta ante la demanda local. Serán considerados competidores directos los centros con una escala operativa similar al Hospital Divina, ya que comparten la capacidad potencial de absorber o redistribuir pacientes dentro del mismo territorio.
7. Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio: Este criterio incluirá factores como la facilidad de ingreso al sistema de atención (tiempos de espera, necesidad de referidos, horarios extendidos), así como las condiciones económicas de acceso (gratuidad, precios bajos, subsidios, convenios con instituciones públicas). Los establecimientos con menor fricción de acceso representan una amenaza más fuerte para el Hospital Divina, ya que atraen mayor volumen de pacientes dentro del mismo perfil demográfico.
8. Reconocimiento institucional y posicionamiento comunitario: Finalmente, se considerará la percepción social y el posicionamiento local de cada institución. Esto incluye elementos como la trayectoria histórica, reputación entre los usuarios, confianza comunitaria, participación en redes locales y presencia en medios de comunicación. Las instituciones con mayor visibilidad y prestigio en la comunidad pueden captar una parte significativa del mercado, incluso si su nivel técnico es equivalente al del Hospital Divina.

- Competencia indirecta:

1. Tipo y naturaleza del servicio prestado: Se incluirán instituciones que, sin ser hospitales ni contar con hospitalización o atención de emergencias, ofrecen servicios de salud orientados a la consulta ambulatoria, diagnóstico básico, orientación médica o prevención. Entre ellas se encuentran clínicas de atención primaria, consultorios privados, laboratorios privados, programas móviles de salud, laboratorios clínicos, fundaciones y ONGs que ejecutan actividades médicas comunitarias. Aunque su nivel de complejidad es menor, representan una alternativa funcional para ciertos usuarios del Hospital Divina Providencia.
2. Coincidencia en necesidades de salud atendidas: El criterio central para su inclusión será la satisfacción parcial o total de necesidades similares a las que atiende el Hospital Divina Providencia, tales como enfermedades comunes, control de enfermedades crónicas, orientación materno-infantil, salud sexual y reproductiva, o seguimiento de condiciones leves. Es decir, aquellas instituciones que no sustituye todos los servicios hospitalarios, pero puede absorber parte significativa de la demanda en áreas específicas.
3. Grado de accesibilidad percibida por el usuario: Se tomarán en cuenta establecimientos que ofrecen atención inmediata, sin requisitos administrativos complejos, con costos bajos o nulos, horarios flexibles y tiempos de espera mínimos. Este tipo de acceso directo, práctico y sin mayores barreras puede hacerlos atractivos para usuarios que podrían acudir al Hospital Divina Providencia, pero optan por alternativas más rápidas o económicas.
4. Ubicación estratégica en zonas de influencia: Se incluirán instituciones localizadas en Santiago Texacuangos y municipios colindantes que se superpongan con el área de cobertura del Hospital. La presencia física cercana a comunidades vulnerables o en puntos de tránsito frecuente aumenta su capacidad para captar usuarios que buscan atención médica básica o preventiva.
5. Público objetivo compartido: Serán considerados aquellos centros que atienden a población de ingresos bajos y medios, personas sin seguro médico, mujeres embarazadas, madres lactantes, niños, personas adultas mayores o pacientes con enfermedades crónicas no complicadas. Aunque su especialización o alcance sea limitado, compiten por el mismo segmento poblacional.
6. Percepción de valor agregado por parte del paciente: Este criterio incluirá instituciones que, sin contar con alta tecnología ni infraestructura compleja, logren posicionarse positivamente ante la comunidad gracias al trato humano, seguimiento personalizado, enfoque preventivo o participación en programas comunitarios. La percepción de confianza, cercanía o pertinencia cultural puede ser clave para que los usuarios las prefieran frente al hospital.
7. Modalidad institucional y alianzas externas: Se considerarán clínicas y entidades que operan bajo esquemas alternativos al modelo hospitalario tradicional, tales como ONG, fundaciones, redes de voluntariado médico, brigadas, iglesias u organizaciones religiosas, muchas de las cuales

cuentan con apoyo internacional o estatal. Estas alianzas les otorgan sostenibilidad operativa y mayor alcance territorial.

8. Especialización en servicios específicos de alta demanda: Finalmente, se incluirán centros que se especializan en servicios puntuales de alta demanda comunitaria (planificación familiar, control de diabetes, vacunación, atención en salud mental o pruebas diagnósticas, etc.) que, aunque limitados en su oferta general, pueden captar grandes volúmenes de pacientes que también son objetivo del Hospital Divina Providencia.

○ Servicios sustitutos:

1. Equivalencia funcional en la atención de salud: Se incluirán únicamente aquellas alternativas que, aunque no sean hospitales ni centros médicos, cumplen una función similar al brindar atención o manejo básico de la salud. Estas alternativas deben ofrecer algún nivel de diagnóstico, orientación, seguimiento o alivio de síntomas que, en otros casos, sería buscado en una institución hospitalaria.
2. Acceso sin intermediación institucional: Se priorizan productos o servicios que permiten a los usuarios gestionar su salud sin necesidad de acudir a un hospital. Esto incluye plataformas digitales, aplicaciones móviles, consultas remotas, prácticas de medicina alternativa o servicios médicos a domicilio.
3. Aceptación social o cultural: Se considerarán sustitutos aquellos que gozan de cierto grado de aceptación entre la población local, ya sea por razones culturales, económicas o por experiencias previas positivas. La confianza del usuario en estas opciones, aunque no estén formalmente integradas al sistema nacional de salud, es clave para su inclusión.
4. Capacidad de atención parcial de condiciones comunes: El producto sustituto debe ser capaz de atender o aliviar problemas de salud frecuentes como resfriados, dolores crónicos leves, ansiedad, hipertensión controlada, infecciones menores, entre otros. No se incluirán métodos exclusivamente preventivos ni intervenciones de alta complejidad.
5. Atractivo por conveniencia o bajo costo: Se valorarán opciones que sean preferidas por los usuarios debido a su bajo precio, disponibilidad inmediata, facilidad de uso o posibilidad de atención desde casa. El ahorro económico y de tiempo suele ser un motivador clave para elegir estas alternativas.
6. Autonomía y control del usuario: Las opciones seleccionadas deben ofrecer al paciente un mayor control sobre su tratamiento o decisiones en salud. Esto incluye guías de autocuidado, terapias autoaplicadas o plataformas digitales con asesoramiento personalizado.
7. Presencia en el área de influencia del hospital: Aunque algunas opciones puedan ser virtuales o globales, se incluirán aquellas que efectivamente tienen presencia o impacto en Santiago Texacuangos, Santo Tomás, San Luis Talpa y Olocuilta. Esto puede ser por disponibilidad local de servicios a domicilio o por amplio uso de plataformas digitales en la zona.

8. Impacto potencial sobre la demanda hospitalaria: Finalmente, se considerarán sustitutos aquellos que puedan disminuir la afluencia o dependencia de los servicios del Hospital Divina, ya sea evitando consultas, reduciendo urgencias o posponiendo hospitalizaciones.

## 2. Perfil de competidores:

- Competencia directa:

Tabla 69. Perfil de competidor directo

Perfil de competidor directo	
Criterio	Descripción
Ubicación geográfica	Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta, y San Luis Talpa. Competidores con presencia en el área de influencia inmediata del Hospital Divina Providencia o en zonas con conectividad vial directa.
Nivel de atención y cartera de servicios	Centros de nivel básico o intermedio (atención primaria y secundaria), que ofrecen servicios como consulta externa general, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, planificación familiar, atención prenatal, hospitalización básica y emergencias no complejas. Se excluyen hospitales de alta especialización.
Tipo de institución	Unidades de salud públicas, clínicas privadas de bajo costo, hospitales municipales o mixtos, ONG médicas con cobertura abierta a la población general.
Capacidad instalada	Consultorios médicos habilitados, camas de observación o internamiento, personal médico general, enfermería y apoyo auxiliar; instalaciones operativas para atender demanda ambulatoria y hospitalaria básica.
Alianzas y redes	Instituciones con posible integración a redes de referencia del MINSAL, cuentan con convenios con aseguradoras, programas como FOSALUD o acuerdos con instituciones estatales y municipales.
Calidad percibida	Percepción variable entre los usuarios: satisfacción en atención humana y continuidad en algunos casos, pero también reportes de tiempos de espera prolongados o deficiencias en infraestructura en otros.
Precios y formas de acceso	Servicios gratuitos (en el sector público) o con tarifas accesibles en clínicas privadas populares. Algunos ofrecen esquemas de copago, subsidios o financiamiento parcial para servicios especializados.
Reputación institucional	Centros reconocidos localmente por su trayectoria, confianza comunitaria y recomendaciones boca a boca; algunos con presencia digital o reconocimiento institucional en su zona.
Segmento de mercado	Población de bajos y medianos ingresos; usuarios sin cobertura médica completa, mujeres en edad fértil, población infantil, adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas comunes.
Accesibilidad geográfica y operativa	Fácil acceso por cercanía, rutas de transporte público disponibles, horarios amplios de atención, modalidad por demanda o citas rápidas, disponibilidad de servicios complementarios como farmacia y laboratorio.
Diferenciación en el servicio	Atención personalizada, programas de salud preventiva, respuesta rápida en servicios básicos, enfoque comunitario o culturalmente sensible; generalmente con limitada innovación tecnológica.
Alcance y capacidad competitiva	Presencia consolidada en al menos un distrito del área de influencia. Capacidad de captar y retener pacientes por conveniencia, gratuidad o reputación, compitiendo directamente con la propuesta de valor del Hospital Divina.

Fuente: Elaboración propia

- Competencia indirecta:

Tabla 70. Perfil de competidor indirecto

<b>Perfil de competidor indirecto</b>	
<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
Ubicación geográfica	Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta, y San Luis Talpa. Competidores con presencia en el área de influencia inmediata del Hospital Divina Providencia o en zonas con conectividad vial directa.
Nivel de atención y cartera de servicios	Instituciones que ofrezcan atención primaria: consulta general, control de enfermedades crónicas leves, salud materno-infantil, vacunación, planificación familiar y diagnóstico básico. No brindan hospitalización ni urgencias complejas.
Tipo de institución	Esto abarca lo siguiente: clínicas privadas de bajo costo, consultorios médicos, ONGs, fundaciones o programas móviles de salud, con enfoque comunitario y cobertura ambulatoria. No cuentan con servicios de hospitalización ni emergencias complejas, pero logran cubrir una parte significativa de las necesidades cotidianas de salud.
Capacidad instalada	Infraestructura limitada pero funcional; personal reducido; equipamiento para consultas básicas y diagnósticos de rutina. Generalmente no ofrecen hospitalización.
Alianzas y redes	Algunas instituciones podrían estar integradas a redes de salud municipales, programas de apoyo social, convenios con el MINSAL o reciben cooperación técnica y financiera nacional o internacional.
Calidad percibida	Percepción de un trato cercano, rapidez y continuidad del cuidado, más que por equipamiento o acreditaciones formales.
Precios y formas de acceso	Centros que ofrecen atención gratuita o a bajo costo, con ingreso simple y sin barreras administrativas, favoreciendo la atención inmediata.
Reputación institucional	Organizaciones con reconocimiento comunitario sostenido, basadas en la confianza local, la continuidad en la atención y la cercanía con los usuarios.
Segmento de mercado	Atienden a población sin cobertura médica formal, de bajos ingresos, y a grupos prioritarios como mujeres, niños, adultos mayores y pacientes con enfermedades no complejas.
Accesibilidad geográfica y operativa	Establecimientos con ubicación estratégica dentro de los barrios o cantones, con atención flexible, horarios extendidos y mínima necesidad de traslado.
Diferenciación en el servicio	Instituciones que se distinguen por su trato humanizado, baja burocracia, enfoque preventivo y programas de atención comunitaria.
Alcance y capacidad competitiva	Actores con capacidad para absorber demanda médica básica dentro del área de influencia del hospital, especialmente en contextos donde se privilegia el acceso rápido y directo.

Fuente: Elaboración propia

- Servicios sustitutos:

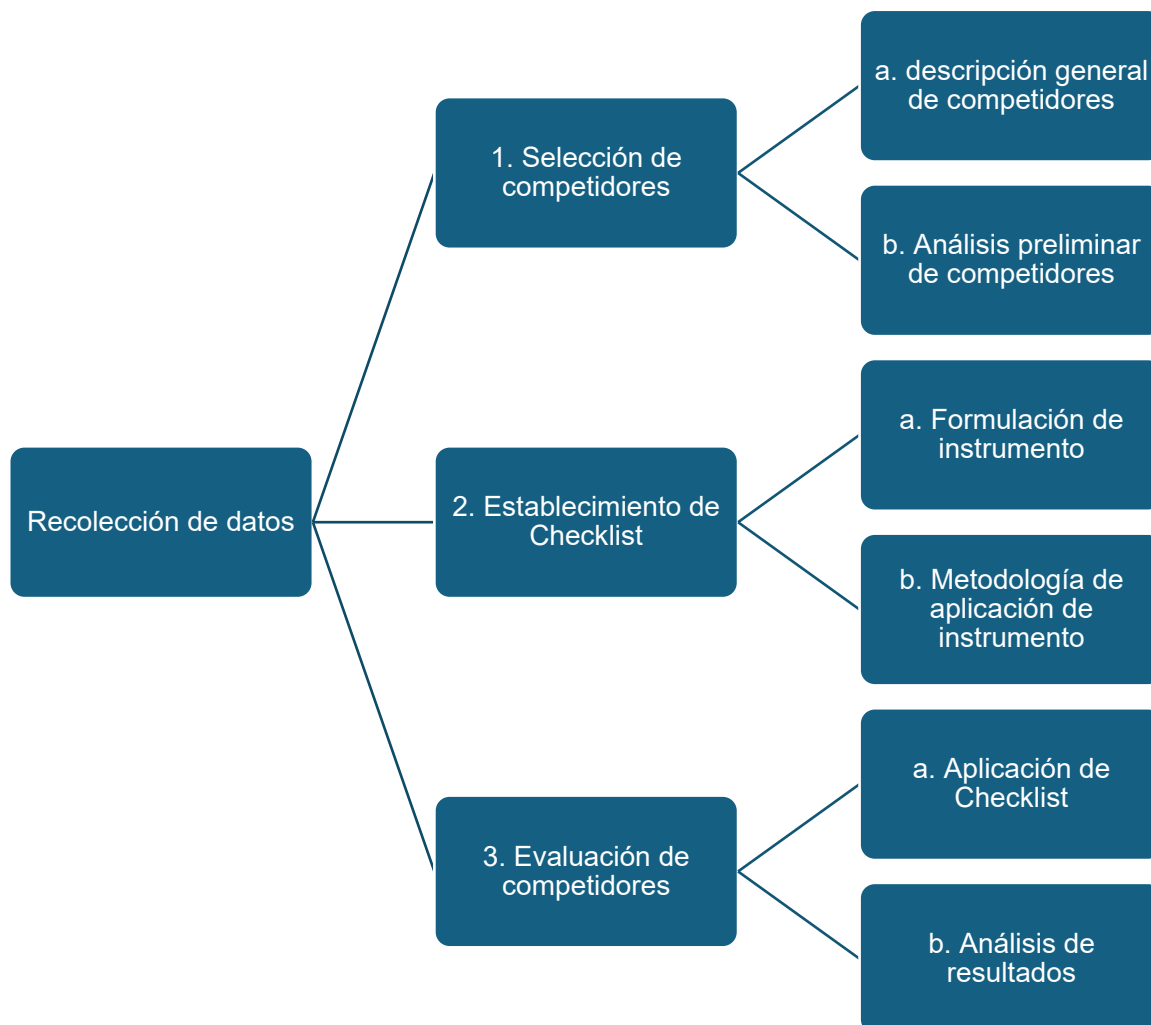
Tabla 71. Perfil de servicios sustitutos

<b>Perfil de producto sustituto</b>	
<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
Ubicación geográfica	Opciones que, aunque no tienen ubicación física tradicional, están disponibles en la zona de influencia del hospital, ya sea a través de plataformas digitales, servicios a domicilio o centros de medicina alternativa presentes en la región.
Nivel de atención y cartera de servicios	Productos o servicios orientados a la atención básica, consulta preventiva o sintomática, seguimiento remoto, control de enfermedades comunes o apoyo emocional. Incluyen telemedicina, autocuidado digital, medicina natural y terapias complementarias.
Tipo de institución	Plataformas tecnológicas, emprendimientos privados, servicios de atención domiciliaria, terapeutas alternativos, centros de medicina natural, farmacias con orientación médica y redes informales de autocuidado.
Capacidad instalada	Infraestructura variable: desde aplicaciones móviles o líneas de asesoramiento sin presencia física, hasta consultorios pequeños o servicios móviles. Su fortaleza radica más en la disponibilidad inmediata que en su escala operativa.
Alianzas y redes	Algunos están vinculados a aseguradoras, farmacias, redes de médicos independientes o convenios con municipios o plataformas de salud digital. Otros operan de forma autónoma, pero con fuerte presencia comunitaria.
Calidad percibida	Percepción diversa: algunos usuarios confían plenamente en estas alternativas por experiencias positivas, mientras que otros las ven como soluciones temporales o complementarias. La confianza se construye a partir del resultado directo y la cercanía.
Precios y formas de acceso	Generalmente de bajo costo o gratuitos, con acceso inmediato desde el hogar o desde el entorno cercano del usuario. No requieren afiliaciones, referencias ni traslados.
Reputación institucional	Varía según el tipo de sustituto. Las plataformas reconocidas o los terapeutas con trayectoria comunitaria gozan de buena reputación, mientras que otras opciones tienen presencia informal, pero aceptada localmente.
Segmento de mercado	Usuarios con menor disposición o capacidad para acudir a hospitales: personas con enfermedades leves, adultos mayores, cuidadores, población sin transporte o en situación de pobreza. También jóvenes que prefieren soluciones digitales.
Accesibilidad geográfica y operativa	Acceso prácticamente inmediato, ya sea desde un teléfono móvil, en farmacias cercanas o a través de atención en casa. Su principal ventaja es eliminar barreras físicas y operativas.
Diferenciación en el servicio	Se destacan por brindar autonomía, inmediatez, privacidad y flexibilidad. La atención se adapta al ritmo y condiciones del usuario, con menos formalidad y mayor comodidad.
Alcance y capacidad competitiva	Aunque no sustituyen a un hospital en su totalidad, pueden desplazar demanda parcial en áreas como consulta general, seguimiento crónico o atención emocional, especialmente en contextos de saturación.

Fuente: Elaboración propia

## E. Diseño de plan de recolección de datos

Figura 108. Plan de recolección de datos



Fuente: Elaboración propia


## 1. Selección de competidores.

Para la selección de los competidores. A continuación, se presenta la descripción de los competidores (por categoría: Competidores directos, competidores indirectos, y Servicios sustitutos), así como una sección dedicada a un análisis previo de cada uno de ellos.

### a. Descripción general de competidores

- Competencia directa:


Tabla 72. Descripción de competidores: Competencia directa - Unidad de Salud de Santo Tomás

<b>Unidad de salud de Santo Tomás</b>	
	
Tipo de institución	Unidad de salud pública de primer nivel
Ubicación	Final Calle a Tacualuya, Km 16 Carretera a Comalapa, Santo Tomás, San Salvador
Cobertura	Población del distrito de Santo Tomás y alrededores
Servicios ofrecidos	Consulta médica general, control prenatal, control infantil, vacunación, odontología, atención de emergencias básicas, curaciones e inyecciones
Infraestructura y equipamiento	Consultorios médicos, sala de observación, área de odontología, farmacia básica, personal médico general y de enfermería
Accesibilidad	Fácil acceso vehicular y peatonal; cuenta con horarios extendidos, incluyendo fines de semana y feriados
Precios o costos generales	Gratuito (Ministerio de Salud - MINSAL)
Situación actual	Opera con alta demanda; mantiene horarios ampliados y atención continua

Fortalezas	Presencia institucional sólida, atención permanente, servicios básicos bien estructurados
Limitaciones	No ofrece hospitalización ni cirugías, presenta limitaciones en equipamiento y en disponibilidad de personal especializado
Rango de precios	Gratuito (Institución pública del gobierno)
Sitio Web	Atención bajo red MINSAL – referencia nacional: <a href="https://www.salud.gob.sv">https://www.salud.gob.sv</a>

Fuente: Elaboración propia


Tabla 73. Descripción de competidores: Competencia directa - Centro Médico Familiar Shalom

<b>Centro Médico Familiar Shalom</b>	
	
Tipo de institución	Clínica privada comunitaria (ONG internacional)
Ubicación	Carretera antigua a Zacatecoluca, desvió a Santiago Texacuangos., San Salvador, El Salvador
Cobertura	Población de Santiago Texacuangos y comunidades aledañas
Servicios ofrecidos	Consulta médica general, pediatría, gineco-obstetricia, ultrasonografía, emergencias menores, farmacia básica y laboratorio clínico
Infraestructura y equipamiento	Consultorios médicos, área de emergencias leves, laboratorio, equipo de ultrasonido, farmacia institucional, personal médico y voluntariado
Accesibilidad	Acceso por transporte público y vías secundarias; atención sin referidos, gratuita o por donativo

Precios o costos generales	Gratuito en ocasiones o con costos simbólicos dependiendo del servicio
Situación actual	Operativa con apoyo de Samaritan's Purse y recursos internacionales
Fortalezas	Atención humanizada, accesible, con fuerte vínculo comunitario y oferta en salud materna
Limitaciones	No cuenta con hospitalización ni especialidades complejas; dependencia de fondos externos
Rango de precios	Gratuito (ONG; valor simbólico en situaciones especiales)
Sitio Web	Parte de Samaritan's Purse – <a href="https://www.samaritanspurse.org/">https://www.samaritanspurse.org/</a>

Fuente: Elaboración propia


Tabla 74. Descripción de competidores: Competencia directa - Clínica Municipal de San Luis Talpa

<b>Clínica Municipal de San Luis Talpa</b>	
	
Tipo de institución	Clínica pública administrada por la alcaldía
Ubicación	Calle Luis Rivas Vides, barrio el centro. Frente a Alcaldía Municipal de San Luis Talpa
Cobertura	Pacientes residentes del distrito de San Luis Talpa
Servicios ofrecidos	Consulta médica general, control prenatal, vacunación, emergencias menores, curaciones, laboratorio básico
Infraestructura y equipamiento	Dos consultorios, área de curaciones, laboratorio, atención ambulatoria
Accesibilidad	Ubicación céntrica dentro del distrito, servicio gratuito y permanente
Precios o costos generales	Gratuito

Situación actual	Activa, dependiente de fondos municipales con apoyo del MINSAL
Fortalezas	Atención directa, gratuita, presencia local sostenida, facilidad de acceso
Limitaciones	Infraestructura reducida, sin hospitalización, disponibilidad de personal limitada
Rango de precios	Gratuito (Institución pública del gobierno)
Sitio Web	Información disponible a través de la Alcaldía Municipal de San Luis Talpa: <a href="https://sanluistalpa.org/novedades/clinica-municipal.html">https://sanluistalpa.org/novedades/clinica-municipal.html</a>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 75. Descripción de competidores: Competencia directa - Unidad de Salud Olocuilta

<b>Unidad de Salud Olocuilta</b>	
	
Tipo de institución	Unidad de salud pública de primer nivel
Ubicación	Avenida Dr. Demetrio Hernández, Barrio El Calvario, Olocuilta, La Paz Oeste.
Cobertura	Población urbana y rural de Olocuilta y zonas cercanas
Servicios ofrecidos	Consulta general, control materno-infantil, vacunación, odontología, emergencias básicas
Infraestructura y equipamiento	Consultorios médicos, odontología, vacunación, atención 24/7, ambulancia para derivaciones
Accesibilidad	Acceso directo desde la Carretera del Litoral; alta conectividad y transporte
Precios o costos generales	Gratuito
Situación actual	Funciona permanentemente, con alta demanda y coordinación de referencias hospitalarias

Fortalezas	tención continua, ubicación estratégica, capacidad para urgencias básicas y derivaciones
Limitaciones	Sin hospitalización ni atención de segundo nivel, recursos médicos limitados
Rango de precios	Gratuito (Institución pública del gobierno)
Sitio Web	Red MINSAL/FOSALUD – <a href="https://www.salud.gob.sv">https://www.salud.gob.sv</a>

Fuente: Elaboración propia

- Competencia indirecta:

Tabla 76. Descripción de competidores: Competencia indirecta - Laboratorios clínicos privados

<b>Laboratorios clínicos privados</b>	
Tipo de institución	Establecimientos de diagnóstico ambulatorio privados
Ubicación	Presentes en los cuatro distritos (Santiago Texacuangos, Santo Tomás, San Luis Talpa y Olocuilta), generalmente ubicados en zonas comerciales, avenidas principales o cercanas a unidades de salud
Cobertura	Atienden a población local que requiere exámenes médicos de rutina o específicos para diagnósticos complementarios
Servicios ofrecidos	Exámenes de laboratorio clínico general (hemogramas, orina, heces, glicemia, pruebas rápidas, VIH, embarazo), pruebas de función hepática y renal, perfil lipídico, entre otros
Infraestructura y equipamiento	Equipos automatizados o semiautomatizados, área de recepción y toma de muestras, refrigeración, software básico de resultados, personal técnico de laboratorio
Accesibilidad	Atención sin cita, horarios diurnos amplios (algunos incluso en fines de semana), ubicaciones accesibles y resultados rápidos; en algunos casos se ofrecen servicios a domicilio

Precios o costos generales	Tarifas variables, generalmente accesibles para población de ingresos bajos y medios; posibilidad de paquetes promocionales o precios especiales por volumen
Situación actual	Alta frecuencia de uso como recurso complementario a consultas médicas públicas o privadas; en expansión por facilidad de apertura y baja inversión inicial
Fortalezas	Rapidez en entrega de resultados, atención sin burocracia, servicio directo sin necesidad de referidos, ubicación estratégica
Limitaciones	No ofrecen consulta médica, ni capacidad de resolución clínica; dependen de la prescripción o indicación de otro profesional
Rango de precios	\$2.50 - \$10 (para exámenes básicos: Hemograma completo, Examen general de orina (EGO), Coprológico (examen de heces), Glucosa, colesterol, triglicéridos, creatinina, Grupo sanguíneo, hematocrito)
Cantidad por distrito según el CSSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santiago Texacuangos: 3</li> <li>• Santo Tomás: 5</li> <li>• San Luis Talpa: 4</li> <li>• Olocuilta: 10</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 77. Descripción de competidores: Competencia indirecta - Consultorios médicos privados


<b>Consultorios médicos privados</b>	
Tipo de institución	Centros médicos ambulatorios de baja escala y propiedad privada
Ubicación	Distribuidos de forma dispersa en los cuatro distritos, especialmente en cabeceras municipales y zonas con alto flujo peatonal o vehicular
Cobertura	Usuarios del entorno inmediato que buscan atención rápida, sin referidos ni largas esperas; especialmente población sin seguro médico formal

Servicios ofrecidos	Consulta médica general, controles de enfermedades comunes (gripe, infecciones, hipertensión leve, diabetes), recetas, certificados médicos, seguimiento de condiciones no complejas
Infraestructura y equipamiento	Uno o dos consultorios básicos, mobiliario estándar, tensiómetro, estetoscopio, balanza, en algunos casos cuentan con farmacia o laboratorio anexo
Accesibilidad	Atención en horario comercial, sin necesidad de cita, ingreso directo y costos bajos; algunos operan en fines de semana o por turnos
Precios o costos generales	Consultas entre \$5 y \$15 según la zona, con posibilidad de incluir medicamentos genéricos o servicios combinados (consulta + receta + medicamento)
Situación actual	Alta demanda en áreas donde el sistema público se encuentra saturado o distante; función de primera respuesta para enfermedades leves o controles preventivos
Fortalezas	Trato directo con el médico, disponibilidad inmediata, atención personalizada y agilidad en el servicio
Limitaciones	Sin hospitalización, sin especialidades médicas, sin infraestructura de soporte para casos agudos o de seguimiento complejo
Rango de precios	\$5 - \$25
Cantidad por distrito según el CSSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santiago Texacuangos: 7</li> <li>• Santo Tomás: 2</li> <li>• San Luis Talpa: 1</li> <li>• Olocuilta: 5</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

- Servicios sustitutos:


Tabla 78. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Telemedicina "131" (MINSAL)

<b>Telemedicina "131" (MINSAL)</b>	
	
Tipo de institución	Plataforma telefónica de orientación médica
Institución promotora	Ministerio de Salud de El Salvador y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Cobertura	Mujeres embarazadas, madres lactantes, niños menores de cinco años y adolescentes a nivel nacional
Servicios ofrecidos	Atención médica telefónica en temas de salud sexual y reproductiva, embarazo, puerperio, lactancia, salud infantil, salud mental y violencia basada en género
Accesibilidad	Gratuito, a través del número telefónico "131" (opción 2), disponible en días hábiles y en horario extendido
Alcance operativo	Atención remota por parte de personal de salud capacitado (médicos, psicólogos, consejeros), con posibilidad de derivación a servicios presenciales cuando es necesario
Fortalezas	Alta accesibilidad geográfica y económica; eliminación de barreras físicas; enfoque preventivo y orientado a poblaciones vulnerables
Limitaciones	No reemplaza consulta clínica presencial; no puede emitir diagnósticos confirmatorios ni administrar tratamientos directos
Rango de precios	Gratuito (Institución pública del gobierno)

Observación contextual	Aunque no compite frontalmente con el Hospital Divina Providencia, puede captar parte de su población objetivo (especialmente gestantes y madres jóvenes) en etapas tempranas del proceso de atención, reduciendo la demanda institucional directa
------------------------	--

Fuente: Elaboración propia


Tabla 79. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea")

<b>Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea")</b>	
	
Tipo de institución	Plataforma digital de atención médica remota
Institución promotora	Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
Cobertura	Población asegurada al ISSS a nivel nacional
Servicios ofrecidos	Consultas virtuales con médicos generales y especialistas; expedición de recetas electrónicas; seguimiento de enfermedades crónicas; orientación médica
Accesibilidad	App móvil, videollamada o llamada al 127; requiere afiliación al ISSS
Alcance operativo	Atención en tiempo real por personal del sistema público de seguridad social, con posibilidad de referencias presenciales
Fortalezas	Atención continua, sin necesidad de desplazamiento; resolución de problemas comunes desde el hogar; soporte digital de recetas

Limitaciones	Exclusividad para población asegurada; no cubre casos de urgencia ni procedimientos clínicos
Rango de precios	Gratuito (Institución pública del gobierno)
Observación contextual	Aunque está dirigida a un segmento específico (población asegurada), esta modalidad puede restar demanda ambulatoria al Hospital Divina si éste no ofrece soluciones tecnológicas similares, sobre todo en usuarios que priorizan la conveniencia

Fuente: Elaboración propia

Tabla 80. Descripción de competidores: Servicios Sustitutos - Medicina alternativa y autocuidado

<b>Medicina alternativa y autocuidado</b>	
	
Tipo de institución	Prácticas no convencionales de atención y prevención en salud
Institución promotora	Personas naturales, herbolarios, terapeutas alternativos, líderes comunitarios, plataformas digitales de salud
Cobertura	Población rural y urbana con preferencia por alternativas tradicionales o bajo acceso a servicios médicos formales
Servicios ofrecidos	Remedios naturales, sobadas, acupuntura, herbolaria, terapias espirituales, rutinas de autocuidado guiadas por apps, videos o consejos en redes sociales
Accesibilidad	Presencial en mercados o comunidades; digital a través de contenidos virtuales, aplicaciones móviles o redes sociales

Alcance operativo	Atención sintomática, preventiva o de alivio, sin respaldo clínico formal; alto grado de informalidad
Fortalezas	Bajo costo, cercanía cultural, disponibilidad inmediata, autonomía en el cuidado
Limitaciones	Riesgo de prácticas sin evidencia científica, falta de regulación, ausencia de seguimiento clínico
Rango de precios	Indefinido (depende de la cultura y costumbres de los individuos)
Observación contextual	Este tipo de sustituto puede influir especialmente en zonas con limitado acceso a infraestructura de salud o donde predomina la desconfianza institucional. El Hospital Divina deberá considerar estrategias educativas y comunitarias si busca captar población que hoy opta por estos enfoques

*Fuente: Elaboración propia*

### **b. Análisis preliminar de competidores**

- Competidores directos:
  - Unidad de Salud Santo Tomás:  
Esta institución constituye un referente territorial en el primer nivel de atención, operando bajo el modelo del Ministerio de Salud. Su cartera de servicios incluye medicina general, control materno-infantil, vacunación, odontología y atención de urgencias menores, lo que le permite cubrir de forma efectiva muchas de las necesidades básicas de salud de la población local. La institución destaca por su ubicación estratégica dentro del municipio, facilidad de acceso y extensión horaria, lo cual facilita su uso frecuente por parte de los residentes. No obstante, como sucede con la mayoría de unidades de salud de primer nivel, sus limitaciones se evidencian en la ausencia de hospitalización, atención especializada o capacidad resolutoria ante casos de mayor complejidad. Estas características sugieren que el Hospital Divina Providencia podría insertarse en el territorio como una institución complementaria, al ofrecer un escalón adicional de atención que integre internamiento, medicina interna, maternidad y especialidades básicas. Aunque la fidelidad al sistema público es alta, especialmente en sectores de bajos ingresos, el nuevo hospital podría captar a usuarios que demanden un servicio más integral, menos saturado y con mayor capacidad de respuesta clínica.
  - Centro Médico Familiar Shalom:

Representa una iniciativa comunitaria con fuerte arraigo social y alto reconocimiento local, especialmente en el municipio de Santiago Texacuangos. Su enfoque humanizado, el acceso gratuito o donativo, y su cartera de servicios centrada en la salud materno-infantil, gineco-obstetricia, pediatría, medicina general, farmacia y laboratorio clínico, lo convierten en una opción atractiva para las familias del área. A diferencia de otras instituciones, su modelo de gestión basada en una organización cristiana internacional permite sostener una operación solidaria, pero también introduce un nivel de dependencia de recursos externos y voluntariado. Desde un enfoque preliminar, podría decirse que el Hospital Divina Providencia tendría espacio para diferenciarse ofreciendo una estructura más estable, con capacidad resolutive mayor, horarios institucionalizados y servicios de hospitalización. A pesar de ello, el prestigio social y comunitario que ha logrado construir Shalom puede representar una ventaja competitiva difícil de igualar en el corto plazo. Por tanto, la estrategia del hospital debería apostar no solo por superar la capacidad técnica, sino también por ganar legitimidad social a través de la cercanía, la confianza y la coherencia con las necesidades del territorio.

- Clínica Municipal de San Luis Talpa:

Esta clínica funciona como un actor de proximidad con fuerte respaldo municipal, ofreciendo servicios ambulatorios esenciales como medicina general, control prenatal, vacunación y atención de emergencias menores. Su gratuidad, facilidad de acceso y atención continua la convierten en una opción clave para la población del casco urbano y las zonas rurales de San Luis Talpa. Aunque su infraestructura y personal son limitados, el compromiso político local y su integración comunitaria fortalecen su funcionamiento como primera línea de atención. En términos preliminares, se observa que el Hospital Divina Providencia podría posicionarse como un nivel resolutive superior para esta zona, especialmente en áreas no cubiertas por la clínica como hospitalización, medicina interna o maternidad institucional. La clínica municipal parece estar orientada a resolver situaciones de baja complejidad, por lo que el hospital tendría la posibilidad de atender aquellos casos que actualmente son referidos a centros fuera del municipio. Esta relación potencial no necesariamente sería de competencia directa en todos los casos, sino que también podría explorarse una articulación complementaria bajo una lógica de red local de salud.

- Unidad de Salud Olocuilta:

La Unidad de Salud de Olocuilta es una de las instituciones públicas más activas en su distrito, con atención 24 horas, ubicación estratégica sobre carretera y una oferta ambulatoria sólida que incluye consulta general, odontología, vacunación y control materno-infantil. Su capacidad de respuesta inmediata, combinada con la accesibilidad vial, podría explicarse como factores que la convierten en una de las primeras opciones para la población local ante necesidades de salud cotidianas o emergencias menores. Sin embargo, como unidad de primer nivel, su margen de atención parece limitarse a casos de baja complejidad, lo cual

requiere constantes referencias a otros hospitales fuera del distrito. En ese marco, el Hospital Divina Providencia podría insertarse como una alternativa de segundo nivel dentro del mismo entorno geográfico, con la posibilidad de absorber parte de la demanda no resuelta o excesivamente derivada. Esta relación preliminar sugiere que más que una competencia frontal, el vínculo entre ambas instituciones podría pensarse en términos de continuidad asistencial, donde el hospital complemente los vacíos operativos que esta unidad, por limitaciones estructurales, no puede cubrir.

- Competidores indirectos:
  - Laboratorios clínicos privados:
 

Estos representan una forma de competencia indirecta altamente funcional, al ofrecer servicios diagnósticos esenciales de forma rápida, directa y con amplia cobertura territorial. Su presencia en los cuatro distritos, particularmente en Olocuilta y Santo Tomás, sugiere una aceptación consolidada por parte de la población, que acude a ellos para exámenes de rutina o como complemento a consultas médicas en el sector público y privado. Su modelo operativo, que generalmente no requiere cita ni referidos, se basa en tiempos de respuesta cortos, disponibilidad inmediata y precios accesibles. Desde una perspectiva preliminar, si bien estos establecimientos no compiten en complejidad clínica con el Hospital Divina Providencia, sí podrían desplazar parte de la demanda diagnóstica ambulatoria, especialmente si el hospital no logra integrar servicios de laboratorio internos con eficiencia comparable. Además, los laboratorios privados permiten al paciente gestionar parte de su atención de manera fragmentada, lo cual podría dificultar el posicionamiento del hospital como centro integral si no se refuerza la articulación entre consulta, diagnóstico y tratamiento.
  - Consultorios médicos privados:
 

Los consultorios clínicos privados, distribuidos mayormente en Santiago Texacuangos y Olocuilta, cumplen una función estratégica en la atención médica inmediata, especialmente en comunidades donde el sistema público puede estar saturado o resultar menos accesible en tiempo y forma. Su modelo basado en atención sin cita, costos bajos y cercanía física con el paciente los convierte en una alternativa ágil para resolver problemas de salud comunes o crónicos no complejos. Preliminarmente, se podría interpretar que estos consultorios captan a un segmento de pacientes que de otro modo acudiría a instituciones como el Hospital Divina Providencia para consultas generales, seguimientos o trámites médicos. Aunque carecen de capacidad para hospitalización o atención especializada, su presencia constante y su posicionamiento en el primer contacto con el paciente representan un desafío potencial para la captación de usuarios por parte del hospital. De ahí que una estrategia basada en diferenciación, continuidad de atención y mayor resolutivez podría ser clave para que el Hospital Divina se instale como una opción preferente más allá del primer nivel.

- Servicios sustitutos:
  - Telemedicina “131” (MINSAL):

El servicio de teleasistencia conocido originalmente como “131”, impulsado por el Ministerio de Salud en coordinación con organismos internacionales como UNFPA, operó como una plataforma accesible para mujeres embarazadas, madres lactantes y población infantil. Estos centros de atención telefónica permiten la orientación médica a distancia con foco en salud materno-infantil, promoviendo la prevención, el autocuidado y la identificación temprana de riesgos. Desde una perspectiva preliminar, este tipo de solución podría influir en los patrones de búsqueda de atención, al ofrecer un primer contacto accesible y confiable sin necesidad de traslado. Aunque no sustituye la atención médica presencial ni procedimientos clínicos, su existencia puede reducir la demanda ambulatoria inicial hacia instituciones como el Hospital Divina Providencia, particularmente en población con dificultades de movilidad o recursos limitados. Por tanto, el hospital podría considerar estrategias que integren componentes de tele orientación para no quedar rezagado frente a estas alternativas que ya forman parte del ecosistema público de salud.
  - Tele consulta ISSS (“Dr. ISSS en Línea”):

Esta plataforma representa una iniciativa consolidada de teleconsultas dentro del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Permite a los afiliados realizar consultas médicas generales o con especialistas desde dispositivos móviles o computadoras, recibiendo recetas electrónicas y seguimiento clínico remoto. Su implementación ha sido bien recibida por la población asegurada, dado que reduce tiempos de espera, evita desplazamientos y ofrece atención en tiempo real desde cualquier lugar. Preliminarmente, esta modalidad podría no representar una competencia directa para el Hospital Divina Providencia debido a su exclusividad para personas afiliadas al ISSS. No obstante, sí marca un precedente sobre las expectativas del usuario en cuanto a conveniencia, inmediatez y acceso digital. En la medida en que el hospital se proponga atender también a población urbana joven o usuarios habituados al entorno digital, podría enfrentar barreras si no incorpora canales de atención remota o seguimiento virtual. Más allá de la competencia funcional, este tipo de plataforma plantea un estándar que influye en la percepción general del sistema de salud.
  - Medicina alternativa y autocuidado:

La medicina alternativa y las prácticas de autocuidado constituyen una forma de sustitución informal pero frecuente, especialmente en comunidades con acceso limitado a servicios médicos o con fuerte arraigo cultural en remedios naturales. El uso de plantas medicinales, sobadas, terapias tradicionales o recomendaciones extraídas de redes sociales y aplicaciones digitales forman parte de un patrón extendido de atención inicial, que responde tanto a motivos económicos como a creencias o costumbres. De forma inicial, podría pensarse que este tipo de sustituto afecta en mayor medida a centros de salud institucionalizados como el Hospital Divina Providencia, sobre todo si no se trabaja una estrategia de

vinculación comunitaria que logre revertir la preferencia por lo tradicional. Aunque estas prácticas no ofrecen atención especializada ni resolución clínica comprobada, sí logran captar confianza y continuidad por parte de ciertos grupos. De ahí que el hospital, además de ofrecer servicios de calidad, deba construir legitimidad cultural y confianza interpersonal para posicionarse como una alternativa válida y cercana frente a estas formas no convencionales de atención.

## 2. Establecimiento de Checklist

### a. Formulación de instrumento

- Competencia directa
  - Ficha técnica

Tabla 81. Ficha técnica de Checklist – Competencia directa

<b>Ficha técnica de Checklist – Competencia directa</b>	
Nombre del instrumento	Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia
Tipo de instrumento	Checklist estructurado
Objetivo	Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.
Aplicación	Componente del estudio de mercado (fase diagnóstica del estudio de factibilidad)
Target	Clínicas, unidades de salud, hospitales públicos o mixtos, y centros médicos privados de bajo costo ubicados en la zona de influencia directa del Hospital Divina Providencia (Competencia previamente identificada)
Área geográfica de estudio	Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa
Unidad de análisis	Cada institución documentada o visitada (consulta física o digitalmente), considerada como potencial competidor directo
Dimensiones evaluadas	13 criterios principales, organizados en 35 subcriterios observables
Formato de registro	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y comentario abierto por subcriterio
Método de recolección	Observación directa, revisión documental, búsqueda en línea, entrevistas breves no estructuradas, visita exploratoria
Aplicador	Equipo investigador del estudio de factibilidad

Periodo estimado de aplicación	mayo – junio 2025
Uso de resultados	Fundamentar el análisis competitivo, identificar niveles de similitud con el Hospital Divina Providencia, y orientar decisiones estratégicas para el posicionamiento y diseño del modelo de reapertura.

Fuente: *Elaboración propia*

- Checklist

Tabla 82. Checklist de evaluación de competidores directos

<b>Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.							
Competidor							
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos	1	¿Brinda atención médica general?					
	2	¿Ofrece servicios materno-infantiles (prenatal, pediatría, gineco-obstetricia)?					
	3	¿Cuenta con hospitalización básica?					
	4	¿Atiende emergencias no complejas?					

Cobertura funcional y capacidad tecnológica	5	¿Dispone de consultorios funcionales y salas de observación?					
	6	¿Cuenta con laboratorio clínico básico?					
	7	¿Tiene equipo de diagnóstico como rayos X o ultrasonografía?					
	8	¿Ofrece servicio de farmacia dentro del establecimiento?					
Ubicación geográfica y radio de influencia	9	¿Está ubicado dentro de los distritos definidos como área de influencia?					
	10	¿Posee conectividad vial y acceso por transporte público?					
Perfil de población atendida y cobertura del servicio	11	¿Atiende población sin seguro médico o con cobertura pública parcial?					

	12	¿Está orientado a usuarios de ingresos bajos o medios?					
Modelo de gestión institucional y tipo de acceso	13	¿Es una institución pública, privada de bajo costo o administrada por ONG?					
	14	¿Presta servicios abiertos a la comunidad general sin restricciones de aseguradora?					
Capacidad instalada y volumen operativo	15	¿Tiene disponibilidad de camas o áreas para internamiento?					
	16	¿Se logra observar que cuenta con personal médico y de enfermería suficiente para la demanda?					
Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio	17	¿Funciona con horarios extendidos o atención continua?					
	18	¿Ofrece servicios a bajo costo o gratuitos?					

Reconocimiento institucional y posicionamiento comunitario	19	¿Tiene reconocimiento o trayectoria institucional en el municipio?					
	20	¿Es percibido positivamente por la comunidad local?					
Servicios diferenciadores	21	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?					
	22	¿Brinda servicios complementarios como nutrición o psicología?					
	23	¿Tiene servicios móviles o atención extramural?					
Gestión de calidad	24	¿Cuenta con protocolos escritos de atención?					
	25	¿Realiza seguimiento a quejas o sugerencias del paciente?					
	26	¿Está acreditado o participa en procesos de mejora continua?					
Infraestructura física	27	¿El edificio está en condiciones óptimas para la atención médica?					
	28	¿Posee señalización adecuada y espacios diferenciados por servicio?					

	29	¿Tiene acceso para personas con discapacidad?					
Seguridad del paciente	30	¿Aplica medidas básicas de bioseguridad?					
	31	¿El espacio y entorno se observa seguro para el usuario?					
	32	¿Tiene rutas de evacuación visibles y señalizadas?					
Capacidad de respuesta ante emergencias comunitarias	33	¿Puede atender brotes epidémicos o situaciones de desastre local?					
	34	¿Ha participado en redes interinstitucionales?					
	35	¿Dispone de insumos básicos para atención en situaciones de emergencia?					
<b>Total</b>							
<b>Porcentaje ganado</b>							

Fuente: Elaboración propia

- Competencia indirecta
  - Ficha técnica

Tabla 83. Ficha técnica de Checklist – Competencia indirecta

<b>Ficha técnica de Checklist – Competencia indirecta</b>	
Nombre del instrumento	Checklist de evaluación de competidores indirectos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia
Tipo de instrumento	Checklist estructurado
Objetivo	Identificar y valorar instituciones de salud de baja complejidad que ofrecen servicios ambulatorios y que

	representan competencia indirecta frente al Hospital Divina Providencia.
Aplicación	Componente del estudio de mercado (fase diagnóstica del estudio de factibilidad)
Target	Laboratorios clínicos, consultorios médicos privados, ONGs y programas médicos alternativos.
Área geográfica de estudio	Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa
Unidad de análisis	Cada institución documentada o ubicada en la zona de influencia inmediata del Hospital Divina Providencia
Dimensiones evaluadas	8 criterios principales con más de 22 subcriterios observables
Formato de registro	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y comentarios cualitativos
Método de recolección	Revisión documental, observación de campo, entrevistas no estructurada con la contraparte y búsqueda en línea
Aplicador	Equipo investigador del estudio de factibilidad
Periodo estimado de aplicación	mayo – junio 2025
Uso de resultados	Analizar la influencia de servicios alternativos en la captación de pacientes y proponer estrategias diferenciadoras para el Hospital Divina Providencia

Fuente: Elaboración propia

- Checklist

Tabla 84. Checklist de evaluación de competidores indirectos

<b>Checklist de evaluación de competidores indirectos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar y valorar instituciones de salud de baja complejidad que ofrecen servicios ambulatorios y que representan competencia indirecta frente al Hospital Divina Providencia.							
Competidor							
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Tipo y naturaleza del servicio prestado	1	¿Ofrece servicios ambulatorios básicos de salud o diagnóstico?					

	2	¿Opera sin hospitalización ni atención de urgencias complejas?					
	3	¿Presta atención desde un enfoque clínico, comunitario o preventivo?					
Coincidencia en necesidades de salud atendidas	4	¿Contribuye a la atención de enfermedades comunes o condiciones crónicas no complicadas?					
	5	¿Brinda servicios relacionados con salud sexual, reproductiva, materno-infantil o salud mental?					
	6	¿Desarrolla actividades de orientación, monitoreo o seguimiento de pacientes?					
Grado de accesibilidad percibida por el usuario	7	¿Permite el acceso sin trámites complejos, requisitos previos o restricciones administrativas?					
	8	¿Ofrece atención en horarios amplios, con tiempos de espera breves o bajo demanda?					
	9	¿Aplica tarifas accesibles, gratuidad o subsidios para usuarios sin cobertura?					
Ubicación estratégica en	10	¿Se encuentra ubicado dentro					

zonas de influencia		del área de influencia del Hospital Divina Providencia?					
	11	¿Tiene presencia física cercana a comunidades vulnerables o de alta demanda médica?					
Público objetivo compartido	12	¿Atiende a usuarios de ingresos bajos o medios, o sin afiliación formal a seguros?					
	13	¿Enfoca su atención en grupos prioritarios como mujeres, niños, adultos mayores o pacientes crónicos?					
Percepción de valor agregado por parte del paciente	14	¿Es percibido como confiable o cercano por la población local?					
	15	¿Ofrece acompañamiento, seguimiento o trato humanizado al paciente?					
	16	¿Participa en actividades de promoción de salud o programas comunitarios?					
Modalidad institucional y alianzas externas	17	¿Opera bajo modelos no hospitalarios como ONG, fundaciones, iniciativas religiosas o redes locales?					
	18	¿Cuenta con apoyo de cooperación					

		nacional o internacional, o convenios con entes públicos?					
	19	¿Sostiene su operación a través de alianzas, donaciones u otros mecanismos alternativos?					
Especialización en servicios específicos de alta demanda	20	¿Está enfocado en uno o varios servicios de alta demanda local?					
	21	¿Brinda soluciones específicas como diagnóstico, planificación familiar, pruebas rápidas, etc.?					
	22	¿Participa en campañas de salud o jornadas de atención dirigidas a la comunidad?					
<b>Total</b>							
<b>Puntaje ganado</b>							

Fuente: Elaboración propia

- Servicios sustitutos
  - Ficha técnica

Tabla 85. Ficha técnica de Checklist – Servicios Sustitutos

<b>Ficha técnica de Checklist – Servicios sustitutos</b>	
Nombre del instrumento	Checklist de evaluación de Servicios sustitutos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia
Tipo de instrumento	Checklist estructurado
Objetivo	Identificar productos y servicios que, sin ser hospitales, ofrecen atención médica básica o sustituyen parcialmente la función de los hospitales públicos en la zona de influencia.

Aplicación	Estudio de mercado (componente del estudio de factibilidad)
Target	Servicios de telemedicina, medicina alternativa, y plataformas digitales utilizadas por la población
Área geográfica de estudio	Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa
Unidad de análisis	Cada producto o servicio sustituto documentado con uso en la zona de influencia del hospital
Dimensiones evaluadas	8 criterios con más de 22 subcriterios observables
Formato de registro	Cumplimiento (Sí / No / Parcial / No aplica) y comentarios
Método de recolección	Observación documental, búsqueda en web
Aplicador	Equipo investigador del estudio de factibilidad
Periodo estimado de aplicación	mayo – junio 2025
Uso de resultados	Analizar cómo estas alternativas influyen en la decisión de atención hospitalaria y justificar estrategias diferenciadoras para el Hospital Divina Providencia

Fuente: Elaboración propia

- Checklist

Tabla 86. Checklist de evaluación de servicios sustitutos

<b>Checklist de evaluación de servicios sustitutos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar productos y servicios que, sin ser hospitales, ofrecen atención médica básica o sustituyen parcialmente la función de los hospitales públicos en la zona de influencia.							
Competidor							
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Equivalencia funcional en la atención de salud	1	¿Ofrece atención básica como orientación médica, seguimiento remoto o control sintomático?					
	2	¿Permite resolver o aliviar problemas de salud que comúnmente se					

		atienden en hospitales?					
	3	¿Proporciona un nivel mínimo de asesoramiento, diagnóstico o alivio de síntomas?					
Acceso sin intermediación institucional	4	¿El acceso no requiere referidos, citas médicas ni trámites institucionales?					
	5	¿Puede utilizarse desde el hogar, por teléfono o internet?					
	6	¿No está vinculado directamente a centros hospitalarios?					
Aceptación social o cultural	7	¿Cuenta con aceptación entre usuarios del área por efectividad, cercanía o experiencia previa?					
	8	¿Es percibido como una solución confiable en situaciones de baja complejidad?					
	9	¿Tiene uso frecuente en la comunidad por tradición o accesibilidad?					
Capacidad de atención parcial de condiciones comunes	10	¿Puede atender afecciones comunes como gripe, dolores crónicos, ansiedad o					

		infecciones leves?					
	11	¿Es usado por personas con enfermedades no graves como alternativa al hospital?					
	12	¿Reduce la necesidad de acudir a consulta externa por condiciones frecuentes?					
Atractivo por conveniencia o bajo costo	13	¿Tiene costos bajos o acceso gratuito?					
	14	¿Está disponible de forma inmediata y sin espera prolongada?					
	15	¿Representa una opción más rápida o práctica que acudir al hospital?					
Autonomía y control del usuario	16	¿Permite al usuario tomar decisiones o aplicar tratamientos por sí mismo?					
	17	¿Ofrece herramientas de autocuidado o asesoría digital para guiar la atención?					
	18	¿Es valorado por brindar control personal sobre el proceso de atención?					
Presencia en el área de influencia del hospital	19	¿Está presente o accesible dentro del área geográfica de influencia del					

		Hospital Divina Providencia?					
	20	¿Tiene un uso documentado en la comunidad (por promoción, recomendación o frecuencia)?					
Impacto potencial sobre la demanda hospitalaria	21	¿Reduce potencialmente la demanda de consultas externas o derivaciones al hospital?					
	22	¿Satisface necesidades básicas que, de no existir, se canalizarían hacia el hospital?					
<b>Total</b>							
<b>Puntaje ganado</b>							

Fuente: *Elaboración propia*

### **b. Metodología de aplicación de instrumento**

La aplicación del instrumento metodológico para el análisis del mercado competidor se realizó mediante un enfoque de recolección de datos orientado a evaluar el grado de alineación funcional, técnica y operativa de diversas instituciones de salud respecto a los servicios proyectados por el Hospital Divina Providencia. La metodología combinó fuentes accesibles, verificables y pertinentes al contexto sanitario, sin intervención directa con los actores evaluados.

a) Métodos de recolección:

- **Revisión documental estructurada:** Se consultaron páginas web oficiales, registros del Consejo Superior de Salud Pública, bases de datos institucionales, directorios médicos y plataformas digitales de salud pública y privada. También se tomaron en cuenta publicaciones académicas, informes institucionales y fuentes secundarias confiables.
- **Análisis de medios y redes sociales:** Se examinaron perfiles oficiales en redes sociales, comentarios de usuarios, publicaciones comunitarias y medios locales para identificar la percepción pública, cobertura de servicios, posicionamiento territorial y dinámicas de atención de los competidores.
- **Observación no participativa en línea:** Se revisaron elementos observables digitalmente como disponibilidad de servicios, horarios, infraestructura visible, canales de contacto, listas de precios (cuando estaban disponibles, los cuales

aplican únicamente para los laboratorios, ya que la mayoría de instituciones bajo evaluación son de carácter público/gratuito) y características generales del modelo de atención.

b) Aplicación del instrumento:

Se aplicó una **checklist diagnóstica diferenciada por tipo de competidor** (directo, indirecto, producto sustituto), que incluye criterios técnicos, funcionales y estratégicos previamente definidos. A cada institución se le asignó una calificación para cada subcriterio, de acuerdo con el siguiente sistema de puntuación:

- **Sí:** 1 punto
- **Parcialmente:** 0.5 puntos
- **No:** 0 puntos
- **No aplica:** 1 punto (cuando el subcriterio no corresponde al tipo de competidor, sin penalizar el resultado)

Cada evaluación fue sistematizada en una matriz de análisis comparativo, permitiendo calcular el **porcentaje de cumplimiento** de cada actor frente a los criterios definidos. Esta cuantificación apoyó el desarrollo de análisis individuales, comparativos y estratégicos por institución, con base en fortalezas, limitaciones y posibles líneas de acción para el posicionamiento del Hospital Divina Providencia en el entorno competitivo.

Cabe recalcar que no se han comparado costos y no se evaluarán estos mismos, debido a que la mayoría de competidores del hospital son de índole gratuito/público, por lo que no existe un punto de comparación bajo este enfoque (ya que el hospital recibe un ingresos por los servicios ofrecidos), además de ello, el hospital ofrece costos accesibles y similares a los de competencia indirecta, por lo que el enfoque principal es comparar la capacidad entre estos mismos e identificar las fortalezas y debilidades de los mismos, con el fin de plantear metodologías que beneficien al hospital.

### 3. Evaluación de competidores

#### a. Aplicación de Checklist

- Competencia directa

*Tabla 87. Aplicación de checklist: Competencia directa - Unidad de Salud de Santo Tomás*

<b>Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>	
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia	
Objetivo: Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.	
Competidor	Unidad de salud de Santo Tomás

Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				
			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos	1	¿Brinda atención médica general?	x				
	2	¿Ofrece servicios materno-infantiles (prenatal, pediatría, gineco-obstetricia)?	x				
	3	¿Cuenta con hospitalización básica?		x			
	4	¿Atiende emergencias no complejas?	x				
Cobertura funcional y capacidad tecnológica	5	¿Dispone de consultorios funcionales y salas de observación?	x				
	6	¿Cuenta con laboratorio clínico básico?		x			
	7	¿Tiene equipo de diagnóstico como rayos X o ultrasonografía?		x			
	8	¿Ofrece servicio de farmacia dentro del establecimiento?	x				
Ubicación geográfica y radio de influencia	9	¿Está ubicado dentro de los distritos definidos como área de influencia?	x				
	10	¿Posee conectividad vial y acceso por transporte público?	x				

Perfil de población atendida y cobertura del servicio	11	¿Atiende población sin seguro médico o con cobertura pública parcial?	x				
	12	¿Está orientado a usuarios de ingresos bajos o medios?	x				
Modelo de gestión institucional y tipo de acceso	13	¿Es una institución pública, privada de bajo costo o administrada por ONG?	x				
	14	¿Presta servicios abiertos a la comunidad general sin restricciones de aseguradora?	x				
Capacidad instalada y volumen operativo	15	¿Tiene disponibilidad de camas o áreas para internamiento?		x			
	16	¿Se logra observar que cuenta con personal médico y de enfermería suficiente para la demanda?			x		En tiempos de alta demanda podría colapsar
Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio	17	¿Funciona con horarios extendidos o atención continua?	x				
	18	¿Ofrece servicios a bajo costo o gratuitos?	x				

Reconocimiento institucional y posicionamiento comunitario	19	¿Tiene reconocimiento o trayectoria institucional en el municipio?	x				
	20	¿Es percibido positivamente por la comunidad local?	x				
Servicios diferenciadores	21	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?		x			
	22	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?	x				Pequeñas cirugías, odontología,
	23	¿Tiene servicios móviles o atención extramural?		x			
Gestión de calidad	24	¿Cuenta con protocolos escritos de atención?	x				Protocolos generales
	25	¿Realiza seguimiento a quejas o sugerencias del paciente?			x		Seguimiento general como institución pública
	26	¿Está acreditado o participa en procesos de mejora continua?			x		Los demandados por el Ministerio de Salud
Infraestructura física	27	¿El edificio está en condiciones óptimas para la atención médica?	x				

	28	¿Posee señalización adecuada y espacios diferenciados por servicio?	x				
	29	¿Tiene acceso para personas con discapacidad?			x		En algunas áreas puede mejorar
Seguridad del paciente	30	¿Aplica medidas básicas de bioseguridad?	x				
	31	¿El espacio y entorno se observa seguro para el usuario?	x				
	32	¿Tiene rutas de evacuación visibles y señalizadas?	x				
Capacidad de respuesta ante emergencias comunitarias	33	¿Puede atender brotes epidémicos o situaciones de desastre local?			x		Depende de la necesidad
	34	¿Ha participado en redes interinstitucionales?	x				
	35	¿Dispone de insumos básicos para atención en situaciones de emergencia?			x		Solo si es emergencia menor
<b>Total</b>			23	6	6	0	35
<b>Puntaje ganado</b>							26

Fuente: Elaboración propia

Tabla 88. Aplicación de checklist: Competencia directa - Centro Médico Familiar Shalom

<b>Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.							
Competidor	Centro Médico Familiar Shalom						
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos	1	¿Brinda atención médica general?	x				
	2	¿Ofrece servicios materno-infantiles (prenatal, pediatría, gineco-obstetricia)?	x				
	3	¿Cuenta con hospitalización básica?		x			
	4	¿Atiende emergencias no complejas?	x				
Cobertura funcional y capacidad tecnológica	5	¿Dispone de consultorios funcionales y salas de observación?	x				
	6	¿Cuenta con laboratorio clínico básico?	x				
	7	¿Tiene equipo de diagnóstico como rayos X o ultrasonografía?			x		
	8	¿Ofrece servicio de farmacia dentro del establecimiento?	x				
Ubicación geográfica y radio de influencia	9	¿Está ubicado dentro de los distritos definidos como área de influencia?	x				
	10	¿Posee conectividad vial y acceso por transporte público?	x				

Perfil de población atendida y cobertura del servicio	11	¿Atiende población sin seguro médico o con cobertura pública parcial?	x				
	12	¿Está orientado a usuarios de ingresos bajos o medios?	x				
Modelo de gestión institucional y tipo de acceso	13	¿Es una institución pública, privada de bajo costo o administrada por ONG?	x				
	14	¿Presta servicios abiertos a la comunidad general sin restricciones de aseguradora?	x				
Capacidad instalada y volumen operativo	15	¿Tiene disponibilidad de camas o áreas para internamiento?		x			
	16	¿Se logra observar que cuenta con personal médico y de enfermería suficiente para la demanda?			x		Sujeto a voluntariado
Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio	17	¿Funciona con horarios extendidos o atención continua?	x				
	18	¿Ofrece servicios a bajo costo o gratuitos?	x				
Reconocimiento institucional y posicionamiento comunitario	19	¿Tiene reconocimiento o trayectoria institucional en el municipio?	x				
	20	¿Es percibido positivamente por la comunidad local?	x				
Servicios diferenciadores	21	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?		x			

	22	¿Brinda servicios complementarios como nutrición o psicología?	x				Oftalmología, psicología, entre otros según campaña
	23	¿Tiene servicios móviles o atención extramural?		x			
Gestión de calidad	24	¿Cuenta con protocolos escritos de atención?	x				
	25	¿Realiza seguimiento a quejas o sugerencias del paciente?	x				
	26	¿Está acreditado o participa en procesos de mejora continua?			x		Lo demandados por la ley
Infraestructura física	27	¿El edificio está en condiciones óptimas para la atención médica?	x				
	28	¿Posee señalización adecuada y espacios diferenciados por servicio?	x				
	29	¿Tiene acceso para personas con discapacidad?	x				
Seguridad del paciente	30	¿Aplica medidas básicas de bioseguridad?	x				
	31	¿El espacio y entorno se observa seguro para el usuario?	x				
	32	¿Tiene rutas de evacuación visibles y señalizadas?	x				
Capacidad de respuesta ante emergencias comunitarias	33	¿Puede atender brotes epidémicos o situaciones de desastre local?		x			

	34	¿Ha participado en redes interinstitucionales?		x			
	35	¿Dispone de insumos básicos para atención en situaciones de emergencia?			x		Solo si es emergencia menor
<b>Total</b>			25	6	4	0	35
<b>Puntaje ganado</b>			27				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 89. Aplicación de checklist: Competencia directa - Clínica Municipal de San Luis Talpa

<b>Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.							
Competidor		Clínica Municipal de San Luis Talpa					
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos	1	¿Brinda atención médica general?	x				
	2	¿Ofrece servicios materno-infantiles (prenatal, pediatría, gineco-obstetricia)?	x				
	3	¿Cuenta con hospitalización básica?		x			
	4	¿Atiende emergencias no complejas?	x				
Cobertura funcional y capacidad tecnológica	5	¿Dispone de consultorios funcionales y salas de observación?	x				
	6	¿Cuenta con laboratorio clínico básico?	x				
	7	¿Tiene equipo de diagnóstico como rayos X o ultrasonografía?		x			

	8	¿Ofrece servicio de farmacia dentro del establecimiento?	x				
Ubicación geográfica y radio de influencia	9	¿Está ubicado dentro de los distritos definidos como área de influencia?	x				
	10	¿Posee conectividad vial y acceso por transporte público?	x				
Perfil de población atendida y cobertura del servicio	11	¿Atiende población sin seguro médico o con cobertura pública parcial?	x				
	12	¿Está orientado a usuarios de ingresos bajos o medios?	x				
Modelo de gestión institucional y tipo de acceso	13	¿Es una institución pública, privada de bajo costo o administrada por ONG?	x				
	14	¿Presta servicios abiertos a la comunidad general sin restricciones de aseguradora?	x				
Capacidad instalada y volumen operativo	15	¿Tiene disponibilidad de camas o áreas para internamiento?		x			
	16	¿Se logra observar que cuenta con personal médico y de enfermería suficiente para la demanda?			x		En tiempos de alta demanda podría colapsar
Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio	17	¿Funciona con horarios extendidos o atención continua?	x				
	18	¿Ofrece servicios a bajo costo o gratuitos?	x				
Reconocimiento institucional y	19	¿Tiene reconocimiento o	x				

posicionamiento comunitario		trayectoria institucional en el municipio?					
	20	¿Es percibido positivamente por la comunidad local?	x				
Servicios diferenciadores	21	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?		x			
	22	¿Brinda servicios complementarios como nutrición o psicología?	x				Transporte a hospitales con mayor capacidad, pequeñas cirugías, controles de presión arterial
	23	¿Tiene servicios móviles o atención extramural?		x			
Gestión de calidad	24	¿Cuenta con protocolos escritos de atención?	x				Protocolos generales
	25	¿Realiza seguimiento a quejas o sugerencias del paciente?			x		Seguimiento general como institución pública
	26	¿Está acreditado o participa en procesos de mejora continua?			x		Los demandados por el Ministerio de Salud
Infraestructura física	27	¿El edificio está en condiciones óptimas para la atención médica?	x				
	28	¿Posee señalización adecuada y espacios diferenciados por servicio?	x				
	29	¿Tiene acceso para personas con discapacidad?	x				

Seguridad del paciente	30	¿Aplica medidas básicas de bioseguridad?	x				
	31	¿El espacio y entorno se observa seguro para el usuario?	x				
	32	¿Tiene rutas de evacuación visibles y señalizadas?	x				
Capacidad de respuesta ante emergencias comunitarias	33	¿Puede atender brotes epidémicos o situaciones de desastre local?			x		Depende de la necesidad
	34	¿Ha participado en redes interinstitucionales?	x				
	35	¿Dispone de insumos básicos para atención en situaciones de emergencia?			x		Solo si es emergencia menor
<b>Total</b>			25	5	5	0	35
<b>Puntaje ganado</b>			27.5				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 90. Aplicación de checklist: Competencia directa - Unidad de Salud Olocuilta

<b>Checklist de evaluación de competidores directos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar, clasificar y evaluar a instituciones de salud que representen competencia directa al Hospital Divina Providencia, con base en criterios de atención, capacidad, accesibilidad, posicionamiento comunitario, servicios diferenciadores, infraestructura y calidad.							
Competidor		Unidad de Salud Olocuilta					
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Nivel de atención y cartera de servicios ofrecidos	1	¿Brinda atención médica general?	x				
	2	¿Ofrece servicios materno-infantiles (prenatal, pediatría, gineco-obstetricia)?	x				

	3	¿Cuenta con hospitalización básica?		x			
	4	¿Atiende emergencias no complejas?	x				
Cobertura funcional y capacidad tecnológica	5	¿Dispone de consultorios funcionales y salas de observación?	x				
	6	¿Cuenta con laboratorio clínico básico?		x			
	7	¿Tiene equipo de diagnóstico como rayos X o ultrasonografía?		x			
	8	¿Ofrece servicio de farmacia dentro del establecimiento?	x				
Ubicación geográfica y radio de influencia	9	¿Está ubicado dentro de los distritos definidos como área de influencia?	x				
	10	¿Posee conectividad vial y acceso por transporte público?	x				
Perfil de población atendida y cobertura del servicio	11	¿Atiende población sin seguro médico o con cobertura pública parcial?	x				
	12	¿Está orientado a usuarios de ingresos bajos o medios?	x				

Modelo de gestión institucional y tipo de acceso	13	¿Es una institución pública, privada de bajo costo o administrada por ONG?	x				
	14	¿Presta servicios abiertos a la comunidad general sin restricciones de aseguradora?	x				
Capacidad instalada y volumen operativo	15	¿Tiene disponibilidad de camas o áreas para internamiento?		x			
	16	¿Se logra observar que cuenta con personal médico y de enfermería suficiente para la demanda?	x				
Accesibilidad y barreras de ingreso al servicio	17	¿Funciona con horarios extendidos o atención continua?	x				
	18	¿Ofrece servicios a bajo costo o gratuitos?	x				
Reconocimiento institucional y posicionamiento comunitario	19	¿Tiene reconocimiento o trayectoria institucional en el municipio?	x				
	20	¿Es percibido positivamente por la comunidad local?	x				

Servicios diferenciadores	21	¿Cuenta con atención en salud ocupacional?		x			
	22	¿Brinda servicios complementarios como nutrición o psicología?	x				Pequeñas cirugías, odontología,
	23	¿Tiene servicios móviles o atención extramural?		x			
Gestión de calidad	24	¿Cuenta con protocolos escritos de atención?	x				Protocolos generales
	25	¿Realiza seguimiento a quejas o sugerencias del paciente?				x	Seguimiento general como institución pública
	26	¿Está acreditado o participa en procesos de mejora continua?				x	Los demandados por el Ministerio de Salud
Infraestructura física	27	¿El edificio está en condiciones óptimas para la atención médica?	x				
	28	¿Posee señalización adecuada y espacios diferenciados por servicio?	x				

	29	¿Tiene acceso para personas con discapacidad?	x				
Seguridad del paciente	30	¿Aplica medidas básicas de bioseguridad?	x				
	31	¿El espacio y entorno se observa seguro para el usuario?	x				
	32	¿Tiene rutas de evacuación visibles y señalizadas?	x				
Capacidad de respuesta ante emergencias comunitarias	33	¿Puede atender brotes epidémicos o situaciones de desastre local?			x		Depende de la necesidad
	34	¿Ha participado en redes interinstitucionales?		x			Se desconoce
	35	¿Dispone de insumos básicos para atención en situaciones de emergencia?			x		Solo si es emergencia menor
<b>Total</b>			24	7	2	2	35
<b>Puntaje ganado</b>			27				

Fuente: Elaboración propia

- Competidores indirectos

Tabla 91. Aplicación de checklist: Competencia indirecta - Laboratorios Clínicos privados

<b>Checklist de evaluación de competidores indirectos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>			
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia			
Objetivo: Identificar y valorar instituciones de salud de baja complejidad que ofrecen servicios ambulatorios y que representan competencia indirecta frente al Hospital Divina Providencia.			
Competidor	Laboratorios clínicos privados		
criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?

			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
Tipo y naturaleza del servicio prestado	1	¿Ofrece servicios ambulatorios básicos de salud o diagnóstico?	x				
	2	¿Opera sin hospitalización ni atención de urgencias complejas?	x				
	3	¿Presta atención desde un enfoque clínico, comunitario o preventivo?		x			
Coincidencia en necesidades de salud atendidas	4	¿Contribuye a la atención de enfermedades comunes o condiciones crónicas no complicadas?			x		Solamente al diagnóstico, pero no al tratamiento
	5	¿Brinda servicios relacionados con salud sexual, reproductiva, materno-infantil o salud mental?				x	
	6	¿Desarrolla actividades de orientación, monitoreo o seguimiento de pacientes?			x		Solamente de orientación y posible seguimiento
Grado de accesibilidad percibida por el usuario	7	¿Permite el acceso sin trámites complejos, requisitos previos o restricciones administrativas?	x				
	8	¿Ofrece atención en horarios amplios, con tiempos de espera breves o bajo demanda?	x				
	9	¿Aplica tarifas accesibles, gratuidad o	x				

		subsidios para usuarios sin cobertura?					
Ubicación estratégica en zonas de influencia	10	¿Se encuentra ubicado dentro del área de influencia del Hospital Divina Providencia?	x				
	11	¿Tiene presencia física cercana a comunidades vulnerables o de alta demanda médica?	x				
Público objetivo compartido	12	¿Atiende a usuarios de ingresos bajos o medios, o sin afiliación formal a seguros?	x				
	13	¿Enfoca su atención en grupos prioritarios como mujeres, niños, adultos mayores o pacientes crónicos?		x			
Percepción de valor agregado por parte del paciente	14	¿Es percibido como confiable o cercano por la población local?	x				
	15	¿Ofrece acompañamiento, seguimiento o trato humanizado al paciente?			x		Proporciona una guía
	16	¿Participa en actividades de promoción de salud o programas comunitarios?		x			
Modalidad institucional y alianzas externas	17	¿Opera bajo modelos no hospitalarios como ONG, fundaciones, iniciativas		x			

		religiosas o redes locales?					
	18	¿Cuenta con apoyo de cooperación nacional o internacional, o convenios con entes públicos?		x			
	19	¿Sostiene su operación a través de alianzas, donaciones u otros mecanismos alternativos?		x			
Especialización en servicios específicos de alta demanda	20	¿Está enfocado en uno o varios servicios de alta demanda local?	x				
	21	¿Brinda soluciones específicas como diagnóstico, planificación familiar, pruebas rápidas, etc.?	x				
	22	¿Participa en campañas de salud o jornadas de atención dirigidas a la comunidad?			x		Algunos pueden ser invitados a campañas
<b>Total</b>			11	6	4	1	22
<b>Puntaje ganado</b>			14				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 92. Aplicación de checklist: Competencia indirecta - Consultorios médicos privados

<b>Checklist de evaluación de competidores indirectos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>			
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia			
Objetivo: Identificar y valorar instituciones de salud de baja complejidad que ofrecen servicios ambulatorios y que representan competencia indirecta frente al Hospital Divina Providencia.			
Competidor	Consultorios médicos privados		
<b>Criterio</b>	<b>Nº</b>	<b>Subcriterio</b>	<b>¿Cumple?</b>

			Sí	No	Parcial	No aplica	Comentario
Tipo y naturaleza del servicio prestado	1	¿Ofrece servicios ambulatorios básicos de salud o diagnóstico?	x				
	2	¿Opera sin hospitalización ni atención de urgencias complejas?	x				
	3	¿Presta atención desde un enfoque clínico, comunitario o preventivo?	x				
Coincidencia en necesidades de salud atendidas	4	¿Contribuye a la atención de enfermedades comunes o condiciones crónicas no complicadas?	x				
	5	¿Brinda servicios relacionados con salud sexual, reproductiva, materno-infantil o salud mental?				x	
	6	¿Desarrolla actividades de orientación, monitoreo o seguimiento de pacientes?	x				
Grado de accesibilidad percibida por el usuario	7	¿Permite el acceso sin trámites complejos, requisitos previos o restricciones administrativas?	x				
	8	¿Ofrece atención en horarios amplios, con tiempos de espera breves o bajo demanda?	x				
	9	¿Aplica tarifas accesibles, gratuidad o	x				

		subsidios para usuarios sin cobertura?					
Ubicación estratégica en zonas de influencia	10	¿Se encuentra ubicado dentro del área de influencia del Hospital Divina Providencia?	x				
	11	¿Tiene presencia física cercana a comunidades vulnerables o de alta demanda médica?	x				
Público objetivo compartido	12	¿Atiende a usuarios de ingresos bajos o medios, o sin afiliación formal a seguros?	x				
	13	¿Enfoca su atención en grupos prioritarios como mujeres, niños, adultos mayores o pacientes crónicos?	x				
Percepción de valor agregado por parte del paciente	14	¿Es percibido como confiable o cercano por la población local?	x				
	15	¿Ofrece acompañamiento, seguimiento o trato humanizado al paciente?	x				
	16	¿Participa en actividades de promoción de salud o programas comunitarios?			x		Puede hacerlo
Modalidad institucional y alianzas externas	17	¿Opera bajo modelos no hospitalarios como ONG, fundaciones, iniciativas		x			

		religiosas o redes locales?					
	18	¿Cuenta con apoyo de cooperación nacional o internacional, o convenios con entes públicos?		x			
	19	¿Sostiene su operación a través de alianzas, donaciones u otros mecanismos alternativos?		x			
Especialización en servicios específicos de alta demanda	20	¿Está enfocado en uno o varios servicios de alta demanda local?	x				
	21	¿Brinda soluciones específicas como diagnóstico, planificación familiar, pruebas rápidas, etc.?	x				
	22	¿Participa en campañas de salud o jornadas de atención dirigidas a la comunidad?			x		Algunos pueden ser invitados a campañas
<b>Total</b>			16	3	2	1	22
<b>Puntaje ganado</b>			18				

Fuente: Elaboración propia

- Servicios sustitutos

Tabla 93. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Telemedicina "131" (MINSAL)

<b>Checklist de evaluación de Servicios sustitutos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar productos y servicios que, sin ser hospitales, ofrecen atención médica básica o sustituyen parcialmente la función de los hospitales públicos en la zona de influencia.							
Competidor	Telemedicina "131" (MINSAL)						
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Equivalencia funcional en la atención de salud	1	¿Ofrece atención básica como orientación médica, seguimiento remoto o control sintomático?	x				
	2	¿Permite resolver o aliviar problemas de salud que comúnmente se atienden en hospitales?			x		Solamente a un grupo en específico
	3	¿Proporciona un nivel mínimo de asesoramiento, diagnóstico o alivio de síntomas?	x				
Acceso sin intermediación institucional	4	¿El acceso no requiere referidos, citas médicas ni trámites institucionales?	x				
	5	¿Puede utilizarse desde el hogar, por	x				

		teléfono o internet?					
	6	¿No está vinculado directamente a centros hospitalarios?	x				
Aceptación social o cultural	7	¿Cuenta con aceptación entre usuarios del área por efectividad, cercanía o experiencia previa?	x				
	8	¿Es percibido como una solución confiable en situaciones de baja complejidad?	x				
	9	¿Tiene uso frecuente en la comunidad por tradición o accesibilidad?			x		No se encuentran datos
Capacidad de atención parcial de condiciones comunes	10	¿Puede atender afecciones comunes como gripe, dolores crónicos, ansiedad o infecciones leves?	x				
	11	¿Es usado por personas con enfermedades no graves como alternativa al hospital?	x				

	12	¿Reduce la necesidad de acudir a consulta externa por condiciones frecuentes?			x		Por recomendaciones se puede acudir a consulta
Atractivo por conveniencia o bajo costo	13	¿Tiene costos bajos o acceso gratuito?	x				
	14	¿Está disponible de forma inmediata y sin espera prolongada?	x				
	15	¿Representa una opción más rápida o práctica que acudir al hospital?	x				
Autonomía y control del usuario	16	¿Permite al usuario tomar decisiones o aplicar tratamientos por sí mismo?			x		Todo es orientado
	17	¿Ofrece herramientas de autocuidado o asesoría digital para guiar la atención?		x			
	18	¿Es valorado por brindar control personal sobre el proceso de atención?	x				
Presencia en el área de influencia del hospital	19	¿Está presente o accesible dentro del área geográfica de influencia del Hospital Divina Providencia?	x				

	20	¿Tiene un uso documentado en la comunidad (por promoción, recomendación o frecuencia)?	x				
Impacto potencial sobre la demanda hospitalaria	21	¿Reduce potencialmente la demanda de consultas externas o derivaciones al hospital?	x				
	22	¿Satisface necesidades básicas que, de no existir, se canalizarían hacia el hospital?	x				
<b>Total</b>			17	1	4	0	22
<b>Puntaje ganado</b>			19				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 94. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea")

<b>Checklist de evaluación de Servicios sustitutos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar productos y servicios que, sin ser hospitales, ofrecen atención médica básica o sustituyen parcialmente la función de los hospitales públicos en la zona de influencia.							
Competidor		Tele consulta ISSS ("Dr. ISSS en Línea")					
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Equivalencia funcional en la atención de salud	1	¿Ofrece atención básica como orientación médica, seguimiento remoto o control sintomático?	x				

	2	¿Permite resolver o aliviar problemas de salud que comúnmente se atienden en hospitales?	x				
	3	¿Proporciona un nivel mínimo de asesoramiento, diagnóstico o alivio de síntomas?	x				
Acceso sin intermediación institucional	4	¿El acceso no requiere referidos, citas médicas ni trámites institucionales?	x				
	5	¿Puede utilizarse desde el hogar, por teléfono o internet?	x				
	6	¿No está vinculado directamente a centros hospitalarios?	x				
Aceptación social o cultural	7	¿Cuenta con aceptación entre usuarios del área por efectividad, cercanía o experiencia previa?	x				
	8	¿Es percibido como una solución confiable en situaciones de baja complejidad?	x				

	9	¿Tiene uso frecuente en la comunidad por tradición o accesibilidad?			x		No se encuentran datos
Capacidad de atención parcial de condiciones comunes	10	¿Puede atender afecciones comunes como gripe, dolores crónicos, ansiedad o infecciones leves?	x				
	11	¿Es usado por personas con enfermedades no graves como alternativa al hospital?	x				
	12	¿Reduce la necesidad de acudir a consulta externa por condiciones frecuentes?	x				
Atractivo por conveniencia o bajo costo	13	¿Tiene costos bajos o acceso gratuito?	x				
	14	¿Está disponible de forma inmediata y sin espera prolongada?	x				
	15	¿Representa una opción más rápida o práctica que acudir al hospital?	x				
Autonomía y control del usuario	16	¿Permite al usuario tomar decisiones o aplicar tratamientos por sí mismo?	x				

	17	¿Ofrece herramientas de autocuidado o asesoría digital para guiar la atención?	x				
	18	¿Es valorado por brindar control personal sobre el proceso de atención?	x				
Presencia en el área de influencia del hospital	19	¿Está presente o accesible dentro del área geográfica de influencia del Hospital Divina Providencia?	x				
	20	¿Tiene un uso documentado en la comunidad (por promoción, recomendación o frecuencia)?	x				
Impacto potencial sobre la demanda hospitalaria	21	¿Reduce potencialmente la demanda de consultas externas o derivaciones al hospital?	x				
	22	¿Satisface necesidades básicas que, de no existir, se canalizarían hacia el hospital?	x				
<b>Total</b>			21	0	1	0	22
<b>Puntaje ganado</b>			21.5				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 95. Aplicación de checklist: Servicios Sustitutos - Medicina alternativa y autocuidado

<b>Checklist de evaluación de Servicios sustitutos – Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia</b>							
Tema: Estudio de Factibilidad para la Reapertura del Hospital Divina Providencia							
Objetivo: Identificar productos y servicios que, sin ser hospitales, ofrecen atención médica básica o sustituyen parcialmente la función de los hospitales públicos en la zona de influencia.							
Competidor		Medicina alternativa y autocuidado					
Criterio	N°	Subcriterio	¿Cumple?				Comentario
			Sí	No	Parcial	No aplica	
Equivalencia funcional en la atención de salud	1	¿Ofrece atención básica como orientación médica, seguimiento remoto o control sintomático?			x		Guías propias/recomendaciones
	2	¿Permite resolver o aliviar problemas de salud que comúnmente se atienden en hospitales?			x		Puede o no resultar
	3	¿Proporciona un nivel mínimo de asesoramiento, diagnóstico o alivio de síntomas?			x		Sí, sin embargo, pueden existir ambigüedades
Acceso sin intermediación institucional	4	¿El acceso no requiere referidos, citas médicas ni trámites institucionales?	x				
	5	¿Puede utilizarse desde el hogar, por teléfono o internet?	x				

	6	¿No está vinculado directamente a centros hospitalarios?	x				
Aceptación social o cultural	7	¿Cuenta con aceptación entre usuarios del área por efectividad, cercanía o experiencia previa?	x				
	8	¿Es percibido como una solución confiable en situaciones de baja complejidad?	x				
	9	¿Tiene uso frecuente en la comunidad por tradición o accesibilidad?	x				
Capacidad de atención parcial de condiciones comunes	10	¿Puede atender afecciones comunes como gripe, dolores crónicos, ansiedad o infecciones leves?	x				
	11	¿Es usado por personas con enfermedades no graves como alternativa al hospital?	x				
	12	¿Reduce la necesidad de acudir a consulta externa por condiciones frecuentes?			x		Si el remedio no resulta sí se acude

Atractivo por conveniencia o bajo costo	13	¿Tiene costos bajos o acceso gratuito?	x				
	14	¿Está disponible de forma inmediata y sin espera prolongada?	x				
	15	¿Representa una opción más rápida o práctica que acudir al hospital?	x				
Autonomía y control del usuario	16	¿Permite al usuario tomar decisiones o aplicar tratamientos por sí mismo?	x				
	17	¿Ofrece herramientas de autocuidado o asesoría digital para guiar la atención?	x				
	18	¿Es valorado por brindar control personal sobre el proceso de atención?	x				
Presencia en el área de influencia del hospital	19	¿Está presente o accesible dentro del área geográfica de influencia del Hospital Divina Providencia?	x				
	20	¿Tiene un uso documentado en la comunidad (por promoción, recomendación o frecuencia)?			x		La mayoría por recomendación

Impacto potencial sobre la demanda hospitalaria	21	¿Reduce potencialmente la demanda de consultas externas o derivaciones al hospital?	x				
	22	¿Satisface necesidades básicas que, de no existir, se canalizarían hacia el hospital?	x				
<b>Total</b>			17	0	5	0	22
<b>Puntaje ganado</b>			19.5				

Fuente: Elaboración propia

### **b. Análisis de resultados**

- Competidores directos
  - Luego de realizada la evaluación a los competidores directos, se han obtenido los siguientes resultados:
    - Unidad de salud de Santo Tomás
      - Sí (Cumple): 23
      - No (cumple): 6
      - Parcialmente: 6
      - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (23 \times 1) + (6 \times 0) + (6 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 26$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{26}{35} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 74.29\%$$

**Análisis:** El porcentaje de cumplimiento del 74.29% posiciona a la Unidad de Salud de Santo Tomás como un competidor directo con un grado medio-alto de adecuación frente a los criterios técnicos, funcionales y operativos definidos para instituciones similares al Hospital Divina Providencia.

Entre sus principales fortalezas, se destacan:

- Presencia estructurada en el primer nivel de atención,

- Cobertura de servicios esenciales como medicina general, vacunación, atención odontológica y materno-infantil,
- Accesibilidad física y territorial (ubicación estratégica dentro del municipio, transporte público cercano),
- Funcionamiento con horarios extendidos y gratuidad del servicio,
- Reconocimiento como parte de la red pública del MINSAL y buena aceptación comunitaria.

No obstante, presenta debilidades importantes que limitan su capacidad resolutoria frente a situaciones más complejas:

- No ofrece hospitalización, ni áreas de internamiento
- Presenta carencias en servicios diagnósticos más avanzados (ultrasonografía, rayos X)
- No dispone de salud ocupacional ni atención especializada
- Tiene limitaciones estructurales en áreas como accesibilidad para personas con discapacidad y cobertura en situaciones de emergencia mayor.

Desde una perspectiva estratégica, el Hospital Divina Providencia podría posicionarse como un nivel resolutorio superior y complementario, integrando:

- Servicios de segundo nivel
- Hospitalización básica
- Especialidades como medicina interna, gineco-obstetricia o pediatría avanzada
- Y un sistema de laboratorio completo que supere la capacidad ambulatoria limitada de esta unidad.

Además, el hospital debería capitalizar en tiempos de espera reducidos, capacidad de atención continua y confort en infraestructura, para captar a usuarios que hoy asisten a la Unidad de Salud, pero que requieren atención más integral o menos saturada.

- Centro Médico Familiar Shalom
  - Sí (Cumple): 25
  - No (cumple): 6
  - Parcialmente: 4
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (25 \times 1) + (6 \times 0) + (4 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 27$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{27}{35} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 77.14\%$$

**Análisis:** El porcentaje de cumplimiento del **77.14%** posiciona al Centro Médico Familiar Shalom como un competidor directo con una presencia significativa dentro del territorio, particularmente en Santiago Texacuangos. Se trata de una institución comunitaria con fuerte respaldo social y un enfoque centrado en la atención humanizada, la gratuidad y la cobertura de necesidades básicas de salud.

Entre sus principales **fortalezas** tenemos:

- Atención médica general, gineco-obstetricia, pediatría y control materno-infantil.
- Servicios de laboratorio y farmacia básica.
- Funcionamiento accesible y cercano a la población objetivo.
- Buena percepción comunitaria y arraigo local.
- Modelo de atención basado en la solidaridad y la empatía, gestionado por una ONG internacional.

Sin embargo, presenta **limitaciones estructurales importantes:**

- No cuenta con hospitalización ni camas de internamiento.
- Su personal y operación dependen de voluntariado.
- No posee servicios de segundo nivel, ni capacidad resolutoria ante emergencias complejas o casos crónicos avanzados.

El Hospital Divina Providencia podría establecerse como un **complemento estratégico**, posicionándose como la siguiente escala de atención para los usuarios que hoy acuden a Shalom, pero que requieren servicios más especializados, internamiento o continuidad clínica. Además, el hospital podría diferenciarse mediante una estructura estable, institucionalizada, con capacidad diagnóstica ampliada y una oferta de servicios permanentes y sistematizados.

Si bien Shalom representa una competencia fuerte en el plano social y afectivo, el Hospital Divina Providencia puede aprovechar su propio margen operativo para cubrir las limitaciones técnicas de este centro, siempre que logre construir también legitimidad y confianza a nivel comunitario.

- Clínica Municipal de San Luis Talpa
  - Sí (Cumple): 25
  - No (cumple): 5
  - Parcialmente: 5
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (25 \times 1) + (5 \times 0) + (5 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 27.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{27.5}{35} \times 100$$

*Porcentaje de cumplimiento = 78.57%*

Análisis: El porcentaje de cumplimiento del 78.57% posiciona a la Clínica Municipal de San Luis Talpa como un actor relevante dentro del territorio, especialmente como punto de atención primaria en el distrito del mismo nombre. Su rol como clínica pública gestionada con apoyo de la alcaldía le permite brindar servicios gratuitos de salud básica, con presencia permanente y arraigo local.

Entre sus principales fortalezas se identifican:

- Atención médica general, control prenatal, vacunación y curaciones.
- Funcionamiento continuo con horario extendido y atención gratuita.
- Ubicación céntrica en el distrito y buena accesibilidad vial.
- Reconocimiento institucional como parte del sistema municipal de salud.
- Alta valoración por parte de la comunidad como primer punto de contacto.

Sin embargo, se evidencian varias limitaciones, entre estas tenemos:

- No cuenta con hospitalización ni áreas de internamiento.
- Su equipamiento es básico y carece de servicios diagnósticos avanzados.
- Presenta una infraestructura reducida y puede colapsar ante alta demanda.
- La capacidad de personal es limitada y su respuesta clínica es restringida.

Con base en estos hallazgos, el Hospital Divina Providencia podría posicionarse como un centro complementario de segundo nivel, captando pacientes que actualmente no encuentran resolución en esta clínica. Al ofrecer hospitalización, atención especializada y diagnósticos ampliados, el hospital cubriría vacíos que la Clínica Municipal no puede atender por su escala y recursos.

Además, existe una posible vía de articulación entre ambas instituciones bajo un modelo de red local de salud, donde la clínica actúe como puerta de entrada y el Hospital Divina como centro de referencia para casos complejos. Esta relación permitiría al hospital insertarse en el territorio sin una competencia frontal, sino integrando la cadena asistencial con una propuesta de mayor valor resolutivo y sostenibilidad operativa.

- Unidad de Salud Olocuilta
  - Sí (Cumple): 24
  - No (cumple): 7
  - Parcialmente: 2
  - No aplica: 2

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (24 \times 1) + (7 \times 0) + (2 \times 0.5) + (2 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 27$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{27}{35} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 77.14\%$$

Análisis: La Unidad de Salud de Olocuilta evidencia un desempeño sólido en cuanto a cumplimiento de criterios esenciales para una institución de primer nivel, logrando un 77.14% de cumplimiento en la evaluación. Su oferta incluye atención médica general, control materno-infantil, odontología, emergencias básicas, vacunación y servicios diagnósticos limitados, consolidándose como una opción de acceso rápido para la población local.

#### Fortalezas principales:

- Atención médica y odontológica permanente, con cobertura 24/7.
- Presencia de laboratorio clínico básico, farmacia y consultorios funcionales.
- Ubicación estratégica sobre la Carretera del Litoral, que facilita el acceso.
- Alta accesibilidad territorial y gratuidad del servicio (MINSAL).
- Reconocimiento institucional consolidado y percepción positiva comunitaria.
- Protocolos básicos de atención y medidas de bioseguridad aplicadas.

#### Principales limitaciones:

- No ofrece hospitalización ni internamiento.
- Carece de equipos diagnósticos como rayos X o ultrasonografía.
- Limitaciones en capacidad resolutive ante emergencias mayores.
- La participación en redes interinstitucionales no es clara o visible.
- Depende de infraestructura pública que, si bien funcional, puede presentar oportunidades de mejora.

Desde un enfoque de posicionamiento complementario, el Hospital Divina Providencia podría responder a las limitaciones técnicas y resolutive de la Unidad de Salud Olocuilta, insertándose como un centro de segundo nivel que absorba la demanda referida y reduzca derivaciones fuera del distrito. La continuidad asistencial, internamiento, maternidad institucional y servicios especializados básicos podrían ser los pilares diferenciadores.

Para ganar terreno competitivo, será fundamental fortalecer aspectos como capacidad diagnóstica, atención permanente con personal especializado, y una estrategia de vinculación comunitaria que posicione al hospital como extensión natural del sistema público, garantizando no solo acceso, sino también resolución.

- Competidores indirectos

Luego de realizada la evaluación a los competidores indirectos, se han obtenido los siguientes resultados:

- Laboratorios clínicos privados
  - Sí (Cumple): 11
  - No (cumple): 6
  - Parcialmente: 4
  - No aplica: 1

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (11 \times 1) + (6 \times 0) + (4 \times 0.5) + (4 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 14$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{14}{22} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 63.64\%$$

**Análisis:** Con un porcentaje de cumplimiento del **63.64%**, los **laboratorios clínicos privados** se perfilan como actores relevantes en la competencia indirecta del Hospital Divina Providencia, especialmente por su capacidad para ofrecer servicios diagnósticos inmediatos, accesibles y de uso complementario a otras formas de atención. Su presencia en los cuatro distritos evaluados y la facilidad de acceso (sin cita, sin afiliación, con precios bajos) los convierten en una opción consolidada para exámenes de rutina y confirmación diagnóstica en patologías comunes.

**Entre sus principales fortalezas destacan:**

- Atención ambulatoria directa, sin requisitos administrativos complejos.
- Precios accesibles o tarifas promocionales, con tiempos de espera mínimos.
- Alta aceptación por parte de población sin seguro, en especial sectores con recursos limitados.
- Contribución clave en el diagnóstico de enfermedades frecuentes como diabetes, infecciones urinarias, embarazo o dislipidemias.

**Sin embargo, presentan importantes limitaciones clínicas y estructurales:**

- No brindan atención médica integral, hospitalización ni resolución de casos.

- La atención se restringe al ámbito del diagnóstico, sin continuidad terapéutica.
- Poca integración con sistemas formales de salud o redes institucionales.
- Dependen de la prescripción o indicación de otro profesional para funcionar plenamente.

En ese sentido, el **Hospital Divina Providencia** debe considerar a estos centros no como competencia directa, sino como referentes de conveniencia y acceso rápido. Por ello, es recomendable que el hospital integre un servicio de laboratorio clínico ágil y moderno dentro de su propuesta operativa, que permita a los usuarios encontrar en el mismo lugar consulta, diagnóstico y tratamiento. Esta estrategia reduciría la fragmentación de la atención y posicionaría al hospital como una solución completa y resolutive frente a la oferta dispersa de servicios.

- consultorios médicos privados
  - Sí (Cumple): 16
  - No (cumple): 3
  - Parcialmente: 2
  - No aplica: 1

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (16 \times 1) + (3 \times 0) + (2 \times 0.5) + (1 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 18$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{18}{22} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 81.82\%$$

Análisis: El porcentaje de cumplimiento del 81.82% posiciona a los consultorios médicos privados como una competencia indirecta funcionalmente relevante para el Hospital Divina Providencia, especialmente en zonas urbanas o periurbanas con alta demanda de atención inmediata. Estos consultorios destacan por su capacidad de ofrecer atención ágil, sin trámites complejos, y con costos bajos o moderados, lo que les permite captar población sin seguro médico o que busca evitar los tiempos de espera del sistema público.

Entre sus principales fortalezas se encuentran:

- Brindan atención ambulatoria de enfermedades comunes y seguimiento básico.
- Funcionan sin necesidad de afiliación ni referidos, con acceso directo.
- Ubicación estratégica y cercanía a zonas de tránsito o concentración poblacional.
- Atención rápida, horarios accesibles y costos reducidos.
- Son percibidos como confiables, cercanos y con atención personalizada.

Sin embargo, se identifican limitaciones clave:

- No cuentan con hospitalización ni capacidad resolutive para casos complejos.
- Carecen de integración formal al sistema público o a redes de referencia.
- Sus actividades comunitarias o de promoción de salud son limitadas o inexistentes.
- La calidad del servicio puede variar dependiendo del recurso humano y la infraestructura.

Desde una perspectiva estratégica, el Hospital Divina Providencia puede diferenciarse claramente al ofrecer una atención integral, con respaldo institucional, continuidad clínica, infraestructura diagnóstica avanzada y capacidad de internamiento. Sin embargo, deberá prestar atención a la eficiencia operativa y a la reducción de tiempos de espera si desea competir efectivamente con la agilidad de este tipo de consultorios. Además, se recomienda observar su expansión territorial y evaluar posibles alianzas para evitar fragmentación del mercado y promover mecanismos de referencia o complementariedad en ciertas áreas, o bien, aumentar los niveles de publicidad del hospital.

- Servicios sustitutos
  - Telemedicina “131” (MINSAL)
    - Sí (Cumple): 17
    - No (cumple): 1
    - Parcialmente: 4
    - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (17 \times 1) + (1 \times 0) + (4 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 19$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{19}{22} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 86.36\%$$

**Análisis:** El porcentaje de cumplimiento del 86.36% obtenido por la línea de Telemedicina “131” evidencia un alto nivel de alineación con los criterios funcionales de sustitución parcial de servicios hospitalarios en primera línea. Este canal telefónico, promovido por el Ministerio de Salud y UNFPA, ha sido valorado como una alternativa eficaz en el abordaje de necesidades médicas básicas, especialmente en salud materno-infantil, gracias a su accesibilidad, gratuidad y orientación especializada a distancia.

Entre sus fortalezas más destacadas se encuentran:

- Alta disponibilidad para atención remota gratuita sin necesidad de traslados.

- Enfoque claro en prevención, promoción y orientación médica.
- Accesibilidad sin requisitos administrativos ni barreras de ingreso.
- Capacidad para responder consultas iniciales y redirigir adecuadamente al sistema de salud presencial.

No obstante, se identifican también ciertas limitaciones que restringen su papel como sustituto total:

- Su cobertura poblacional está delimitada a ciertos grupos, con foco prioritario en mujeres embarazadas, lactantes y niños.
- No proporciona soluciones diagnósticas ni tratamientos directos.
- No se apoya en herramientas de autogestión clínica, sino en asesoría exclusivamente orientada.

Desde una perspectiva estratégica, el Hospital Divina Providencia puede integrar un componente de orientación remota inspirado en el modelo del “131” como vía complementaria para ampliar su alcance territorial, captar tempranamente casos no urgentes y posicionarse como referente de atención accesible y cercana. Además, fortalecer mecanismos de derivación, respuesta telefónica u orientación inicial podría reducir la saturación de consultas presenciales, replicando las ventajas más valoradas de este sustituto.

- Teleconsultas ISSS (“Dr. ISSS en Línea”)
  - Sí (Cumple): 21
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 1
  - No aplica: 0

Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (21 \times 1) + (0 \times 0) + (1 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 21.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{21.5}{22} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 97.73\%$$

Análisis: El porcentaje de cumplimiento del 97.73% posiciona a la plataforma "Dr. ISSS en Línea" como un producto sustituto altamente funcional para parte de la población, en particular la que está afiliada al sistema previsional. Esta modalidad de atención remota ha logrado replicar con gran efectividad aspectos esenciales de la consulta médica presencial, ofreciendo orientación diagnóstica, seguimiento y resolución de patologías leves desde la comodidad del hogar.

## Fortalezas identificadas:

- Alta cobertura de condiciones comunes y seguimiento clínico digital.
- Funciona sin necesidad de traslados, con disponibilidad inmediata.
- Modelo centrado en el paciente, con buena aceptación entre la población asegurada.
- Disminución efectiva de la demanda hospitalaria ambulatoria y de consultas externas.

## Limitaciones principales:

- Exclusividad para personas afiliadas al ISSS, lo que reduce su alcance poblacional.
- No cubre urgencias complejas ni servicios de hospitalización.
- El modelo está centralizado y no se adapta a comunidades sin conectividad digital o sin acceso al sistema previsional.

Desde la perspectiva del Hospital Divina Providencia, esta plataforma no representa una competencia directa en todos los segmentos, pero sí impone un estándar elevado de atención digital y eficiencia, que puede influir en la percepción y las expectativas de los usuarios. Como estrategia, el hospital debería explorar mecanismos para ofrecer atención remota básica, especialmente para pacientes en seguimiento, y garantizar experiencias ágiles, con buena trazabilidad, para mantenerse competitivo frente a soluciones como “Dr. ISSS en Línea”.

- Medicina alternativa y autocuidado
  - Sí (Cumple): 17
  - No (cumple): 0
  - Parcialmente: 5
  - No aplica: 0

## Cálculo de porcentaje de cumplimiento:

$$Puntaje\ total = (17 \times 1) + (0 \times 0) + (5 \times 0.5) + (0 \times 1)$$

$$Puntaje\ total = 20.5$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{19.5}{22} \times 100$$

$$Porcentaje\ de\ cumplimiento = 88.64\%$$

Análisis: El porcentaje de cumplimiento de 88.64% confirma que la medicina alternativa y el autocuidado representan una forma extendida y culturalmente arraigada de sustitución funcional a los servicios hospitalarios, particularmente en zonas rurales o en sectores con

limitada confianza institucional. Estas prácticas abarcan desde el uso de remedios naturales hasta técnicas guiadas por contenidos digitales o redes sociales.

Fortalezas observadas:

- Alta autonomía y control del usuario, quien elige, adapta y ejecuta los tratamientos por su cuenta.
- Bajo costo o gratuidad, accesibilidad inmediata y ausencia de trámites administrativos.
- Amplia presencia territorial y cultural, con aceptación por recomendación o costumbre.
- Capacidad para atender parcialmente síntomas comunes como ansiedad, resfriados o dolores crónicos leves.
- Diversidad de enfoques adaptables, con uso documentado en la comunidad.

Limitaciones clave:

- No garantiza resultados clínicos validados ni continuidad asistencial.
- No reemplaza atención diagnóstica, prescripción médica ni manejo de condiciones complejas.
- Riesgos potenciales por falta de regulación, ambigüedad en las recomendaciones y posibilidad de retrasar atención profesional.

Implicaciones para el Hospital Divina Providencia:

Estas prácticas no institucionales suponen un desafío competitivo indirecto, ya que captan población que podría no acudir a centros de salud formales hasta que la condición se agrave. El Hospital Divina Providencia deberá implementar estrategias comunitarias, de educación en salud y de articulación con líderes locales para:

- Reducir el uso exclusivo de remedios tradicionales sin respaldo médico.
- Posicionarse como una opción confiable y culturalmente sensible.
- Incorporar modelos de autocuidado supervisado que reconozcan la autonomía del usuario, pero dentro de un marco clínico.

En suma, aunque no sustituya a un hospital en su totalidad, la medicina alternativa tiene un efecto relevante sobre la demanda potencial, y debe ser considerada dentro de las estrategias de competencia y vinculación territorial.

## ***F. Síntesis del mercado competidor***

Como parte del estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia, se realizó un análisis exhaustivo del entorno competitivo en salud dentro del área de influencia. El objetivo fue determinar los niveles de cumplimiento de distintas instituciones frente a criterios técnicos, funcionales y operativos comparables con los esperados para el hospital.

Se evaluaron un total de **9 instituciones**, clasificadas en tres categorías: **competencia directa**, **competencia indirecta** y **Servicios sustitutos**.

### **1. Competencia directa**

Incluye instituciones que ofrecen servicios similares en complejidad y nivel asistencial:

- **Clínica Municipal de San Luis Talpa (78.57%)** y **Centro Médico Familiar Shalom (77.14%)** obtuvieron los mayores niveles de cumplimiento. Ambas destacan por su accesibilidad, gratuidad y vinculación comunitaria, pero presentan limitaciones importantes en capacidad resolutive, hospitalización y diagnóstico especializado.
- **Unidad de Salud Olocuilta (77.14%)** y **Unidad de Salud de Santo Tomás (74.29%)** muestran fortalezas en atención básica y presencia territorial, aunque también enfrentan restricciones similares. Esto, a pesar de que la Unidad de Salud de Olocuilta obtuviera una nota similar al Centro Médico Familiar Shalom.

En conjunto, estos centros comparten una orientación hacia el primer nivel de atención. Esto genera una oportunidad estratégica para que el Hospital Divina Providencia se posicione como **un centro de segundo nivel**, con enfoque en especialidades básicas, internamiento, urgencias moderadas y diagnóstico ampliado.

### **2. Competencia indirecta**

Instituciones que, aunque no compiten frontalmente en complejidad, captan una parte significativa de la demanda por su conveniencia y bajo costo:

- **Consultorios médicos privados (81.82%)** sobresalen por su atención rápida, ubicación estratégica y flexibilidad en horarios y costos.
- **Laboratorios clínicos privados (63.64%)** ofrecen diagnóstico inmediato y de bajo costo, constituyéndose en referentes clave para enfermedades comunes.

Ambos segmentos actúan como **filtros previos** al ingreso al sistema hospitalario, por lo que el Hospital Divina deberá fortalecer su capacidad resolutive y tiempos de respuesta, e integrar servicios ambulatorios y de diagnóstico para evitar la fragmentación de la atención.

### **3. Servicios sustitutos**

Alternativas no institucionales que reemplazan parcialmente la atención hospitalaria tradicional:

- **Tele consulta ISSS (97.73%)** lidera por su innovación digital, seguimiento clínico y aceptación entre asegurados.
- **Medicina alternativa y autocuidado (88.64%)** y **Telemedicina “131” (86.36%)** muestran alto grado de uso funcional, especialmente entre poblaciones sin acceso formal, motivadas por la confianza cultural, autonomía y bajo costo.

Estos sustitutos reflejan una transformación en la **forma de buscar atención médica**, lo cual exige que el hospital no solo refuerce su presencia física, sino que también considere estrategias de educación, autocuidado guiado, y orientación remota.

#### 4. Conclusión estratégica

El análisis del mercado competidor revela que el Hospital Divina Providencia se enfrenta a un entorno mixto donde la competencia no solo está determinada por instituciones similares, sino también por actores fragmentarios e informales con alta aceptación comunitaria. Aunque ninguno de los competidores actuales ofrece una atención hospitalaria integral de segundo nivel, sí logran posicionarse mediante cercanía, agilidad, gratuidad o cultura de uso.

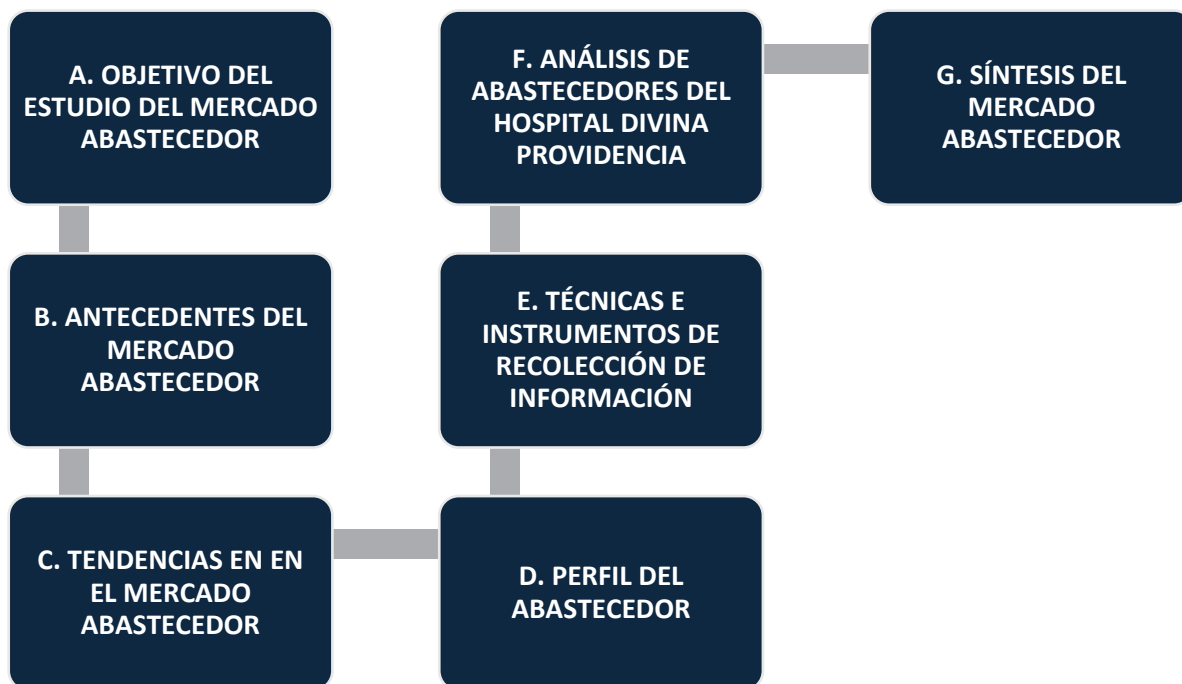
Frente a ello, la **estrategia del Hospital Divina** debe enfocarse en:

- Consolidarse como **centro resolutivo intermedio**, cubriendo los vacíos de hospitalización, especialidades básicas y servicios diagnósticos avanzados.
- **Articularse con las redes locales de atención primaria** para generar mecanismos de referencia fluida, complementariedad y no competencia frontal innecesaria.
- **Diferenciarse mediante atención humanizada, tiempos de espera reducidos, infraestructura adecuada y servicios integrados.**
- **Incorporar herramientas tecnológicas y de vinculación comunitaria**, como orientación remota, autocuidado supervisado y participación social, para responder tanto a la demanda clínica como a las expectativas culturales del territorio.

Este posicionamiento permitirá no solo captar demanda no satisfecha, sino también **construir legitimidad como actor clave del sistema de salud local**, contribuyendo a una red articulada, accesible y efectiva para la población objetivo.

## VII. Mercado abastecedor

Figura 109. Metodología del mercado abastecedor



Fuente: Elaboración propia

## ***A. Objetivo del estudio del mercado abastecedor***

### **Propósito general**

El objetivo del estudio de mercado abastecedor es identificar, analizar y caracterizar a los proveedores potenciales y actuales de insumos, medicamentos, equipos médicos y servicios relacionados con la operación hospitalaria, garantizando el cumplimiento de normativas y estándares de calidad, para la reapertura y funcionamiento sostenible del Hospital Divina Providencia.

### **Fuentes de información**

- **Fuentes primarias:** Entrevistas estructuradas a proveedores actuales y potenciales, así como también aplicación de cuestionarios y entrevista vía telefónica a empresas proveedoras.
- **Fuentes secundarias:** Revisar registros de proveedores en instituciones reguladoras (como el Consejo Superior de Salud Pública), bases de datos del Ministerio de Salud, estadísticas del sector salud y estudios de mercado previos relacionados con hospitales.

### **Técnicas de recolección de información**

- **Entrevistas semiestructuradas** a proveedores identificados (distribuidores de medicamentos, insumos médicos).
- **Cuestionarios** con preguntas cerradas y abiertas, aplicados a representantes comerciales de empresas proveedoras.
- **Revisión documental** de contratos anteriores, listados de proveedores homologados por el Consejo Superior de Salud Pública y catálogos de compras del sistema público y privado.

### **Caracterización del mercado abastecedor**

Se detallará:

- **Tipos de proveedores** (proveedores de medicamentos).
- **Ubicación geográfica** y capacidades logísticas.
- **Experiencia en el sector salud** (años de experiencia, clientes atendidos).
- **Certificaciones y cumplimiento normativo.**
- **Precios y condiciones de negociación.**

### **Análisis y sistematización de la información**

- **Tabulación de la información** recolectada en entrevistas y cuestionarios.
- **Clasificación de proveedores** según criterios como confiabilidad, experiencia, capacidad técnica y cumplimiento normativo.
- **Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)** en el entorno de abastecimiento.

## Objetivo del estudio del mercado abastecedor

### Definición del objetivo del estudio

El estudio de mercado abastecedor tiene como objetivo identificar, analizar y caracterizar a los proveedores potenciales y actuales de insumos y medicamentos. Esto permitirá garantizar que se cumplan las normativas y estándares de calidad exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública y otras instancias reguladoras, contribuyendo a la reapertura y operación sostenible del Hospital Divina Providencia. Se busca conocer la capacidad técnica, la experiencia en el sector salud y la confiabilidad de los proveedores, para asegurar la continuidad operativa y la calidad en la atención a los pacientes.

### ***B. Antecedentes del mercado abastecedor de medicamentos en el salvador***

El mercado abastecedor de medicamentos en El Salvador tiene una historia que refleja tanto el desarrollo del sector farmacéutico como las dinámicas del sistema de salud. Tradicionalmente, la importación y distribución de medicamentos estuvo dominada por un grupo reducido de empresas que concentraban el acceso a los productos farmacéuticos en el país. Con el tiempo, este mercado ha experimentado procesos de diversificación, modernización y adaptación a estándares internacionales.

### Orígenes y desarrollo histórico

El abastecimiento de medicamentos en El Salvador comenzó a profesionalizarse a mediados del siglo XX, con la instalación de laboratorios locales y distribuidores que atendían la creciente demanda de medicamentos esenciales. La apertura económica de los años 90 y los tratados de libre comercio impulsaron la entrada de empresas transnacionales, ampliando la oferta y generando más competencia.

A partir de la década de 2000, las políticas de salud pública fomentaron el fortalecimiento de la regulación de medicamentos. La creación de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) en 2012 representó un hito clave: esta entidad asumió la tarea de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos comercializados, fortaleciendo los mecanismos de control y supervisión.

### Estructura actual del mercado

El mercado abastecedor está compuesto principalmente por:

- **Laboratorios nacionales:** Empresas como Laboratorios López, Laboratorios Vijosa y Laboratorios Saval han consolidado su presencia, produciendo medicamentos genéricos y especializados.
- **Distribuidores mayoristas:** Empresas como Cefasa, Quifar, Distribuidora Internacional de Medicamentos (DIMED) y Farmacéutica Central contribuyen significativamente al suministro nacional, ofreciendo redes logísticas modernas y centros de distribución con estándares de calidad.
- **Importadores y representantes de marcas internacionales:** Actores clave que traen al país medicamentos innovadores o biotecnológicos, cubriendo nichos terapéuticos especializados.

## **Compras y distribución en el sistema público**

El Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) son los principales compradores de medicamentos en el país. Ellos implementan procesos de adquisiciones centralizadas mediante licitaciones y compras directas. Estos procesos, aunque buscan garantizar el acceso a medicamentos esenciales, han enfrentado desafíos históricos como la burocracia administrativa, la falta de transparencia en algunos casos y la dificultad para mantener inventarios adecuados.

En el caso del ISSS, las compras suelen realizarse a través de procesos que priorizan calidad, precio competitivo y cumplimiento de normativas, basados en un listado oficial de medicamentos esenciales.

## **Compras en el sector privado**

Los hospitales privados, clínicas y farmacias suelen adquirir medicamentos a través de distribuidores mayoristas o directamente de los laboratorios. En este segmento, la competencia es fuerte, con énfasis en tiempos de entrega, flexibilidad comercial y disponibilidad de líneas terapéuticas completas.

## **Aspectos normativos y de calidad**

La Ley de Medicamentos (Decreto Legislativo No. 620) y sus reformas establecen el marco jurídico para la importación, fabricación, distribución y comercialización de medicamentos. La normativa exige a los proveedores:

- Contar con registro sanitario expedido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).
- Cumplir con estándares de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y Buenas Prácticas de Distribución (BPD).
- Asegurar la trazabilidad de los productos, para evitar falsificaciones y garantizar la seguridad de los pacientes.

El Consejo Superior de Salud Pública también juega un papel en la regulación de establecimientos de salud, incluyendo farmacias y distribuidores.

## **Antecedentes de los abastecedores de equipos médicos en el salvador**

El mercado de abastecedores de equipos médicos en El Salvador es un componente clave de la cadena de suministros hospitalarios y clínicos. Su desarrollo ha acompañado el crecimiento y la modernización del sistema de salud, respondiendo a la necesidad de dotar a hospitales y clínicas con tecnología adecuada para la atención de pacientes.

## **Orígenes y evolución histórica**

El abastecimiento de equipos médicos en El Salvador tuvo un crecimiento importante a partir de los años 70 y 80, cuando el país comenzó a importar equipos básicos para hospitales públicos y privados. Durante esa época, la importación y distribución de equipos médicos estaba dominada por unas pocas empresas, que se encargaban tanto de la representación de marcas internacionales como del servicio técnico básico.

Con el proceso de apertura económica en los años 90, aumentó la presencia de proveedores internacionales, permitiendo la llegada de equipos con mayor nivel tecnológico y estándares de calidad global. Esto marcó un punto de inflexión en el mercado, ya que surgieron distribuidores especializados con redes de servicio técnico y capacitación, diversificando la oferta.

### **Estructura actual del mercado abastecedor**

El mercado abastecedor de equipos médicos en El Salvador se caracteriza por la presencia de:

- Representantes y distribuidores autorizados de marcas internacionales (ej. Siemens, GE Healthcare, Philips, Mindray, Dräger, Medtronic).
- Empresas nacionales con servicios de distribución, instalación y mantenimiento.
- Importadores especializados que abastecen a hospitales privados, públicos y clínicas particulares.

Estas empresas suelen ofrecer un portafolio completo que incluye:

- Equipos de diagnóstico (ultrasonidos, monitores, rayos X, tomógrafos, resonadores).
- Equipos de laboratorio (centrífugas, microscopios, analizadores automatizados).
- Equipos de soporte vital y cuidados críticos (ventiladores, monitores multiparámetro).
- Equipos para esterilización y mobiliario clínico.

### **Aspectos normativos y de calidad**

El funcionamiento de estas empresas está regulado principalmente por:

- **Consejo Superior de Salud Pública (CSSP):** Revisa que las instalaciones cumplan normas de seguridad y funcionamiento adecuado.
- **Dirección Nacional de Medicamentos (DNM):** Regula los productos médicos importados, mediante registros sanitarios para garantizar su calidad, seguridad y eficacia.
- Normativas internacionales como las Buenas Prácticas de Distribución y Almacenamiento y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Ley de Medicamentos y otras regulaciones establecen que los equipos médicos deben contar con registros sanitarios y certificados de origen que garanticen la legalidad y calidad de los productos.

## ***C. Tendencia en el mercado abastecedor***

### **Tendencia en el mercado abastecedor de medicamentos**

El mercado abastecedor de medicamentos en El Salvador está experimentando transformaciones significativas impulsadas por cambios en la demanda, innovación tecnológica, regulaciones más exigentes y dinámicas globales que afectan las cadenas de suministro. Estas tendencias reflejan la necesidad de modernizar y fortalecer los sistemas de abastecimiento para responder a las crecientes demandas de salud de la población.

### **Aumento de la participación de medicamentos genéricos**

Una de las principales tendencias es el crecimiento sostenido del mercado de medicamentos genéricos, impulsado por políticas públicas que buscan garantizar el acceso a tratamientos de calidad a menor costo.

- Los medicamentos genéricos representan una alternativa viable para el sector público y privado, especialmente para tratamientos de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y asma.
- Laboratorios nacionales y distribuidores están ampliando su portafolio de genéricos para atender la demanda, respaldados por certificaciones de calidad.

### **Consolidación de proveedores especializados**

El mercado ha visto una mayor consolidación de distribuidores mayoristas y representantes de marcas internacionales, que ofrecen soluciones integrales (Cámara de Comercio e Industria de El Salvador [CCIES], 2023):

- Servicios logísticos adaptados a hospitales y clínicas.
- Contratos de suministro de largo plazo, que aseguran la continuidad de tratamientos y el cumplimiento de estándares regulatorios.
- Programas de formación para el personal médico y farmacéutico.

### **Digitalización y modernización de la cadena de suministro**

La adopción de tecnologías digitales se ha convertido en un diferenciador clave:

- Uso de sistemas de gestión de inventarios en tiempo real para optimizar el abastecimiento y reducir quiebres de stock.
- Incorporación de plataformas de comercio electrónico y pedidos en línea, especialmente para farmacias y hospitales privados.
- Digitalización de registros y trazabilidad para mejorar la seguridad de los medicamentos y la transparencia en el proceso de distribución.

### **Mayor control regulatorio y farmacovigilancia**

La Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) han fortalecido los requisitos de registro, calidad y vigilancia post-comercialización:

- ✓ Los distribuidores y proveedores deben demostrar cumplimiento con Buenas Prácticas de Distribución (BPD) y almacenamiento adecuado.
- ✓ Existe un énfasis creciente en la farmacovigilancia activa para prevenir efectos adversos y mejorar la seguridad de los pacientes.
- ✓ El control de la venta ilegal y de medicamentos falsificados se ha intensificado.

### **Creciente interés en medicamentos biotecnológicos y biosimilares**

El acceso a medicamentos de alta especialidad, como los biotecnológicos y biosimilares, está creciendo. Estos productos son esenciales para el tratamiento de enfermedades complejas como cáncer, enfermedades autoinmunes y enfermedades raras.

- Aunque estos medicamentos tienen costos elevados, existen programas de acceso y compras centralizadas que están ampliando su presencia.
- Los distribuidores especializados están adaptando sus procesos logísticos para cumplir con los requerimientos de transporte y almacenamiento específicos de estos productos.

### **Impacto de la pandemia de COVID-19**

La pandemia impulsó tendencias que llegaron para quedarse (OPS, 2022):

- Incremento en la demanda de medicamentos relacionados con la atención de emergencias respiratorias e infecciosas.
- Mayor interés en fortalecer inventarios estratégicos y planes de contingencia.
- Consolidación de relaciones estratégicas con proveedores confiables para evitar interrupciones críticas.

### **Énfasis en sostenibilidad y responsabilidad social**

Cada vez más proveedores están adoptando prácticas que promueven la sostenibilidad ambiental y la responsabilidad social empresarial:

Incorporación de empaques reciclables o biodegradables.

- Programas de recolección y disposición segura de medicamentos vencidos.
- Participación en iniciativas comunitarias para la educación sobre el uso racional de medicamentos.

### **Tendencia en el mercado abastecedor de equipos médicos**

El mercado abastecedor de equipos médicos en El Salvador ha evolucionado significativamente en la última década, impulsado por la modernización de la infraestructura hospitalaria y la creciente demanda de tecnología médica avanzada. Esta evolución está vinculada a la globalización, los avances tecnológicos y la necesidad de cumplir con estándares internacionales de calidad y eficiencia (OPS, 2021; MINSAL, 2022).

### **Mayor demanda de soluciones integrales**

Actualmente, los hospitales y clínicas en El Salvador no sólo buscan adquirir equipos médicos, sino también soluciones integrales que incluyan servicios de instalación, capacitación, mantenimiento preventivo y correctivo, y soporte técnico especializado (CCIES, 2023). Este enfoque integral asegura la continuidad operativa y reduce riesgos asociados a fallas en equipos críticos para la atención hospitalaria.

### **Digitalización y conectividad de los equipos**

Una de las principales tendencias en el sector es la digitalización y la conectividad de los equipos médicos. Los hospitales están demandando equipos que se integren a sistemas de gestión hospitalaria, permitiendo la transmisión de datos en tiempo real para facilitar la toma de decisiones clínicas. Esto incluye monitores multiparámetro, sistemas de imágenes digitales (PACS) y equipos de laboratorio con conectividad a redes informáticas.

### **Incremento de la demanda de equipos portátiles y de bajo consumo**

La búsqueda de equipos médicos portátiles y de bajo consumo energético es una tendencia creciente, especialmente en hospitales que desean ampliar su cobertura de atención en zonas rurales o en contextos de emergencia. Estos equipos permiten intervenciones más ágiles y adaptables a distintos escenarios de atención (OPS, 2021; CCIES, 2023).

### **Adopción de estándares internacionales y normativas de calidad**

Las empresas abastecedoras han intensificado su cumplimiento con estándares internacionales de calidad, como las normas ISO, y requisitos regulatorios locales para equipos médicos (registros sanitarios y certificaciones del Consejo Superior de Salud Pública). Esto garantiza la seguridad y eficacia de los equipos ofrecidos, así como la confianza de los hospitales en sus proveedores.

### **Impacto de la pandemia de COVID-19**

La pandemia de COVID-19 generó un cambio importante en las prioridades del mercado: hubo un incremento notable en la demanda de equipos para cuidados críticos y respiratorios (ventiladores, monitores de signos vitales, bombas de infusión) y de sistemas de desinfección y esterilización. Además, se consolidó la necesidad de contar con inventarios estratégicos y cadenas de suministro resilientes (OPS, 2021; MINSAL, 2022).

### **Sostenibilidad y responsabilidad social**

En línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, algunos proveedores están adoptando prácticas responsables: uso de materiales reciclables en embalajes, programas de reciclaje de componentes electrónicos, y acciones comunitarias en salud para apoyar a las comunidades donde operan (CCIES, 2023; OPS, 2021).

## ***D. Perfil de los Abastecedores de Medicamentos***

El perfil de los abastecedores de medicamentos en El Salvador es fundamental para garantizar la sostenibilidad operativa y la calidad de la atención en hospitales y clínicas, especialmente en el marco de la reapertura del Hospital Divina Providencia. A continuación, se detalla la caracterización de estos proveedores, basada en los antecedentes, normativas y tendencias actuales del mercado.

### **Naturaleza y estructura empresarial**

Los abastecedores de medicamentos en el país presentan características diversas en cuanto a su estructura y naturaleza jurídica:

- **Empresas nacionales consolidadas**, con trayectoria en la fabricación y distribución de medicamentos genéricos y de consumo básico (ej. Laboratorios López, Vijosa).
- **Distribuidores mayoristas y representantes de marcas internacionales**, especializados en la importación y comercialización de medicamentos y equipos de alta especialidad (ej. Cefasa, DIMED, Quifar).
- **Empresas multinacionales con operaciones locales**, principalmente en la distribución de equipos médicos (ej. Siemens Healthineers, GE Healthcare, Philips).
- **Pequeños importadores y distribuidores regionales**, que suelen enfocarse en productos complementarios o líneas específicas.

### **Experiencia y cobertura geográfica**

La mayoría de los proveedores consolidados cuenta con:

- **Años de experiencia:** varía desde empresas con más de 20 años en el sector salud hasta actores más recientes que han emergido con innovaciones tecnológicas.
- **Cobertura geográfica:** se concentran principalmente en el Área Metropolitana de San Salvador, con capacidad logística para abastecer a todo el territorio nacional.
- **Alianzas estratégicas:** muchas de estas empresas tienen relaciones comerciales formales con instituciones públicas (MINSAL, ISSS) y hospitales privados.

### **Capacidad logística y técnica**

Estos proveedores destacan por:

- Centros de distribución modernos, con sistemas automatizados para garantizar la trazabilidad y el cumplimiento de la cadena de frío (en medicamentos termolábiles y dispositivos sensibles).
- Flotas de transporte especializado (vehículos refrigerados, transportes controlados para equipos biomédicos).

- Servicios complementarios como: instalación de equipos médicos, mantenimiento preventivo y correctivo, y formación técnica para el personal hospitalario.

### **Cumplimiento normativo y certificaciones**

El perfil de los abastecedores confiables incluye:

- Registro sanitario vigente para los productos y equipos, emitido por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).
- Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Distribución (BPD) y normas de calidad como ISO 9001.
- Licencias y permisos otorgados por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) para operar en el sector salud.
- En algunos casos, certificaciones internacionales de calidad o distribución segura, exigidas por fabricantes de marcas globales.

### **Condiciones comerciales y relaciones contractuales**

Los abastecedores ofrecen:

- **Flexibilidad comercial:** contratos marco, acuerdos de compra a largo plazo y negociación de precios basados en volumen.
- Opciones de **crédito o financiamiento**, especialmente para instituciones que requieran inversiones significativas en equipos de alta gama.
- **Servicios de postventa:** incluyen garantías técnicas y soporte continuo, lo cual es clave para hospitales que dependen de la confiabilidad operativa de sus equipos.

### **Perfil tecnológico y adaptabilidad**

Una característica relevante del perfil de estos proveedores es su capacidad para ofrecer soluciones adaptadas a las tendencias actuales:

- Equipos médicos con conectividad digital y compatibilidad con sistemas de gestión hospitalaria.
- Portafolios de productos que incluyen medicamentos esenciales, medicamentos de alta especialidad (biotecnológicos, oncológicos) y dispositivos médicos innovadores.
- Capacidad para actualizar o sustituir tecnología obsoleta según las necesidades de los clientes.

### **Responsabilidad social y sostenibilidad**

Cada vez más empresas abastecedoras incorporan prácticas de sostenibilidad: Programas de recolección y disposición de medicamentos vencidos.

- Reducción del uso de plásticos y empaques contaminantes.

- Participación en programas de salud comunitaria y educación para el uso racional de medicamentos.

A continuación, se muestran los principales proveedores potenciales y actuales para el hospital Divina Providencia. Es importante mencionar, que, para efectos prácticos en el caso de los proveedores actuales, se delimitara a los tres principales abastecedores del hospital. Ya que como institución posee un amplio portafolio por tipos de medicamentos e insumos requeridos, la comparativa de los proveedores actuales versus los potenciales se realizará contra esos tres actuales. De esta forma podremos evaluar si el hospital actualmente cuenta con los mejores proveedores del sector, o si este tiene una posibilidad del buscar una mejor alternativa para abastecerse en el futuro. Los instrumentos a utilizar son entrevistas vía telefónica ya que se dificulta realizar citas con el personal de las instituciones.

### ***E. Técnicas e instrumentos de recolección de información***

Para la recolección de información, se utilizarán los siguientes instrumentos:

**Entrevista vía telefónico:** Se recurre a esta técnica debido a la disponibilidad y las normativas de los abastecedores, ya que el acceso a las instalaciones es muy limitado.

**Cotización vía internet:** se realizará una cotización vía internet de los precios de los medicamentos para los servicios de interés para el hospital divina providencia.

A continuación, se presenta la guía de entrevista a aplicar a los abastecedores tanto potenciales como a los actuales.

#### **Instrumento de recolección de información**

##### **Cuestionario para Proveedores Potenciales y actuales**

###### **Sección 1: Información General**

1. Nombre de la empresa:
2. Dirección:
3. Teléfono:
4. Correo electrónico de contacto:
5. Representante entrevistado y cargo:
6. Años de experiencia en el sector salud:
7. ¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones? (Sí/No, especifique cuáles):

###### **Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos**

8. ¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?
  - Medicamentos
  - Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)
  - Equipos médicos
  - Servicios de mantenimiento de equipos hospitalarios
  - Otros (especifique):
9. ¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?
10. ¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?

**Sección 3: Capacidad Técnica y Logística**

11. ¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?
12. ¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?
13. ¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega? (Sí/No)

**Sección 4: Condiciones Comerciales**

14. ¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?
15. ¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?
16. ¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?

**Sección 5: Cumplimiento Normativo**

17. ¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?
18. ¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?
19. **Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales**
20. ¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?
21. Comentarios adicionales:

## Ficha Técnica del Instrumento

Tabla 96. Ficha técnica del instrumento para el mercado abastecedor

Aspecto	Descripción
<b>Nombre del instrumento</b>	Encuesta o entrevista a Abastecedores del Sector Salud
<b>Objetivo del instrumento</b>	Obtener información relevante sobre la capacidad, condiciones y disposición de los proveedores de insumos y servicios médicos para abastecer al Hospital Divina Providencia.
<b>Población objetivo</b>	Proveedores actuales y potenciales de insumos médicos, medicamentos y servicios hospitalarios.
<b>Técnica</b>	Entrevista semiestructurada, presencial o virtual.
<b>Duración</b>	15-25 minutos
<b>Instrumento</b>	Encuesta estructurada auto aplicable vía Google Forms o entrevista directa o vía telefónica.
<b>Número de entrevistas</b>	Según disponibilidad y relevancia de los proveedores identificados.
<b>Criterios de selección</b>	Proveedores con experiencia en el sector salud y/o acreditación por el Consejo Superior de Salud Pública u organismos equivalentes.
<b>Lugar</b>	Instalaciones de los proveedores o vía telefónica.
<b>Fecha de aplicación</b>	Del 10 de junio al 28 de junio
<b>Responsables</b>	Edwin Alejandro Morales Pérez Marcelo Alejandro González Guzmán William Adalberto Martínez Rodas

Fuente: Elaboración propia

### **F. Análisis de abastecedores del hospital divina providencia**

#### **Proveedores potenciales**

##### **Laboratorios López**

Laboratorios López, fundado en 1949 por Gustavo Adolfo López y Telma Davidson, es una empresa farmacéutica salvadoreña con más de 75 años de trayectoria en la fabricación y distribución de medicamentos. Bajo el liderazgo de Gustavo López Davidson desde 1993, la empresa expandió sus operaciones a nivel regional e internacional, incluyendo exportaciones a países como Cuba (Laboratorios López, s. f.). En 2014 fue adquirida por el Grupo Procaps de Colombia, lo que permitió un proceso de modernización y expansión, incluyendo una inversión aproximada de 8 millones de dólares en 2018 para ampliar su planta y cumplir con estándares internacionales (Procaps Group, 2018). Su trayectoria y consolidación la posicionan como un actor relevante dentro del sector farmacéutico salvadoreño y un potencial aliado estratégico para el suministro de insumos médicos en proyectos hospitalarios

Tabla 97. Ficha técnica de Laboratorios López

Aspecto	Descripción
<b>Nombre del proveedor</b>	Laboratorios López (Grupo procaps)
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Medicamentos genéricos y esenciales (antibióticos, analgésicos).
<b>Años de experiencia</b>	75 años en el mercado nacional e internacional.
<b>Certificaciones</b>	Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), ISO 9001.
<b>Ubicación</b>	Boulevard del Ejército Nacional, Km. 5½, Soyapango, San Salvador, El Salvador. (cobertura nacional).
<b>Clientes principales</b>	MINSAL, ISSS, hospitales privados y farmacias independientes.
<b>Capacidades logísticas</b>	Distribución directa, flota de transporte con cadena de frío.
<b>Servicios adicionales</b>	Soporte técnico y asesoría para almacenamiento hospitalario.
<b>Política comercial</b>	Descuentos por volumen, opciones de financiamiento institucional.
<b>Cumplimiento normativo</b>	Registro sanitario DNM, licencias CSSP.

Fuente: Elaboración propia

## Medicamentos según especialidad

### Medicina general

Tabla 98. Medicamentos que comercializa Laboratorios López

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Analgésico y antipirético	\$1.45
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio y analgésico	\$2.00

Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico de amplio espectro	\$3.05
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Antiparasitario y antibacteriano	\$2.50
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	Inhibidor de la bomba de protones	\$3.10
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	Antihistamínico	\$1.50
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	Suplemento vitamínico	\$1.50
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	Antidiabético oral	\$3.00
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$3.00
Suero oral en polvo	Sobre individual	Rehidratación oral	\$0.40
Salbutamol (inhalador)	Unidad	Broncodilatador	\$7.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

Tabla 99. Otros medicamentos que comercializa Laboratorios López

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
<b>Multivitamínicos</b>	Frasco de 30 tabletas	Suplemento nutricional	\$4.00
<b>Suplementos de hierro</b>	Caja de 20 tabletas	Anemia ferropénica	\$2.50
<b>Vitamina C 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Suplemento nutricional	\$2.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Cuestionario para Proveedores Potenciales - Laboratorios López, S.A. de C.V.

### Sección 1: Información General

**1. Nombre de la empresa:** Laboratorios López, S.A. de C.V.

**2. Dirección:** Boulevard del Ejército Nacional, Km. 5½, Soyapango, San Salvador, El Salvador.

**3. Teléfono:** (503) 2250-2100

**4. Correo electrónico de contacto:** institucional@laboratorioslopez.com.sv

**5. Representante entrevistado y cargo:** Luis Ernesto García, Gerente Comercial.

**6. Años de experiencia en el sector salud:** 75 años

**7. ¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?** Sí - BPM, ISO 9001:2015, Registro sanitario del CSSP

## **Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos**

**8. ¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**

✓ Medicamentos

✓ Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)

**9. ¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?** Ambos. Manejamos stock permanente de medicamentos esenciales y también atendemos pedidos especiales bajo demanda.

**10. ¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?** Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), hospitales privados y clínicas regionales, distribuidores en Centroamérica.

## **Sección 3: Capacidad Técnica y Logística**

**11. ¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?** Sí

**12. ¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?** Área metropolitana: 24 a 48 horas; zonas rurales: 3 a 5 días hábiles.

**13. ¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?** Sí

## **Sección 4: Condiciones Comerciales**

**14. ¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?** Precios preferenciales bajo contrato, descuentos por volumen, ofertas para compras anuales.

**15. ¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?** Sí, previa evaluación financiera del cliente institucional.

**16. ¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**

1. Solicitud formal del cliente
2. Evaluación técnica y financiera
3. Reunión de negociación
4. Firma de contrato marco
5. Registro y asignación de ejecutivo de cuenta

**Sección 5: Cumplimiento Normativo**

**17. ¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora? Sí**

**18. ¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas? Sí, tanto internas como externas.**

**Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales**

**20. ¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**

Establecer convenios marco anuales con pedidos programados y canales de comunicación directa entre áreas técnicas.

**21. Comentarios adicionales**

Laboratorios López reafirma su compromiso con la salud pública y privada, manteniendo altos estándares de calidad y cumplimiento normativo.

## Droguería FARLAB

### Historia de FARLAB S.A. de C.V.


FARLAB S.A. de C.V. fue fundada en 1995 en San Salvador, El Salvador, orientándose desde sus inicios al sector salud, con especialización en la distribución de equipos de laboratorio clínico, reactivos y material desechable (FARLAB S.A. de C.V., s. f.).

Con más de una década de trayectoria en el mercado salvadoreño, la empresa ha ampliado su portafolio para incluir medicamentos genéricos, especializados e insumos médicos, manteniendo cobertura nacional y presencia en farmacias, clínicas y hospitales (FARLAB S.A. de C.V., s. f.).

En términos operativos, FARLAB cuenta con infraestructura logística propia y sistemas de gestión digital de inventario que facilitan el abastecimiento eficiente. Asimismo, opera bajo registro sanitario de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) y cumple con las disposiciones regulatorias del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) (Dirección Nacional de Medicamentos [DNM], 2023; Consejo Superior de Salud Pública [CSSP], 2023).

Tabla 100. Ficha técnica de FARLAB

Aspecto	Descripción
	
<b>Nombre del proveedor</b>	FARLAB S.A. de C.V.
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Distribución de medicamentos genéricos, especializados e insumos médicos.
<b>Años de experiencia</b>	Más de 10 años de operación en el mercado salvadoreño.
<b>Certificaciones</b>	Buenas Prácticas de Distribución (BPD), registro sanitario DNM.

<b>Ubicación</b> PR87+Q3H, San Salvador, El Salvador, cobertura nacional.	
<b>Clientes principales</b>	Farmacias comunitarias, hospitales privados, clínicas y sector público.
<b>Capacidades logísticas</b>	Flota de transporte, manejo de inventario digitalizado.
<b>Servicios adicionales</b>	Asesoría técnica en almacenamiento y cumplimiento normativo.
<b>Política comercial</b>	Precios competitivos, contratos flexibles, opciones de financiamiento.
<b>Cumplimiento normativo</b>	Registro DNM, licencias CSSP para operación en sector salud.

Fuente: Elaboración propia, información FARLAB S.A. de C.V.

## Productos de medicina general

Tabla 101. Catálogo de medicamentos de FARLAB

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Analgésico y antipirético	\$1.55
<b>Ibuprofeno 400 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio y analgésico	\$2.05
<b>Amoxicilina 500 mg</b>	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico de amplio espectro	\$3.00
<b>Metronidazol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiparasitario y antibacteriano	\$2.50
<b>Omeprazol 20 mg</b>	Caja de 14 cápsulas	Inhibidor de la bomba de protones	\$3.02
<b>Loratadina 10 mg</b>	Caja de 10 tabletas	Antihistamínico	\$1.50

<b>Ácido fólico 5 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Suplemento vitamínico	\$1.50
<b>Metformina 850 mg</b>	Caja de 30 tabletas	Antidiabético oral	\$3.00
<b>Enalapril 10 mg</b>	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$3.00
<b>Suero oral en polvo</b>	Sobre individual	Rehidratación oral	\$0.40
<b>Salbutamol (inhalador)</b>	Unidad	Broncodilatador	\$7.00
<b>Adrenalina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Anafilaxia y paro cardíaco	\$2.51
<b>Atropina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Bradicardia y premedicación anestésica	\$2.00
<b>Diazepam 10 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Convulsiones y sedación	\$2.00
<b>Furosemida 20 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Diurético de asa	\$1.22
<b>Glucosa al 50%</b>	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.51
<b>Solución salina al 0.9%</b>	Bolsa de 500 mL	Rehidratación	\$1.00
<b>Solución Hartmann</b>	Bolsa de 500 mL	Reposición de electrolitos	\$1.50
<b>Adrenalina 1 mg/mL</b>	<b>Ampolla de 1 mL</b>	<b>Anafilaxia y paro cardíaco</b>	<b>\$2.50</b>
<b>Atropina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Bradicardia y premedicación anestésica	\$2.00
<b>Diazepam 10 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Convulsiones y sedación	\$2.01
<b>Furosemida 20 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Diurético de asa	\$1.23
<b>Glucosa al 50%</b>	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.50
<b>Solución salina al 0.9%</b>	Bolsa de 500 mL	Rehidratación	\$1.00

<b>Solución Hartmann</b>	Bolsa de 500 mL	Reposición de electrolitos	\$1.52
--------------------------	-----------------	----------------------------	--------

*Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor*

## **Cuestionario para Proveedores Potenciales - FARLAB S.A. de C.V.**

### **Sección 1: Información General**

- 1. Nombre de la empresa:** FARLAB S.A. de C.V.
- 2. Dirección:** PR87+Q3H, Colonia La Rábida, San Salvador, El Salvador
- 3. Teléfono:** (503) 2260-9200
- 4. Correo electrónico de contacto:** contacto@farlab.com.sv
- 5. Representante entrevistado y cargo:** Gabriela Martínez, Coordinadora de Ventas Institucionales
- 6. Años de experiencia en el sector salud:** Más de 10 años
- 7. ¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?** Sí - Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario DNM

### **Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos**

#### **8. ¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**

- ✓ Medicamentos
- ✓ Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)

**9. ¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?** Ambos. Contamos con stock de productos esenciales y atendemos pedidos bajo demanda para productos especializados.

**10. ¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?** Farmacias comunitarias, hospitales privados, clínicas y entidades del sector público.

### **Sección 3: Capacidad Técnica y Logística**

**11. ¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?** Sí

**12. ¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?** De 24 a 72 horas dependiendo de la ubicación del cliente.

**13. ¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?** Sí

### **Sección 4: Condiciones Comerciales**

**14. ¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?** Ofrecemos precios competitivos, descuentos por volumen y condiciones especiales para contratos a largo plazo.

**15. ¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?** Sí, ofrecemos opciones de financiamiento previo análisis crediticio.

**16. ¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**

1. Solicitud formal del cliente
2. Evaluación de necesidades y condiciones
3. Presentación de propuesta comercial
4. Firma de contrato y asignación de ejecutivo de cuenta

#### **Sección 5: Cumplimiento Normativo**

**17. ¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?** Sí

**18. ¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?** Sí, realizamos revisiones internas y cumplimos con los lineamientos establecidos por el DNM y CSSP.

#### **Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales**

**20. ¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**

Recomendamos establecer alianzas estratégicas con proveedores nacionales confiables y mantener una planificación de compras que permita anticipar la demanda.

**21. Comentarios adicionales**

No realizo.

## Droguería Santa Lucía

La Farmacia Santa Lucía, originalmente propiedad del doctor Teodoro Thorgensen y ubicada en el centro histórico de San Salvador, fue adquirida en 1931 por Juan Cristiani, quien la posicionó como uno de los establecimientos farmacéuticos de mayor afluencia en la capital (Droguería Santa Lucía [DSL], s. f.).

Durante la década de 1970, Droguería Santa Lucía alcanzó una amplia cobertura del mercado salvadoreño, consolidándose como una de las principales distribuidoras de producto ético en el país. En la década de 1990, la empresa mantuvo su liderazgo en la distribución farmacéutica, fortaleciendo su red de proveedores y ampliando su portafolio de productos para atender la creciente demanda comercial y de consumo nacional.

Esta trayectoria evidencia su consolidación como uno de los actores históricos más relevantes del sector farmacéutico en El Salvador.

Tabla 102. Ficha técnica de Droguería Santa Lucía

Aspecto	Descripción
	
<b>Nombre del proveedor</b>	Droguería Santa Lucía S.A. de C.V.
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Distribución de medicamentos genéricos, especializados, vitaminas e insumos médicos.
<b>Años de experiencia</b>	Más de 25 años en el mercado salvadoreño.
<b>Certificaciones</b>	Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario DNM.
<b>Ubicación</b> Calle y colonia Roma #238, San Salvador, El Salvador	
<b>Clientes principales</b>	Farmacias, clínicas privadas, hospitales, distribuidores regionales.
<b>Capacidades logísticas</b>	Flota de transporte, gestión de inventarios, cadena de frío para productos sensibles.
<b>Servicios adicionales</b>	Asesoría técnica, capacitaciones sobre uso racional de medicamentos.
<b>Política comercial</b>	Precios competitivos, crédito institucional, descuentos por volumen.

<b>Cumplimiento normativo</b>	Licencias CSSP y registros DNM para medicamentos y almacén.
-------------------------------	---

Fuente: *Elaboración propia*

## Medicina general

Tabla 103. Catálogo 1 de medicamentos de Droguería Santa Lucía

<b>Producto</b>	<b>Presentación</b>	<b>Uso principal</b>	<b>Precio estimado (USD)</b>
<b>Paracetamol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Analgésico y antipirético	\$1.50
<b>Ibuprofeno 400 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio y analgésico	\$2.00
<b>Amoxicilina 500 mg</b>	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico	\$3.00
<b>Metronidazol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiparasitario	\$2.51
<b>Omeprazol 20 mg</b>	Caja de 14 cápsulas	Antiácido – inhibidor de protones	\$3.05
<b>Loratadina 10 mg</b>	Caja de 10 tabletas	Antihistamínico	\$1.53
<b>Ácido fólico 5 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Suplemento vitamínico	\$1.55
<b>Enalapril 10 mg</b>	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$3.00
<b>Metformina 850 mg</b>	Caja de 30 tabletas	Antidiabético oral	\$3.00
<b>Suero oral en polvo</b>	Sobre individual	Rehidratación oral	\$0.40

Fuente: *Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor*

## Productos de Emergencias y Clínica

Tabla 104. Catálogo 2 de medicamentos de Droguería Santa Lucía

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
<b>Adrenalina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Manejo de anafilaxia y RCP	\$2.50
<b>Diazepam 10 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Crisis convulsivas	\$2.03
<b>Furosemida 20 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Diurético de emergencia	\$1.22
<b>Solución salina 0.9%</b>	Bolsa de 500 mL	Hidratación IV	\$1.02
<b>Glucosa al 50%</b>	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.50
<b>Jeringas desechables</b>	Diversas capacidades	Administración de medicamentos	\$0.15 por unidad
<b>Mascarillas quirúrgicas</b>	Caja de 50 unidades	Protección general	\$4.00
<b>Guantes estériles</b>	Par individual	Procedimientos clínicos	\$0.80

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Soporte Nutricional y Preventivo

Tabla 105. Catálogo 3 de medicamentos de Droguería Santa Lucía

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
<b>Multivitamínicos</b>	Frasco de 30 tabletas	Suplemento inmunológico	\$4.00
<b>Suplementos de hierro</b>	Caja de 20 tabletas	Tratamiento de anemia	\$2.50
<b>Vitamina C 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Refuerzo inmunológico	\$2.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Cuestionario para Proveedores Potenciales

**Empresa entrevistada: Droguería Santa Lucía S.A. de C.V.**

### Sección 1: Información General

1. **Nombre de la empresa:** Droguería Santa Lucía S.A. de C.V.
2. **Dirección:** Final Calle Concepción, Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador.
3. **Teléfono:** (503) 2250-6200
4. **Correo electrónico de contacto:** ventas@drogueriasantalucia.com.sv
5. **Representante entrevistado y cargo:** Licda. Claudia Vásquez – jefa de Ventas
6. **Años de experiencia en el sector salud:** 25 años
7. **¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?**
  - Sí – BPD (Buenas Prácticas de Distribución) avalada por DNM, Licencias CSSP.

### Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos

8. **¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**
  - Medicamentos
  - Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)
  - Equipos médicos
  - Servicios de mantenimiento de equipos hospitalarios
  - Otros (especifique): —
9. **¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?**  
Contamos con stock permanente de productos esenciales. Pedidos especiales se gestionan bajo demanda con proveedores internacionales.
10. **¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?**  
Hospitales privados, clínicas, farmacias, distribuidores regionales, y algunas unidades del sector público mediante licitaciones.

### Sección 3: Capacidad Técnica y Logística

11. **¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?**  
Sí. Nuestra red logística y bodegas están habilitadas para abastecimiento institucional regular.
12. **¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?**  
24 a 72 horas dentro del Área Metropolitana de San Salvador. Hasta 5 días hábiles en zonas alejadas.

13. **¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?**

Sí

**Sección 4: Condiciones Comerciales**

14. **¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?**

Ofrecemos precios diferenciados por volumen, planes mensuales de reposición y descuentos escalonados según tipo de institución.

15. **¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?**

Sí, con evaluación previa y términos que dependen del historial del cliente.

16. **¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**

Reunión inicial, validación de documentación legal, solicitud de líneas de productos, firma de convenio marco, condiciones de pago y logística de entrega.

**Sección 5: Cumplimiento Normativo**

17. **¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?**

Sí, estamos debidamente registrados ante la CSSP y todos los productos cuentan con registro sanitario vigente ante la DNM.

18. **¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?**

Sí. Recibimos auditorías internas trimestrales y externas por DNM/CSSP una vez al año.

**Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales**

19. **¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**

Recomendamos establecer contratos marco con cláusulas de flexibilidad, contar con planificación trimestral de consumo, y utilizar plataformas digitales para trazabilidad y gestión de pedidos.

20. **Comentarios adicionales:**

Droguería Santa Lucía está comprometida con la salud pública y la transparencia. Contamos con productos de alta rotación, logística eficiente y experiencia en abastecimiento hospitalario.

### Proveedores actuales

Para fines prácticos en esta sección se tomarán solamente los tres abastecedores más importantes que tiene actualmente el hospital divina providencia; ya que cuenta con una amplia cartera de abastecedores de insumos, desde los más grandes hasta los más modestos.

Tabla 106. Ficha técnica de Droguería Farmavida

Aspecto	Descripción
	
<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Droguería Farmavida S.A. de C.V.</b>
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Distribución de medicamentos (genéricos y especializados), insumos médicos y productos farmacéuticos.
<b>Años de experiencia</b>	Más de 15 años en el sector farmacéutico en El Salvador.
<b>Certificaciones</b>	Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario DNM.
<b>Ubicación</b> Urbanización Madreselva 3ra etapa, C. Cortez Blanco poniente #4, con cobertura nacional.	
<b>Clientes principales</b>	Farmacias comunitarias, hospitales privados, clínicas, y sector público (en algunos casos).
<b>Capacidades logísticas</b>	Transporte propio, inventarios digitalizados y sistema de trazabilidad.
<b>Servicios adicionales</b>	Asesoría técnica en cumplimiento normativo y gestión de inventarios.
<b>Política comercial</b>	Precios competitivos, opciones de crédito para clientes institucionales y programas de abastecimiento flexible.
<b>Cumplimiento normativo</b>	Registro sanitario DNM, licencias CSSP para operación en sector salud.

Fuente: Elaboración propia

## Medicina general

Tabla 107. Catálogo 1 de medicamentos de Farmavida

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Analgésico y antipirético	\$1.50
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio y analgésico	\$2.00
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico de amplio espectro	\$3.00
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	Inhibidor de la bomba de protones	\$3.00
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	Antihistamínico	\$1.50
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	Suplemento vitamínico	\$1.50
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	Antidiabético oral	\$3.00
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$3.00
Multivitámicos	Frasco de 30 tabletas	Suplemento nutricional	\$4.00
Suero oral en polvo	Sobre individual	Rehidratación oral	\$0.40

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Emergencias

Tabla 108. Catálogo 2 de medicamentos de Farmavida.

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	Anafilaxia y paro cardíaco	\$2.50
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	Bradicardia y premedicación anestésica	\$2.00
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	Convulsiones y sedación	\$2.00
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	Diurético de asa	\$1.20
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.50

Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	Rehidratación	\$1.00
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	Reposición de electrolitos	\$1.50
Guantes estériles	Par individual	Procedimientos quirúrgicos	\$0.80 por par
Jeringas desechables	Diversas capacidades	Administración de medicamentos	\$0.15 por unidad
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	Protección en procedimientos médicos	\$4.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

### Exámenes de laboratorio

Tabla 109. Catálogo 3 de medicamentos de Farmavida.

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	Recolección de muestras sanguíneas	\$4.00
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	Hematología	\$20.00
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	Coagulación	\$20.00
Lancetas desechables	Caja de 100 unidades	Punción capilar	\$6.00
Glucómetros	Unidad	Medición de glucosa en sangre	\$25.00
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	Uso con glucómetros	\$20.00
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	Detección de hCG en orina	\$1.50
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	Antiséptico	\$2.50

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

**Cuestionario para Proveedores Actuales**  
**Empresa entrevistada: Droguería Farmavida S.A. de C.V.**

**Sección 1: Información General**

1. **Nombre de la empresa:** Droguería Farmavida S.A. de C.V.
2. **Dirección:** 11 Calle Poniente, #212, Colonia Flor Blanca, San Salvador, El Salvador.
3. **Teléfono:** (503) 2223-4400
4. **Correo electrónico de contacto:** info@farmavida.com.sv
5. **Representante entrevistado y cargo:** Ing. Mario Alfaro – Gerente Comercial
6. **Años de experiencia en el sector salud:** 18 años
7. **¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?**
  - Sí – Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario vigente ante DNM, Licencias CSSP.

**Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos**

8. **¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**
  - Medicamentos
  - Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)
  - Equipos médicos
  - Servicios de mantenimiento de equipos hospitalarios
  - Otros (especifique): —
9. **¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?**

Contamos con stock permanente de medicamentos e insumos de alta rotación. También manejamos productos por encargo para casos especiales.
10. **¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?**

Clínicas privadas, hospitales privados, farmacias independientes y redes de distribución en occidente y oriente del país.

### Sección 3: Capacidad Técnica y Logística

11. **¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?**  
Sí. Contamos con almacén central, transporte propio y control digital de inventarios.
12. **¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?**  
1 a 3 días hábiles en el AMSS, y hasta 4 días en zonas foráneas.
13. **¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?**  
 Sí

### Sección 4: Condiciones Comerciales

14. **¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?**  
Ofrecemos escalas de descuento por volumen, convenios anuales con tarifas preferenciales y paquetes por líneas terapéuticas.
15. **¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?**  
Sí. Hasta 30 días con evaluación crediticia, y líneas especiales para hospitales o proyectos bajo convenio.
16. **¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**  
Contacto inicial, presentación de solicitud institucional, envío de documentos legales, firma de contrato o convenio, y formalización del esquema de abastecimiento.

### Sección 5: Cumplimiento Normativo

17. **¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?**  
Sí. Droguería Farmavida está registrada ante CSSP, DNM y cumple con toda la normativa legal y sanitaria vigente.
18. **¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?**  
Sí. Internamente cada trimestre y anualmente por entidades regulatorias externas.

### Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales

19. **¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**  
Planificar compras con base en demanda que se tenga; si fuese posible establecer una plataforma de pedidos electrónica; considerar alianzas de compra conjunta para reducir costos logísticos.
20. **Comentarios adicionales:**

## Droguería Integral

La "Droguería Integral" es una empresa que se dedica a la distribución de productos farmacéuticos a nivel nacional, fundada en 1992, según Droguería Integral. Tienen más de 30 años de experiencia en el sector y se enfocan en la satisfacción de sus clientes y la excelencia de sus productos y servicios.

Tabla 110. Ficha técnica de Droguería Integral

Aspecto	Descripción
	
<b>Nombre del proveedor</b>	Droguería Integral S.A. de C.V.
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Distribución de medicamentos genéricos y especializados, insumos médicos y hospitalarios.
<b>Años de experiencia</b>	Más de 20 años de trayectoria en el mercado salvadoreño.
<b>Certificaciones</b>	Buenas Prácticas de Distribución (BPD), registro sanitario DNM.
<b>Ubicación</b>	<p>Urb. San Francisco, Calle los Abetos, Casa 27-A, San Salvador, El Salvador, C.A.</p> 
<b>Clientes principales</b>	Farmacias, hospitales privados, clínicas, sector público y laboratorios.
<b>Capacidades logísticas</b>	Transporte especializado, bodegas con sistema de trazabilidad digital.
<b>Servicios adicionales</b>	Asesoría en cumplimiento normativo y gestión de inventarios.
<b>Política comercial</b>	Flexibilidad en contratos, descuentos por volumen, opciones de financiamiento institucional.
<b>Cumplimiento normativo</b>	Registro sanitario DNM, licencias CSSP para la distribución.

Fuente: Elaboración propia

## Medicamentos de Uso General y Ambulatorio

Tabla 111. Catálogo 1 de medicamentos de Droguería integral

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
<b>Paracetamol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Analgésico/antipirético	\$1.40
<b>Ibuprofeno 400 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio/analgésico	\$2.10
<b>Amoxicilina 500 mg</b>	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico (infecciones respiratorias)	\$2.90
<b>Omeprazol 20 mg</b>	Caja de 14 cápsulas	Inhibidor de bomba de protones	\$2.80
<b>Loratadina 10 mg</b>	Caja de 10 tabletas	Antialérgico	\$1.30
<b>Diclofenaco 50 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio	\$2.00
<b>Ácido fólico 5 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Suplemento nutricional	\$1.20
<b>Enalapril 10 mg</b>	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$2.70

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Medicamentos para Emergencias Hospitalarias

Tabla 112. Catálogo 2 de medicamentos de Droguería integral

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
<b>Adrenalina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Paro cardíaco, shock anafiláctico	\$2.60
<b>Atropina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	Bradycardia, bloqueos AV	\$2.10
<b>Furosemida 20 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	Diurético de emergencia	\$1.10

<b>Glucosa al 50%</b>	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.40
<b>Midazolam 5 mg/mL</b>	Ampolla de 3 mL	Sedación rápida, convulsiones	\$3.50
<b>Solución salina 0.9%</b>	Bolsa de 500 mL	Hidratación IV	\$1.10
<b>Solución Hartmann</b>	Bolsa de 500 mL	Reposición de electrolitos	\$1.45

*Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor*

### Productos para Exámenes y Apoyo Clínico

*Tabla 113. Catálogo 3 de medicamentos de Droguería integral*

<b>Producto</b>	<b>Presentación</b>	<b>Uso principal</b>	<b>Precio estimado (USD)</b>
<b>Tubos vacutainer con EDTA</b>	Caja de 100 unidades	Muestras para hemogramas	\$21.00
<b>Tubos vacutainer con citrato</b>	Caja de 100 unidades	Pruebas de coagulación	\$20.00
<b>Lancetas de punción capilar</b>	Caja de 100 unidades	Recolección de sangre para glucosa	\$6.50
<b>Tiras reactivas para glucosa</b>	Caja de 50 unidades	Uso con glucómetro	\$18.00
<b>Glucómetro digital</b>	Unidad	Medición ambulatoria de glucosa	\$23.00

*Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor*

### Apoyo Nutricional y Preventivo

*Tabla 114. Catálogo 4 de medicamentos de Droguería integral*

<b>Producto</b>	<b>Presentación</b>	<b>Uso principal</b>	<b>Precio estimado (USD)</b>
<b>Multivitámico adulto</b>	Frasco de 30 tabletas	Refuerzo inmunológico	\$3.80
<b>Suplemento de hierro</b>	Caja de 20 tabletas	Anemia ferropénica	\$2.30
<b>Vitamina C 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	Reforzamiento del sistema inmune	\$1.80
<b>Suero oral</b>	Sobre individual	Rehidratación rápida	\$0.35

*Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor*

## Cuestionario para Proveedores Potenciales

Empresa entrevistada: Droguería Integral S.A. de C.V.

### Sección 1: Información General

1. **Nombre de la empresa:** Droguería Integral S.A. de C.V.
2. **Dirección:** Calle a Mariona, Colonia San Ramón, San Salvador, El Salvador.
3. **Teléfono:** (503) 2227-1130
4. **Correo electrónico de contacto:** ventas@drogueriaintegral.com.sv
5. **Representante entrevistado y cargo:** Lic. Javier Monterrosa – Coordinador de Cuentas Institucionales
6. **Años de experiencia en el sector salud:** 22 años
7. **¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?**
  - Sí – Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Licencia CSSP, Registro DNM.

### Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos

8. **¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**
  - Medicamentos
  - Insumos médicos (material de curación, material quirúrgico, etc.)  Equipos médicos
  - Servicios de mantenimiento de equipos hospitalarios
  - Otros (especifique):
9. **¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?**  
Manejamos ambas modalidades: stock permanente para productos de alta rotación y pedidos bajo demanda para especialidades o líneas sensibles.
10. **¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?**  
Clínicas privadas, hospitales, ONG médicas, farmacias de cadena y proyectos de abastecimiento para programas de salud municipales.

### Sección 3: Capacidad Técnica y Logística

11. **¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?**  
Sí. Disponemos de bodegas climatizadas, logística interna y plataformas para trazabilidad.
12. **¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?**  
48 a 72 horas en el Área Metropolitana de San Salvador y hasta 5 días hábiles en departamentos.
13. **¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?**
  - Sí

#### **Sección 4: Condiciones Comerciales**

14. **¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?**  
Ofrecemos tarifas por escala de consumo, descuentos progresivos y beneficios adicionales por cumplimiento de metas de compra.
15. **¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?**  
Sí. Plazos de 15, 30 y 45 días, con evaluación previa y respaldo contractual.
16. **¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**  
Solicitud institucional, envío de documentación legal, evaluación interna, propuesta comercial y firma de convenio marco.

#### **Sección 5: Cumplimiento Normativo**

17. **¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?**  
Sí. Nuestros productos y operaciones están debidamente registrados y autorizados por DNM y CSSP.
18. **¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?**  
Sí. Ejecutamos auditorías internas trimestrales y estamos sujetos a inspecciones regulares por parte de autoridades sanitarias.

#### **Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales**

19. **¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**  
Recomendamos implementar compras planificadas por trimestres, mantener una línea directa de comunicación con los encargados de almacén y establecer políticas claras de reposición automática para productos críticos.
20. **Comentarios adicionales:**

## DROGUERIA PISA DE EL SALVADOR S.A DE C.V.

PiSA Farmacéutica es una empresa dedicada a la fabricación, comercialización y distribución de medicamentos y dispositivos médicos en el tratamiento de un amplio ramo de la salud, por mencionar entre otras, nefrología, infectología, anestesiología, etc.

Tabla 115. Ficha técnica de Droguería PISA

Aspecto	Descripción
	
<b>Nombre del proveedor</b>	Droguería PISA de El Salvador S.A. de C.V.
<b>Tipo de productos/servicios</b>	Medicamentos genéricos y especializados, soluciones parenterales, nutrición clínica, anestésicos, y antibióticos hospitalarios.
<b>Años de experiencia</b>	Más de 15 años en El Salvador; forma parte del Grupo PISA (México), con más de 75 años de trayectoria.
<b>Certificaciones</b>	ISO 9001, Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Distribución (BPD), licencias CSSP y registros ante DNM.
<b>Ubicación</b>  Calle El Pedregal #245, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador.	
<b>Clientes principales</b>	Hospitales públicos (ISSS, MINSAL), hospitales privados, clínicas, instituciones de atención especializada y programas regionales de salud.
<b>Capacidades logísticas</b>	Red logística propia, centros de distribución refrigerados, flota con control de temperatura, sistema de trazabilidad electrónica.

<b>Servicios adicionales</b>	Capacitación médica continua, soporte técnico en administración de soluciones IV, asesoría farmacológica hospitalaria.
<b>Política comercial</b>	Ofrecen escalas de precios para compras institucionales, contratos anuales, opciones de financiamiento para hospitales, logística a demanda.
<b>Cumplimiento normativo</b>	Cumplen con todos los registros requeridos por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) y autorizaciones del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Fuente: Elaboración propia

## Medicina General

Tabla 116. Catálogo 1 de medicamentos de PISA

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	Hidratación intravenosa básica	\$1.40
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	Fuente calórica en hidratación IV	\$1.50
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	Soporte calórico en pacientes debilitados	\$2.80
Metronidazol 500 mg/100 mL	Solución IV lista	Antibiótico para infecciones gastrointestinales y pélvicas	\$3.50
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	Suplemento oral completo para pacientes	\$9.50

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Emergencias

Tabla 117. Catálogo 2 de medicamentos de PISA

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	Paro cardíaco, anafilaxia	\$2.60
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.70

Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	Hipopotasemia, soporte electrolítico	\$1.90
Solución Hartmann (Ringer Lactato)	Bolsa 1,000 mL	Reposición de líquidos y electrolitos	\$1.60
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	Sedación rápida en crisis convulsivas	\$3.70
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla 2 mL	Analgesia rápida en trauma o cirugía	\$5.50
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla 10 mL	Anestesia general de corta duración	\$7.20
Propofol 1%	Frasco 20 mL	Inducción anestésica en procedimientos urgentes	\$9.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

### Exámenes de Laboratorio y Soporte Clínico

Tabla 118. Catálogo 3 de medicamentos de PISA

Producto	Presentación	Uso principal	Precio estimado (USD)
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	Infecciones respiratorias, urinarias	\$2.80
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	Sepsis, infecciones nosocomiales	\$17.50
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	Infecciones intraabdominales	\$14.80
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	Infecciones resistentes a betalactámicos	\$9.50
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	Nutrición parenteral (aminoácidos)	\$11.00
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	Lípidos intravenosos en soporte nutricional	\$14.00

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedor

## Cuestionario para Proveedores Potenciales

Empresa entrevistada: Droguería PISA de El Salvador S.A. de C.V.

### Sección 1: Información General

1. **Nombre de la empresa:** Droguería PISA de El Salvador S.A. de C.V.
2. **Dirección:** Calle El Pedregal #245, Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador.
3. **Teléfono:** (503) 2298-2500
4. **Correo electrónico de contacto:** contacto@pisaelsalvador.com
5. **Representante entrevistado y cargo:** Ing. Adriana Ramírez
6. **Años de experiencia en el sector salud:** 15 años en El Salvador, con respaldo internacional del Grupo PISA (más de 75 años).
7. **¿Cuenta con certificaciones o acreditaciones?**
  - Sí – ISO 9001, BPM (Buenas Prácticas de Manufactura), BPD (Distribución), licencias CSSP, registros ante DNM.

### Sección 2: Productos/Servicios Ofrecidos

8. **¿Qué tipo de productos o servicios ofrece al sector salud?**
  - Medicamentos
  - Insumos médicos (material de curación, soluciones IV, nutrición clínica)
  - Equipos médicos
  - Servicios de mantenimiento de equipos hospitalarios
  - Otros: **Productos anestésicos, nutrición parenteral, antibióticos inyectables de uso crítico.**
9. **¿Cuenta con stock permanente o realiza pedidos bajo demanda?**  
Contamos con inventario permanente para medicamentos esenciales, soluciones y antibióticos inyectables. También ofrecemos esquemas de pedidos bajo demanda para líneas de alta especialización.
10. **¿Cuáles son sus principales clientes en el sector salud?**  
Ministerio de Salud (MINSAL), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), hospitales privados de tercer nivel, centros oncológicos, clínicas de especialidad y ONGs médicas.

### Sección 3: Capacidad Técnica y Logística

11. **¿Tiene la capacidad para proveer de manera continua los insumos necesarios para un hospital?**  
Sí. Contamos con red logística nacional, sistema de trazabilidad digital, almacenamiento con temperatura controlada, y sistema de entregas programadas.
12. **¿Cuáles son sus plazos de entrega habituales?**  
24 a 72 horas para el AMSS. Hasta 4 días hábiles para entregas departamentales. Urgencias se manejan con rutas de emergencia.
13. **¿Ofrece servicio de transporte/logística para la entrega?**
  - Sí

### Sección 4: Condiciones Comerciales

14. **¿Cuál es su política de precios y descuentos para clientes institucionales?**  
Ofrecemos escalas de precios diferenciadas por tipo de institución, volumen de compra y frecuencia. Aplicamos descuentos por contratos anuales, programas de fidelidad y consumo proyectado.
15. **¿Ofrecen opciones de crédito o financiamiento?**  
Sí. Otorgamos condiciones de crédito para instituciones con respaldo y referencias, hasta 45 días calendario en convenios marco.
16. **¿Cuál es el procedimiento para establecer acuerdos comerciales con su empresa?**  
Se realiza una reunión exploratoria, se presenta documentación institucional, se firma un convenio marco con condiciones de precio, entrega y crédito, y se asigna un ejecutivo de cuentas.

### Sección 5: Cumplimiento Normativo

17. **¿Cuenta con registro y permisos vigentes del Consejo Superior de Salud Pública u otra entidad reguladora?**  
Sí. Estamos debidamente registrados ante DNM y CSSP, tanto como distribuidor como fabricantes de productos estériles.
18. **¿Realizan auditorías o revisiones periódicas de calidad y normativas?**  
Sí. Implementamos auditorías internas continuas bajo estándares ISO, y cumplimos auditorías externas del Ministerio de Salud y del Consejo Superior de Salud Pública.

### Sección 6: Observaciones y Comentarios Finales

19. **¿Qué sugerencias tiene para facilitar el abastecimiento de insumos y equipos médicos?**  
Establecer esquemas de abastecimiento anticipado con planificación bimestral o trimestral, mantener una comunicación técnica directa con el área de farmacia hospitalaria, y priorizar productos con registros actualizados para evitar interrupciones por trámites regulatorios.
20. **Comentarios adicionales:**

A continuación, se realizará la matriz de análisis de los abastecedores considerando algunos criterios importantes como la experiencia que poseen en el sector, variedad de su cartera de insumos y medicamentos, etc.

### Matriz comparativa de abastecedores

Tabla 119. Comparativa entre los diferentes abastecedores

Criterio	Farmavid a	Santa Lucía	Integral	PISA	López	FARLAB
Experiencia en sector salud (años)	18	25	22	15	75	10

<b>Certificaciones y registros sanitarios</b>	BPD, DNM, CSSP	BPD, DNM, CSSP	BPD, DNM, CSSP	ISO, BPD, BPM, DNM, CSSP	BPM, ISO 9001, DNM, CSSP	BPD, DNM, CSSP
<b>Variedad de productos médicos</b>	Alta (genéricos e insumos)	Alta (genéricos y quirúrgicos)	Alta (medicamentos e insumos)	Alta (soluciones IV, antibióticos)	Alta (genéricos esenciales)	Media-Alta (genéricos, reactivos, insumos)
<b>Capacidad logística (transporte, trazabilidad)</b>	Media	Media-Alta	Alta	Muy Alta	Alta	Alta
<b>Stock permanente</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Tiempo promedio de entrega</b>	1–3 días	1–3 días	2–4 días	1–3 días	1–5 días	1–3 días
<b>Condiciones comerciales (crédito, descuentos)</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Especialización hospitalaria</b>	Baja	Media	Media	Alta	Media	Media
<b>Cumplimiento normativo (CSSP, DNM)</b>	Alto	Alto	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Alto
<b>Soporte técnico / postventa</b>	Limitado	No aplica	Limitado	Sí	Sí	Sí

*Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por proveedores*

## **G. Síntesis del mercado abastecedor**

### **Análisis Comparativo de Proveedores**

#### **1. Farmavida S.A. de C.V.**

##### **Fortalezas:**

- Amplia experiencia (18 años) y presencia en el sector institucional.
- Buen cumplimiento normativo (DNM y CSSP).
- Condiciones comerciales flexibles (crédito y descuentos).
- Stock permanente de medicamentos esenciales.

**Debilidades:**

- Capacidad logística media, con cobertura limitada en zonas lejanas.
- Poca especialización en líneas hospitalarias críticas (UCI, antibióticos inyectables, nutrición parenteral).
- Soporte técnico postventa limitado.

**Análisis:**

Este abastecedor es ideal como proveedor secundario de medicamentos genéricos ambulatorios y de alta rotación.

**2. Droguería Santa Lucía S.A. de C.V.****Fortalezas:**

- 25 años de experiencia sólida y reputación en el mercado.
- Amplio portafolio de productos quirúrgicos y de curación.
- Cumplimiento normativo robusto.
- Condiciones comerciales competitivas.

**Debilidades:**

- Soporte técnico inexistente (no aplica por tipo de productos).
- Nivel de especialización hospitalaria media (no es su línea fuerte).

**Análisis:**

Según lo analizado este abastecedor es una propuesta sólida para el abastecimiento general, especialmente material quirúrgico y medicamentos esenciales.

**3. Droguería Integral S.A. de C.V.****Fortalezas:**

- Excelente capacidad logística y manejo digitalizado de inventarios.
- Buen balance entre productos farmacéuticos e insumos.
- Cumplimiento normativo confiable.
- Amplia experiencia en contratos institucionales.

**Debilidades:**

- Soporte técnico limitado.
- Nivel de especialización en líneas críticas hospitalarias medio (no incluye anestesia, nutrición parenteral, etc.).

**Análisis:**

Según lo analizado es un proveedor o abastecedor equilibrado, ideal como eje central del abastecimiento general del hospital.

**4. Droguería PISA de El Salvador S.A. de C.V.****Fortalezas:**

- Alta especialización hospitalaria: soluciones IV, antibióticos inyectables, anestésicos.
- Certificaciones internacionales (ISO, BPM).
- Red logística avanzada (cadena de frío, trazabilidad completa).
- Soporte técnico robusto.

**Debilidades:**

- Menor antigüedad local (15 años) respecto a otros proveedores.
- Precios más elevados en algunos productos especializados.

**Análisis:**

Este es un abastecedor estratégico para áreas críticas del hospital (UCI, quirófano, emergencias).

**5. Laboratorios López (Grupo Procaps)****Fortalezas:**

- Mayor experiencia del grupo (75 años), planta local moderna.
- Excelente cumplimiento normativo (DNM, CSSP, ISO).
- Producción local con capacidad de respuesta ágil.
- Precios estables y competitivos.
- Soporte técnico activo.

**Debilidades:**

- Catálogo más limitado a productos esenciales y genéricos.
- Menor enfoque en líneas hospitalarias especializadas.

**Análisis:**

Abastecedor confiable para medicamentos básicos, controlados y de uso ambulatorio continuo.

## 6. FARLAB S.A. de C.V.

### Fortalezas:

- Buen desempeño logístico (flota propia, trazabilidad).
- Portafolio mixto: medicamentos + reactivos de laboratorio + material desechable.
- Condiciones comerciales accesibles.
- Cumplimiento normativo satisfactorio.

### Debilidades:

- Menor experiencia (10 años).
- Limitada especialización en líneas terapéuticas de alta complejidad.
- Sin línea quirúrgica o anestésica.

### Análisis:

Farlab se puede utilizar como un abastecedor de soporte para laboratorio clínico, insumos descartables y medicamentos comunes.

## VII. Síntesis De Resultados Del Diagnóstico Y Formulación Del Problema

### A. Situación Actual Del Hospital Divina Providencia

Se aborda la situación actual del Hospital Divina Providencia, en el distrito de Santiago Texacuangos, desde una perspectiva técnico-institucional orientada a valorar su posible reapertura. La unidad, que históricamente brindó atención médica a sectores de escasos recursos de Santiago Texacuangos y municipios vecinos, fue administrada por una organización religiosa sin fines de lucro. A lo largo del tiempo, esta institución desarrolló un modelo de atención con enfoque comunitario, basado en la cooperación externa y el voluntariado profesional (jornadas con médicos extranjeros). Sin embargo, múltiples factores operativos, financieros y normativos fueron debilitando progresivamente su capacidad de respuesta, hasta llegar a una suspensión completa de actividades en 2024.

El cierre fue precipitado por una inspección del Consejo Superior de Salud Pública, que identificó incumplimientos en áreas críticas, particularmente en quirófanos, como parte del proceso rutinario de vigilancia sanitaria. Aunque la resolución inicial ordenaba el cierre parcial de los servicios quirúrgicos, la administración decidió cesar totalmente las operaciones ante la imposibilidad de sostener el funcionamiento institucional y solventar las fallas detectadas en quirófanos. Esta decisión respondió no solo a las observaciones normativas, sino a una acumulación de dificultades estructurales no resueltas.

A partir del levantamiento de información en sitio, entrevistas con la directora del hospital y aplicación de herramientas metodológicas como listas de chequeo, 5 porqués y diagrama de Ishikawa, se identificaron hallazgos relevantes que permiten caracterizar con mayor claridad el estado actual de la institución.

En términos de infraestructura, el hospital presenta una estructura física que, si bien no muestra daños estructurales graves, evidencia deterioros significativos:

- Presencia de humedad
- Filtraciones
- Moho
- Puertas quirúrgicas no funcionales
- Falta de pintura sanitaria y revestimientos normativos.

En áreas técnicas:

- se constataron deficiencias en los sistemas de ventilación, climatización y bioseguridad, así como en la disposición y mantenimiento de equipos críticos.

Desde la perspectiva del riesgo operativo:

- Se documentó la ausencia de señalización reglamentaria
- Falta de detectores de humo
- Sin extintores funcionales
- Salidas de emergencia adecuadamente habilitadas
- Conexiones eléctricas improvisadas y tableros sin protección

lo que representa una vulnerabilidad significativa frente a contingencias. En términos de higiene ambiental, si bien no se hallaron residuos biológicos activos, se advirtió la falta de protocolos vigentes de desinfección ni trazabilidad documental en bioseguridad. Un hallazgo particularmente preocupante fue la presencia confirmada de murciélagos en un consultorio y un panal de abejas en el perímetro, lo que evidencia fallas en el control ambiental y la seguridad sanitaria.

El inventario técnico de equipo médico evidenció la existencia de una dotación considerable de insumos clasificados en su mayoría como de riesgo moderado (categoría B, según RTS 11.03.02.21), entre ellos: monitores de signos vitales, lámparas quirúrgicas, autoclaves, incubadoras, equipos de rayos X y bombas de infusión. Aunque no se verificó su funcionalidad técnica completa, se comprobó que están bajo resguardo y organizados, lo que representa una fortaleza relativa si se plantea una reactivación escalonada de los servicios.

En el ámbito institucional, los hallazgos señalan debilidades en la gestión interna. La entrevista con la directora del hospital evidenció la falta de documentación formal sobre

procesos administrativos, inexistencia de planes de sostenibilidad y poca capacidad de gestión del talento humano. Se reportó que parte del personal no cumplía con sus funciones, que las jefaturas eran formales, pero no operativas, y que no existía una cultura de supervisión o evaluación interna. Además, se indicó que, antes del cierre, el hospital ya enfrentaba serias dificultades para cubrir planilla y mantener los servicios mínimos operativos.

El análisis permitió también identificar a los actores clave con interés o influencia en torno al funcionamiento del hospital. Internamente, se reconoce:

- La organización religiosa administradora
- La junta directiva
- El personal técnico, aunque con roles y responsabilidades difusas.

Externamente, se ubican como actores estratégicos:

- Ministerio de Salud
- Consejo Superior de Salud Pública, por su función reguladora y de habilitación legal.

En el nivel territorial, las comunidades de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa figuran como población directamente afectada por el cierre, constituyendo el núcleo de la demanda insatisfecha de servicios.

También se menciona la posible participación de entidades como:

- FOSALUD
- Municipalidades
- Redes de salud pública
- Organismos de cooperación internacional, que podrían involucrarse en una futura reapertura si existieran condiciones claras de viabilidad normativa y operativa.

Varios de los hallazgos identificados permiten anticipar categorías clave para un análisis causal más profundo. Entre las causas inmediatas destacan

- Los incumplimientos normativos en infraestructura
- Equipamiento y bioseguridad

Entre las causas institucionales:

- La gestión administrativa débil
- La falta de personal calificado
- El deterioro progresivo del modelo de gobernanza interna.

En el nivel estructural se observa:

- La dependencia de financiamiento externo no renovado
- La ausencia de articulación con la red pública de salud
- Una desconexión entre la misión institucional y la realidad operativa.

Estos factores, al entrelazarse, contribuyeron a la pérdida de continuidad del servicio y al deterioro de la legitimidad técnica del establecimiento.

El marco legal salvadoreño vigente establece con claridad los requisitos para el funcionamiento de establecimientos de salud, diferenciando entre niveles de atención. Se identificó que la operación como hospital de segundo nivel implicaría cumplir con estándares técnicos, de personal, infraestructura y vigilancia más rigurosos que los actualmente alcanzables por la institución. Se abre, por tanto, la posibilidad de considerar una reconversión hacia un centro de atención primaria bajo la figura de clínica médica asistencial, opción que, si bien más acotada en alcance, se ajustaría con mayor realismo a las capacidades actuales del hospital, siempre que se cumplan las condiciones normativas mínimas exigidas por el Consejo Superior de Salud Pública y el Ministerio de Salud.

### ***B. Síntesis del mercado distribuidor***

Como parte del estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia, se realizó un análisis exhaustivo del mercado distribuidor, entendiendo este como el conjunto de mecanismos, actores y medios que facilitan que los servicios médicos lleguen efectivamente a la población. Este mercado a diferencia del abastecimiento de insumos, se enfoca en el acceso, la cobertura y la conexión funcional entre el hospital y su entorno comunitario. Entre los principales puntos que resaltan de la investigación son los siguientes:

#### **Principales hallazgos**

- **Identificación de modalidades viables de distribución:** Se evaluaron seis alternativas de distribución: telemedicina, alianzas con clínicas, convenios con aseguradoras, farmacias comunitarias, atención domiciliaria y canales digitales de seguimiento y educación en salud. De estas, tres destacaron por su mayor potencial de implementación: **Telemedicina, Convenios con aseguradoras y Canales digitales de seguimiento y educación en salud.**
- **Actores con alta capacidad técnica y operativa:** Entre los distribuidores analizados, **Mediquo** se destacó por su funcionalidad clínica robusta y adaptabilidad tecnológica; **Seguros SISA** por su experiencia, cobertura y gestión eficiente; y canales como **Redes Sociales** y **Mensajería Instantánea** por su alta aceptación comunitaria y bajo costo operativo.
- **Relevancia estratégica de los canales digitales de seguimiento y educación en salud:** Se evidenció que estos medios pueden fortalecer el vínculo hospital-comunidad, brindar educación en salud, difundir servicios e incluso permitir seguimiento remoto, ampliando así el alcance territorial y social del hospital.

## Problemas detectados para el Hospital Divina Providencia

- **Ausencia de mecanismos previos de distribución estructurada:** No se identifican antecedentes de alianzas, convenios ni plataformas que hayan facilitado la llegada sistemática de los servicios hospitalarios a la población. Esto ha limitado el posicionamiento territorial del hospital.
- **Desconexión con actores clave del ecosistema de salud:** El hospital no cuenta actualmente con redes de trabajo activas con aseguradoras, farmacias comunitarias ni plataformas tecnológicas. Esto dificulta la integración con el sistema local y reduce su competitividad operativa.
- **Bajo aprovechamiento de canales digitales institucionales:** No existen medios digitales formales del hospital para la comunicación o promoción de servicios, lo que limita su visibilidad, su relación con la comunidad y su capacidad para captar demanda.
- **Falta de estrategias de distribución inclusivas:** No se han establecido mecanismos dirigidos a sectores vulnerables o de difícil acceso, como adultos mayores, personas con movilidad reducida o población rural, lo cual compromete la equidad en el acceso a la salud.
- **Limitado conocimiento del entorno operativo de distribuidores:** A pesar de la existencia de plataformas y empresas con alto potencial, el hospital carecía de estudios previos que le permitieran reconocer sus condiciones de integración, sostenibilidad o viabilidad técnica.

### Análisis del mercado distribuidor

El estudio del mercado distribuidor revela que el Hospital Divina Providencia enfrenta un entorno con amplias oportunidades para fortalecer su alcance territorial, mejorar la accesibilidad de sus servicios y garantizar su sostenibilidad operativa. Sin embargo, la ausencia de mecanismos previos de articulación con aseguradoras, plataformas tecnológicas o medios de difusión limita su capacidad actual para insertarse eficazmente en la red de atención en salud.

Frente a ello, el hospital debe priorizar la implementación de **alianzas estratégicas con actores ya posicionados** y altamente funcionales, como plataformas de telemedicina (Mediquo), aseguradoras consolidadas (Seguros SISA) y canales digitales de seguimiento y educación en salud (redes sociales, mensajería instantánea y medios comunitarios), para construir un modelo de distribución **moderno, accesible y centrado en el paciente**.

Este posicionamiento permitirá al hospital no solo mejorar la cobertura y captar nuevos usuarios, sino también **articularse funcionalmente con el sistema de salud local**, optimizar sus recursos y consolidarse como un actor clave en la atención médica de la zona. La sostenibilidad y legitimidad del hospital dependerán en gran medida de su capacidad para conectar con su población objetivo a través de estos medios.

### *C. Síntesis del mercado competidor*

En el marco del estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia, se realizó un análisis del entorno competitivo en salud en su zona de influencia. Se evaluaron nueve instituciones, clasificadas como competencia directa, indirecta o

Servicios sustitutos, mediante criterios técnicos y operativos. A continuación, se presentan los principales puntos a resaltar:

#### **Principales hallazgos:**

- Las instituciones de competencia directa (unidades de salud y clínicas municipales) presentan buena aceptación comunitaria, pero operan exclusivamente en el primer nivel, sin capacidad de hospitalización ni especialidades clínicas.
- En la competencia indirecta, se identificó que los consultorios médicos privados que ofrecen atención inmediata y cercana a costos bajos, mientras que los laboratorios clínicos complementan el acceso al diagnóstico con rapidez y bajo precio. Ambos tipos de instituciones representan una amenaza operativa al captar usuarios por conveniencia y facilidad de acceso.
- Los Servicios sustitutos, como teleconsultas del ISSS, la línea de telemedicina “131”, y la medicina alternativa/autocuidado, revelan una fuerte tendencia hacia formas no tradicionales de atención médica. Estas opciones ganan terreno gracias a su autonomía, inmediatez, orientación cultural o accesibilidad digital.

#### **Problemas detectados:**

- **Ausencia de estudios previos sobre el entorno competitivo:** El Hospital Divina Providencia no contaba con antecedentes de análisis estructurado sobre los actores que compiten por la atención de su población objetivo, lo que ha limitado históricamente su capacidad para diseñar estrategias de posicionamiento frente al mercado real.
- **Condiciones institucionales poco diferenciadas en la zona:** Las instituciones que operan en el territorio presentan un perfil homogéneo orientado al primer nivel de atención. Esta similitud podría dificultar que el Hospital Divina se distinga claramente si no define un enfoque de primer nivel con servicios complementarios y mayor resolutivez (o como segundo nivel como lo es actualmente).
- **Entorno con fuerte presencia de prestadores con arraigo comunitario:** Muchos de los competidores directos e indirectos poseen legitimidad social, aceptación histórica o identificación cultural con los usuarios, lo que representa un desafío para el hospital al momento de generar confianza y captar demanda.
- **Presión por parte de alternativas de atención no institucionalizadas:** Prácticas como la medicina alternativa y el autocuidado podrían tener una presencia significativa en la zona, lo que llegaría a desviar parte del flujo de pacientes si el hospital no considera estas dinámicas dentro de su estrategia de captación.
- **Limitada articulación con la red de prestadores locales:** No se identifican mecanismos formales que integren al hospital dentro de una red funcional de referencia y contrarreferencia. Esta desconexión reduce su visibilidad como opción resolutivez y afecta su inserción operativa en el sistema local de salud.

#### **Análisis del mercado competidor**

El estudio del mercado competidor evidencia que el Hospital Divina Providencia se proyecta en un entorno donde predominan instituciones de primer nivel con servicios básicos, buena aceptación comunitaria y accesibilidad, pero sin capacidad resolutivez para atención especializada ni hospitalización. Tampoco se había realizado previamente un

estudio estructurado de este tipo, lo que representa una debilidad institucional frente a un entorno dinámico y con actores bien posicionados.

Frente a este escenario, el hospital tiene la oportunidad de consolidarse como un **centro de primer nivel (o segundo nivel como lo es actualmente)**, enfocado en el internamiento en unidad de cuidados intermedios/no hospitalarios, diagnóstico integral y especialidades básicas. Para lograrlo, debería de:

- Articularse con los actores locales mediante esquemas de referencia.
- Diferenciarse por su capacidad técnica, eficiencia y atención humanizada.
- Integrar herramientas digitales y estrategias comunitarias para responder a las nuevas formas de demanda.

Este posicionamiento permitirá al Hospital Divina Providencia ocupar un espacio aún no cubierto, captando demanda insatisfecha y fortaleciendo su papel dentro del sistema de salud local.

#### ***D. Síntesis mercado consumidor***

##### **Principales hallazgos:**

- **Alta disposición al uso:** Un 47% de la población encuestada manifestó que sí utilizaría los servicios del hospital si se reabriera, lo que representa una base sólida de usuarios comprometidos. Además, un 43% de usuarios indecisos representa una oportunidad de captación a mediano plazo.
- **Servicios más demandados:** Los servicios prioritarios para las familias son medicina general, emergencias, exámenes de laboratorio, ginecología y pediatría, concentrando más del 85% de las preferencias. Esto orienta claramente la cartera de servicios que el hospital debería priorizar.
- **Distribución demográfica equilibrada:** Los cuatro municipios presentan una población significativa (más de 107,000 habitantes en total), lo que sustenta la necesidad de una infraestructura hospitalaria regional sólida.
- **Proyecciones realistas:** Las proyecciones con base en una tasa de crecimiento del 2% anual y una línea base de 12,000 usuarios demuestran una evolución gradual, pero consistente, de la demanda si se mantiene la confianza en el servicio.

##### **Problemáticas identificadas:**

- **Desconfianza institucional:** Un 10% de usuarios declaró que no utilizaría el hospital, reflejando una pérdida de confianza que debe atenderse con estrategias comunicativas y mejoras visibles.
- **Acceso desigual a servicios:** En comunidades rurales o más alejadas del casco urbano, los servicios médicos son menos frecuentes, lo que limita el acceso oportuno y podría dificultar la fidelización de usuarios si no se ofrecen facilidades.

- **Competencia fuerte:** Centros privados como el Hospital de Diagnóstico en San Salvador atienden a más de 60,000 pacientes al año, lo que evidencia una competencia con infraestructura consolidada, mejor posicionamiento y amplia oferta.
- **Preferencia por sector privado con alto estándar:** Si bien la población está dispuesta a usar el hospital, la percepción de calidad y la experiencia previa juegan un papel decisivo. Un mal servicio podría revertir rápidamente la intención de uso.

#### **Limitaciones del estudio:**

- **Representatividad parcial:** Aunque la encuesta fue aplicada en los cuatro municipios, las respuestas podrían no reflejar por completo la diversidad socioeconómica y cultural de todos los grupos poblacionales.
- **Falta de datos históricos completos:** Solo se cuenta con la estimación de 12,000 usuarios anuales como línea base. No se dispone de registros desagregados por servicio, edad o tipo de atención.
- **Supuestos proyectivos:** Las proyecciones están basadas en tendencias poblacionales, crecimiento estimado y preferencias, pero pueden variar si se presentan eventos sanitarios, cambios económicos o intervenciones estatales.

### ***E. Síntesis mercado abastecedor***

#### **Hallazgos principales**

- **Presencia consolidada de proveedores nacionales e internacionales:** Se identificaron laboratorios y distribuidores ampliamente posicionados como Laboratorios Vijosa, Saval y López, así como representantes de marcas internacionales como Siemens, GE Healthcare, Philips y Mindray. Estos proveedores cubren medicamentos, insumos médicos y equipamiento especializado.
- **Normativas claras y regulaciones activas:** El mercado está regulado por entidades como el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), que garantizan estándares mínimos de calidad, trazabilidad, y registro sanitario de productos.
- **Capacidad técnica y logística diversificada:** La mayoría de empresas proveedoras cuenta con experiencia comprobada, redes logísticas y servicios técnicos integrales, incluyendo mantenimiento y capacitación, lo cual fortalece su confiabilidad como socios estratégicos.
- **Tendencia al uso de medicamentos genéricos:** Se observa una expansión sostenida de medicamentos genéricos como alternativa costo-efectiva, lo que puede contribuir a la sostenibilidad financiera del hospital.

#### **Problemáticas identificadas**

- **Concentración del mercado en pocos actores:** A pesar de la diversidad, el mercado sigue dominado por un grupo reducido de grandes distribuidores, lo que puede limitar la competitividad de precios y generar dependencia institucional.
- **Ausencia de precios públicos accesibles:** Durante la investigación de mercado, se intentó consultar precios en los sitios web de abastecedores y distribuidores, pero se comprobó que la mayoría de proveedores no publica precios en línea, o bien exigen contacto directo con un ejecutivo comercial. Esto dificulta la comparación de costos, la proyección de márgenes y la planificación de alianzas bajo criterios de transparencia.
- **Falta de digitalización en los canales de distribución:** No se dispone aún de sistemas de gestión digital que permitan coordinar reservas, referenciaciones, seguimiento remoto de pacientes o distribución de tratamientos. Esto reduce la capacidad de modernizar el modelo de atención y alcanzar a usuarios con barreras geográficas o de movilidad.

## F. Matriz de involucrados

La matriz de involucrados es una herramienta analítica que permite identificar y clasificar a las partes interesadas que podrían tener influencia, interés o verse afectadas por la posible reapertura del Hospital Divina Providencia. En el marco de un estudio de factibilidad, esta matriz facilita el análisis de actores clave para el diagnóstico del entorno institucional, social, económico y operativo, así como para la recolección de información estratégica. Evaluar su nivel de influencia e interés permite anticipar factores críticos que podrían incidir en la viabilidad técnica, económica, legal y social del proyecto.

A continuación, se describen los principales involucrados relevantes para el estudio:

Tabla 120. Matriz de involucrados

N°	Involucrados	Rol	Recursos	Interés	Posición
1.	Junta Directiva - Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás	Propietario, tomador de decisiones de actividades realizadas en la entidad, así como agente final si la reapertura avanza y las condiciones de la misma	Infraestructura, mobiliario y terreno.	Lograr una reapertura adecuada y sostenible con el tiempo.	A favor
			Red de donantes y voluntarios.	Lograr la autosostenibilidad del hospital.	
			Visión y misión institucional.	Cumplir con la misión y visión institucional.	
			Información y experiencia en el manejo del hospital.	Preservar y mejorar la reputación institucional.	
2.	Ministerio de Salud (MINSAL)	Rector del sistema; valida cartera de servicios y perfiles de puestos y servicios	Lineamientos técnicos.	Aumentar los centros de servicios médicos	A favor
			Datos de demanda proyectada.		

			Normativa sanitaria.	Cumplimiento normativo del hospital.	
3.	Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)	Órgano regulador; Fiscaliza, certifica y autoriza el funcionamiento hospitalario.	Licencias y registros sanitarios.	Asegurar el cumplimiento de requisitos mínimos normativos.	A favor
			Inspectores especializados.	Garantizar la seguridad del paciente.	
			Base legal para sanciones o cierre.		
4.	Directora del hospital	Líder operativa; concentra datos clínicos y administrativos, así como la dirección propia del hospital.	Experiencia en el manejo, gestión y administración de recursos hospitalarios.	Reapertura segura y sostenible con el tiempo.	A favor
			Conocimiento de la situación actual e historia del hospital.	Obtener permisos y licencias de operación.	
			Red de contactos relacionados a las actividades del hospital	Cumplir con los requisitos normativos.	
5.	Comunidades beneficiarias (Santiago Texacuangos, San Luis Talpa, Olocuilta, Santo Tomás / Mercado consumidor)	Mercado consumidor / beneficiarios	Capacidad de pago por servicios	Obtener servicios médicos de calidad.	A favor
			Nivel de conformidad con el hospital	Obtener servicios médicos a bajo costo	
			Libertad de recomendación en beneficio del hospital	Recibir trato digno y atención oportuna.	

6.	Personal médico, de enfermería y administrativo (potencial)	Recurso humano crítico; Base operativa y soporte técnico.	Competencias/Conocimiento médico.	Obtener fuente de ingreso.	A favor
			Experiencia hospitalaria.	Crecimiento profesional.	
			Redes de contactos médicos y pacientes.	Cumplir con las actividades encomendadas por la entidad.	
7.	Instituciones financieras (banca pública / privada)	Financiadores potenciales del proyecto.	Recursos económicos para financiamiento.	Obtener beneficios sobre los intereses del monto financiado.	Neutral
8.	ONGs y organismos internacionales	Aliados técnicos y posibles financiadores.	Programas de ayuda humanitaria.	Lograr el cumplimiento de programas de ayuda humanitaria.	A favor
			Capacidad de financiamiento.	Ejecutar proyectos con impacto social positivo.	
			Lineamientos y programas de formación.	Contribuir al cumplimiento del ODS 3: Salud y bienestar.	
9.	Abastecedores de insumos médicos y farmacéuticos	Garantizan la cadena de suministros.	Capacidad de abastecimiento.	Abastecer a la entidad con insumos requeridos en cantidad y forma.	A favor

				Obtener beneficios económicos.	
				Ser abastecedor y proveedor de la entidad a corto y largo plazo.	
10.	Ministerio de Medio Ambiente (MARN)	Autoriza el Plan de Gestión Ambiental y el manejo de residuos biomédicos.	Normativas y regulaciones de funcionamiento.	Garantizar el cumplimiento de la normativa ambiental nacional	A favor
			Licencia y autorización de operación.	Prevenir impactos ambientales negativos locales.	
				Fomentar prácticas de salud ambiental y sostenibilidad hospitalaria.	
11.	Alcaldía de Santiago Texacuangos	Autoridad local; emite licencias de apertura, reglas tributarias y lineamientos operativos.	Permisos de operación.	Cumplir con las normas gubernamentales del distrito.	A favor
			Marco jurídico.	Documentación legal de la entidad	
			Marco tributario del distrito.		
12.	Distribuidores de servicios hospitalarios	Canales estratégicos para ampliar cobertura.	Plataformas digitales/Software especializado	Obtener beneficio económico al	A favor

	(telemedicina, aseguradoras, plataformas digitales)			hacer alianza con el hospital.	
			Cartera de clientes potenciales	Establecer contratos estables y a largo plazo.	
13.	Competidores (Competencia directa, Indirecta y Servicios sustitutos)	Competidores y ofertantes de alternativas de Servicios de salud; influyen en precios, captación de clientes, así como representantes de riesgos en el éxito de la reapertura.	Capacidad instalada.	No perder la fidelidad de sus clientes.	En contra
			Experiencia en el mercado.	No perder participación en el mercado.	
			Cientes fidelizados/Confianza en servicios.	Preservar ventajas competitivas actuales.	

Fuente: Elaboración propia

## Análisis de involucrados

El análisis de involucrados en el estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia se centra en la identificación, evaluación y caracterización de las personas, instituciones, organizaciones y sectores que poseen algún grado de interés, influencia o afectación ante la posible reactivación del hospital. Este análisis permite anticipar oportunidades, riesgos y niveles de colaboración o resistencia que podrían incidir en la viabilidad técnica, normativa, financiera y social del proyecto.

Para ello, se ha clasificado a cada involucrado considerando tres dimensiones clave:

- **Poder:** se refiere a la capacidad del actor para incidir directamente en el desarrollo, autorización, financiamiento o aceptación social de la reapertura.
- **Intensidad:** representa el nivel de interés real o potencial que el actor tiene frente a la reapertura del hospital, ya sea por los beneficios que puede recibir o por los riesgos que percibe.
- **Posición:** indica la postura general del actor frente a la reapertura, utilizando la siguiente codificación:
  - “+” si manifiesta o se proyecta un **apoyo positivo**,
  - “-” si existe una **posición contraria o de resistencia**,
  - “=” si se identifica una **postura neutral o de observación**.

Tanto el poder como la intensidad se han ponderado con una escala de 1 a 5, donde 1 representa un grado bajo y 5 un grado alto.

Este enfoque facilita la planificación estratégica dentro del estudio de factibilidad, permitiendo diseñar mecanismos de gestión de actores clave, establecer canales de diálogo técnico o político, y reducir las posibilidades de conflicto o bloqueo institucional en etapas posteriores.

Tabla 121. Ponderación de poder de los involucrados

<b>Poder</b>	
<b>Ponderación</b>	<b>Descripción</b>
1	No tiene ningún impacto en la viabilidad ni en las decisiones relacionadas con la reapertura del hospital.
2	Tiene una influencia mínima y poco significativa en la viabilidad o en las decisiones de la reapertura del hospital.
3	Posee un nivel moderado de influencia en aspectos puntuales de la reapertura.
4	Tiene una influencia notable y juega un papel importante en decisiones técnicas, normativas o financieras del hospital.
5	Es extremadamente influyente y tiene un rol decisivo en la aprobación, legitimación y ejecución de actividades del hospital.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 122. Ponderación de intensidad de los involucrados

<b>Intensidad</b>	
<b>Ponderación</b>	<b>Descripción</b>
1	Muestra un interés nulo o casi nulo en el proceso de reapertura del hospital o sus resultados.
2	Presenta un bajo nivel de interés, vinculado a impactos que pueda generar la reapertura.
3	Tiene un interés moderado, percibe beneficios o riesgos equilibrados frente a la reapertura del hospital.
4	Demuestra un interés considerable debido al impacto que la reapertura puede tener en sus operaciones, funciones o entorno.
5	Está altamente interesado y comprometido con la reapertura del hospital, ya que le afectan directamente o representan una oportunidad estratégica.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 123. Evaluación de involucrados

<b>N°</b>	<b>Involucrado</b>	<b>Posición</b>	<b>Poder</b>	<b>Intensidad</b>
1.	Junta Directiva - Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás	+	5	5
2.	Ministerio de Salud (MINSAL)	+	4	5
3.	Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)	+	4	4
4.	Directora del hospital	+	4	5
5.	Comunidades beneficiarias (Santiago Texacuangos, San Luis Talpa, Olocuilta, Santo Tomás / Mercado consumidor)	+	4	3
6.	Personal médico, de enfermería y administrativo (potencial)	+	3	3
7.	Instituciones financieras (banca pública / privada)	=	4	3

8.	ONGs y organismos internacionales	+	4	4
9.	Abastecedores de insumos médicos y farmacéuticos	+	2	3
10.	Ministerio de Medio Ambiente (MARN)	+	4	3
11.	Alcaldía de Santiago Texacuangos	+	4	3
12.	Distribuidores de servicios hospitalarios (telemedicina, aseguradoras, plataformas digitales)	+	2	3
13.	Competidores (Competencia directa, Indirecta y Servicios sustitutos)	-	3	4

*Fuente: Elaboración propia*

A partir de los valores obtenidos en la tabla anterior, los resultados se presentan de manera gráfica, donde los números asignados a cada actor corresponden al orden en la matriz de involucrados para la reapertura del hospital.

Los actores identificados con posición neutral (=) son:

- Instituciones financieras (banca pública / privada): su objetivo es neutral, ya que al ser una ONG probablemente reciba recursos o capital de otras entidades, por lo que las posibilidades de beneficiarse económicamente del hospital son bajas.

Se debe considerar que en la representación gráfica únicamente se incluyen aquellos actores cuya posición frente a la reapertura es favorable (+) o contraria (-), dado que son los que pueden influir directamente en el proceso de reapertura, ya sea facilitando su desarrollo o generando resistencia. Su visualización permite enfocar las estrategias de gestión hacia quienes presentan un impacto activo y relevante sobre el destino del hospital.

#### **Involucrados a favor (+):**

1. Junta Directiva - Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás
2. Ministerio de Salud (MINSAL)
3. Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)
4. Directora del hospital
5. Comunidades beneficiarias (Santiago Texacuangos, San Luis Talpa, Olocuilta, Santo Tomás / Mercado consumidor)
6. Personal médico, de enfermería y administrativo (potencial)
7. ONGs y organismos internacionales
8. Abastecedores de insumos médicos y farmacéuticos
9. Ministerio de Medio Ambiente (MARN)
10. Alcaldía de Santiago Texacuangos
11. Distribuidores de servicios hospitalarios (telemedicina, aseguradoras, plataformas digitales)

## Representación gráfica de los involucrados a favor:

Figura 110. Involucrados a favor

Poder alto	5					1,
	4			5, 9, 10	3, 7	2, 4
	3			6		
	2			8, 11		
Poder bajo	1					
		1	2	3	4	5
		Baja intensidad				Alta intensidad

Fuente: Elaboración propia

**Análisis:** Los involucrados con mayor influencia en la reapertura del Hospital Divina Providencia, al ubicarse en la posición (5,5), son la Junta Directiva de la Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás, al tener control absoluto sobre la decisión y dirección del hospital. Le siguen el Ministerio de Salud y la directora del hospital (4,5), con roles clave en la integración al sistema público y la gestión operativa. Con influencia relevante (4,4) están el CSSP, y ONGs. Luego se encuentra el MARN, la Alcaldía y la comunidad (4,3) con poder significativo pero neutrales en su intensidad. Le sigue el personal médico potencial (3,3) quienes se mantienen neutrales según la matriz. Mientras que los abastecedores y distribuidores (2,3) mantienen un rol logístico que, aunque de poder limitado, requiere una gestión activa para garantizar continuidad en el suministro.

### Involucrados en contra:

12. Competidores (Competencia directa, Indirecta y Servicios sustitutos)

## Representación gráfica de los involucrados en contra:

Figura 111. Involucrados en contra

Poder alto	5					
	4					
	3			12		
	2					
Poder bajo	1					
		1	2	3	4	5
		Baja intensidad				Alta intensidad

Fuente: Elaboración propia

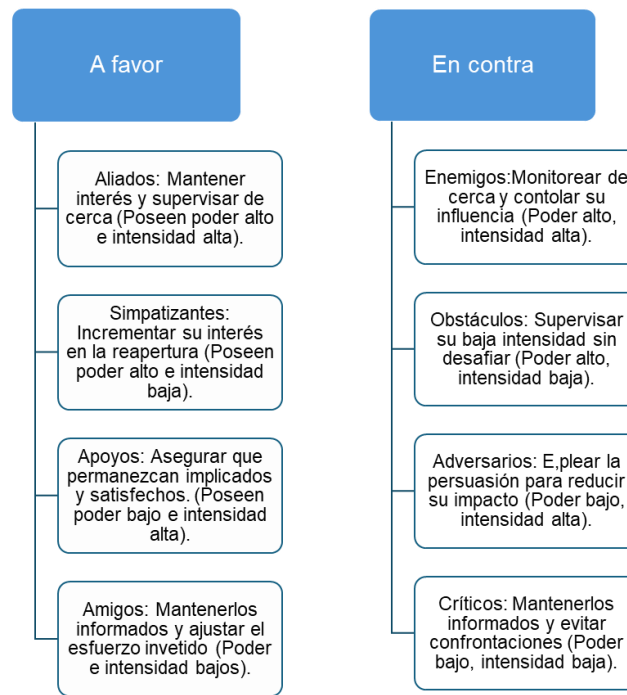
**Análisis:** Solamente se cuenta con un involucrado que se opone a la reapertura del hospital: los competidores, tanto directos como indirectos. Su posición en la matriz (3,4) refleja un poder medio y una intensidad de interés alta. Los competidores directos, en su mayoría organizaciones de beneficencia, no buscan lucrarse, pero pueden percibir la reapertura como una fuente de sobrecapacidad, fragmentación de pacientes o descoordinación territorial, lo cual afecta su sostenibilidad social y operativa. Por otro lado, los competidores indirectos o servicios sustitutos, como clínicas privadas o laboratorios privados, sí podrían responder desde una lógica más competitiva, recurriendo a ajustes de precios, campañas de posicionamiento o captación de personal médico. Por tanto, es necesario monitorear ambos perfiles, gestionando a los primeros desde una perspectiva de colaboración e integración comunitaria, y a los segundos mediante una propuesta de valor sólida y diferenciada.

### Definición de estrategias

Una estrategia, en el marco de este estudio, se define como un plan general de acción orientado a responder a los intereses, niveles de influencia y posiciones de los actores involucrados en la reapertura del Hospital Divina Providencia. Su finalidad es servir como una base de análisis para anticipar comportamientos, facilitar la toma de decisiones informadas y orientar posibles acciones en función del contexto y los objetivos de la reapertura.

## Categoría de involucrados

Figura 112. Categorías de involucrados



Fuente: Elaboración propia

A partir de estas categorías, análisis y gráficos planteados con anterioridad, procedemos a definir las estrategias para los involucrados más relevantes, las cuales se presentan a continuación:

Tabla 124. Categoría y Estrategias para involucrados

N°	Involucrados	Interés	Categoría	Estrategias
1.	Junta Directiva - Congregación de las Hermanas Agustinas de San Nicolás	Lograr una reapertura adecuada y sostenible con el tiempo.	Aliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incluir a la Junta en las decisiones clave de reapertura.</li> <li>➤ Presentar informes periódicos sobre el avance del proceso.</li> <li>➤ Asegurar que el modelo de gestión refleje su visión institucional.</li> </ul>
		Lograr la autosostenibilidad del hospital.		
		Cumplir con la misión y visión institucional.		
		Preservar y mejorar la reputación institucional.		
2.	Ministerio de Salud (MINSAL)	Aumentar los centros de servicios médicos	Aliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestionar asistencia técnica durante el proceso de reapertura.</li> <li>➤ Firmar convenio marco para fortalecimiento institucional.</li> </ul>
		Cumplimiento normativo del hospital.		
3.	Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)	Asegurar el cumplimiento de requisitos mínimos normativos.	Aliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entregar toda la documentación requerida con anticipación.</li> <li>➤ Asegurar que las instalaciones y protocolos cumplan estándares.</li> <li>➤ Establecer comunicación permanente para auditorías o visitas técnicas.</li> <li>➤ Dar seguimiento a observaciones o no conformidades previas.</li> </ul>
		Garantizar la seguridad del paciente.		
4.	Directora del hospital	Reapertura segura y sostenible con el tiempo.	Aliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Designarla responsable del plan operativo de reapertura.</li> <li>➤ Dotarla de herramientas para seguimiento y control del proceso.</li> <li>➤ Incluirla en gestión de permisos, contratos y proveedores.</li> </ul>
		Obtener permisos y licencias de operación.		
		Cumplir con los requisitos normativos.		

N°	Involucrados	Interés	Categoría	Estrategias
5.	Comunidades beneficiarias (Santiago Texacuangos, San Luis Talpa, Olocuilta, Santo Tomás / Mercado consumidor)	Obtener servicios médicos de calidad.	Simpatizantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tomar en cuenta opiniones compartidas durante el estudio de mercado consumidor</li> <li>➤ Analizar la aceptación del hospital y realizar ajustes necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes</li> </ul>
Obtener servicios médicos a bajo costo	Recibir trato digno y atención oportuna.			
6.	Personal médico, de enfermería y administrativo (potencial)	Obtener fuente de ingreso. Crecimiento profesional.		
Cumplir con las actividades encomendadas por la entidad.				
7.	Instituciones financieras (banca pública / privada)	Obtener beneficios sobre los intereses del monto financiado.	Apoyos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentar planes de negocios sólidos.</li> <li>➤ Demostrar la capacidad de liquidez de la entidad</li> </ul>
8.	ONGs y organismos internacionales	Lograr el cumplimiento de programas de ayuda humanitaria.	Simpatizantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solicitar insumos o apoyo financiero para la reapertura.</li> <li>➤ Incluir indicadores ODS en el planteamiento de reapertura.</li> </ul>
Ejecutar proyectos con impacto social positivo.				

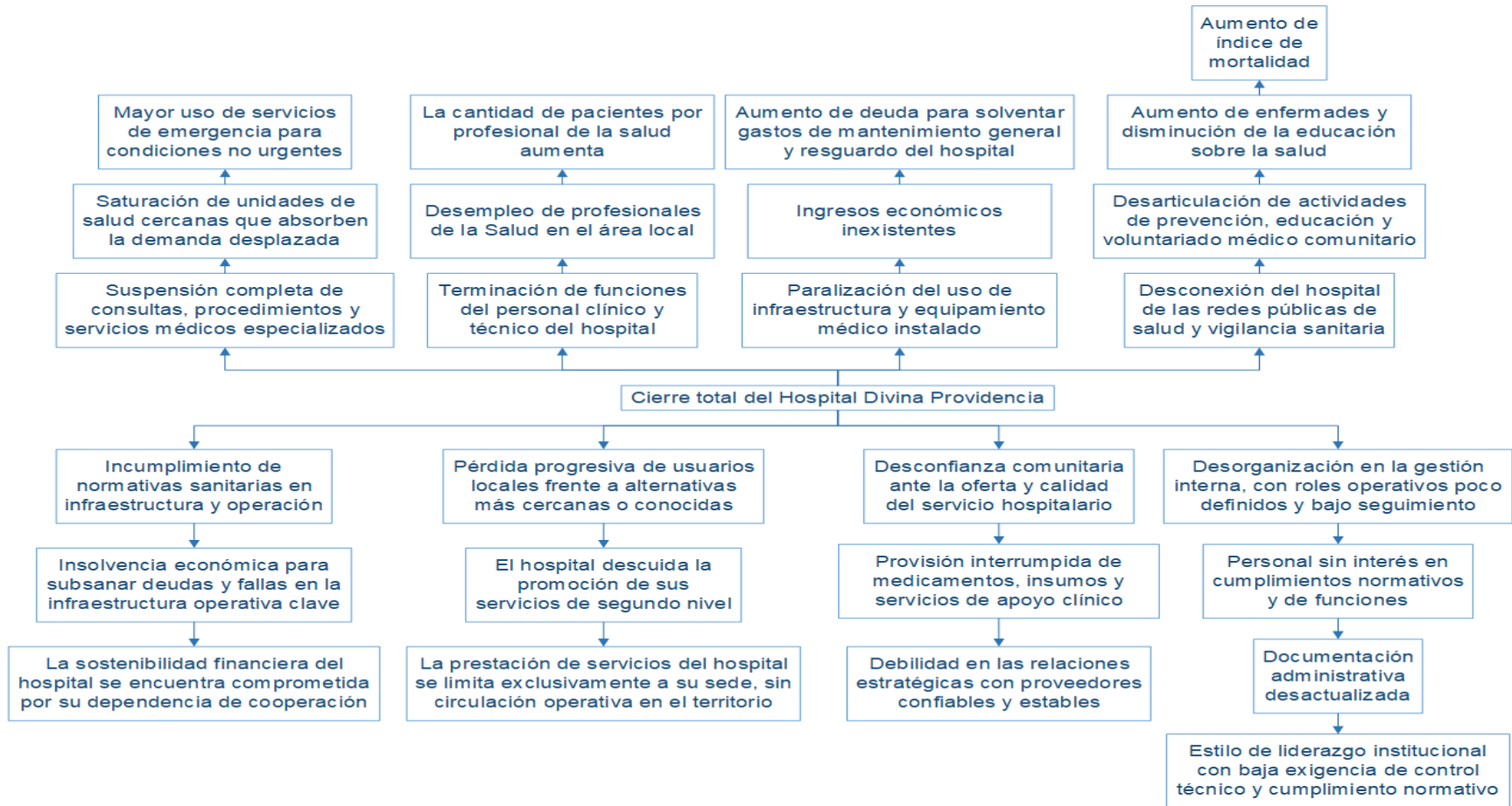
N°	Involucrados	Interés	Categoría	Estrategias
		Contribuir al cumplimiento del ODS 3: Salud y bienestar.		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentar proyecciones financieras atractivas para donantes.</li> <li>➤ Permitir monitoreo y rendición de cuentas desde el inicio.</li> </ul>
9.	Abastecedores de insumos médicos y farmacéuticos	<p>Abastecer a la entidad con insumos requeridos en cantidad y forma.</p> <p>Obtener beneficios económicos.</p> <p>Ser abastecedor y proveedor de la entidad a corto y largo plazo.</p>	amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer relaciones sólidas a largo plazo.</li> <li>➤ Establecer contratos para asegurar la calidad de los insumos médicos.</li> <li>➤ Negociar precios competitivos sin afectar continuidad.</li> </ul>
10.	Ministerio de Medio Ambiente (MARN)	<p>Garantizar el cumplimiento de la normativa ambiental nacional</p> <p>Prevenir impactos ambientales negativos locales.</p> <p>Fomentar prácticas de salud ambiental y sostenibilidad hospitalaria.</p>	Simpatizantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incluir medidas de mitigación ante impactos identificados.</li> <li>➤ Diseñar y definir protocolos de gestión de residuos hospitalarios.</li> <li>➤ Asegurar cumplimiento de normativas durante toda la operación.</li> </ul>
11.	Alcaldía de Santiago Texacuangos	<p>Cumplir con las normas gubernamentales del distrito.</p> <p>Documentación legal de la entidad</p>	Simpatizantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumplir con las regulaciones y normativas del estado.</li> <li>➤ Mantener una comunicación abierta y transparente con las autoridades reguladoras.</li> </ul>

N°	Involucrados	Interés	Categoría	Estrategias
12.	Distribuidores de servicios hospitalarios (telemedicina, aseguradoras, plataformas digitales)	Obtener beneficio económico al hacer alianza con el hospital.	Amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir requisitos mínimos para alianzas funcionales.</li> <li>➤ Firmar contratos antes del inicio de operaciones.</li> <li>➤ Establecer cláusulas de servicio y soporte técnico desde el día uno.</li> <li>➤ Establecer monitoreo conjunto sobre desempeño inicial.</li> </ul>
		Establecer contratos estables y a largo plazo.		
13.	Competidores (Competencia directa, Indirecta y Servicios sustitutos)	No perder la fidelidad de sus clientes.	Adversarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar programas de fidelización.</li> <li>➤ Diferenciar oferta en calidad, cercanía y enfoque social.</li> <li>➤ Incrementar la publicidad y promoción de los servicios ofrecidos por el hospital.</li> </ul>
		No perder participación en el mercado.		
		Preservar ventajas competitivas actuales.		

Fuente: Elaboración propia

**G. Árbol de problema**

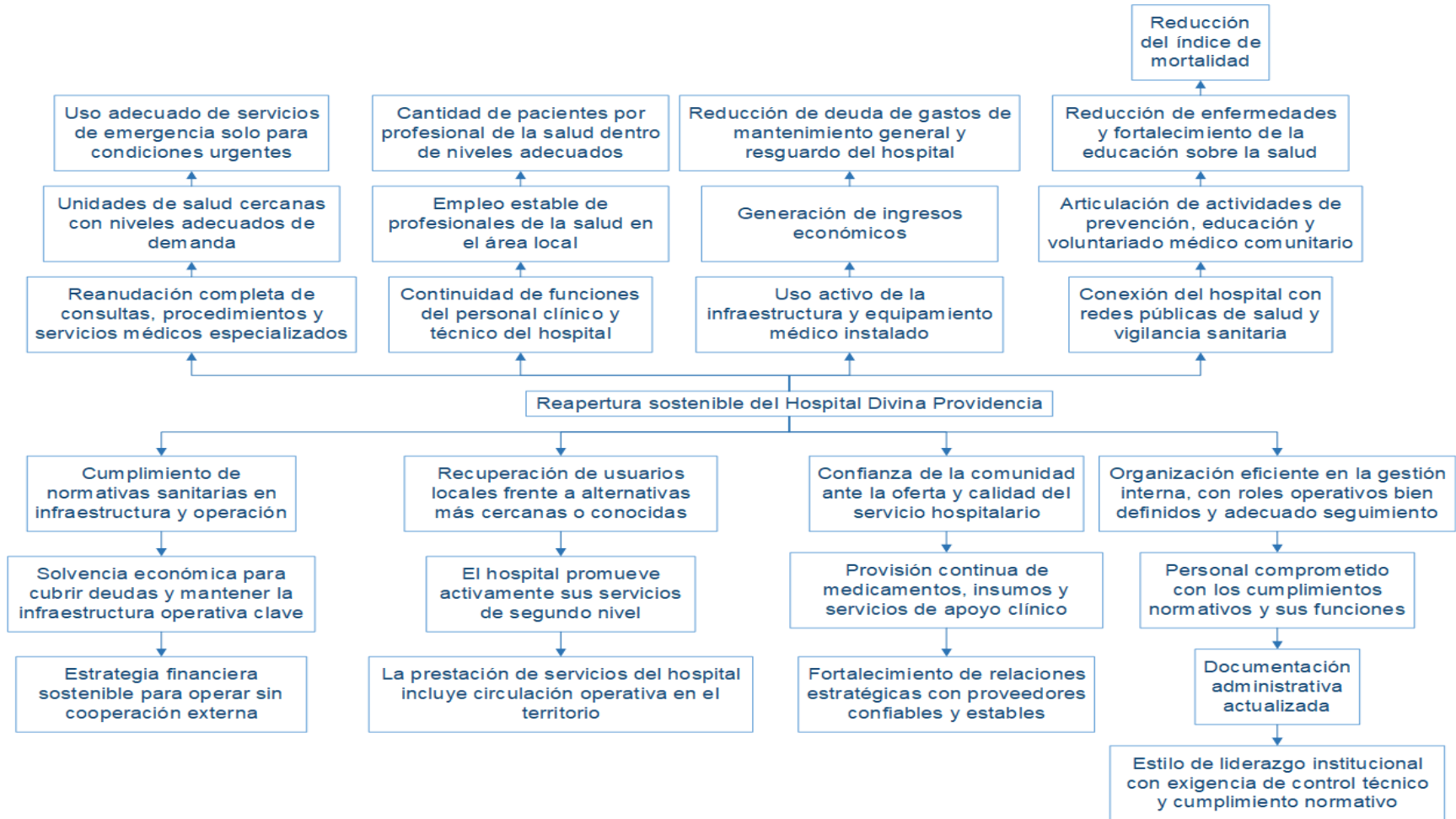
Figura 113. Árbol de problema



Fuente: Elaboración propia

**H. Árbol de objetivos**

Figura 114. Árbol de objetivos



Fuente: Elaboración propia

## I. Descripción de las causas del problema

Tabla 125. Descripción de las causas

Causa	Nivel	Descripción
<p><b>Incumplimiento de normativas sanitarias en infraestructura y operación</b></p>	<p>Primer</p>	<p>El hospital presentó deficiencias estructurales y técnicas que no cumplían con los estándares exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Entre las fallas documentadas se incluyen paredes y pisos no sanitizables, techos con filtraciones, presencia de moho, ausencia de lavamanos quirúrgicos, sistemas de ventilación sin filtros adecuados y falta de insumos médicos mínimos. Estas condiciones derivaron en observaciones oficiales que motivaron la orden de cierre parcial, posteriormente transformada en cierre total por decisión institucional (porcentaje de incumplimiento 62.75% indispensables, 66.66% necesarios)</p>
<p><b>Pérdida progresiva de usuarios locales frente a alternativas más cercanas o conocidas</b></p>	<p>Primer</p>	<p>El hospital operaba en un entorno con múltiples prestadores de servicios de salud de primer nivel, muchos con legitimidad comunitaria, accesibilidad geográfica y estrategias culturales o digitales atractivas. La ausencia de un estudio previo del entorno competitivo limitó la capacidad del hospital para posicionarse frente a estas alternativas, lo que facilitó la migración progresiva de su demanda hacia opciones más convenientes o consolidadas. Según los resultados obtenidos en la encuesta del mercado consumidor, el 55.41 % de la población desconoce el hospital y, entre quienes han recibido atención, solo el 33.84 % se declara satisfecho, evidenciando una percepción débil sobre la calidad del servicio. Con las acciones correctivas a realizar se planteará buscar reducir la incertidumbre (identificada en el 43.35 % de quienes conocen el hospital y en el 54 % de quienes no), fortaleciendo la identidad institucional y proyectando una imagen renovada, comprometida con la calidad y la atención primaria.</p>

<p><b>Desconfianza comunitaria ante la oferta y calidad del servicio hospitalario</b></p>	<p>Primer</p>	<p>La desconfianza comunitaria ante la oferta y calidad del servicio hospitalario del Hospital Divina Providencia representa una de las causas críticas identificadas en el diagnóstico institucional. Esta percepción negativa se respalda con los resultados de la pregunta 21 de la encuesta, donde solo el 47.4 % de los encuestados manifestó disposición a llevar a su familia al hospital, mientras que un 43.35 % se mostró indeciso y un 9.25 % lo descartó completamente, evidenciando que más de la mitad de la población mantiene reservas o rechazo. Además, la pregunta 20 evidenció que factores como el mal trato, deficiencias en la atención y la desorganización institucional han afectado la confianza ciudadana.</p>
<p><b>Desorganización en la gestión interna, con roles operativos poco definidos y bajo seguimiento</b></p>	<p>Primer</p>	<p>El hospital carecía de una estructura administrativa profesionalizada. No existían indicadores de desempeño, actas de seguimiento ni mecanismos formales de evaluación. Las funciones del personal no estaban claramente delimitadas y la toma de decisiones se basaba en criterios empíricos más que técnicos, lo que afectó gravemente la eficiencia organizacional</p>
<p><b>Insolvencia económica para subsanar deudas y fallas en la infraestructura operativa clave</b></p>	<p>Segundo</p>	<p>La situación financiera del hospital no permitía cubrir deudas acumuladas ni realizar inversiones urgentes en infraestructura crítica, estimadas en más de \$50,000. Esta imposibilidad de financiar adecuaciones fue determinante en la decisión de cierre, ante la inviabilidad técnica y económica de mantener los servicios funcionando conforme a normativa</p>
<p><b>El hospital descuida la promoción de sus servicios de segundo nivel</b></p>	<p>segundo</p>	<p>La limitada articulación del hospital con redes de referencia y contrarreferencia, así como la ausencia de una estrategia de posicionamiento, impidieron visibilizar su capacidad como unidad de segundo nivel. No se promovió adecuadamente su oferta de servicios especializados, lo que redujo su competitividad frente a instituciones que sí lo</p>

		hicieron, incluso con menos capacidad resolutive
<b>Provisión interrumpida de medicamentos, insumos y servicios de apoyo clínico</b>	segundo	El hospital enfrentó serias limitaciones en la disponibilidad y reposición de insumos esenciales. La inspección evidenció ausencia de productos farmacológicos básicos y falta de registros técnicos de mantenimiento de equipos, lo que comprometió la continuidad operativa. Además, no se documentaron procesos de verificación funcional ni calibración de dispositivos, factores que atentan contra la seguridad clínica y la conformidad normativa
<b>Personal sin interés en cumplimientos normativos y de funciones</b>	segundo	El escaso involucramiento del personal y la falta de compromiso con los lineamientos institucionales contribuyeron al deterioro operativo. Esta actitud se explica por una cultura organizacional permisiva y la ausencia de liderazgo exigente, factores que debilitaron la ejecución de procesos críticos en áreas normativas, técnicas y administrativas
<b>La sostenibilidad financiera del hospital se encuentra comprometida por su dependencia de cooperación</b>	Tercero	El modelo de funcionamiento del hospital se sustentaba en donaciones y voluntariado, sin un esquema robusto de generación de ingresos propios. La ausencia de tarifas realistas, junto con una visión asistencialista histórica, resultó en un déficit estructural incapaz de cubrir siquiera los costos operativos. Esta situación provocó insolvencia progresiva y paralización institucional
<b>La prestación de servicios del hospital se limita exclusivamente a su sede, sin circulación operativa en el territorio</b>	Tercero	El hospital no contaba con estrategias de extensión territorial ni presencia fuera de su sede física. La falta de vinculación con actores locales y la inexistencia de actividades móviles o comunitarias impidieron consolidar una red de atención continua, limitando su capacidad de captar y mantener pacientes en un territorio geográficamente disperso.
<b>Debilidad en las relaciones estratégicas</b>	Tercero	A pesar de contar con proveedores identificados como estratégicos y certificados,

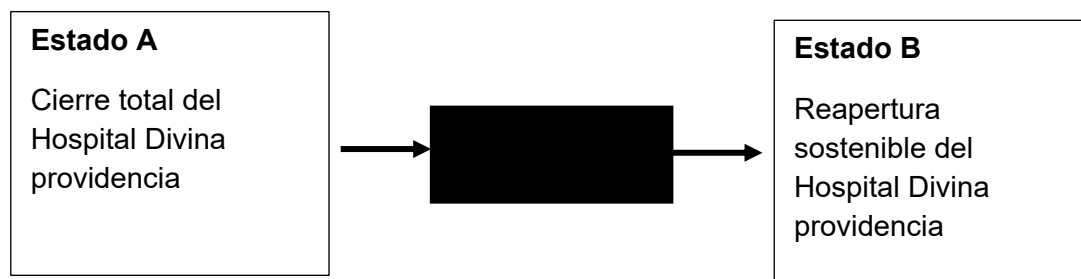
<b>con proveedores confiables y estables</b>		el hospital no mantenía relaciones formales que garantizaran abastecimiento continuo, soporte técnico y condiciones comerciales favorables. La falta de contratos marco, planificación de compras y alineación con estándares del sector limitó la sostenibilidad de su cadena de suministro
<b>Documentación administrativa desactualizada</b>	Tercero	Durante las inspecciones, se identificó la carencia de licencias vigentes, ausencia de protocolos técnicos actualizados y falta de registros esenciales para validar procesos internos. Esta desactualización vulneró la legitimidad técnica y legal del hospital, impidiendo cumplir con los estándares mínimos requeridos por las autoridades sanitarias
<b>Estilo de liderazgo institucional con baja exigencia de control técnico y cumplimiento normativo</b>	Cuarto	La dirección del hospital adoptó un enfoque conciliador que evitó imponer medidas correctivas estrictas, priorizando la armonía organizacional sobre el cumplimiento técnico. No se promovieron procesos de modernización ni se desarrollaron planes de mejora para subsanar observaciones regulatorias, lo que debilitó la capacidad de respuesta institucional frente a las exigencias del CSSP

Fuente: Elaboración propia

### J. Síntesis y validación de la problemática

En el apartado de la síntesis de la problemática, se utilizará la técnica de la caja negra la cual permitirá dar un enfoque analítico mediante la identificación de las entradas asociadas a las problemáticas actuales y ofrecerá variables de solución.

Figura 115. validación de la problemática



Fuente: Elaboración propia

### Variables de entrada

- **Infraestructura hospitalaria deficiente:** Instalaciones deterioradas, espacios inadecuados, servicios clausurados.
- **Falta de equipamiento médico funcional:** Equipos obsoletos, insuficiencia tecnológica, falta de mantenimiento.
- **Gestión administrativa deficiente:** Falta de procesos claros, mal manejo de recursos humanos y financieros.
- **Incumplimiento de normativas del CSSP:** Falta de acreditaciones y permisos, sanciones por irregularidades.
- **Desconexión con la comunidad:** Pérdida de confianza del usuario, baja participación en servicios ofrecidos.
- **Competencia más consolidada en la zona:** Otras clínicas y hospitales más accesibles o con mejor reputación.
- **Ausencia de una estrategia de comunicación efectiva:** Desinformación sobre servicios, poca visibilidad institucional.

### Variables de salida

- **Rehabilitación de la infraestructura:** Hospital reacondicionado, con espacios adecuados para cada servicio.
- **Equipamiento actualizado:** Adquisición o reparación de equipos médicos esenciales.
- **Gestión institucional fortalecida:** Nueva estructura organizativa, protocolos, planificación y gestión eficiente.
- **Cumplimiento normativo:** Obtención de permisos y acreditaciones ante el CSSP y otras entidades.
- **Comunidad integrada:** Aumento en la confianza, participación y utilización del hospital.
- **Institución competitiva:** Hospital posicionado como opción viable frente a otros prestadores de servicios.
- **Comunicación institucional efectiva:** Campañas informativas, presencia digital, alianzas comunitarias.
- **Nuevo modelo reapertura:** Apertura como una clínica asistencial, para cumplir con las normativas del Consejo Superior de Salud.

### Enunciado del problema

**El Hospital Divina Providencia permanece cerrado debido a múltiples deficiencias estructurales, administrativas y normativas, lo que ha limitado el acceso a servicios de salud. Ante esta situación, surge la necesidad de evaluar la factibilidad de su reapertura bajo un modelo sostenible.**

## **K. Generación y evaluación de alternativas de solución.**

### **Generación de alternativas de solución**

Tras haber realizado todos los componentes de la etapa de diagnóstico (situación actual, estudios de mercado y planteamiento del problema), se recurrió a diversos recursos para la generación de posibles soluciones para la problemática planteada: La reapertura del Hospital Divina Providencia. Primeramente, se realizó una lluvia de ideas del grupo de investigación, con el fin de tomar en cuenta las diversas percepciones referentes a la situación actual, las brechas operativas y recursos disponibles de la entidad. Al mismo tiempo, se realizaron reuniones técnicas con la contraparte (directora del hospital) donde se plantearon los hallazgos principales de la investigación, a la vez que se nos proporcionaban alternativas de solución que habían sido propuestas con anterioridad por la junta directiva de la congregación de las hermanas San Agustinas de San Nicolás. Todo ello, en conjunto con los datos recolectados en la presente investigación, permite el planteamiento de tres alternativas de solución, de las cuales se considera pertinente entonces que estas opciones sean sometidas a evaluación para identificar su viabilidad de aplicación según las capacidades del hospital, en donde se deben de tomar en cuenta los siguientes criterios:

1. Cumplimiento normativo
2. Complejidad técnica operativa
3. Escalabilidad y tiempo de implementación
4. Impacto clínico y social
5. Sostenibilidad financiera
6. Aprovechamiento de infraestructura y equipo actual

Dichas alternativas de solución se presentan a continuación:

*Tabla 126. Alternativas de solución*

<b>Alternativa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Alcance</b>
Reapertura como Hospital de Segundo Nivel	Esta alternativa contempla mantener al Hospital Divina Providencia como un centro médico de segundo nivel, restaurando su operación con servicios de atención continua 24/7, emergencias, hospitalización, quirófanos funcionales y estudios diagnósticos especializados (consultas, especialidades, laboratorio, etc.). La implementación de esta	El alcance de esta alternativa contempla restablecer al Hospital Divina Providencia como centro médico de segundo nivel, en su condición original, reactivando servicios como emergencias 24/7, hospitalización, cirugías, atención especializada, diagnóstico clínico general y por especialidades, y cuidados intermedios. Se requerirá la reorganización interna de los procesos operativos y

	<p>modalidad requiere una inversión elevada, tanto en remodelación de infraestructura hospitalaria como en adquisición de insumos médicos, obtención de permisos de funcionamiento y contratación de personal altamente calificado (especialistas, enfermería por turnos, técnicos y personal de apoyo que puedan suplir la demanda las 24 horas del día). También implica el cumplimiento de una serie de requisitos técnicos y regulatorios requeridos para su habilitación como hospital. Esta opción permite atender una mayor cantidad de pacientes y resolver patologías de mediana complejidad sin necesidad de referir a otros centros, lo que amplía la cobertura y capacidad resolutive del establecimiento.</p>	<p>administrativos, incluyendo la actualización de protocolos clínicos, planes de mantenimiento preventivo y esquemas de turnos rotativos. A nivel institucional, se plantea una reformulación estructural que abarque el diseño de un nuevo organigrama, manuales de funciones, reglamentos internos, políticas de seguridad clínica y sistemas de control administrativo, financiero y de atención al usuario. Aunque parte del equipamiento ya se encuentra en el hospital, será necesario reabastecerlo con insumos médicos y materiales básicos para su funcionamiento inicial.</p>
<p>Reapertura como Clínica Asistencial de Primer Nivel</p>	<p>Esta opción propone transformar el Hospital Divina Providencia en una clínica médica de primer nivel enfocada en la atención ambulatoria, ofreciendo consultas médicas generales y algunas especialidades básicas, control de enfermedades crónicas, laboratorio clínico, procedimientos menores y servicios de diagnóstico de baja complejidad. Esta modalidad no incluye hospitalización, cirugías mayores ni atención de emergencias 24/7, lo que reduce significativamente los requerimientos técnicos, el personal necesario y los costos operativos. Requiere una inversión moderada y plazos más cortos para su ejecución,</p>	<p>Esta alternativa implica la adecuación de las instalaciones (distribución) para operar como una clínica de atención ambulatoria de primer nivel. Incluirá consultas médicas generales y básicas especializadas, control de pacientes crónicos, procedimientos menores, laboratorio clínico básico, así como radiología simple y farmacia. Por otra parte, internamente, contempla la reorganización del modelo de trabajo y la estructura administrativa con el diseño de un nuevo organigrama, definición de puestos, elaboración de manuales de funciones, implementación de protocolos</p>

	<p>permitiendo una reapertura ágil bajo un modelo de cobro por servicios prestados. Su enfoque está dirigido a resolver necesidades médicas comunes de forma rápida y eficiente, con la posibilidad de referir a centros de mayor complejidad aquellos casos que excedan su capacidad. Si bien dentro de la competencia predominan centros de atención primaria, la propuesta permite explorar un enfoque más integral, incorporando servicios ambulatorios con mayor resolución, atención más estructurada y disponibilidad de especialidades que no siempre se encuentran en la oferta tradicional del entorno.</p>	<p>clínicos y administrativos, y sistemas de control y supervisión operativa. Este contará con personal suficiente para jornadas diurnas o extendidas. Además, aunque el hospital ya posee parte del equipo requerido, será necesario disponer de insumos médicos esenciales para la puesta en marcha efectiva. Por lo tanto, esta alternativa se orienta en brindar atención eficaz a problemas de salud de baja complejidad, pudiendo apoyarse de centros médicos de mayor capacidad cuando las necesidades excedan su capacidad.</p>
<p>Centro Médico de Consultorios Privados</p>	<p>La propuesta consiste en transformar las instalaciones del Hospital Divina Providencia en un centro médico ambulatorio compuesto por consultorios independientes, destinados al alquiler para médicos particulares. Se utilizarían las áreas funcionales que no están afectadas por la sanción sanitaria, adecuándolas para ofrecer atención médica sin hospitalización ni cirugías. Cada consultorio funcionaría de manera autónoma, pero dentro de un entorno compartido que incluiría servicios comunes como recepción, salas de espera, limpieza y seguridad. El alquiler podría ofrecerse por turnos, días o de forma mensual, según las necesidades del profesional. Esta modalidad permitiría que</p>	<p>La implementación de esta propuesta permitiría reactivar económicamente el inmueble hospitalario, generando ingresos estables a través del alquiler de espacios. Se ofrecería una opción accesible a médicos que buscan ejercer sin contar con consultorios propios, promoviendo así la continuidad de la atención médica en la zona. Además, el modelo reduce significativamente los requisitos normativos y operativos en comparación con un hospital de segundo nivel, facilitando su habilitación y sostenibilidad. Si bien ya no se ofrecerán servicios de hospitalización ni cirugía, el centro seguiría teniendo un impacto positivo en la salud de la población al garantizar atención</p>

	médicos generales y especialistas continúen prestando servicios de salud a la comunidad de forma privada y con menor carga administrativa	médica básica y especializada en un entorno formal y estructurado.
--	---	--

Fuente: *Elaboración propia*

### Evaluación y selección de alternativa

Para comparar las diferentes alternativas de reapertura, se establecieron criterios clave que permiten evaluar su desempeño en aspectos técnicos, operativos, sociales y financieros. Cada criterio se califica en una escala del 0 al 5, donde el valor más alto representa el mayor nivel de cumplimiento. Esta escala estructurada permite identificar la opción más favorable en función del contexto y los objetivos del proyecto.

Tabla 127. *Criterios y escalas de evaluación.*

Criterio	Descripción del criterio	Escala de calificación
Cumplimiento normativo	Grado en que la alternativa cumple con requisitos legales y técnicos del CSSP y MINSAL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: No cumple con normativa vigente ni puede adaptarse.</li> <li>• 1: Incumple gran parte de los requisitos; requeriría cambios estructurales profundos.</li> <li>• 2: Cumple parcialmente, pero requiere adecuaciones mayores y procesos largos.</li> <li>• 3: Cumple en mayoría, pero necesita ajustes normativos moderados.</li> <li>• 4: Cumple casi todos los requisitos con adecuaciones menores.</li> <li>• 5: Cumple completamente, sin ajustes relevantes.</li> </ul>
Complejidad técnica operativa	Dificultad técnica, logística y de personal para operar la alternativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: Técnica y operativamente inviable con los recursos actuales.</li> <li>• 1: Muy alta complejidad; necesita estructura operativa nueva casi total.</li> <li>• 2: Alta complejidad técnica; requiere recursos y personal adicionales difíciles de conseguir.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3: Complejidad moderada; requiere reorganización, pero es factible.</li> <li>• 4: Baja complejidad; operable con personal y procesos adaptables.</li> <li>• 5: Muy baja complejidad; se puede operar fácilmente con lo ya disponible.</li> </ul>
Escalabilidad y tiempo de implementación	Tiempo estimado para implementación y posibilidad de crecer en fases.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: No se puede implementar antes de 12 meses.</li> <li>• 1: Muy lento; necesita más de 9 meses.</li> <li>• 2: Se puede implementar en 6–9 meses.</li> <li>• 3: Requiere entre 3 y 6 meses.</li> <li>• 4: Puede iniciar en 1–3 meses con adecuaciones mínimas.</li> <li>• 5: Implementación inmediata o en menos de 1 mes.</li> </ul>
Impacto clínico y social	Aporte a la salud de la población según sus necesidades reales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: No responde a ninguna necesidad clínica de la comunidad.</li> <li>• 1: Cobertura muy limitada, solo servicios privados o no prioritarios.</li> <li>• 2: Cobertura baja; resuelve pocas necesidades básicas.</li> <li>• 3: Cobertura moderada; atiende enfermedades frecuentes.</li> <li>• 4: Cobertura amplia; resuelve atención general y crónica.</li> <li>• 5: Cobertura muy alta y estratégica para la salud local.</li> </ul>
Sostenibilidad financiera	Posibilidad real de cubrir gastos operativos a largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: Totalmente dependiente de donaciones externas.</li> <li>• 1: Ingresos muy bajos; insostenible en el corto plazo.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2: Requiere subsidios frecuentes para mantenerse.</li> <li>• 3: Puede sostenerse parcialmente con servicios pagados o convenios.</li> <li>• 4: Modelo de ingresos sólido, combinando pago y apoyo externo.</li> <li>• 5: Autosostenible con ingresos propios estables.</li> </ul>
Aprovechamiento de infraestructura y equipo actual	Nivel de reutilización efectiva de los recursos físicos ya existentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: No se puede usar nada de lo actual; todo debe reemplazarse.</li> <li>• 1: Solo algunas partes mínimas reutilizables.</li> <li>• 2: Requiere adecuaciones mayores, pero parte del equipo es aprovechable.</li> <li>• 3: Se puede usar cerca del 50 % con ajustes.</li> <li>• 4: Gran parte de la infraestructura y equipo es funcional con mantenimiento.</li> <li>• 5: Instalaciones y equipos pueden ser usados de inmediato.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### Ponderación de criterios

Con el fin de jerarquizar la importancia relativa de cada criterio en el proceso de evaluación, se asignaron ponderaciones porcentuales que reflejan su relevancia en la decisión final. Estos pesos permiten calcular un puntaje ponderado para cada alternativa, dando mayor influencia a los factores estratégicos como el impacto en la salud comunitaria, la viabilidad normativa y el tiempo de implementación.

Tabla 128. Ponderación de criterios.

Criterio	Peso (%)	Justificación del peso
Cumplimiento normativo	20	Es esencial cumplir con requisitos del CSSP/MINSAL. La Clínica cumple con menores barreras.
Complejidad técnica operativa	15	Se prioriza una solución factible con recursos existentes y menos demanda operativa.

Escalabilidad y tiempo de implementación	20	La reapertura rápida y por fases es clave dada la necesidad urgente y disponibilidad de espacios.
Impacto clínico y social	25	El proyecto debe cubrir necesidades reales de salud en la comunidad con baja resolución actual.
Sostenibilidad financiera	15	La viabilidad financiera es crítica para evitar el fracaso del modelo como ocurrió antes.
Aprovechamiento de infraestructura y equipos	5	Aunque importante, este criterio es menos decisivo si se garantiza el resto.

*Fuente: Elaboración propia*

A continuación, se presenta la tabla de selección que integra las calificaciones asignadas a cada alternativa junto con las ponderaciones establecidas por criterio. El resultado corresponde al puntaje ponderado total de cada opción, lo cual permite identificar la alternativa con el mayor nivel de alineación respecto a los objetivos del proyecto.

Tabla 129. Matriz de decisión para selección de alternativa de solución

Criterio	Descripción del criterio	Hospital nivel 2			clínica nivel 1			Consultorios Privados		
		Asignado	%	puntuación	Asignado	%	puntuación	Asignado	%	puntuación
Cumplimiento normativo	Grado en que la alternativa cumple con requisitos legales y técnicos del CSSP y MINSAL.	2	0.2	0.4	4	0.2	0.8	5	0.2	1
Complejidad técnica operativa	Dificultad técnica, logística y de personal para operar la alternativa.	1	0.15	0.15	4	0.15	0.6	3	0.15	0.45
Escalabilidad y tiempo de implementación	Tiempo estimado para implementación y posibilidad de crecer en fases.	1	0.2	0.2	5	0.2	1	5	0.2	1
Impacto clínico y social	Aporte a la salud de la población según sus necesidades reales.	5	0.25	1.25	5	0.25	1.25	2	0.25	0.5
Sostenibilidad financiera	Posibilidad real de cubrir gastos operativos a largo plazo.	1	0.15	0.15	4	0.15	0.6	3	0.15	0.45
Aprovechamiento de infraestructura y equipo actual	Nivel de reutilización efectiva de los recursos físicos ya existentes.	1	0.05	0.05	4	0.05	0.2	4	0.05	0.2
		TOTAL			TOTAL			TOTAL		
		2.2			4.45			3.6		

Fuente: Elaboración propia

## Conceptualización de la solución

Figura 116. Conceptualización de la solución



Fuente: Elaboración propia

### Estrategias de Marketing

- Aplicación del Marketing Mix (4P)
- Brief de lanzamiento

### Ingeniería del Proyecto

- Diseño técnico de los servicios a ofrecer como centro de salud nivel 1.
- Descripción de los procesos de atención.
- Requerimientos productivos u operativos:
- Equipamiento básico, insumos médicos.
- Balance de personal y espacios (mínimo necesario).
- Planificación del uso de instalaciones ya existentes:
  - Áreas clínicas y administrativas

- Distribución en planta

### Gestión Administrativa-Organizativa

- Propuesta de estructura organizativa para operar el centro:
  - Direcciones, jefaturas, personal clínico y de apoyo.
- Funciones básicas de cada unidad y profesional.
- Propuesta de procesos administrativos básicos:
  - Gestión de turnos, medicamentos, expedientes.
- Consideraciones legales

### Tamaño y localización

- Tamaño del proyecto
- Capacidad instalada
- Localización

### Matriz de consistencia

Tabla 130. Matriz de consistencia de problemática

Componente del problema	Componente de la solución	Descripción de componentes de solución
Incumplimiento de normativas sanitarias en infraestructura y operación	Ingeniería del Proyecto	El incumplimiento de normativas sanitarias será resuelto mediante una adecuación técnica proporcional a los requerimientos de un centro de salud de nivel 1. Dado que el edificio fue anteriormente un hospital de nivel 2, la infraestructura disponible supera las exigencias actuales, por lo que la solución se enfocará en identificar y ajustar únicamente los aspectos necesarios para cumplir con los estándares básicos de atención primaria. Esto incluye la reorganización funcional de espacios, asegurando condiciones mínimas de higiene, ventilación, accesibilidad y flujo de pacientes, sin necesidad de remodelaciones mayores. De este modo, se garantiza una operación conforme a la normativa vigente, optimizando recursos y reduciendo tiempos de habilitación.
Pérdida progresiva de usuarios locales frente a alternativas más	Estrategias de Marketing	La recuperación de usuarios locales frente a alternativas más conocidas se abordará mediante estrategias de marketing orientadas a reposicionar el centro de salud como una opción confiable, cercana

Componente del problema	Componente de la solución	Descripción de componentes de solución
cercañas o conocidas		y accesible. Se implementarán campañas de comunicación comunitaria que informen sobre la reapertura, los servicios disponibles y sus beneficios, utilizando medios locales, redes sociales, promotores de salud y alianzas con líderes comunitarios. Asimismo, se reforzará la identidad institucional del centro, destacando su valor social y su rol en la atención primaria.
Desconfianza comunitaria ante la oferta y calidad del servicio hospitalario	Estrategias de Marketing	La desconfianza comunitaria será enfrentada mediante estrategias de marketing enfocadas en la reconstrucción de la imagen institucional y la credibilidad del centro. Se desarrollará una campaña de comunicación transparente, cercana y culturalmente adecuada, que enfatice los cambios implementados, la calidad humana del personal y los beneficios concretos del nuevo modelo de atención primaria. Se promoverá el testimonio de usuarios satisfechos, jornadas de puertas abiertas y actividades de integración con la comunidad, con el fin de generar una relación de confianza progresiva y demostrar el compromiso del centro con la salud local.
Desorganización en la gestión interna, con roles operativos poco definidos y bajo seguimiento	Gestión Administrativa-Organizativa	La desorganización interna será solucionada mediante la implementación de una estructura organizativa clara, con funciones definidas para cada unidad y miembro del personal. A través del componente de gestión administrativa-organizativa, se establecerán manuales de funciones, estrategias de supervisión y control. Esto permitirá una operación ordenada, con responsabilidades delimitadas, seguimiento efectivo de las tareas y coordinación fluida entre áreas, garantizando una gestión eficiente del centro de salud.

Componente del problema	Componente de la solución	Descripción de componentes de solución
El hospital descuida la promoción de sus servicios de segundo nivel	Estrategias de Marketing	El historial de escasa promoción será corregido mediante una estrategia de marketing enfocada en comunicar de forma clara y sostenida la nueva oferta de servicios del centro de salud. Se desarrollará un plan de difusión multicanal que resalte los beneficios del modelo de atención primaria, los servicios disponibles y su impacto directo en la salud comunitaria.
Provisión interrumpida de medicamentos, insumos y servicios de apoyo clínico	Gestión Administrativa-Organizativa	La provisión interrumpida de medicamentos, insumos y servicios de apoyo clínico será atendida desde el componente de gestión administrativa-organizativa, mediante acciones básicas que aseguren la disponibilidad continua de lo esencial para operar. Se mantendrá un control sencillo sobre lo que se necesita, se repondrá con previsión y se buscará apoyo externo cuando sea necesario, evitando así afectaciones en la atención a la población.
Personal sin interés en cumplimientos normativos y de funciones	Gestión Administrativa-Organizativa	Desde el componente de gestión administrativa-organizativa, se abordará este problema promoviendo mayor claridad en las responsabilidades de cada persona y fomentando el compromiso con el funcionamiento del centro. Se asignarán tareas concretas y se dará seguimiento básico, de forma que cada miembro del personal sepa qué se espera de él y por qué es importante cumplirlo. Esto ayudará a mejorar la organización interna y a mantener un servicio estable y confiable para la comunidad.
La prestación de servicios del hospital se limita exclusivamente a su sede, sin circulación	Ingeniería del Proyecto	Desde el componente de ingeniería del proyecto, se planteará ampliar la atención más allá de la sede, acercando algunos servicios básicos a las comunidades del entorno. Para ello, se priorizarán medios con alta viabilidad operativa, identificados mediante la evaluación a distribuidores: la

Componente del problema	Componente de la solución	Descripción de componentes de solución
operativa en el territorio		telemedicina (80 %), con Mediquo como principal opción (95 % de cumplimiento); los convenios con aseguradoras (79 %), destacando Seguros SISA (97.5 %); y los canales de seguimiento (76 %), encabezados por redes sociales (87.5 %), mensajería instantánea (85 %) y medios tradicionales con enfoque digital (67.5 %). Su implementación se planificará de forma sistemática, eficiente y adaptada a las capacidades reales del centro médico.
Debilidad en las relaciones estratégicas con proveedores confiables y estables	Gestión Administrativa-Organizativa	Desarrollo de manuales administrativos y perfiles de puestos con personal capacitado para realizar las negociaciones necesarias
Documentación administrativa desactualizada	Gestión Administrativa-Organizativa	Desde el componente de gestión administrativa-organizativa, se tomará la acción de revisar y actualizar la documentación básica del centro, esto permitirá tener la información al día, facilitar el trabajo diario y cumplir con los requerimientos mínimos que pide el sistema de salud.
Falta de definición precisa del tamaño del proyecto y su localización estratégica.	Tamaño y Localización	El componente de tamaño y localización permitirá establecer con claridad la dimensión operativa del proyecto, en función de la población objetivo y las capacidades reales de la infraestructura disponible. El hospital funcionará como un centro de salud de nivel 1. La sede estará ubicada en el distrito de Santiago Texcuangos, en las instalaciones de lo que ahora es el Hospital Divina Providencia, cuya infraestructura supera los requisitos mínimos para este tipo de atención. Este componente define además una cobertura geográfica proyectada de más de 10,000 habitantes beneficiarios directos, lo que permite dimensionar adecuadamente la dotación de personal,

Componente del problema	Componente de la solución	Descripción de componentes de solución
		equipamiento y servicios. Al delimitar el tamaño y la localización, se facilita la organización del modelo de atención, la asignación de recursos y la medición de resultados esperados.
Estilo de liderazgo institucional con baja exigencia de control técnico y cumplimiento normativo	Gestión Administrativa-Organizativa	Desde el componente de gestión administrativa-organizativa, se promoverá un estilo de liderazgo más comprometido con el buen funcionamiento del centro. Se impulsará que la persona responsable mantenga un seguimiento básico del trabajo y motive al equipo a cumplir con lo necesario. Esto ayudará a mejorar la disciplina institucional y a garantizar que se respeten las condiciones mínimas para una atención de calidad.

*Fuente: Elaboración propia*

## Capítulo 3: Diseño

### I. Tamaño del proyecto

El tamaño del proyecto se define como la capacidad instalada de una unidad productiva u operativa para generar bienes o servicios en un período determinado, bajo condiciones normales de funcionamiento. Esta capacidad se expresa comúnmente en términos de producción o atención por día, mes o año, y está determinada por variables como la demanda estimada, la disponibilidad de recursos, la tecnología empleada, la infraestructura existente y las condiciones del entorno. Su correcta definición es fundamental para garantizar la eficiencia del proyecto, la sostenibilidad de las operaciones y la adecuada asignación de recursos técnicos, humanos y financieros.

Bajo el marco del Estudio de factibilidad para la reapertura del Hospital Divina Providencia, el tamaño del proyecto se entiende como la capacidad operativa instalada que se tendrá una vez este sea convertido en una clínica asistencial de primer nivel, orientada principalmente a la atención ambulatoria. Este concepto hace referencia al volumen de servicios de salud que el establecimiento podrá ofrecer en un período determinado (diario, mensual o anual), bajo condiciones normales de funcionamiento. Incluye aspectos como el número de consultas médicas generales y especializadas que podrán atenderse, la cantidad de pruebas de laboratorio y procedimientos menores a realizar, la cobertura geográfica proyectada y el número estimado de pacientes a atender.

Por lo tanto, podemos decir que la definición del tamaño del proyecto es una decisión estratégica de largo plazo, ya que incide directamente en otros componentes fundamentales del estudio: la organización de los recursos humanos, la dimensión de las inversiones necesarias, los costos operativos y las proyecciones financieras. Además, resulta indispensable para establecer una relación adecuada entre la demanda estimada de servicios médicos en el distrito de Santiago Texacuangos y la capacidad del centro para subsanar dicha demanda de manera eficiente y sostenible. El tamaño del proyecto debe entonces considerar factores claves que podrían incidir de manera directa o indirecta la capacidad o alcance del mismo.

Determinar el tamaño correcto permite entonces establecer límites realistas, evitar el sobredimensionamiento del proyecto (que podría provocar inversiones innecesarias), o la subutilización de recursos que limite la sostenibilidad del servicio. En este sentido, la estimación adecuada del tamaño del proyecto no solo garantiza una operación eficiente, sino que también se convierte en un insumo clave para diseñar el modelo de atención, definir turnos de trabajo, planificar la logística operativa y evaluar la viabilidad económica y social de la reapertura. Así, se busca asegurar que el centro médico pueda cumplir su función de ofrecer servicios de salud accesibles y de calidad, en concordancia con las necesidades reales de la población y con un modelo de gestión sostenible.

#### **A. Factores determinantes**

Los factores determinantes del tamaño del proyecto son aquellos elementos estructurales y contextuales que inciden directamente en la capacidad operativa máxima que puede alcanzar una unidad productiva o de servicios, en función de sus condiciones reales de ejecución. Estos factores permiten establecer límites técnicos, económicos y logísticos

que influyen en cuánto puede producirse o atenderse de manera sostenible, eficiente y continua. Su análisis es fundamental, ya que ayudan a dimensionar el proyecto de forma realista, alineando la oferta prevista con la demanda proyectada, la disponibilidad de recursos, las características del entorno y las capacidades institucionales. En consecuencia, constituyen la base sobre la cual se define el tamaño óptimo del proyecto, evitando así errores de sobredimensionamiento o subutilización que podrían afectar su viabilidad a largo plazo.

1. Mercado de consumo
2. Mercado abastecedor
3. Mercado distribuidor
4. Recursos financieros
5. Recurso humano
6. Recursos tecnológicos

### ***B. Mercado de consumo***

El mercado de consumo es uno de los factores clave que condicionan la determinación del tamaño del proyecto, ya que representa la base sobre la cual se define la capacidad instalada necesaria para atender de forma eficiente y oportuna a la población usuaria. En el contexto de proyectos de salud, como el que se propone con la reapertura del Hospital Divina Providencia, el cual ahora será a nivel de clínica de primer nivel, este concepto no se limita únicamente al volumen de personas que podrían requerir atención médica, sino también a sus características sociodemográficas, sus preferencias, comportamientos de uso, capacidades de pago y niveles de confianza institucional. Es decir, el mercado de consumo no solo indica cuántos usuarios podrían demandar servicios, sino también qué tipo de servicios buscan, con qué frecuencia, bajo qué condiciones económicas y qué factores influyen en su decisión de acudir o no a un centro médico.

En el presente estudio de factibilidad, el mercado de consumo está conformado principalmente por las familias residentes en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, las cuales enfrentan importantes barreras de acceso a servicios de salud, como costos elevados, tiempos de espera prolongados y deficiencias en la atención pública. El cierre del Hospital Divina Providencia en 2024 dejó una demanda insatisfecha de servicios médicos esenciales, especialmente en medicina general, emergencias y diagnósticos básicos, lo que ha incrementado la presión sobre unidades públicas y generado una necesidad urgente de alternativas accesibles y confiables.

Los resultados del estudio de mercado revelan que cerca del 80% de la población depende actualmente del sistema público de salud, pero estaría dispuesta a utilizar un hospital privado si este ofrece precios razonables, trato humano, cercanía y servicios integrados. Asimismo, el análisis demográfico evidencia una población en proceso de envejecimiento y con alta presencia de enfermedades crónicas, lo que incrementa la necesidad de atención médica continua y especializada.

Por tanto, el tamaño del proyecto hospitalario debe ajustarse a esta demanda real y proyectada, considerando tanto el volumen como la complejidad de los servicios requeridos. Definir una capacidad operativa desproporcionada frente al mercado podría traducirse en subutilización de recursos e insostenibilidad económica, mientras que una

capacidad insuficiente podría generar saturación y pérdida de confianza. En este sentido, el mercado de consumo actúa como un eje articulador que orienta el dimensionamiento racional del proyecto, asegurando su viabilidad técnica, social y financiera.

### 1. Demanda de los servicios

La estimación de la demanda por servicio constituye un insumo fundamental para definir la capacidad operativa del Hospital Divina Providencia, ya que permite establecer cuántas atenciones serán necesarias en cada unidad funcional a lo largo del año. Esta proyección considera tanto los resultados obtenidos en el estudio de mercado consumidor, como el comportamiento esperado de uso de servicios médicos ambulatorios en una clínica asistencial de primer nivel. Con base en una población usuaria estimada de 12,000 personas para el primer año de funcionamiento, se ha determinado una demanda anual referencial para los principales servicios ofrecidos por el hospital, considerando la proporción de personas que manifestaron necesidades específicas en áreas como medicina general, exámenes diagnósticos, atención pediátrica o ginecológica, entre otras, para la selección de los servicios a ofertar. Con la estimación de la demanda podemos entonces anticipar la carga operativa anual de cada servicio y orientar decisiones estratégicas en términos de dotación de personal, equipamiento, abastecimiento y planificación del espacio físico, asegurando que el centro de salud responda de forma adecuada y sostenible a las necesidades reales de la comunidad.

### 2. Servicios a ofertar

A continuación, se presentan los servicios a ser ofertados por el hospital, ahora a nivel de clínica de primer nivel:

Tabla 131. Servicios a ofertar

Servicio	Descripción general
<b>Consultas</b>	
Consulta médica general	Atención primaria para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades comunes.
Consulta médica pediátrica	Evaluación médica integral para niños, desde recién nacidos hasta adolescentes.
Consulta urología	Diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema urinario y órganos reproductores masculinos.
Consulta medicina interna	Evaluación y manejo de enfermedades crónicas y complejas en adultos.
Consulta gastroenterólogo	Atención especializada para trastornos digestivos (estómago, hígado, intestinos, etc.).

Consulta médica ginecológica	Atención especializada, diagnóstico y tratamiento de condiciones del aparato reproductor femenino.
<b>Exámenes de laboratorio</b>	
<b>Hematología</b>	
Hemograma completo	Análisis de todos los componentes de la sangre (glóbulos rojos, blancos y plaquetas).
Recuento de glóbulos blancos y rojos	Medición específica de células sanguíneas para detectar infecciones o anemias.
Hematocrito y hemoglobina	Indicadores de oxigenación y anemia.
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	Detecta inflamación o infecciones en el cuerpo.
<b>Química sanguínea básica</b>	
<b>Glucosa en sangre</b>	Evalúa niveles de azúcar, útil en diagnóstico de diabetes.
Colesterol total y triglicéridos	Indicadores del metabolismo lipídico y riesgo cardiovascular.
Creatinina	Refleja el estado de la función renal.
Urea	Indicador del funcionamiento del riñón y metabolismo proteico.
Ácido úrico	Evalúa riesgo de gota o problemas renales.
<b>Exámenes de orina</b>	
Examen general de orina (EGO)	Revisión básica de componentes de la orina para detectar infecciones, problemas renales o metabólicos.
Prueba de embarazo (cualitativa)	Determina la presencia de hormona hCG en la orina para confirmar embarazo.
<b>Exámenes de heces</b>	
Coprológico general	Análisis físico y químico de las heces para detectar problemas digestivos.
Coproparasitológico	Detecta parásitos intestinales y sus huevos en las heces.
<b>Microbiología (limitada)</b>	
Exudado faríngeo	Muestra de la garganta para identificar bacterias como estreptococo.
Tinción de Gram	Técnica para clasificar bacterias según sus características celulares.
<b>Inmunología</b>	

Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	Detección inmediata de infecciones como VIH, hepatitis B, malaria, herpes, VPH, y Epstein-Barr.
<b>Imagenología</b>	
Ultrasonografía obstétrica	Evalúa el estado del embarazo y desarrollo fetal.
Ultrasonografía de testicular	Diagnóstico de masas, dolor o infertilidad testicular.
Ultrasonografía abdominal	Revisión de órganos como hígado, vesícula, riñones y páncreas.
Ultrasonografía vejiga urinaria	Detecta retención urinaria o anomalías estructurales.
Ultrasonografía de próstata	Evaluación del tamaño y condiciones prostáticas.
Ultrasonografía de hígado	Diagnóstico de esteatosis, cirrosis, masas hepáticas, etc.
Ultrasonografía renal	Detecta cálculos, infecciones o malformaciones renales.
Ultrasonografía de mama	Examen de nódulos, quistes o masas en el tejido mamario.
Ultrasonografía ginecológica	Observa útero y ovarios para detectar quistes, miomas u otras alteraciones.

Fuente: Elaboración propia

### 3. Determinación porcentual de la demanda

Para el establecimiento de la demanda de los servicios se ha tomado en cuenta información publicada por el Ministerio de Salud en referencia a las enfermedades más comunes y cantidad de consultas según su tipo (porcentual). En este caso haciendo uso de la *MEMORIA DE LABORES JUNIO 2021 - MAYO 2022*, donde se obtiene:

- Consulta de emergencia:

Según el memorial se atendieron 1,623,935 solicitudes de manera efectiva, de las cuales, según su naturaleza, se obtiene la siguiente proporción:

Tabla 132. Memorial de labores junio 2021 - mayo 2022: emergencia

Consultas de emergencia		
Servicio	Porcentaje	Cantidad por servicio
Medicina general	40%	649,574
Cirugía	18%	292,308
Medicina interna	16%	259,830
Pediatría	12%	194,872

Obstetricia	10.5%	170,513
Ginecología	3%	48,718
Psiquiatría	0.5%	8,120
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>1,623,935</b>

Fuente: *Elaboración propia, datos de memorial de labores junio 2021-mayo 2022 MINSAL*

- Consultas externas:

De la misma forma que las emergencias, se reportó una cantidad de consultas de esta índole que sumaron 1,200,700 de solicitudes durante este periodo. De las cuales su nivel de participación se desglosa de la siguiente forma:

Tabla 133. Es junio 2021 - mayo 2022: consulta externa

<b>Consultas externas</b>		
<b>Servicio</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad por servicio</b>
Medicina general	13%	156,091
Cirugía	24%	288,168
Medicina interna	32%	384,224
Pediatría	10%	120,070
Obstetricia	5%	60,035
Ginecología	12%	144,084
Psiquiatría	4%	48,028
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>1,200,700</b>

Fuente: *Elaboración propia, datos de memorial de labores junio 2021-mayo 2022 MINSAL*

Entonces, tomando en cuenta los servicios a ofrecer por el hospital, según el memorial, por estos se tiene una demanda como la siguiente:

Tabla 134. Demanda por servicio

<b>Total, atendido por servicio</b>	
<b>Servicio</b>	<b>Cantidad</b>
Consulta médica general	805,665
Consulta médica pediátrica	314,942
Consulta medicina interna	644,054
Consulta médica ginecológica	192,802
<b>Total</b>	<b>1,957,463</b>

Fuente: *Elaboración propia, datos de memorial de labores junio 2021-mayo 2022 MINSAL*

Para una estimación de la demanda por parte de los servicios de Gastroenterología y Urología, nos remontamos a los resultados obtenidos del *PLAN OPERATIVO ANUAL HOSPITALARIO DE 2016*. del Hospital Nacional Rosales, cuyos resultados fueron publicados por el Ministerio de Salud, tenemos los siguientes resultados:

Por parte de las subespecialidades de Medicina se atendieron a 106,021 pacientes; de los cuales, el 8.22% fue por Gastroenterología y en el área de subespecialidades de Cirugía, atendieron 74,123 personas, de las cuales, el 9.33% fueron atendidas por Urología. Con ello tenemos entonces:

Tabla 135. Plan operativo anual hospitalario de 2016

Consultas	
Servicio	Cantidad
Consulta gastroenterólogo	8,715
Consulta urología	6,916
Total	15,631

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Si tomamos en cuenta que la proporción o muestra por parte del memorial es más representativa, podemos auxiliarnos de proporciones matemáticas para la obtención de un resultado adecuado a la demanda total (o nacional), siendo entonces que:

$$\frac{1,957,463}{106,021 + 74,123} = 11$$

Entonces la representación es 11 veces más grande que la que se plantea en el *PLAN OPERATIVO ANUAL HOSPITALARIO DE 2016*. del Hospital Nacional Rosales. Por lo tanto, podríamos ajustarlo de la siguiente manera:

Tabla 136. Plan Operativo Anual Hospitalario 2016: Consulta gastroenterólogo y Consulta Urología.

Consultas	
Servicio	Cantidad
Consulta gastroenterólogo	95,865
Consulta urología	76,076
Total	171,941

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Donde:

$$\text{Consulta gastroenterólogo} = 8,715 * 10.87 = 94,698$$

$$\text{Consulta urología} = 6,916 * 10.87 = 75150$$

En resumen, tenemos entonces:

Tabla 137. Resumen de consultas por servicios médicos

Consultas por servicios médicos		
Servicio	Porcentaje	Cantidad por servicio
Consulta médica general	37.8%	805,665
Consulta médica pediátrica	14.8%	314,942
Consulta urología	3.6%	76,076
Consulta medicina interna	30.2%	644,054
Consulta gastroenterólogo	4.5%	95,865
Consulta médica ginecológica	9.1%	192,802
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>2,129,404</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

#### 4. Determinación de demanda para servicios de consulta:

Teniendo en cuenta que la demanda del hospital antes de su cierre era de 12,000 pacientes anuales, tenemos entonces la siguiente demanda para el año 1:

Tabla 138. Demanda para servicios de consulta

Consultas por servicios médicos		
Servicio	Porcentaje	Cantidad por servicio
Consulta médica general	37.8%	4,540
Consulta médica pediátrica	14.8%	1,775
Consulta urología	3.6%	429
Consulta medicina interna	30.2%	3,629
Consulta gastroenterólogo	4.5%	540
Consulta médica ginecológica	9.1%	1,087
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>12,000</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Y si tomamos en cuenta el crecimiento del 2% anual plantado anteriormente, en el estudio del mercado consumidor, tenemos:

Tabla 139. Proyecciones de demanda para servicios médicos

Consultas por servicios médicos						
Servicio	Porcentaje	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Consulta médica general	38%	4,540	4,631	4,724	4,818	4,914
Consulta médica pediátrica	15%	1,775	1,810	1,847	1,883	1,921
Consulta urología	4%	429	437	446	455	464
Consulta medicina interna	30%	3,629	3,702	3,776	3,852	3,929

Consulta gastroenterólogo	5%	540	551	562	573	585
Consulta médica ginecológica	9%	1,087	1,108	1,130	1,153	1,176
<b>Total</b>	100%	12,000	12,240	12,485	12,734	12,989

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

## 5. Determinación de demanda para exámenes de laboratorio:

Según un estudio realizado sobre el análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el instituto salvadoreño del seguro social, realizado por la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), establece que: *Debido a que el diagnóstico médico depende de información obtenida de exámenes de laboratorio, un mayor número de exámenes por consulta es deseable ya que refleja que el médico encargado del paciente ocupa este recurso para un diagnóstico más certero de la dolencia del paciente. Se establece hasta un 1.66 exámenes de laboratorio por consulta.*

Entonces tenemos:

Tabla 140. Consultas por tipo de servicio

Consultas por servicios médicos		
Servicio	Cantidad por servicio	Exámenes de laboratorio
Consulta médica general	4,540	7,536
Consulta médica pediátrica	1,775	2,947
Consulta urología	429	712
Consulta medicina interna	3,629	6,024
Consulta gastroenterólogo	540	896
Consulta médica ginecológica	1,087	1,804
<b>Total</b>	<b>12,000</b>	<b>19,919</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Y si tomamos en cuenta los servicios médicos que podrían solicitar cierto tipo de exámenes de laboratorio, tenemos:

Tabla 141. Exámenes médicos por servicios de consulta

Exámenes de laboratorio	Consultas que lo solicitan
<b>Hematología</b>	
Hemograma completo	Medicina general, Medicina interna, Ginecología, Pediatría, Urología
Recuento de glóbulos blancos y rojos	Medicina general, Medicina interna, Pediatría
Hematocrito y hemoglobina	Ginecología, Pediatría, Medicina general, Medicina interna
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	Medicina interna, Ginecología, Medicina general, Gastroenterología
<b>Química sanguínea básica</b>	
Glucosa en sangre	Medicina general, Medicina interna, Ginecología, Pediatría
Colesterol total y triglicéridos	Medicina interna, Medicina general
Creatinina	Medicina interna, Medicina general, Urología
Urea	Medicina interna, Medicina general, Urología
Ácido úrico	Medicina interna, Medicina general
<b>Exámenes de orina</b>	
Examen general de orina (EGO)	Medicina general, Ginecología, Urología, Medicina interna
Prueba de embarazo (cualitativa)	Ginecología, Medicina general
<b>Exámenes de heces</b>	
Coprológico general	Medicina general, Gastroenterología, Pediatría
Coproparasitoscópico	Pediatría, Medicina general, Gastroenterología
<b>Microbiología (limitada)</b>	
Exudado faríngeo	Medicina general, Pediatría
Tinción de Gram	Ginecología, Medicina general, Pediatría
<b>Inmunología</b>	
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	Medicina general, Ginecología, Medicina interna, Pediatría

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Tabla 142. Exámenes por servicios médicos

Exámenes por servicios médicos		
Servicio	Cantidad de exámenes en los que interviene	Distribución por examen en que participa
Consulta médica general	16	471
Consulta médica pediátrica	9	327
Consulta urología	4	178
Consulta medicina interna	11	547
Consulta gastroenterólogo	3	298
Consulta médica ginecológica	8	225

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Tabla 143. Demanda de exámenes de laboratorio.

Demanda de exámenes de laboratorio	
Exámenes de laboratorio	Cantidad por examen
<b>Hematología</b>	
Hemograma completo	471 + 327 + 178 + 547 + 225
Recuento de glóbulos blancos y rojos	471 + 327 + 547
Hematocrito y hemoglobina	471 + 327 + 547 + 225
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	471 + 547 + 298 + 225
<b>Química sanguínea básica</b>	
Glucosa en sangre	471 + 327 + 547 + 225
Colesterol total y triglicéridos	471 + 547
Creatinina	471 + 178 + 547
Urea	471 + 178 + 547
Ácido úrico	471 + 547
<b>Exámenes de orina</b>	
Examen general de orina (EGO)	471 + 178 + 547 + 225
Prueba de embarazo (cualitativa)	471 + 225
<b>Exámenes de heces</b>	
Coprológico general	471 + 327 + 298
Coproparasitoscópico	471 + 327 + 298

<b>Microbiología (limitada)</b>	
Exudado faríngeo	471 + 327
Tinción de Gram	471 + 327 + 225
<b>Inmunología</b>	
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	471 + 327 + 547 + 225

Fuente: Elaboración propia

Resumen:

Tabla 144. Resumen de Demanda de exámenes de laboratorio

<b>Resumen de Demanda de exámenes de laboratorio</b>	
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>
<b>Hematología</b>	
Hemograma completo	1,748
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,345
Hematocrito y hemoglobina	1,570
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,541
<b>Química sanguínea básica</b>	
Glucosa en sangre	1,570
Colesterol total y triglicéridos	1,018
Creatinina	1,196
Urea	1,196
Ácido úrico	1,018
<b>Exámenes de orina</b>	
Examen general de orina (EGO)	1,421
Prueba de embarazo (cualitativa)	696
<b>Exámenes de heces</b>	
Coprológico general	1,096
Coproparasitoscópico	1,096
<b>Microbiología (limitada)</b>	
Exudado faríngeo	798
Tinción de Gram	1,023
<b>Inmunología</b>	

Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,570
<b>Total</b>	<b>19,902</b>

Fuente: Elaboración propia

Tomando en cuenta el crecimiento del 2% anual plantado anteriormente, en el estudio del mercado consumidor, tenemos:

Tabla 145. Proyección de demanda para servicios de Laboratorio clínico

<b>Exámenes de laboratorio</b>					
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
<b>Hematología</b>					
Hemograma completo	1,748	1,783	1,819	1,855	1,892
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,345	1,372	1,399	1,427	1,456
Hematocrito y hemoglobina	1,570	1,601	1,633	1,666	1,699
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,541	1,572	1,603	1,635	1,668
<b>Química sanguínea básica</b>					
Glucosa en sangre	1,570	1,601	1,633	1,666	1,699
Colesterol total y triglicéridos	1,018	1,038	1,059	1,080	1,102
Creatinina	1,196	1,220	1,244	1,269	1,295
Urea	1,196	1,220	1,244	1,269	1,295
Ácido úrico	1,018	1,038	1,059	1,080	1,102
<b>Exámenes de orina</b>					
Examen general de orina (EGO)	1,421	1,449	1,478	1,508	1,538
Prueba de embarazo (cualitativa)	696	710	724	739	753
<b>Exámenes de heces</b>					
Coprológico general	1,096	1,118	1,140	1,163	1,186
Coproparasitoscópico	1,096	1,118	1,140	1,163	1,186
<b>Microbiología (limitada)</b>					
Exudado faríngeo	798	814	830	847	864
Tinción de Gram	1,023	1,043	1,064	1,086	1,107
<b>Inmunología</b>					
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus	1,570	1,601	1,633	1,666	1,699

de Epstein barr)					
<b>Total</b>	<b>19,902</b>	<b>20,298</b>	<b>20,702</b>	<b>21,119</b>	<b>21,541</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

## 6. Determinación de demanda para Imagenología:

Siguiendo los parámetros establecidos en el estudio sobre el análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el instituto salvadoreño del seguro social, realizado por la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), establece que: por cada consulta se prevé un 0.14 de exámenes de rayos "X". Por lo tanto, aplicamos:

Tabla 146. Consultas por servicios médicos

Consultas por servicios médicos		
Servicio	Cantidad por servicio	Exámenes de rayos X
Consulta médica general	4,540	636
Consulta médica pediátrica	1,775	249
Consulta urología	429	60
Consulta medicina interna	3,629	508
Consulta gastroenterólogo	540	76
Consulta médica ginecológica	1,087	152
<b>Total</b>	<b>12,000</b>	<b>1,681</b>

Fuente: Elaboración propia, datos de estudio sobre el análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el instituto salvadoreño del seguro social

Tabla 147. Estudios de imagenología por servicios médicos

Tipo	Consultas que lo solicitan
Ultrasonografía obstétrica	Medicina general, Ginecología, Pediatría (neonatal), Medicina interna
Ultrasonografía de testicular	Medicina general, Urología, Pediatría (en adolescentes), Medicina interna
Ultrasonografía abdominal	Medicina general, Medicina interna, Gastroenterología, Pediatría
Ultrasonografía vejiga urinaria	Medicina general, Urología, Medicina interna
Ultrasonografía de próstata	Medicina general, Urología, Medicina interna

Ultrasonografía de hígado	Medicina general, Medicina interna, Gastroenterología
Ultrasonografía renal	Medicina general, Urología, Medicina interna, Pediatría
Ultrasonografía de mama	Medicina general, Ginecología, Medicina interna
Ultrasonografía ginecológica	Medicina general, Ginecología

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Tabla 148. Resumen de estudios de imagenología por servicios médicos

Consultas por servicios médicos		
Servicio	Cantidad de exámenes en los que interviene	Distribución por examen en que participa
Consulta médica general	9	71
Consulta médica pediátrica	4	62
Consulta urología	4	15
Consulta medicina interna	8	64
Consulta gastroenterólogo	2	38
Consulta médica ginecológica	3	51

Fuente: Elaboración propia, datos de plan operativo anual 2016 hospital rosales

Tabla 149. Demanda de estudios de imagenología por servicios médicos

Demanda de exámenes de Imagenología	
Exámenes de laboratorio	Cantidad por examen
Ultrasonografía obstétrica	71 + 51 + 62 + 64
Ultrasonografía de testicular	71 + 62 + 64 + 15
Ultrasonografía abdominal	71 + 62 + 64 + 38
Ultrasonografía vejiga urinaria	71 + 64 + 15
Ultrasonografía de próstata	71 + 64 + 15
Ultrasonografía de hígado	71 + 64 + 38
Ultrasonografía renal	71 + 62 + 64 + 15
Ultrasonografía de mama	71 + 51 + 64
Ultrasonografía ginecológica	71 + 51

Fuente: Elaboración propia

Resumen:

Tabla 150. Resumen de demanda de estudios de imagenología por servicios médicos

<b>Demanda de exámenes de Imagenología</b>	
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>
Ultrasonografía obstétrica	248
Ultrasonografía de testicular	212
Ultrasonografía abdominal	235
Ultrasonografía vejiga urinaria	150
Ultrasonografía de próstata	150
Ultrasonografía de hígado	173
Ultrasonografía renal	212
Ultrasonografía de mama	186
Ultrasonografía ginecológica	122
<b>Total</b>	<b>1,688</b>

Fuente: Elaboración propia

Tomando en cuenta el crecimiento del 2% anual plantado anteriormente, en el estudio del mercado consumidor, tenemos:

Tabla 151. Proyección de demanda para servicios de Imagenología

<b>Exámenes de Imagenología</b>					
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
Ultrasonografía obstétrica	248	253	258	263	268
Ultrasonografía de testicular	212	216	221	225	229
Ultrasonografía abdominal	235	240	244	249	254
Ultrasonografía vejiga urinaria	150	153	156	159	162
Ultrasonografía de próstata	150	153	156	159	162
Ultrasonografía de hígado	173	176	180	184	187
Ultrasonografía renal	212	216	221	225	229
Ultrasonografía de mama	186	190	194	197	201
Ultrasonografía ginecológica	122	124	127	129	132
<b>Total</b>	<b>1,688</b>	<b>1,721</b>	<b>1,757</b>	<b>1,790</b>	<b>1,824</b>

Fuente: Elaboración propia

### **C. Mercado abastecedor**

El mercado abastecedor, entendido en este estudio como el conjunto de actores que suministran los medicamentos e insumos médicos necesarios para la operación del Hospital Divina Providencia, constituye un factor clave en la determinación del tamaño del proyecto. Su relevancia radica en que la capacidad de abastecimiento confiable, oportuno y regulado normativamente condiciona directamente el volumen de servicios de salud que pueden ofrecerse de manera continua y con calidad. Por tanto, el análisis de este mercado no solo permite comprender el entorno de provisión de insumos clínicos, sino también dimensionar los requerimientos logísticos asociados a la gestión de inventarios, almacenamiento y rotación de productos, todos ellos aspectos directamente vinculados con la capacidad operativa instalada.

Durante la fase de diagnóstico se desarrolló un estudio exhaustivo del entorno de abastecimiento, el cual incluyó la identificación de las principales líneas de productos requeridos, así como la evaluación de aspectos logísticos, cumplimiento normativo y condiciones generales del mercado. Los hallazgos permitieron confirmar la viabilidad de establecer un sistema de aprovisionamiento con condiciones que se adaptan al modelo de clínica asistencial de primer nivel, tanto en lo técnico como en lo operativo.

La existencia de un entorno abastecedor funcional y estructurado reduce el riesgo de interrupción de servicios, permite planificar con mayor precisión la gestión de inventarios, y contribuye a mantener un equilibrio entre disponibilidad de medicamentos y costos operativos. Esto influye directamente en el tamaño real del proyecto, ya que determina la capacidad de atención sostenible, el volumen de insumos que deben mantenerse en stock, y las dimensiones mínimas requeridas para farmacia y áreas de almacenamiento.

En este sentido, el mercado abastecedor no solo garantiza el flujo de insumos esenciales para la atención médica, sino que también delimita hasta qué punto es viable ampliar la cobertura de servicios y la frecuencia de atención, sin comprometer la eficiencia o la sostenibilidad financiera del proyecto. Por ello, se reconoce como un factor determinante en la definición del tamaño del hospital, ya que incide en decisiones estratégicas como el diseño físico de áreas de soporte, la planificación del reabastecimiento y la proyección de la capacidad operativa instalada.

#### **1. Proveedores identificados**

En el marco del estudio diagnóstico se identificaron un total de seis proveedores especializados en el suministro de medicamentos e insumos médicos de uso clínico. La identificación se realizó a través de revisión documental, entrevistas presenciales y contacto directo con representantes comerciales (vía telefónica). Todos los proveedores analizados cuentan con experiencia previa en el abastecimiento de centros de salud y ofrecen productos aptos para clínicas asistenciales de primer nivel. Entre estos tenemos:

1. Farmavida S.A. de C.V.
  - Tipo de productos: Distribución de medicamentos (genéricos y especializados), insumos médicos y productos farmacéuticos.

- Certificaciones: Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario DNM.
  - Cumplimiento normativo: Registro sanitario DNM, licencias CSSP para operación en sector salud.
  - Capacidad logística: Transporte propio, inventarios digitalizados y sistema de trazabilidad.
  - Política comercial: Precios competitivos, opciones de crédito para clientes institucionales y programas de abastecimiento flexible.
2. Droguería Santa Lucía S.A. de C.V.
- Tipo de productos: Distribución de medicamentos genéricos, especializados, vitaminas e insumos médicos.
  - Certificaciones: Buenas Prácticas de Distribución (BPD), Registro Sanitario DNM.
  - Cumplimiento normativo: Licencias CSSP y registros DNM para medicamentos y almacén.
  - Capacidad logística: Flota de transporte, gestión de inventarios, cadena de frío para productos sensibles.
  - Política comercial: Precios competitivos, crédito institucional, descuentos por volumen.
3. Droguería Integral S.A. de C.V.
- Tipo de productos: Distribución de medicamentos genéricos y especializados, insumos médicos y hospitalarios.
  - Certificaciones: Buenas Prácticas de Distribución (BPD), registro sanitario DNM.
  - Cumplimiento normativo: Registro sanitario DNM, licencias CSSP para la distribución.
  - Capacidad logística: Transporte especializado, bodegas con sistema de trazabilidad digital.
  - Política comercial: Flexibilidad en contratos, descuentos por volumen, opciones de financiamiento institucional.
4. Droguería PISA de El Salvador S.A. de C.V.
- Tipo de productos: Medicamentos genéricos y especializados, soluciones parenterales, nutrición clínica, anestésicos, y antibióticos hospitalarios.
  - Certificaciones: ISO 9001, Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Distribución (BPD), licencias CSSP y registros ante DNM.
  - Cumplimiento normativo: Cumplen con todos los registros requeridos por la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM) y autorizaciones del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).
  - Capacidad logística: Red logística propia, centros de distribución refrigerados, flota con control de temperatura, sistema de trazabilidad electrónica.
  - Política comercial: Ofrecen escalas de precios para compras institucionales, contratos anuales, opciones de financiamiento para hospitales, logística a demanda.
5. Laboratorios López (Grupo Procaps)

- Tipo de productos: Medicamentos genéricos y esenciales (antibióticos, analgésicos).
  - Certificaciones: Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), ISO 9001.
  - Cumplimiento normativo: Registro sanitario DNM, licencias CSSP.
  - Capacidad logística: Distribución directa, flota de transporte con cadena de frío.
  - Política comercial: Descuentos por volumen, opciones de financiamiento institucional.
6. FARLAB S.A. de C.V.
- Tipo de productos: Distribución de medicamentos genéricos, especializados e insumos médicos.
  - Certificaciones: Buenas Prácticas de Distribución (BPD), registro sanitario DNM.
  - Cumplimiento normativo: Registro DNM, licencias CSSP para operación en sector salud.
  - Capacidad logística: Flota de transporte, manejo de inventario digitalizado.
  - Política comercial: Precios competitivos, contratos flexibles, opciones de financiamiento.

## 2. Productos

Se han identificado los siguientes productos, para los cuales se ha tomado el proveedor que oferte el menor costo de cada uno como principal. En ese caso tenemos:

Tabla 152. Productos por proveedor

Producto	Presentación	Uso principal	Precio	Proveedor principal
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Analgésico y antipirético	\$1.40	Droguería Integral
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio y analgésico	\$2.00	Laboratorio López
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	Antibiótico	\$2.90	Droguería Integral
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	Antiparasitario	\$2.50	López / FARLAB
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	Inhibidor bomba protones	\$2.80	Droguería Integral
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	Antihistamínico	\$1.30	Droguería Integral
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	Suplemento vitamínico	\$1.20	Droguería Integral
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	Antidiabético oral	\$3.00	FARLAB / Santa Lucía / Farmavida

Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	Antihipertensivo	\$2.70	Droguería Integral
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	Antiinflamatorio	\$2.00	Droguería Integral
Suero oral en polvo	Sobre individual	Rehidratación oral	\$0.35	Droguería Integral
Salbutamol (inhalador)	Unidad	Broncodilatador	\$7.00	Todos
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	Suplemento nutricional	\$3.80	Droguería Integral
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	Anemia ferropénica	\$2.30	Droguería Integral
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	Suplemento nutricional	\$1.80	Droguería Integral
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	Paro cardíaco / Anafilaxia	\$2.50	FARLAB / Santa Lucía / Farmavida
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	Bradicardia	\$2.00	FARLAB / Farmavida
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	Convulsiones / Sedación	\$2.00	FARLAB / Farmavida
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	Sedación / Convulsiones	\$3.50	Droguería Integral
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	Analgesia rápida	\$5.50	PISA
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	Anestesia corta	\$7.20	PISA
Propofol 1%	Frasco 20 mL	Inducción anestésica	\$9.00	PISA
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	Diurético	\$1.10	Droguería Integral
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	Hipoglucemia severa	\$1.40	Droguería Integral
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	Fuente calórica	\$1.50	PISA
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	Soporte calórico	\$2.80	PISA
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	Soporte electrolítico	\$1.90	PISA
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	Rehidratación IV	\$1.00	FARLAB / Farmavida
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	Hidratación IV básica	\$1.40	PISA

Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	Reposición electrolitos	\$1.45	Droguería Integral
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	Reposición líquidos y electrolitos	\$1.60	PISA
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	Infecciones respiratorias / urinarias	\$2.80	PISA
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	Sepsis	\$17.50	PISA
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	Infecciones intraabdominales	\$14.80	PISA
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	Infecciones resistentes	\$9.50	PISA
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	Nutrición parenteral	\$11.00	PISA
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	Lípidos intravenosos	\$14.00	PISA
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	Suplemento oral completo	\$9.50	PISA
Jeringas desechables	Diversas capacidades	Administración de medicamentos	\$0.15	Santa Lucía / Farmavida
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	Protección general	\$4.00	Santa Lucía / Farmavida
Guantes estériles	Par individual	Procedimientos clínicos	\$0.80	Santa Lucía / Farmavida
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	Recolección de muestras sanguíneas	\$4.00	Farmavida
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	Hematología	\$20.00	Farmavida
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	Coagulación	\$20.00	Farmavida / Integral
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	Química clínica	\$20.00	Farmavida
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	Punción capilar	\$6.00	Farmavida
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	Medición de glucosa en sangre	\$23.00	Droguería Integral

Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	Uso con glucómetros	\$18.00	Droguería Integral
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	Detección de hCG en orina	\$1.50	Farmavida
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	Antiséptico	\$2.50	Farmavida

Fuente: *Elaboración propia*

A continuación se presenta la demanda esperada de los medicamentos, esto tomando en cuenta la demanda de los servicios de consultas a ofertar, así como tomando en cuenta el documento de las *Causas más frecuentes de Consulta Ambulatoria atendidas en la Red de Establecimientos de Salud del MINSAL según Lista Internacional de Enfermedades de la CIE-10 En el período de Enero a Diciembre de 2019* publicado por el MINSAL, haciendo relación con el uso de los medicamentos populares presentados, tenemos como base:

Tabla 153. Demanda esperada de medicamentos

Causa de consulta	Cantidad de casos	Porcentaje	Consultas
Otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores (URTI)	838,053	21%	2564
Hipertensión esencial (primaria)	799,934	20%	2448
Faringitis/Amigdalitis aguda	462,386	12%	1415
Diabetes mellitus	426,890	11%	1306
Otras enfermedades del sistema urinario	366,298	9%	1121
Otros traumatismos múltiples/no especificados	238,606	6%	730
Diarrea de presunto origen infeccioso (A09)	235,467	6%	720
Otras complicaciones del embarazo y del parto	209,143	5%	640
Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	189,583	5%	580

Migraña y otros síndromes de cefalea	155,638	4%	476
<b>Total</b>	<b>3,921,998</b>	<b>100%</b>	<b>12,000</b>

Fuente: Causas más frecuentes de Consulta Ambulatoria atendidas en la Red de Establecimientos de Salud del MINSAL según Lista Internacional de Enfermedades de la CIE-10 En el período de enero a diciembre de 2019

Tabla 154. Insumos médicos para operaciones

Medicamento	Formato	Costo	Prescrip	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.40	27.80%	3336	\$4,670.40
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.00	17.60%	2112	\$ 4,224.00
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.90	7.10%	852	\$ 2,470.80
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.50	1.90%	228	\$ 570.00
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.80	4.60%	552	\$ 1,545.60
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.30	2.40%	288	\$ 374.40
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.20	1.20%	144	\$ 172.80
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.00	1.50%	180	\$ 540.00
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.70	2.40%	288	\$ 777.60
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.00	0.60%	72	\$ 144.00
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.35	11.00%	1320	\$ 462.00
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.00	1.30%	156	\$ 1,092.00
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.80	1.00%	120	\$ 456.00
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.30	2.00%	240	\$ 552.00
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.80	0.20%	24	\$ 43.20

Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.50	0.10%	12	\$ 30.00
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.00	0.30%	36	\$ 72.00
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.00	0.50%	60	\$ 120.00
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.50	0.50%	60	\$ 210.00
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.50	0.20%	24	\$ 132.00
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.20	0.50%	60	\$ 432.00
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.00	1.00%	120	\$ 1,080.00
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.10	1.00%	120	\$ 132.00
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.40	3.00%	360	\$ 504.00
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.80	2.00%	240	\$ 672.00
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.90	10.00%	1200	\$ 2,280.00
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.00	10.00%	1200	\$ 1,200.00
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.40	10.00%	1200	\$ 1,680.00
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.45	5.00%	600	\$ 870.00
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.60	2.00%	240	\$ 384.00
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.80	0.50%	60	\$ 168.00
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.50	1.00%	120	\$ 2,100.00
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$14.80	1.00%	120	\$ 1,776.00
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.50	0.50%	60	\$ 570.00
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.00	0.50%	60	\$ 660.00

Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.00	1.00%	120	\$ 1,680.00
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.50	2.00%	240	\$ 2,280.00
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6000	\$ 900.00
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.00	8.00%	960	\$ 2,880.00
Guantes estériles	Par individual	\$0.80	20.00%	2400	\$ 1,920.00
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.00	30.00%	36	\$ 144.00
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.00	10.00%	12	\$ 240.00
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.00	20.00%	24	\$ 144.00
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.00	1.00%	120	\$2,760.0
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.00	1.30%	3.12	\$ 56.16
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	\$2.50	0.50%	60	\$ 150.00
<b>Total</b>					<b>\$48,000.96</b>

*Fuente: Causas más frecuentes de Consulta Ambulatoria atendidas en la Red de Establecimientos de Salud del MINSAL según Lista Internacional de Enfermedades de la CIE-10 En el período de enero a diciembre de 2019*

### **D. Mercado distribuidor**

Dentro del análisis del mercado distribuidor del Hospital Divina Providencia, es necesario incluir los canales de distribución que definen las etapas y medios a través de los cuales los servicios médicos llegarán al usuario final. En el sector salud, estos canales se refiere a los mecanismos que facilitan el acceso a la atención, ya sea de manera presencial, remota o mediante alianzas estratégicas.

En este sentido, el canal de distribución en salud se entiende como el sistema por el cual el hospital pone sus servicios a disposición de la población, garantizando oportunidad, continuidad y calidad. El elemento clave radica en asegurar que el paciente pueda acceder al servicio en el momento y lugar que lo necesita, cumpliendo además con los requisitos normativos y estándares de seguridad sanitaria.

El canal de distribución representa un sistema interactivo que implica a todos los actores: hospital, intermediarios y paciente/usuario.

Según el tipo de recorrido que sigue el servicio desde el hospital hasta el usuario, se establecen los siguientes canales adaptados al contexto sanitario:

*Tabla 155. Tipo de canal de distribución*

Canal	Recorrido
Directo	Clínica ----- Paciente
Indirecto corto	Clínica ----- Intermediario (aseguradora) ----- Paciente
Indirecto corto digital	Clínica ----- Intermediario (Plataforma) ----- Paciente

*Fuente: Elaboración propia*

En este caso se definirá:

- **Clínica:** Establecimiento de salud encargado de brindar servicios médicos que incluye: consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagenología, cumpliendo con la normativa del Consejo Superior de Salud Pública y otras regulaciones vigentes.
- **Intermediario:** Entidades o plataformas que facilitan el acceso del paciente a los servicios de la clínica, tales como aseguradoras, plataformas tecnológicas de telemedicina o medios digitales.
- **Paciente:** Persona que recibe la atención médica o servicios de salud, ya sea de forma presencial o remota, incluyendo consultas, diagnósticos, tratamientos, seguimiento y programas educativos en salud.

El estudio identificó mecanismos estratégicos y actores clave que facilitan el acceso a los servicios del hospital de forma efectiva y sostenible. A diferencia del mercado abastecedor, que provee insumos, el mercado distribuidor se enfoca en los medios para hacer llegar los servicios médicos a la población.

Tras la revisión bibliográfica y el análisis con la contraparte, se definieron seis modalidades potenciales de distribución: telemedicina, alianzas con clínicas, convenios

con aseguradoras, farmacias comunitarias, atención médica domiciliaria y canales digitales. Estas fueron evaluadas según impacto en el acceso, sostenibilidad económica, viabilidad técnica, cumplimiento normativo, aceptación comunitaria e integración con otros servicios.

Las tres modalidades con mayor potencial de implementación fueron:

- Telemedicina – Plataforma seleccionada: Mediquo (95% de cumplimiento).
- Convenios con aseguradoras – Seleccionada: Seguros SISA (97.5% de cumplimiento).
- Canales digitales – Redes sociales (87.5%), mensajería instantánea (85%) y medios tradicionales con enfoque digital (67.5%).

### **E. Recursos financieros**

El Hospital Divina Providencia, actualmente en proceso de reapertura bajo la figura de clínica, cuenta con un fondo inicial de \$30,000 destinados a cubrir gastos operativos inmediatos y parte de las inversiones necesarias para la adecuación de infraestructura, adquisición de insumos médicos y contratación de personal.

La principal fuente prevista para completar la inversión requerida proviene de donaciones nacionales e internacionales, gestionadas a través de organizaciones sin fines de lucro, fundaciones y programas de cooperación en salud. La contraparte ha manifestado su disposición de vender equipo médico y mobiliario en desuso con el objetivo de generar liquidez y así cubrir parte de los requerimientos financieros iniciales.

Si bien la política institucional prioriza el financiamiento no reembolsable, se contempla la opción de solicitar un préstamo únicamente como última alternativa, en caso de que las fuentes previstas no logren cubrir el monto total del presupuesto estimado.

En la evaluación de capacidad financiera se consideran los siguientes factores:

*Tabla 156. Factores de capacidad*

<b>Factores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Posición</b>
<b>Fondo propio</b>	Cuenta con \$30,000 como capital inicial para cubrir gastos operativos básicos y parte de la inversión.	Ventaja
<b>Donaciones</b>	Acceso a potenciales donaciones de ONG, fundaciones y programas de cooperación internacional.	Ventaja
<b>Venta de activos</b>	Disposición de vender equipo y mobiliario en desuso para aumentar el capital disponible.	Ventaja
<b>Créditos</b>	Se contempla como última opción solicitar financiamiento bancario o institucional para cubrir necesidades no cubiertas por las otras fuentes.	Neutro

*Fuente: Elaboración propia*

## **F. Recurso humano**

El recurso humano constituye un factor determinante en la definición del tamaño del proyecto, ya que de su idoneidad, disponibilidad y distribución depende la capacidad real de atención del hospital. En el caso del Hospital Divina Providencia, la conformación del equipo debe responder tanto a las exigencias normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) como a la naturaleza de los servicios que se prestarán.

Para las consultas médicas se requiere personal altamente calificado, incluyendo médicos generales que atiendan la demanda primaria de diagnóstico y tratamiento, así como especialistas en pediatría, medicina interna, urología, gastroenterología y ginecología, quienes aseguren una atención integral y diferenciada para las diversas necesidades de la población.

En el área de laboratorio clínico se contempla la participación de licenciados y técnicos especializados capaces de procesar exámenes de hematología, química sanguínea, microbiología e inmunología. Su función será garantizar resultados confiables y oportunos que respalden la labor diagnóstica del cuerpo médico.

De igual forma, los servicios de imagenología demandan la intervención de médicos radiólogos o especialistas en ultrasonografía, acompañados de técnicos en radiología responsables de la operación de los equipos y la preparación de los pacientes.

El área de enfermería constituye un pilar esencial en la atención, al contar con profesionales de nivel superior para la coordinación y supervisión de protocolos, así como personal auxiliar que brinde apoyo directo en la consulta, la toma de signos vitales y el cuidado del paciente durante su estancia en el establecimiento.

Asimismo, se requiere un equipo de apoyo clínico y administrativo conformado por personal de farmacia, administración, contabilidad, mantenimiento, limpieza y seguridad, quienes garantizan la continuidad operativa, la gestión eficiente de recursos y la adecuada bioseguridad dentro del hospital.

En conjunto, la conformación de este recurso humano no solo asegura el cumplimiento de la normativa nacional en materia de salud, sino que también fortalece la calidad y eficiencia de los servicios. De esta manera, el hospital estará en condiciones de responder a la demanda proyectada, ofreciendo atención médica integral y sostenible en el tiempo.

*Tabla 157. Recurso humano necesario para la clínica.*

<b>Área / Servicio</b>	<b>Perfil de recurso humano</b>
<b>Consultas médicas</b>	
<b>Medicina general</b>	Médico general
<b>Pediatría</b>	Médico pediatra
<b>Urología</b>	Médico urólogo
<b>Medicina interna</b>	Médico internista

<b>Gastroenterología</b>	Médico gastroenterólogo
<b>Ginecología</b>	Médico ginecólogo
<b>Laboratorio clínico</b>	
<b>Hematología, química, orina, heces</b>	Licenciado/a en laboratorio clínico
	Técnico de laboratorio clínico
<b>Imagenología</b>	
<b>Ultrasonografías</b>	Médico radiólogo o especialista en imagenología
	Técnico en radiología/imagenología
<b>Apoyo clínico y administrativo</b>	
<b>Enfermería</b>	Licenciada en enfermería (jefatura y supervisión)
	Auxiliares de enfermería
<b>Farmacia</b>	Químico-farmacéutico o técnico en farmacia
<b>Administración y contabilidad</b>	Administrador(a) y auxiliar administrativo
<b>Mantenimiento y limpieza</b>	Personal operativo
<b>Seguridad</b>	Guardias de seguridad


Fuente: Elaboración propia

## G. Recursos tecnológicos

En el ámbito hospitalario, el factor tecnológico es determinante para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de la atención médica. El Hospital Divina Providencia cuenta con una amplia variedad de equipos y dispositivos que permiten cubrir áreas críticas como diagnóstico, tratamiento, monitoreo y soporte vital. La disponibilidad y el correcto funcionamiento de estos recursos condicionan directamente la capacidad operativa del centro y, por ende, su tamaño óptimo.

A continuación, se presenta una lista de los principales insumos tecnológicos, junto con su función dentro del hospital. En este caso, haciendo énfasis a equipo de índole hospitalario:

Tabla 158. Recursos tecnológicos

Ilustración	Insumo	Función
	Cama hospitalaria	Permite la hospitalización y cuidado de pacientes en condiciones seguras y adaptables a sus necesidades clínicas.

	Colchón hospitalario	Proporciona comodidad y soporte a pacientes durante su estancia, ayudando a prevenir úlceras por presión.
	Camilla hospitalaria	Facilita el transporte seguro de pacientes dentro del hospital, especialmente en emergencias o traslados internos.
	Cánape ginecológico	Utilizado en consultas y procedimientos ginecológicos para garantizar la posición adecuada de la paciente.
	Monitor de signos vitales	Registra y muestra en tiempo real parámetros como presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura, fundamentales para el monitoreo de pacientes críticos.
	Aparato de ultrasonido (USG)	Permite la obtención de imágenes internas del cuerpo para diagnóstico no invasivo en diversas especialidades.
	Mesa quirúrgica	Superficie especializada para la realización de intervenciones quirúrgicas, con ajustes de posición para facilitar el acceso del cirujano.
	Autoclave	Esteriliza instrumentos y material quirúrgico mediante vapor a alta presión, asegurando la eliminación de patógenos.
	Electrocauterio	Dispositivo utilizado en cirugía para cortar tejido y controlar hemorragias mediante corriente eléctrica.
	Desfibrilador	Restaura el ritmo cardíaco normal en casos de arritmias graves o paro cardíaco.

	<p>Incubadora neonatal</p>	<p>Proporciona un ambiente controlado de temperatura, humedad y oxígeno para recién nacidos prematuros o con condiciones críticas.</p>
	<p>Máquina de anestesia</p>	<p>Administra y controla de forma segura los gases anestésicos durante intervenciones quirúrgicas.</p>
	<p>Rayos X</p>	<p>Genera imágenes radiográficas para diagnóstico de lesiones óseas, torácicas y otros estudios médicos.</p>
	<p>Equipo de mamografía</p>	<p>Realiza estudios de imagen especializados para la detección temprana del cáncer de mama.</p>
	<p>Bomba de infusión</p>	<p>Administra medicamentos, soluciones o nutrientes directamente al torrente sanguíneo con precisión en dosis y tiempo.</p>
	<p>Concentrador de oxígeno</p>	<p>Suministra oxígeno de manera continua a pacientes con insuficiencia respiratoria.</p>
	<p>Colposcopio</p>	<p>Permite la observación detallada del cuello uterino y otras áreas del tracto genital femenino para detección de lesiones.</p>
	<p>Centrifugadora</p>	<p>Separa componentes de fluidos biológicos en el laboratorio para análisis clínicos.</p>
	<p>Analizador de electrolitos</p>	<p>Determina concentraciones de sodio, potasio y otros electrolitos esenciales en la sangre.</p>

	Equipo de hematología	Procesa muestras sanguíneas para conteo y análisis de células.
	Equipo de química clínica	Realiza pruebas bioquímicas en sangre y otros fluidos para diagnóstico.
	Endoscopio	Permite la visualización interna de cavidades y conductos del cuerpo para diagnóstico y tratamiento.
	Oxigenador	Utilizado en procedimientos de soporte vital para enriquecer la sangre con oxígeno fuera del cuerpo.
	Lámpara quirúrgica	Ilumina de manera intensa y focalizada el área quirúrgica.
	Ventilador mecánico (ResMed AirSense)	Asiste o sustituye la respiración espontánea en pacientes con insuficiencia respiratoria.
	Estetoscopio	Dispositivo acústico que permite auscultar sonidos internos del cuerpo, como latidos cardíacos, ruidos respiratorios y movimientos intestinales, para apoyar el diagnóstico médico.

Fuente: Elaboración propia

## **H. Proceso de selección y evaluación del tamaño óptimo**

### **1. Definición de factores y asignación de pesos**

Para determinar el tamaño óptimo del proyecto de reapertura del Hospital Divina Providencia (ahora clínica), se identifican los factores que influyen de manera directa en la capacidad instalada del establecimiento. Estos factores representan dimensiones clave del funcionamiento del centro de salud; estos se evalúan a través de criterios, los cuales permiten determinar qué tan determinante es cada factor en la definición del tamaño del proyecto.

El método utilizado consiste en una evaluación multicriterio por puntos, con un enfoque mixto (cuantitativo–cualitativo). Cada criterio recibe una calificación que luego se traduce en una ponderación final para cada factor. De esta manera, el peso asignado a cada factor refleja la importancia relativa que tiene en la determinación de la capacidad instalada del hospital.

La definición de los pesos se realizó con apoyo de la contraparte institucional, utilizando la información real disponible y considerando las condiciones actuales del hospital.

Los factores a considerar son los siguientes:

*Tabla 159. Factores para determinar el tamaño óptimo*

<b>FACTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Mercado de consumo</b>	Evalúa la demanda de servicios médicos en el área de influencia, identificando el volumen y tipo de pacientes que podrían atenderse.
<b>Mercado abastecedor</b>	Considera la disponibilidad y confiabilidad de proveedores de insumos médicos, medicamentos, equipos y material quirúrgico.
<b>Mercado distribuidor</b>	Analiza los canales y medios mediante los cuales los servicios del hospital llegarán a la población, incluyendo atención presencial, telemedicina y convenios.
<b>Recursos financieros</b>	Evalúa la capacidad económica del proyecto, considerando fondos propios, donaciones, venta de activos y posibles créditos.
<b>Recurso humano</b>	Mide la disponibilidad de personal médico, enfermería y administrativo calificado para cubrir las áreas de servicio planificadas.
<b>Recursos tecnológicos</b>	Valora la disponibilidad y estado de equipos médicos, tecnología diagnóstica y de soporte, necesarios para garantizar una atención segura y eficiente.

*Fuente: Elaboración propia*

## **2. Escala de calificación y definición de criterios**

Para la evaluación, se tomarán en cuenta cinco criterios aplicados a cada uno de los factores identificados. Estos criterios permitirán valorar qué tan determinante es cada factor en la definición del tamaño óptimo de la clínica.

Definición de criterios:

Tabla 160. Criterios a evaluar para tamaño óptimo.

N.º	Criterio	Descripción	Peso
1	Permite cubrir la demanda	Evalúa si el factor contribuye directamente a satisfacer la demanda proyectada de servicios médicos.	20%
2	Ayuda al crecimiento de la demanda	Mide si el factor contribuye a incrementar el número de pacientes atendidos en el mediano y largo plazo.	20%
3	Es importante para la actividad operativa	Determina si el factor es esencial para el funcionamiento diario de la clínica.	20%
4	Facilita la implementación de los servicios propuestos	Considera si el factor favorece la puesta en marcha de las áreas y servicios médicos planificados.	20%
5	Optimiza los tiempos de atención	Valora si el factor permite mejorar la eficiencia en la prestación de servicios y reducir tiempos de espera.	20%

Fuente: Elaboración propia

Escala de valoración:

Tabla 161. Nivel de importancia

Escala	Nivel de importancia
1	Poco importante
5	Importante
10	Extremadamente importante

Fuente: Elaboración propia

### 3. Selección del factor

Se procede a la valoración de cada factor frente a los criterios definidos, asignando calificaciones en la escala de 1, 5 y 10. Estas calificaciones se multiplican por el peso asignado a cada factor para obtener el puntaje ponderado.

Tabla 162. Valoración de factores del tamaño óptimo

N.º	Factores	C1	C2	C3	C4	C5	Total
1	<b>Mercado de consumo</b>	10	10	10	5	10	9
2	Mercado abastecedor	5	5	10	5	5	6
3	Mercado distribuidor	5	10	5	1	1	4.4
4	Recursos financieros	5	5	10	10	5	7

<b>5</b>	<b>Recurso humano</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Recursos tecnológicos</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

*Fuente: Elaboración propia*

En el cuadro anterior se confirma que los factores con mayor incidencia en la determinación del tamaño óptimo de la clínica son el mercado de consumo, el recurso humano y los recursos tecnológicos, los cuales obtuvieron la puntuación final más alta. Cada uno de estos factores aporta información clave para definir la capacidad instalada requerida para la reapertura del Hospital Divina Providencia (como clínica de primer nivel). El mercado de consumo se posiciona como factor crítico, ya que contiene la estimación de la demanda de servicios médicos. Este análisis determina cuántos pacientes podrían requerir atención, qué tipo de procedimientos serían más frecuentes y, por tanto, qué volumen de servicios debe ser capaz de cubrir el hospital. En consecuencia, constituye el punto de partida para dimensionar la capacidad instalada.

El recurso humano también se clasifica como un factor determinante. En el sector salud, la disponibilidad de personal médico, de enfermería y administrativo condiciona directamente el número de servicios que pueden ofrecerse y la continuidad operativa del hospital. Aunque su disponibilidad depende en parte del tamaño proyectado, su peso en la selección final refleja que ningún diseño de capacidad puede ser viable sin garantizar la dotación mínima necesaria de profesionales para cada área.

Los recursos tecnológicos completan el grupo de factores prioritarios. Contar con equipos médicos, diagnósticos y de soporte clínico en buen estado es indispensable para asegurar una atención segura, eficiente y alineada a la normativa del Consejo Superior de Salud Pública. La tecnología disponible determina la complejidad de los servicios que pueden ofrecerse y, por tanto, también condiciona el tamaño operativo del establecimiento.

Debido a la naturaleza del proyecto, la capacidad instalada deberá definirse considerando de forma conjunta estos tres factores. En primer lugar, se establece el tamaño proyectado según la demanda identificada (mercado de consumo). Posteriormente, se verifica que la disponibilidad de personal (recurso humano) sea congruente con ese nivel de atención. Finalmente, se comprueba que la infraestructura tecnológica requerida pueda respaldar la operación prevista.

En la determinación del tamaño óptimo del establecimiento, la capacidad proyectada debe ajustarse al factor que presente la mayor limitación operativa, ya sea demanda, recurso humano o recursos tecnológicos. Esto se debe a que, aun cuando la demanda permita estimar un volumen elevado de atención, la clínica solo podrá operar de manera segura y conforme a la normativa si los recursos humanos y tecnológicos son capaces de sostener dicho nivel de actividad.

Por ello, la capacidad final se define tomando como referencia el factor que imponga el límite más bajo, garantizando así que el proyecto sea realista, sostenible y viable dentro de los estándares exigidos para los servicios de salud.

En la determinación del tamaño óptimo del establecimiento, la capacidad proyectada debe ajustarse al factor que presente la mayor limitación operativa, ya sea demanda, recurso humano o recursos tecnológicos. Esto se debe a que, aun cuando la demanda permita estimar un volumen elevado de atención, la clínica solo podrá operar de manera segura y conforme a la normativa si los recursos humanos y tecnológicos son capaces de sostener dicho nivel de actividad.

Por ello, la capacidad final se define tomando como referencia el factor que imponga el límite más bajo, garantizando así que el proyecto sea realista, sostenible y viable dentro de los estándares exigidos para los servicios de salud.

#### 4. Determinación del tamaño de la clínica dado el factor consumidor

Para definir el tamaño óptimo de la clínica, se parte del análisis del mercado de consumo, utilizando la proyección de demanda anual de consultas médicas. Dado que en salud no se manejan inventarios de consultas, la capacidad de atención mensual coincide directamente con la demanda proyectada.

La fórmula aplicada es:

$$\text{Capacidad instalada} = \frac{\text{Consultas anuales}}{\text{Semanas de operación}}$$

Teniendo en cuenta los siguiente:

*Tabla 163. Capacidad instalada según consultas anuales*

Servicio médico	Porcentaje	Consultas/año
Consulta médica general	37.8%	4,536
Consulta médica pediátrica	14.8%	1,776
Consulta urología	3.6%	432
Consulta medicina interna	30.2%	3,624
Consulta gastroenterólogo	4.5%	540
Consulta médica ginecológica	9.1%	1,092
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>12,000</b>

*Fuente: Elaboración propia*

Considerando 52 semanas de operación al año:

*Tabla 164. Demanda semanal de servicios*

Servicio médico	Consultas/año	Consultas/semana
Consulta médica general	4,536	87

Consulta médica pediátrica	1,776	34
Consulta urología	432	8
Consulta medicina interna	3,624	70
Consulta gastroenterólogo	540	10
Consulta médica ginecológica	1,092	21
<b>Total</b>	<b>12,000</b>	<b>230</b>

Fuente: *Elaboración propia*

**Conclusión:** La clínica deberá contar con capacidad para atender en promedio 230 consultas semanales, distribuidas según la demanda de cada especialidad. Esta proyección es clave para dimensionar el número de consultorios, horarios de atención y personal necesario, asegurando que la infraestructura y la operación respondan de manera eficiente a la demanda real.

## 5. Determinación del tamaño de la clínica dado el factor Recurso humano

Tiempo promedio de los servicios:

Para la determinación del tamaño en función de la mano de obra se toman en cuenta los registros establecidos en los “Lineamientos técnicos para la gestión del tiempo y la demanda en las unidades de salud del Primer Nivel de Atención”, de los cuales se obtiene un promedio (en minutos) de los servicios a ofertar de la siguiente forma:

Tabla 165. *Tiempo promedio por servicio*

Servicio	Tiempo promedio (min)
Consulta médica general	15
Consulta médica pediátrica	45
Consulta urología	20
Consulta medicina interna	25
Consulta gastroenterólogo	20
Consulta médica ginecológica	20
Exámenes de laboratorio	6
Rayos x / imagenología	30

Fuente: *Lineamientos técnicos para la gestión del tiempo y la demanda en las unidades de salud del Primer Nivel de Atención.*

Determinación de tamaño por servicio:

- Consultas: Tomando en cuenta la demanda estimada de cada uno de los servicios tenemos la siguiente proyección para los siguientes 5 años:

Tabla 166. Proyección de los servicios año 1

Año 1								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio Consulta (min)	Demanda mensual	Horas Consulta/Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos/día
Consulta médica general	4,540	15	378	95	6	24	4	16
Consulta médica pediátrica	1,775	45	148	111	6	24	5	6
Consulta urología	429	20	36	12	3	12	1	3
Consulta medicina interna	3,629	25	302	126	4	16	8	19
Consulta gastroenterólogo	540	20	45	15	2	8	2	6
Consulta médica ginecológica	1,087	20	91	30	3	12	3	8
<b>Total</b>	<b>12,000</b>		<b>1000</b>	<b>389</b>			<b>22</b>	<b>57</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión año 1: Con ello podemos determinar que serán necesarios los siguientes turnos por especialista:

- Consulta médica general: 1 turno de 4 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta médica pediátrica: 1 turno de 5 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta urología: 1 turno de 1 hora al día, 3 días a la semana.
- Consulta medicina interna: 2 turnos de 4 horas al día, 4 días a la semana.
- Consulta gastroenterólogo: 1 turno de 2 horas al día, 2 días a la semana.
- Consulta médica ginecológica: 1 turno de 3 horas al día, 3 días a la semana.

Tabla 167. Proyección de los servicios año 2

Año 2								
Servicio	Demanda anual	Tiempo/Consulta (min)	Demanda mensual	Horas Consulta/Mes	Días/semana	días/mes	Hora/día	Cupos/día
Consulta médica general	4,631	15	386	96	6	24	4	16
Consulta médica pediátrica	1,810	45	151	113	6	24	5	6
Consulta urología	437	20	36	12	3	12	1	3
Consulta medicina interna	3,702	25	309	129	4	16	8	19
Consulta gastroenterólogo	551	20	46	15	2	8	2	6
Consulta médica ginecológica	1,108	20	92	31	3	12	3	8
<b>Total</b>	<b>12,240</b>		<b>1020</b>	<b>396</b>			<b>22</b>	<b>58</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión año 2: Con ello podemos determinar que serán necesarios los siguientes turnos por especialista:

- Consulta médica general: 1 turno de 4 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta médica pediátrica: 1 turno de 5 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta urología: 1 turno de 1 hora al día, 3 días a la semana.
- Consulta medicina interna: 2 turnos de 4 horas al día, 4 días a la semana.
- Consulta gastroenterólogo: 1 turno de 2 horas al día, 2 días a la semana.
- Consulta médica ginecológica: 1 turno de 3 horas al día, 3 días a la semana.

Tabla 168. Proyección de los servicios año 3

Año 3								
Servicio	Demanda anual	Tiempo/Consulta (min)	Demanda mensual	Horas Consulta/Mes	Días/semana	días/mes	Hora/día	Cupos/día
Consulta médica general	4,724	15	394	98	6	24	4	16
Consulta médica pediátrica	1,847	45	154	115	6	24	5	6
Consulta urología	446	20	37	12	3	12	1	3
Consulta medicina interna	3,776	25	315	131	4	16	8	20
Consulta gastroenterólogo	562	20	47	16	2	8	2	6
Consulta médica ginecológica	1,130	20	94	31	3	12	3	8
<b>Total</b>	<b>12,485</b>		<b>1040</b>	<b>404</b>			<b>23</b>	<b>59</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión año 3: Con ello podemos determinar que serán necesarios los siguientes turnos por especialista:

- Consulta médica general: 1 turno de 4 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta médica pediátrica: 1 turno de 5 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta urología: 1 turno de 1 hora al día, 3 días a la semana.
- Consulta medicina interna: 2 turnos de 4 horas al día, 4 días a la semana.
- Consulta gastroenterólogo: 1 turno de 2 horas al día, 2 días a la semana.
- Consulta médica ginecológica: 1 turno de 3 horas al día, 3 días a la semana.

Tabla 169. Proyección de los servicios año 4

Año 4								
Servicio	Demanda anual	Tiempo/Consulta (min)	Demanda mensual	Horas Consulta/Mes	Días/semana	días/mes	Hora/día	Cupos/día
Consulta médica general	4,818	15	402	100	6	24	4	17
Consulta médica pediátrica	1,883	45	157	118	6	24	5	7
Consulta urología	455	20	38	13	3	12	1	3
Consulta medicina interna	3,852	25	321	134	4	16	8	20
Consulta gastroenterólogo	573	20	48	16	2	8	2	6
Consulta médica ginecológica	1,153	20	96	32	3	12	3	8
<b>Total</b>	<b>12,734</b>		<b>1061</b>	<b>412</b>			<b>23</b>	<b>60</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión año 4: Con ello podemos determinar que serán necesarios los siguientes turnos por especialista:

- Consulta médica general: 1 turno de 4 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta médica pediátrica: 1 turno de 5 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta urología: 1 turno de 1 hora al día, 3 días a la semana.
- Consulta medicina interna: 2 turnos de 4 horas al día, 4 días a la semana.
- Consulta gastroenterólogo: 1 turno de 2 horas al día, 2 días a la semana.
- Consulta médica ginecológica: 1 turno de 3 horas al día, 3 días a la semana.

Tabla 170. Proyección de los servicios año 5

Año 5								
Servicio	Demanda anual	Tiempo/Consulta (min)	Demanda mensual	Horas Consulta/Mes	Días/semana	días/mes	Hora/día	Cupos/día
Consulta médica general	4,914	15	410	102	6	24	4	17
Consulta médica pediátrica	1,921	45	160	120	6	24	5	7
Consulta urología	464	20	39	13	3	12	1	3
Consulta medicina interna	3,929	25	327	136	4	16	9	20
Consulta gastroenterólogo	585	20	49	16	2	8	2	6
Consulta médica ginecológica	1,176	20	98	33	3	12	3	8
<b>Total</b>	<b>12,989</b>		<b>1082</b>	<b>421</b>			<b>24</b>	<b>62</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión año 5: Con ello podemos determinar que serán necesarios los siguientes turnos por especialista:

- Consulta médica general: 1 turno de 4 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta médica pediátrica: 1 turno de 5 horas al día, 6 días a la semana.
- Consulta urología: 1 turno de 1 hora al día, 3 días a la semana.
- Consulta medicina interna: 2 turnos de 4:30 horas al día, 4 días a la semana.
- Consulta gastroenterólogo: 1 turno de 2 horas al día, 2 días a la semana.
- Consulta médica ginecológica: 1 turno de 3 horas al día, 3 días a la semana

- Exámenes de laboratorio: Tomando en cuenta la demanda estimada de cada uno de los servicios tenemos la siguiente proyección para los siguientes 5 años:

Tabla 171. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 1

<b>Demanda de exámenes de laboratorio año 1</b>								
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>	<b>Tiempo promedio Consulta (min)</b>	<b>Demanda mensual</b>	<b>Horas Consulta/ Mes</b>	<b>Días/ semana</b>	<b>Días/ mes</b>	<b>Hora/ día</b>	<b>Cupos/ día</b>
<b>Hematología</b>								
Hemograma completo	1,748	6	146	15	6	24	0.6	6
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,345	6	112	11	6	24	0.5	5
Hematocrito y hemoglobina	1,570	6	131	13	6	24	0.5	5
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,541	6	128	13	6	24	0.5	5
<b>Química sanguínea básica</b>								
Glucosa en sangre	1,570	6	131	13	6	24	0.5	5
Colesterol total y triglicéridos	1,018	6	85	8	6	24	0.4	4
Creatinina	1,196	6	100	10	6	24	0.4	4
Urea	1,196	6	100	10	6	24	0.4	4
Ácido úrico	1,018	6	85	8	6	24	0.4	4
<b>Exámenes de orina</b>								

Examen general de orina (EGO)	1,421	6	118	12	6	24	0.5	5
Prueba de embarazo (cualitativa)	696	6	58	6	6	24	0.2	2
<b>Exámenes de heces</b>								
Coprológico general	1,096	6	91	9	6	24	0.4	4
Coproparasitoscópico	1,096	6	91	9	6	24	0.4	4
<b>Microbiología (limitada)</b>								
Exudado faríngeo	798	6	67	7	6	24	0.3	3
Tinción de Gram	1,023	6	85	9	6	24	0.4	4
<b>Inmunología</b>								
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,570	6	131	157	6	24	0.4	4
<b>Total</b>	<b>19,902</b>						<b>6.7</b>	<b>67</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 172. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 2

<b>Demanda de exámenes de laboratorio año 2</b>								
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>	<b>Tiempo promedio Consulta (min)</b>	<b>Demanda mensual</b>	<b>Horas Consulta/ Mes</b>	<b>Días/ semana</b>	<b>Días/ mes</b>	<b>Hora/día</b>	<b>Cupos/día</b>
<b>Hematología</b>								
Hemograma completo	1,783	6	149	15	6	24	0.6	6
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,372	6	114	11	6	24	0.5	5
Hematocrito y hemoglobina	1,601	6	133	13	6	24	0.6	6
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,572	6	131	13	6	24	0.5	5
<b>Química sanguínea básica</b>								
Glucosa en sangre	1,601	6	133	13	6	24	0.6	6
Colesterol total y triglicéridos	1,038	6	87	9	6	24	0.4	4
Creatinina	1,220	6	102	10	6	24	0.4	4
Urea	1,220	6	102	10	6	24	0.4	4
Ácido úrico	1,038	6	87	9	6	24	0.4	4
<b>Exámenes de orina</b>								
Examen general de orina (EGO)	1,449	6	121	12	6	24	0.5	5
Prueba de embarazo (cualitativa)	710	6	59	6	6	24	0.2	2
<b>Exámenes de heces</b>								
Coprológico general	1,118	6	93	9	6	24	0.4	4

Coproparasitoscópico	1,118	6	93	9	6	24	0.4	4
<b>Microbiología (limitada)</b>								
Exudado faríngeo	814	6	68	7	6	24	0.3	3
Tinción de Gram	1,043	6	87	9	6	24	0.4	4
<b>Inmunología</b>								
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,601	6	133	160	6	24	0.4	4
<b>Total</b>	<b>20,298</b>						<b>6.8</b>	<b>68</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 173. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 3

<b>Demanda de exámenes de laboratorio año 3</b>								
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>	<b>Tiempo promedio Consulta (min)</b>	<b>Demanda mensual</b>	<b>Horas Consulta/Mes</b>	<b>Días/semana</b>	<b>Días/mes</b>	<b>Hora/día</b>	<b>Cupos/día</b>
<b>Hematología</b>								
Hemograma completo	1,819	6	152	15	6	24	0.6	6
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,399	6	117	12	6	24	0.5	5
Hematocrito y hemoglobina	1,633	6	136	14	6	24	0.6	6
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,603	6	134	13	6	24	0.6	6

<b>Química sanguínea básica</b>								
Glucosa en sangre	1,633	6	136	14	6	24	0.6	6
Colesterol total y triglicéridos	1,059	6	88	9	6	24	0.4	4
Creatinina	1,244	6	104	10	6	24	0.4	4
Urea	1,244	6	104	10	6	24	0.4	4
Ácido úrico	1,059	6	88	9	6	24	0.4	4
<b>Exámenes de orina</b>								
Examen general de orina (EGO)	1,478	6	123	12	6	24	0.5	5
Prueba de embarazo (cualitativa)	724	6	60	6	6	24	0.3	3
<b>Exámenes de heces</b>								
Coprológico general	1,140	6	95	10	6	24	0.4	4
Coproparasitológico	1,140	6	95	10	6	24	0.4	4
<b>Microbiología (limitada)</b>								
Exudado faríngeo	830	6	69	7	6	24	0.3	3
Tinción de Gram	1,064	6	89	9	6	24	0.4	4
<b>Inmunología</b>								
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,633	6	136	163	6	24	0.4	4
<b>Total</b>	<b>20,706</b>						7.0	70

Fuente: Elaboración propia

Tabla 160. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 4

<b>Demanda de exámenes de laboratorio año 4</b>								
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>	<b>Tiempo promedio Consulta (min)</b>	<b>Demanda mensual</b>	<b>Horas Consulta/Mes</b>	<b>Días/semana</b>	<b>Días/mes</b>	<b>Hora/día</b>	<b>Cupos/día</b>
<b>Hematología</b>								
Hemograma completo	1,855	6	155	15	6	24	0.6	6
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,427	6	119	12	6	24	0.5	5
Hematocrito y hemoglobina	1,666	6	139	14	6	24	0.6	6
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,635	6	136	14	6	24	0.6	6
<b>Química sanguínea básica</b>								
Glucosa en sangre	1,666	6	139	14	6	24	0.6	6
Colesterol total y triglicéridos	1,080	6	90	9	6	24	0.4	4
Creatinina	1,269	6	106	11	6	24	0.4	4
Urea	1,269	6	106	11	6	24	0.4	4
Ácido úrico	1,080	6	90	9	6	24	0.4	4
<b>Exámenes de orina</b>								
Examen general de orina (EGO)	1,508	6	126	13	6	24	0.5	5
Prueba de embarazo (cualitativa)	739	6	62	6	6	24	0.3	3

<b>Exámenes de heces</b>								
Coprológico general	1,163	6	97	10	6	24	0.4	4
Coproparasitoscópico	1,163	6	97	10	6	24	0.4	4
<b>Microbiología (limitada)</b>								
Exudado faríngeo	847	6	71	7	6	24	0.3	3
Tinción de Gram	1,086	6	91	9	6	24	0.4	4
<b>Inmunología</b>								
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,666	6	139	167	6	24	0.4	
<b>Total</b>	<b>21,120</b>						<b>7.1</b>	<b>71</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 161. Proyección de la demanda de los exámenes de laboratorio año 5

<b>Demanda de exámenes de laboratorio año 5</b>								
<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Cantidad por examen</b>	<b>Tiempo promedio Consulta (min)</b>	<b>Demanda mensual</b>	<b>Horas Consulta/Mes</b>	<b>Días/semana</b>	<b>Días/mes</b>	<b>Hora/día</b>	<b>Cupos/día</b>
<b>Hematología</b>								
Hemograma completo	1,892	6	158	16	6	24	0.7	7
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,456	6	121	12	6	24	0.5	5
Hematocrito y hemoglobina	1,699	6	142	14	6	24	0.6	6

Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,668	6	139	14	6	24	0.6	6
<b>Química sanguínea básica</b>								
Glucosa en sangre	1,699	6	142	14	6	24	0.6	6
Colesterol total y triglicéridos	1,102	6	92	9	6	24	0.4	4
Creatinina	1,295	6	108	11	6	24	0.4	4
Urea	1,295	6	108	11	6	24	0.4	4
Ácido úrico	1,102	6	92	9	6	24	0.4	4
<b>Exámenes de orina</b>								
Examen general de orina (EGO)	1,538	6	128	13	6	24	0.5	5
Prueba de embarazo (cualitativa)	753	6	63	6	6	24	0.3	3
<b>Exámenes de heces</b>								
Coprológico general	1,186	6	99	10	6	24	0.4	4
Coproparasitoscópico	1,186	6	99	10	6	24	0.4	4
<b>Microbiología (limitada)</b>								
Exudado faríngeo	864	6	72	7	6	24	0.3	3
Tinción de Gram	1,107	6	92	9	6	24	0.4	4
<b>Inmunología</b>								
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,699	6	142	170	6	24	0.4	4
<b>Total</b>	<b>21,543</b>						<b>7.2</b>	<b>72</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión: Para los 5 años proyectados (y siguiendo la RTA de laboratorio clínico, nivel 1 pruebas Básicas) será necesario entonces el siguiente recurso humano:

- 1 regente (Licenciado en Laboratorio Clínico): 1 turno de 4 horas, 5 días a la semana.
  - 1 licenciado en Laboratorio Clínico: 1 turno de 4 horas, 6 días a la semana. // 1 técnico en laboratorio clínico: 1 turno de 4 horas, 6 días a la semana.
- Imagenología: Tomando en cuenta la demanda estimada de los servicios de imagenología, así como los lineamientos de la RTA sobre imagenología, tenemos las siguientes proyecciones: Conclusión: debido a la demanda y los requerimientos se establece entonces que para los 5 años proyectados será requerida la siguiente mano de obra:

Tabla 174. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 1

Año 1								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio (min)	Demanda mensual	Horas/Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos/día
Ultrasonografía obstétrica	248	30	21	10	6	24	0.4	0.9
Ultrasonografía de testicular	212	30	18	9	6	24	0.4	0.7
Ultrasonografía abdominal	235	30	20	10	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía vejiga urinaria	150	30	13	6	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de próstata	150	30	13	6	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de hígado	173	30	14	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía renal	212	30	18	9	6	24	0.4	0.7
Ultrasonografía de mama	186	30	16	8	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía ginecológica	122	30	10	5	6	24	0.2	0.4
<b>Total</b>	<b>1,688</b>		<b>141</b>	<b>70</b>			<b>3</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 175. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 2

Año 2								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio (min)	Demanda mensual	Horas/Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos/día
Ultrasonografía obstétrica	253	30	21	11	6	24	0.4	0.9
Ultrasonografía de testicular	216	30	18	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía abdominal	240	30	20	10	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía vejiga urinaria	153	30	13	6	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de próstata	153	30	13	6	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de hígado	176	30	15	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía renal	216	30	18	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía de mama	190	30	16	8	6	24	0.3	0.7
Ultrasonografía ginecológica	124	30	10	5	6	24	0.2	0.4
<b>Total</b>	<b>1,722</b>		<b>143</b>	<b>72</b>			<b>3</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 176. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 3

Año 3								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio (min)	Demanda mensual	Horas/ Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos / día
Ultrasonografía obstétrica	258	30	22	11	6	24	0.4	0.9
Ultrasonografía de testicular	221	30	18	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía abdominal	244	30	20	10	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía vejiga urinaria	156	30	13	7	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de próstata	156	30	13	7	6	24	0.3	0.5
Ultrasonografía de hígado	180	30	15	8	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía renal	221	30	18	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía de mama	194	30	16	8	6	24	0.3	0.7
Ultrasonografía ginecológica	127	30	11	5	6	24	0.2	0.4
<b>Total</b>	<b>1,756</b>		<b>146</b>	<b>73</b>			<b>3</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 177. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 4

Año 4								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio (min)	Demanda mensual	Horas/ Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos / día
Ultrasonografía obstétrica	263	30	22	11	6	24	0.5	0.9
Ultrasonografía de testicular	225	30	19	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía abdominal	249	30	21	10	6	24	0.4	0.9
Ultrasonografía vejiga urinaria	159	30	13	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía de próstata	159	30	13	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía de hígado	184	30	15	8	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía renal	225	30	19	9	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía de mama	197	30	16	8	6	24	0.3	0.7
Ultrasonografía ginecológica	129	30	11	5	6	24	0.2	0.4
<b>Total</b>	<b>1,791</b>		<b>149</b>	<b>75</b>			<b>3</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 178. Proyección de la demanda de los servicios de imagenología año 5

Año 4								
Servicio	Demanda anual	Tiempo promedio (min)	Demanda mensual	Horas/Mes	Días/semana	Días/mes	Hora/día	Cupos / día
Ultrasonografía obstétrica	268	30	22	11	6	24	0.5	0.9
Ultrasonografía de testicular	229	30	19	10	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía abdominal	254	30	21	11	6	24	0.4	0.9
Ultrasonografía vejiga urinaria	162	30	14	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía de próstata	162	30	14	7	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía de hígado	187	30	16	8	6	24	0.3	0.6
Ultrasonografía renal	229	30	19	10	6	24	0.4	0.8
Ultrasonografía de mama	201	30	17	8	6	24	0.3	0.7
Ultrasonografía ginecológica	132	30	11	6	6	24	0.2	0.5
<b>Total</b>	<b>1,827</b>		<b>152</b>	<b>76</b>			<b>3</b>	<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia

Conclusión: Siguiendo los “Lineamientos técnicos de radiología e imágenes en el Primer Nivel de Atención” publicados por el Ministerio de Salud en conjunto con la demanda y las RTA establecidas por el CSSP, tenemos entonces que la mano de obra requerida será:

- 1 regente (médico radiólogo): 1 turno de 4 horas, 6 días a la semana.
- 1 licenciado o técnico en radiología e imágenes: 1 turno de 4 horas, 6 días a la semana.

## 6. Determinación del tamaño de la clínica dado el factor tecnología

La capacidad tecnológica disponible en la clínica constituye un elemento clave para establecer el tamaño óptimo de operación. La tecnología, entendida como el conjunto de equipos médicos, sistemas de diagnóstico, infraestructura y herramientas de gestión hospitalaria, define los límites reales de la atención que puede brindarse, tanto en volumen como en calidad.

El inventario actual del Hospital Divina Providencia (actual clínica) incluye equipamiento médico especializado en áreas de consulta general, pediatría, ginecología, urología, medicina interna, gastroenterología, laboratorio clínico e imagenología, así como sistemas de soporte vital, esterilización y monitoreo. Entre los activos más relevantes se cuentan: 11 monitores de signos vitales, 2 aparatos de ultrasonido, 1 equipo de rayos X, 1 mamógrafo, 6 máquinas de anestesia, múltiples equipos de laboratorio (hematología, química, inmunología) y lámparas quirúrgicas.

Con base en la capacidad técnica de estos equipos, se determinó la cantidad máxima de atenciones y procedimientos que pueden realizarse sin generar cuellos de botella:

- Consultas médicas: la infraestructura de consultorios y equipamiento básico permite un promedio de 24 consultas/día por consultorio; con 4 consultorios en operación y 250 días laborales, la capacidad anual estimada es de 24,000 consultas, el doble de la demanda proyectada (12,000).
- Ultrasonido: los 2 aparatos, trabajando a 3 estudios/hora durante 6 horas diarias y 250 días al año, tienen una capacidad combinada de 9,000 estudios/año, cubriendo ampliamente la demanda de 1,688 estudios anuales.
- Laboratorio clínico: los equipos instalados permiten procesar hasta 45,000 exámenes/año ( $30 \text{ muestras/hora} \times 6 \text{ horas/día} \times 250 \text{ días}$ ), frente a una demanda de 19,902 exámenes.

Por lo tanto, podemos concluir que el factor tecnológico permite establecer que la clínica puede operar con un volumen máximo cercano a 12,000 consultas anuales y la totalidad de exámenes complementarios proyectados, siempre que se mantenga un programa de mantenimiento preventivo y calibración de equipos, así como una planificación de turnos de uso que maximice la productividad.

De este modo, el tamaño de la clínica, considerando la tecnología actual, es suficiente para satisfacer la demanda estimada en la reapertura, con posibilidades de expansión futura mediante la incorporación de nuevos equipos o la actualización de los existentes.

## 7. Determinación del tamaño del proyecto

La demanda esperada junto con la oferta de servicios a poseer queda planteada de la siguiente manera para los próximos 5 años:

Tabla 179. Demanda esperada según servicios

Año	Servicio	Demanda	Oferta	Utilización
Año 1	Consultas	42	57	74%
	Exámenes de laboratorio	67	120	56%
	Imagenología	6	12	50%
Año 2	Consultas	43	58	74%
	Exámenes de laboratorio	68	120	57%
	Imagenología	6	12	50%
Año 3	Consultas	44	59	75%
	Exámenes de laboratorio	70	120	58%
	Imagenología	6	12	50%
Año 4	Consultas	45	60	75%
	Exámenes de laboratorio	71	120	59%
	Imagenología	6	12	50%
Año 5	Consultas	45	62	73%
	Exámenes de laboratorio	72	120	60%
	Imagenología	6	12	50%

Fuente: Elaboración propia

Al comparar la demanda estimada de servicios con la oferta máxima que puede proporcionar la clínica, se observa que, en todos los años del horizonte de evaluación, la capacidad instalada supera la demanda proyectada en consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagenología básica. Esto demuestra que la clínica contará con suficiente holgura operativa para responder adecuadamente a las necesidades de la población, manteniendo niveles de utilización que oscilan entre el 50% y el 75 % según el tipo de servicio.

En este escenario, el mercado de consumo se convierte en el factor más restrictivo, dado que ni el recurso humano disponible ni la tecnología diagnóstica alcanzan su límite operativo. Por lo tanto, el tamaño óptimo del proyecto queda determinado directamente por la demanda proyectada para los servicios de primer nivel, mientras que el recurso humano y los recursos tecnológicos funcionan como factores de soporte que aseguran que la atención pueda brindarse sin saturación, cumpliendo los estándares operativos y la normativa aplicable al primer nivel de atención del sistema de salud.

## **II. Localización del proyecto**

### **A. Generalidades**

Definido el tamaño del hospital y la capacidad instalada con la que operará en el momento de su reapertura, el siguiente aspecto relevante a considerar es la localización del proyecto. La ubicación de un establecimiento de salud es un factor determinante, ya que debe garantizar accesibilidad, cobertura a la población objetivo, disponibilidad de servicios básicos y cumplimiento de las normativas establecidas por el Consejo Superior de Salud Pública.

En este caso particular, la reapertura del Hospital Divina Providencia no requiere de un proceso de selección de alternativas de localización, dado que ya cuenta con instalaciones propias en el municipio de Santiago Texacuangos, San Salvador. Este terreno y la infraestructura existente constituyen la base del proyecto, reduciendo significativamente los costos de inversión en comparación con una construcción nueva, además de representar un punto estratégico de atención en la zona.

Por lo tanto, la etapa de localización no se centrará en comparar distintos sitios para el emplazamiento, sino en justificar las ventajas técnicas, sociales y económicas de conservar la localización actual del hospital, asegurando que cumple con las condiciones necesarias para operar y brindar servicios de salud de calidad.

### **B. Macro localización**

La macro localización del proyecto se determina en el distrito de Santiago Texacuangos, departamento de San Salvador Sur, lugar donde actualmente se ubica el Hospital Divina Providencia. A diferencia de otros proyectos en los que se analizan distintas alternativas, en este caso se conserva la ubicación existente por su carácter estratégico y por las ventajas técnicas y sociales que representa para el desarrollo del proyecto.

#### **1. Municipio de Santiago Texacuangos**

Santiago Texacuangos es un municipio del departamento de San Salvador, situado al sureste de la capital. Limita al norte con Panchimalco y San Marcos; al sur con Olocuilta y San Francisco Chinameca; al este con Santo Tomás y San Marcos; y al oeste con San Marcos y Panchimalco. El municipio cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 33 km<sup>2</sup> y una población cercana a los 30,000 habitantes.

Se encuentra a una altitud promedio de 582 metros sobre el nivel del mar, lo que le otorga un clima agradable y condiciones favorables para el asentamiento poblacional. Su ubicación estratégica permite conexión directa con vías importantes como la carretera antigua a Zacatecoluca y accesos hacia la autopista a Comalapa, facilitando el desplazamiento hacia San Salvador y municipios vecinos como Santo Tomás, Olocuilta y San Marcos.

La localización del hospital en Santiago Texacuangos lo posiciona en un punto clave dentro del área metropolitana de San Salvador, garantizando cobertura a comunidades de la zona rural y semiurbana que presentan limitaciones de acceso a servicios

hospitalarios, así como la posibilidad de atender a pacientes que provienen de municipios aledaños.

## **2. Factores que interviene en la macro localización**

En la mayoría de los estudios de factibilidad se realiza una comparación entre diferentes alternativas de localización. Sin embargo, en el caso del Hospital Divina Providencia no se busca seleccionar entre distintas opciones, sino evaluar y destacar los factores que hacen ventajosa la permanencia en el municipio de Santiago Texacuangos.

Los principales factores a considerar son:

1. Accesibilidad vial.
2. Cobertura poblacional.
3. Disponibilidad de servicios básicos.
4. Infraestructura instalada.
5. Impacto socioeconómico.
6. Cumplimiento normativo.

### ***a. Accesibilidad vial***

La localización del hospital cuenta con una ventaja estratégica al estar próximo a la carretera antigua a Zacatecoluca y a la autopista a Comalapa, dos de las arterias principales que conectan el municipio de Santiago Texacuangos con la ciudad de San Salvador y con municipios vecinos como Santo Tomás, Olocuilta y San Marcos. Esta condición favorece un flujo ágil tanto de pacientes como de proveedores de insumos médicos, reduciendo tiempos de traslado y costos asociados.

Adicionalmente, la ubicación permite que la población de zonas rurales y semiurbanas acceda con relativa facilidad a servicios de salud, lo cual incrementa el potencial de cobertura del hospital. La cercanía con la capital y con vías de alto tránsito asegura también una mejor integración con la red nacional de referencia y contrarreferencia hospitalaria, lo que se traduce en mayor oportunidad de atención y continuidad en los servicios médicos especializados.

### ***b. Cobertura poblacional***

La localización del Hospital Divina Providencia en el distrito de Santiago Texacuangos representa una ventaja estratégica en términos de cobertura, ya que permite atender a una población aproximada de 30,000 habitantes del distrito. Adicionalmente, la ubicación favorece la atención de comunidades provenientes de municipios colindantes como Santo Tomás, San Marcos y Olocuilta, los cuales presentan limitaciones en infraestructura hospitalaria y obligan a sus habitantes a desplazarse hacia hospitales/clínicas aledañas, con el consecuente incremento en costos de traslado y tiempos de espera.

De acuerdo con la proyección de demanda realizada en este estudio, se estima que el hospital atenderá alrededor de 12,000 pacientes en su primer año de funcionamiento, considerando la demanda local y la proveniente de distritos aledaños. Este indicador refleja el potencial de captación de usuarios que tiene el hospital en su emplazamiento

actual y la importancia de mantener su ubicación estratégica, tanto para garantizar accesibilidad a la salud a la población inmediata como para ampliar la cobertura regional.

***c. Disponibilidad de servicios básicos.***

La clínica ya cuenta con la infraestructura de servicios básicos necesaria para su funcionamiento, lo cual representa una de las principales ventajas de mantener su ubicación actual. Entre estos servicios se encuentran el suministro de agua potable, energía eléctrica, sistema de drenaje y telecomunicaciones, todos ellos indispensables para garantizar la operación de las áreas de consulta, laboratorio clínico, imagenología básica y servicios de apoyo. La presencia de estas conexiones reduce de manera significativa los costos y tiempos de inversión inicial, al no requerirse obras de instalación adicionales.

Un valor agregado importante es la existencia de un generador eléctrico de emergencia, que permite asegurar la continuidad de la atención en caso de fallas en la red pública. Este respaldo resulta fundamental para mantener en funcionamiento los equipos de diagnóstico, los sistemas de registro clínico y las áreas de atención ambulatoria, evitando interrupciones que puedan afectar la seguridad de los pacientes.

De acuerdo con la contraparte, los servicios básicos en la zona se mantienen estables y no presentan problemas de escasez ni interrupciones recurrentes, lo que constituye una fortaleza adicional frente a otros posibles emplazamientos. Esta condición asegura que la clínica pueda brindar atención continua y oportuna, sin riesgos de suspender servicios por falta de insumos esenciales como agua o energía. El hecho de contar con esta infraestructura instalada permite destinar los recursos de inversión a la modernización de las instalaciones existentes, priorizando la actualización de los sistemas eléctricos e hidráulicos, la mejora de las redes de comunicación y el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

En síntesis, la disponibilidad confiable de servicios básicos, junto con el respaldo de energía de emergencia, ofrece una base sólida para la reapertura de la clínica, asegurando un servicio continuo, seguro y de calidad para la población de Santiago Texacuangos y sus alrededores.

***d. Infraestructura instalada.***

Uno de los principales factores que refuerzan la decisión de mantener el proyecto en su ubicación actual es la existencia de una infraestructura hospitalaria previamente construida en Santiago Texacuangos. Este elemento constituye un valor agregado que no solo facilita la reapertura, sino que también potencia las ventajas de la macro localización, al encontrarse en un punto estratégico dentro del distrito y con conexiones viales accesibles.

Las instalaciones actuales cuentan con espacios definidos para la prestación de servicios de primer nivel: áreas de consulta médica general y especializada, laboratorio clínico, imagenología básica, oficinas administrativas, bodegas y zonas de apoyo. Esta disposición, aunque requiere adecuaciones técnicas, permite que la futura clínica reinicie

operaciones en un entorno diseñado específicamente para la atención en salud, lo que evita improvisaciones y reduce los riesgos asociados a la habilitación de locales sin vocación sanitaria.

El hecho de que estas instalaciones ya dispongan de redes eléctricas, hidráulicas, sanitarias y de telecomunicaciones otorga una ventaja sustancial en términos de factibilidad técnica y económica. A diferencia de un proyecto que parte desde cero, aquí los esfuerzos se concentrarán en la modernización o adecuación de la infraestructura existente para el funcionamiento como clínica de primer nivel.

Por lo tanto, las inversiones a realizar no estarán dirigidas a la construcción de una nueva clínica, sino a la optimización y actualización de los espacios ya disponibles. Esto acorta de forma significativa los plazos de ejecución, permitiendo que la clínica pueda entrar en funcionamiento en un tiempo más reducido y con un uso más eficiente de los recursos financieros.

En conclusión, la infraestructura instalada en su ubicación actual no debe entenderse únicamente como un recurso físico, sino como una ventaja competitiva integral que combina lo ya construido con la posición geográfica del distrito. Este doble beneficio de infraestructura más localización, otorga al proyecto una sólida base para su reapertura, asegurando que la futura clínica de primer nivel pueda operar en condiciones técnicas adecuadas, con costos más bajos y en plazos más cortos, al mismo tiempo que responde a la necesidad urgente de servicios de salud accesibles y de calidad en la zona.

#### ***e. Impacto socioeconómico.***

La ubicación de la futura clínica de primer nivel en Santiago Texacuangos representa un factor estratégico que trasciende lo puramente técnico, pues su localización garantiza un impacto socioeconómico significativo en el territorio. En primer lugar, se fortalece el acceso a servicios de salud de primer nivel, lo que permitirá reducir la carga de enfermedad no atendida y mejorar la calidad de vida de la población. Actualmente, muchas familias deben desplazarse hacia distritos aledaños cuando la necesidad lo requiere, esto implica mayores costos económicos y tiempos de traslado; con la reapertura, estos obstáculos se reducen de manera considerable.

En términos económicos, la clínica se convertirá en un motor de dinamización local, ya que demandará personal médico, de enfermería, administrativo y de apoyo, lo que generará empleo directo e indirecto en la zona (e inclusive, zonas aledañas). Asimismo, la operación de la clínica favorecerá la contratación de proveedores locales para insumos médicos, servicios de mantenimiento, alimentación y lavandería, entre otros, contribuyendo a la circulación de ingresos dentro de la economía del distrito.

El impacto también se refleja en el ámbito social, pues la clínica aportará a la descongestión de los hospitales nacionales, facilitando que los pacientes de Santiago Texacuangos y distritos vecinos puedan recibir atención más cercana, oportuna y digna. Esto no solo alivia la saturación del sistema de salud, sino que también fortalece la red de atención primaria de salud, uno de los ejes prioritarios en las políticas de salud pública.

Por otro lado, la presencia de un establecimiento de salud en funcionamiento impulsa la confianza comunitaria, ya que las familias perciben una mayor seguridad y respaldo sanitario en su territorio.

En síntesis, el impacto socioeconómico de la reapertura de la clínica en Santiago Texacuangos no se limita al ámbito sanitario, sino que abarca la generación de empleo, el fortalecimiento de la economía local, la descentralización de la atención médica y la mejora del bienestar social, convirtiéndose en un factor determinante para la sostenibilidad y competitividad del proyecto.

#### ***f. Cumplimiento normativo.***

La ubicación actual de la clínica ofrece una ventaja adicional relacionada con el cumplimiento de la normativa vigente en materia de salud. Según los lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) en los Requerimientos Técnico Administrativos (RTA) para establecimientos de atención médica, todo centro de primer nivel debe garantizar condiciones mínimas en infraestructura, accesibilidad, disponibilidad de servicios básicos y seguridad para los pacientes. El terreno y las instalaciones existentes en Santiago Texacuangos cumplen con varias de estas condiciones esenciales, ya que cuentan con acceso a servicios básicos (agua potable, energía eléctrica, drenaje y telecomunicaciones), vías de acceso adecuadas y espacios previamente diseñados para la prestación de servicios de salud. Esto facilita la adecuación a los requerimientos normativos en aspectos como:

- Accesibilidad universal, al permitir el acondicionamiento de rampas y áreas de circulación segura para pacientes y personal.
- Distribución de áreas clínicas y administrativas, que ya existen y solo requieren ajustes para cumplir con la normativa en flujos limpios y contaminados.
- Servicios complementarios (como energía de respaldo, sanitarios diferenciados y espacios de espera), que forman parte de los criterios evaluados por las Juntas de Vigilancia.

Al mantener la ubicación actual, el proyecto reduce el riesgo normativo asociado a la selección de un nuevo sitio que pudiera no cumplir con los estándares exigidos, como estar en zonas de riesgo, carecer de servicios básicos o no contar con accesibilidad vial. En cambio, la infraestructura ya instalada y su emplazamiento garantizan una base sólida sobre la cual implementar las adecuaciones necesarias para alcanzar la certificación y autorización de funcionamiento por parte del CSSP.

En este sentido, la permanencia en Santiago Texacuangos refuerza la viabilidad técnica y legal del proyecto, al asegurar que la futura clínica pueda cumplir con la normativa en un tiempo más corto y con un costo menor, consolidando así la pertinencia de la localización actual.

### **3. Comparativa con localización con el mercado competidor**

El propósito de esta sección es evaluar la pertinencia de mantener la ubicación de la Clínica Divina Providencia en Santiago Texacuangos, en comparación con otros centros de salud de primer nivel que también operan dentro del área de influencia.

El análisis se desarrolla con base en seis factores de macro localización: accesibilidad vial, cobertura poblacional (hogares), disponibilidad de servicios básicos, infraestructura instalada, impacto socioeconómico y cumplimiento normativo. Los cuales fueron anteriormente expuestos.

Cabe destacar que algunos de los datos provienen del estudio de mercado consumidor, especialmente la distribución de hogares en cada municipio, lo que permite dimensionar la cobertura potencial de cada institución frente a una demanda estimada en 12,000 pacientes anuales, así como datos provenientes del estudio de mercado competidor.

#### **a. Contexto territorial**

El área de influencia inmediata está integrada por cuatro municipios:

- Santiago Texacuangos: 20,042 hogares, donde se encuentran la Clínica Divina Providencia y el Centro Médico Familiar Shalom.
- Olocuilta: 30,978 hogares, atendidos principalmente por la Unidad de Salud Olocuilta.
- Santo Tomás: 32,060 hogares, con cobertura de la Unidad de Salud Santo Tomás.
- San Luis Talpa: 24,031 hogares, atendidos por la Clínica Municipal de San Luis Talpa.

En conjunto, estos municipios suman alrededor de 107,000 hogares, lo que refleja una base poblacional sólida y diversa, con una demanda significativa de servicios de salud de primer nivel.

#### **b. Escala de valoración**

Para cada factor se establecieron tres niveles de calificación: Alto, Medio y Bajo. La asignación se basó en criterios observables (datos del mercado consumidor, condiciones reportadas en campo, normativa vigente, así como el mercado competidor) y en las capacidades técnicas y operativas visibles de cada institución.

A continuación, se presenta el criterio de valoración por cada criterio:

*Tabla 180. Accesibilidad vial*

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Conectividad directa a carreteras principales, transporte público frecuente, articulación con distritos vecinos sin dificultad.
<b>Medio</b>	Ubicación céntrica en el distrito, acceso vial aceptable, pero con congestión urbana o menor conexión regional.
<b>Bajo</b>	Vías de acceso secundarias, poco transporte público, difícil conexión con distritos aledaños.

*Fuente: Elaboración propia*

Tabla 181. Cobertura poblacional

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Distrito con >30,000 hogares o capacidad proyectada $\geq$ 10,000 pacientes/año.
<b>Medio</b>	Distrito con 20,000–30,000 hogares o captación de 5,000–10,000 pacientes/año.
<b>Bajo</b>	Distrito con <20,000 hogares o cobertura limitada a comunidades locales.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 182. Disponibilidad de servicios básicos

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Agua, energía eléctrica y telecomunicaciones estables, con respaldo eléctrico (generador).
<b>Medio</b>	Acceso a servicios básicos, pero sin respaldo adicional o con limitaciones de capacidad diagnóstica (ej. laboratorio reducido).
<b>Bajo</b>	Servicios básicos restringidos, frecuentes interrupciones o dependencia de apoyos externos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 183. Infraestructura instalada

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Instalaciones diseñadas para salud: consultorios, laboratorio, farmacia y áreas adaptables a normativa.
<b>Medio</b>	Consultorios funcionales y básicos, servicios mínimos de primer nivel, sin capacidad diagnóstica o resolutive amplia.
<b>Bajo</b>	Infraestructura reducida o improvisada, dependencia de voluntariado, riesgo de saturación por alta demanda.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 184. Impacto socioeconómico

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Genera empleo formal (médico, enfermería, administrativo), empleos indirectos (proveedores locales), contribuye a descongestión hospitalaria.
<b>Medio</b>	Genera empleo limitado y cobertura local, impacto reducido a nivel municipal.
<b>Bajo</b>	Bajo nivel de empleo, dependencia de cooperación externa o voluntariado.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 185. Cumplimiento normativo

<b>Nivel</b>	<b>Criterio</b>
<b>Alto</b>	Cumple consolidada y plenamente con lineamientos CSSP/MINSAL y normativa vigente.
<b>Medio</b>	Cumple lo esencial para operar, pero requiere mejoras (ej. accesibilidad universal, flujos internos).
<b>Bajo</b>	Presenta limitaciones importantes, con riesgo de no habilitación o dependencia de flexibilidades institucionales.

Fuente: Elaboración propia

### c. Análisis comparativo

En base a los datos recolectados en la etapa de diagnóstico, criterios establecidos e información visible para cada institución tenemos:

Tabla 186. Factores de evaluación de la competencia vs Clínica divina providencia

<b>Factor</b>	<b>Clínica Divina Providencia</b>	<b>Unidad de Salud Santo Tomás</b>	<b>Centro Médico Familiar Shalom</b>	<b>Clínica Municipal San Luis Talpa</b>	<b>Unidad de Salud Olocuilta</b>
<b>Accesibilidad vial</b>	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
<b>Cobertura poblacional</b>	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
<b>Servicios básicos</b>	Alto	Medio	Bajo	Medio	Medio
<b>Infraestructura instalada</b>	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Medio
<b>Impacto socioeconómico</b>	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio
<b>Cumplimiento normativo</b>	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se comparte la justificación de las valoraciones asignadas:

- **Clínica Divina Providencia:**
  - **Accesibilidad vial:** Alto. Proximidad e integración con Autopista a Comalapa y carretera antigua a Zacatecoluca, ejes que conectan el área metropolitana con el aeropuerto y la Carretera del Litoral, favoreciendo flujos entre distritos.
  - **Cobertura poblacional:** Medio. Ubicada en Santiago Texacuangos: 20,042 hogares según estudio de mercado.

- **Servicios básicos:** Alto. Disponibilidad de agua y energía con generador de respaldo, lo que asegura continuidad operativa y estabilidad de servicios.
  - **Infraestructura instalada:** Alto. Se cuenta con consultorios, laboratorio e imagen básica preexistentes; requieren adecuaciones, pero son espacios específicamente diseñados para salud, facilitando la habilitación de primer nivel.
  - **Impacto socioeconómico:** Alto. Generación de empleo formal y compra a proveedores locales; descongestiona niveles superiores al acercar servicios de atención primaria de salud.
  - **Cumplimiento normativo:** Medio. Alineada mayormente a Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) del CSSP, con ajustes pendientes (accesibilidad universal, flujos limpios/contaminados) para la habilitación.
- **Unidad de salud de Santo Tomás:**
    - **Accesibilidad vial:** Alto. Está en el centro urbano, con buena conexión por transporte público. La alta densidad vehicular puede generar congestión, pero no limita la accesibilidad.
    - **Cobertura poblacional:** Alto. Con 32,060 hogares, es el municipio con mayor base poblacional dentro del área analizada.
    - **Servicios básicos:** Medio. Dispone de agua y energía, pero sus capacidades diagnósticas son limitadas, lo que restringe la resolución de casos complejos.
    - **Infraestructura instalada:** Medio. Cuenta con servicios básicos de primer nivel, aunque requiere mejoras en accesibilidad universal y ampliación de su capacidad.
    - **Impacto socioeconómico:** Medio. Genera empleo público y atiende de forma sólida al municipio, aunque su impacto regional es más reducido.
    - **Cumplimiento normativo:** Medio. Cumple con los lineamientos para operar, pero aún tiene áreas de mejora frente a los estándares CSSP/MINSAL.
- **Centro Médico Familiar Shalom:**
    - **Accesibilidad vial:** Alto. Localizado dentro de Texacuangos, cercano a comunidades objetivo y con fácil acceso por vías locales.
    - **Cobertura poblacional:** Medio. Atiende el mismo municipio de 20,042 hogares. Tiene buena aceptación comunitaria, aunque su alcance territorial es limitado.
    - **Servicios básicos:** Medio. Cuenta con lo esencial, pero depende en gran medida de recursos comunitarios, lo que afecta su sostenibilidad operativa.
    - **Infraestructura instalada:** Medio. Infraestructura sólida y moderna, pero con capacidad limitada.
    - **Impacto socioeconómico:** Medio. Aporta capital social en la comunidad, pero genera poco empleo formal y menor dinamismo económico (Forma de trabajo por voluntariado).

- **Cumplimiento normativo:** Medio. Como ONG, cumple lo mínimo exigido, aunque presenta variaciones en la aplicación de los RTA.
- **Clínica Municipal de San Luis Talpa:**
  - **Accesibilidad vial:** Medio. Bien ubicada dentro del municipio, aunque con menos conectividad regional que otras instituciones situadas sobre corredores principales.
  - **Cobertura poblacional:** Medio. Con 24,031 hogares, ofrece una cobertura local sólida, aunque sin el alcance de municipios con mayor población.
  - **Servicios básicos:** Medio. Dispone de agua y energía, pero la limitación de su infraestructura puede afectar la continuidad del servicio en picos de demanda.
  - **Infraestructura instalada:** Bajo. Instalaciones pequeñas y equipamiento reducido, lo que eleva el riesgo de saturación.
  - **Impacto socioeconómico:** Medio. Contribuye en el municipio, aunque su impacto económico regional es moderado.
  - **Cumplimiento normativo:** Medio. Cumple los requisitos mínimos municipales y nacionales, sin contar con diferenciales destacables.
- **Unidad de Salud Olocuilta:**
  - **Accesibilidad vial:** Alto. Ubicada sobre la Carretera del Litoral, con acceso directo a la Autopista a Comalapa, lo que favorece la llegada de pacientes de distintos municipios.
  - **Cobertura poblacional:** Alto. Atiende a 30,978 hogares, cifra cercana al umbral superior de clasificación.
  - **Servicios básicos:** Medio. Dispone de agua y energía, pero la limitación de su infraestructura puede afectar la continuidad del servicio en picos de demanda.
  - **Infraestructura instalada:** Medio. Funcional para consulta y diagnóstico básico, aunque sin capacidad de hospitalización ni estudios avanzados.
  - **Impacto socioeconómico:** Medio. Aporta empleo estable en salud y cobertura local, aunque depende en gran medida del financiamiento estatal.
  - **Cumplimiento normativo:** Alto. Como parte de la red nacional, opera bajo estándares MINSAL/FOSALUD con protocolos y supervisión regulares.

#### ***d. Matriz de evaluación cualitativa***

Con el propósito de sintetizar de manera visual los resultados obtenidos en la comparación de factores, se construyó una matriz de evaluación cualitativa, en la cual se utilizan símbolos para representar la situación de cada institución frente a los seis criterios definidos:

- “+” Fortaleza (Alto).
- “=” Situación intermedia o neutra (Medio).
- “-” Debilidad (Bajo).

La matriz se presenta a continuación:

Tabla 187. Matriz de evaluación cualitativa

Factor	Clínica Divina Providencia	Unidad de Salud Santo Tomás	Centro Médico Familiar Shalom	Clínica Municipal San Luis Talpa	Unidad de Salud Olocuilta
Accesibilidad vial	+	+	+	=	+
Cobertura poblacional	=	+	=	=	+
Servicios básicos	+	=	=	=	=
Infraestructura instalada	+	=	=	-	=
Impacto socioeconómico	+	=	=	=	=
Cumplimiento normativo	=	=	=	=	+

Fuente: Elaboración propia

#### e. Resultados

Se presentan los resultados que se han obtenido de la evaluación, para una representación del ganador según los criterios para la localización más óptima, si posee “Fortaleza” suma dos puntos, si es “situación neutra” suma un punto, y si es una “Debilidad” no suma puntos. Por lo tanto, se tiene:

Tabla 188. Matriz resultado de la evaluación cualitativa

Institución	Fortalezas	Situación neutra	Debilidades	Total
Clínica Divina Providencia	4	2	0	10
Unidad de Salud de Santo Tomás	2	4	0	8
Centro Médico Familiar Shalom	1	5	0	7
Clínica Municipal San Luis Talpa	0	5	1	5
Unidad de Salud de Olocuilta	3	3	0	9

Fuente: Elaboración propia

#### 4. Interpretación comparativa

- **Accesibilidad vial:** La Clínica Divina Providencia, junto con las unidades de Santo Tomás y Olocuilta, se beneficia de rutas estratégicas que facilitan la conectividad. La clínica Divina Providencia, en particular, aprovecha su cercanía con la carretera antigua a Zacatecoluca y la Autopista a Comalapa, facilitando el acceso tanto de pacientes como de proveedores. En contraste, la Clínica Municipal de San Luis Talpa presenta un nivel medio, dado que su accesibilidad se limita principalmente al núcleo urbano local.
- **Cobertura poblacional:** Los municipios con mayor concentración de hogares son Santo Tomás (32,060) y Olocuilta (30,978), lo que explica que sus unidades de salud se ubiquen en el nivel alto en este criterio. En cambio, Santiago Texacuangos, con 20,042 hogares, sitúa a la Clínica Divina Providencia en nivel medio. Sin embargo, la proyección de 12,000 consultas anuales (considerando pacientes de Texacuangos y de distritos vecinos) equilibra su capacidad competitiva respecto de instituciones en municipios más poblados.
- **Servicios básicos:** La Clínica Divina Providencia se posiciona con ventaja al disponer de agua, energía, telecomunicaciones y un generador de emergencia, lo que asegura continuidad incluso en situaciones críticas. El Centro Médico Familiar Shalom, aunque cuenta con lo esencial, depende en gran medida de recursos comunitarios, lo que afecta su sostenibilidad operativa. La clínica de San Luis Talpa, Unidad de salud de Santo Tomás y Unidad de Salud de Olocuilta cuentan con servicios básicos, pero sin respaldos adicionales que garanticen continuidad en contextos de alta demanda.
- **Infraestructura instalada:** En este aspecto, la Clínica Divina Providencia sobresale al contar con consultorios, laboratorio clínico, imagenología básica y áreas administrativas diseñadas para atención en salud, lo que permite una rápida adaptación con menores costos de inversión. En contraste, la clínica de San Luis Talpa presenta limitaciones severas: operan en espacios reducidos y con equipamiento limitado, lo que restringe su capacidad resolutive.
- **Impacto socioeconómico:** La reapertura de la Clínica Divina Providencia tiene un potencial significativo de generación de empleo formal, dinamización de la economía local y descongestión en los servicios de salud. Por su parte, los demás centros presentan un impacto más restringido al ámbito municipal, condicionado por factores como limitantes de atención (Clínica de San Luis Talpa), dependencia del voluntariado (Centro médico Familiar Shalom) o un enfoque operativo básico (Unidades de salud de Santo Tomás y Olocuilta).
- **Cumplimiento normativo:** La Unidad de Salud de Olocuilta destaca en este criterio al formar parte de la red nacional, con protocolos y supervisión estandarizados. La Clínica Divina Providencia, aunque actualmente se clasifica en nivel medio, ya cumple con varios requisitos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Con adecuaciones puntuales podría obtener la habilitación formal en menos tiempo y a un costo considerablemente menor que una construcción nueva.

#### 5. Síntesis sobre la macro localización

La evidencia recopilada confirma que mantener la Clínica Divina Providencia en Santiago Texacuangos es la alternativa más conveniente y costo-efectiva. Su ubicación actual

reúne ventajas clave: una excelente accesibilidad gracias a la conexión directa con los principales ejes viales; continuidad operativa asegurada por servicios básicos estables y respaldo eléctrico; y una infraestructura adaptable, con consultorios, laboratorio e imagen básica listos para adecuaciones mínimas. Todo esto se traduce en menores tiempos y costos de puesta en marcha frente a cualquier otra opción.

Si bien su cobertura municipal corresponde a un nivel intermedio en número de hogares, la clínica lo compensa con una alta capacidad de atracción interdistrital y con una demanda proyectada de 12,000 atenciones al año (1), lo que refuerza su papel como centro resolutorio de primer nivel.

A nivel sistémico, su permanencia en esta localización permite descongestionar hospitales de mayor complejidad, impulsar la economía local mediante empleo formal y encadenamientos productivos, y avanzar hacia el cumplimiento normativo con ajustes puntuales de bajo costo.

En conclusión, la ubicación actual ofrece el mejor equilibrio entre factibilidad técnica e impacto social, consolidando a la Clínica Divina Providencia como una pieza estratégica dentro de la red de salud de la zona.

### ***C. Micro localización***

La micro localización se refiere al análisis de las condiciones específicas del terreno y de las instalaciones inmediatas donde se desarrollará el proyecto. A diferencia de la macro localización, que estudia el entorno territorial y regional, la micro localización se centra en factores propios del sitio, tales como la superficie disponible, la topografía, los accesos inmediatos, la seguridad del entorno y la integración con la comunidad.

En el caso de la futura clínica de primer nivel en Santiago Texacuangos, este análisis permite verificar que el inmueble existente reúne las condiciones necesarias para garantizar un funcionamiento adecuado y cumplir con la normativa sanitaria vigente. Además, facilita identificar las ventajas competitivas que ofrece el sitio actual y las adecuaciones que podrían requerirse para optimizar su operatividad.

#### **1. Factores que inciden en la micro localización**

En este sentido, para valorar la factibilidad de mantener la ubicación actual del proyecto, se han definido los factores de micro localización que resultan determinantes para la operación de una clínica de primer nivel. Estos aspectos permiten examinar con detalle la superficie y distribución del terreno, las condiciones físicas y de seguridad del entorno inmediato, así como la facilidad de acceso vehicular, peatonal y mediante transporte público. De igual forma, se consideran elementos como la integración con la comunidad circundante, la posibilidad de garantizar accesibilidad universal, la compatibilidad del uso de suelo y la relación con otros centros de salud.

A continuación, se presentan estos factores determinantes y su importancia para el proyecto, así como su contexto entorno al hospital:

- Superficie disponible y distribución del terreno

- Topografía y condiciones físicas del terreno
- Accesos inmediatos al establecimiento
- Transporte público cercano
- Seguridad en el entorno inmediato
- Entorno urbano y comunidad circundante
- Distancia respecto a otros centros de salud cercanos

#### **a. Superficie disponible y distribución del terreno**

Este criterio evalúa si el inmueble cuenta con espacios suficientes y bien organizados para las funciones básicas de una clínica de primer nivel: consultorios, sala de espera, admisión y archivo, laboratorio básico, imagenología y áreas administrativas, con circulaciones claras y accesibles.

Las guías de la OPS/OMS recomiendan que el diseño se planifique en función de los procesos atención ambulatoria, toma de muestras, flujo de pacientes y de personal y que se garantice la correcta relación entre áreas. Esto implica privilegiar trayectos cortos, buena señalización y accesibilidad universal. Por su parte, la normativa salvadoreña (CSSP) establece como requisito mínimo la existencia de consultorios, área de espera y accesos adecuados, entre otros espacios que se verifican en la inspección de establecimientos ambulatorios.

- Contexto para la clínica:

El inmueble donde funcionará la Clínica Divina Providencia ya cuenta con los espacios esenciales: consultorios, laboratorio, imagenología básica, salas de espera y oficinas. Esto permite reducir la necesidad de obras mayores y enfocar la inversión en ajustes internos, como mejorar los flujos de ingreso y egreso, separar trayectos limpios de contaminados y optimizar la admisión y la sala de espera.

Con una demanda estimada de 12,000 atenciones anuales, el cálculo operativo equivale a unas 57 consultas diarias en una jornada de seis días a la semana (para el primer año y de 62 consultas diarias en el año 5). En la práctica, esto requiere disponer de múltiples consultorios en funcionamiento simultáneo para absorber picos de demanda y mantener tiempos de atención razonables, además de una sala de espera dimensionada para el pico horario.

En síntesis, el inmueble cumple con la base normativa del CSSP y, con adecuaciones puntuales, puede alinearse plenamente con las recomendaciones de la OPS/OMS, garantizando un diseño funcional, accesible y seguro para la prestación de servicios ambulatorios.

#### **b. Topografía y condiciones físicas del terreno**

El análisis de este factor permite determinar si el terreno es estable, seguro y funcional para albergar actividades propias de un establecimiento de salud. En este tipo de proyectos se evalúan elementos como la estabilidad del suelo, la presencia de pendientes, el riesgo de inundaciones o deslizamientos y la exposición a fenómenos

ambientales. Una topografía adecuada no solo garantiza accesos seguros y circulación interna eficiente, sino que también reduce los costos asociados a obras de adecuación. Por esa razón, tanto en proyectos de salud como en estudios de factibilidad agrícola e industrial en El Salvador, este criterio se considera fundamental para la selección de terrenos, ya que incide directamente en la viabilidad técnica y económica del proyecto.

- Contexto para la clínica:

El inmueble actual para la reapertura de la Clínica Divina Providencia se ubica en una zona urbana consolidada de Santiago Texacuangos, sobre un terreno estable y fácilmente accesible desde la carretera antigua a Zacatecoluca. No se identifican riesgos de inundaciones, deslizamientos, aunque sí de pendientes pronunciadas en la calle que dirige a hospital, sin embargo, esto no genera un factor que pueda impedir el tránsito de pacientes, personal o proveedores.

La topografía resulta especialmente favorable para el uso sanitario, ya que facilita el ingreso tanto peatonal como vehicular y permite la instalación de rampas y pasillos accesibles, cumpliendo así con las exigencias de accesibilidad universal y con la normativa nacional en materia de infraestructura hospitalaria establecida por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

### ***c. Accesos inmediatos al establecimiento***

Los accesos al inmueble son un aspecto clave en la micro localización, ya que determinan qué tan fácil y seguro resulta el ingreso y salida de pacientes, personal médico y proveedores. Este factor incluye tanto las entradas peatonales y vehiculares como la existencia de espacios para estacionamiento y zonas de ascenso y descenso seguras para los usuarios.

En proyectos de salud, la normativa del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) establece que los establecimientos deben contar con accesos adecuados, rampas con pendientes menores a 30°, áreas techadas para el ascenso de pacientes y estacionamientos suficientes para garantizar un servicio seguro y continuo. De igual forma, la OPS/OMS recomienda diferenciar los accesos para peatones, ambulancias y proveedores, de manera que se aseguren flujos organizados, accesibilidad universal y condiciones de seguridad óptimas.

- Contexto para la clínica:

El inmueble destinado a la Clínica Divina Providencia cuenta con accesos vehiculares y peatonales desde la carretera antigua a Zacatecoluca y desde calles secundarias del municipio, lo que facilita la llegada de pacientes, personal y proveedores.

Además, dispone de un área destinada a parqueo propio, lo cual representa una ventaja frente a otros centros urbanos que dependen de espacios externos o improvisados. No obstante, será necesario fortalecer la infraestructura para

asegurar accesibilidad universal, incorporando rampas adecuadas, señalización inclusiva y zonas de espera seguras para personas con movilidad reducida.

El diseño de accesos también debe prever la seguridad en el ascenso y descenso de pacientes, en especial en situaciones de emergencia o traslados en ambulancia. Atender estos aspectos permitirá que la clínica cumpla tanto con los requerimientos del CSSP como con las recomendaciones internacionales de la OPS/OMS, garantizando un funcionamiento eficiente, seguro y confiable para la población usuaria.

#### **d. Transporte público cercano**

El transporte público constituye un elemento fundamental para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud, en especial para quienes no cuentan con vehículo propio. Este criterio evalúa la disponibilidad de rutas regulares, la cercanía y accesibilidad de las paradas preferiblemente ubicadas a menos de 200 metros del establecimiento, así como la cobertura hacia distintas zonas del municipio y de áreas vecinas.

Una buena conectividad en transporte público no solo facilita la llegada de pacientes, sino que también fomenta la demanda y asegura la inclusión, permitiendo que los servicios de salud estén realmente al alcance de toda la población.

- Contexto para la clínica:

En el caso de la Clínica Divina Providencia en Santiago Texacuangos, la accesibilidad mediante transporte público está asegurada principalmente por dos rutas interurbanas que conectan directamente con San Salvador, además de opciones locales que facilitan la movilidad interna y el acceso desde cantones cercanos.

- Ruta 21: Conecta Santiago Texacuangos con San Salvador y varios puntos intermedios. Aunque es reconocida por los usuarios como un medio clave de transporte, su cobertura es irregular en algunos cantones como El Morro o Joya Grande, donde el servicio es menos frecuente o inexistente.
- Ruta 302: Opera desde San Salvador hasta Santiago Texacuangos con una frecuencia aproximada de una hora y un tiempo de recorrido cercano a los 21 minutos. Su terminal se ubica dentro del municipio, lo que facilita el acceso a la clínica si se encuentra a poca distancia de la parada (100–200 metros a pie, como suele ocurrir en zonas urbanas compactas).
- Otras opciones: Además de estas rutas, circulan microbuses locales que enlazan el casco urbano con comunidades circundantes, ampliando la cobertura para pacientes, personal y proveedores que no disponen de transporte privado.

### ***e. Seguridad en el entorno inmediato***

La seguridad en las inmediaciones de un establecimiento de salud es un criterio clave en la micro localización, pues influye tanto en la confianza de los usuarios como en la permanencia del personal. Este factor abarca la seguridad ciudadana (niveles de violencia, delincuencia o vandalismo) y la seguridad ambiental (riesgos de inundaciones, derrumbes o tránsito vehicular sin señalización).

Tanto la bibliografía de factibilidad como las normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) señalan que los establecimientos deben ubicarse en lugares seguros y accesibles, libres de zonas de riesgo y con entornos que protejan la integridad de pacientes y trabajadores. En la misma línea, la OPS/OMS enfatiza que la percepción de seguridad en el entorno inmediato es un determinante social del acceso a la salud: cuando las personas perciben inseguridad, tienden a retrasar o incluso evitar consultas médicas necesarias.

- Contexto para la clínica:

La clínica proyectada se ubica en una zona urbana consolidada de Santiago Texacuangos, rodeada de viviendas y pequeños comercios, lo que genera un ambiente de cercanía y confianza para la comunidad. En los últimos años, El Salvador ha experimentado una reducción histórica de los niveles de violencia y criminalidad, lo que favorece la percepción de seguridad en municipios como Santiago Texacuangos y mejora las condiciones para la implementación de proyectos sociales y de salud.

El contexto inmediato del inmueble se considera favorable para la operación de la clínica, aunque es importante señalar algunos aspectos a reforzar como posibles riesgos futuros: la necesidad de mejorar la iluminación pública en accesos nocturnos, mejoramiento de la señalización vial y peatonal para orientar a los usuarios y la implementación de medidas de control interno en estacionamientos y áreas de ingreso.

Algunas recomendaciones para este punto son:

- Garantizar iluminación externa suficiente en accesos peatonales y vehiculares.
- Instalar señalización clara y visible para orientar a los pacientes hacia los ingresos principales. Aunque ya cuenta, esta podría llegar a ser ineficiente.
- Coordinar acciones con la alcaldía y Policía Nacional Civil para mantener la seguridad en horarios de alta afluencia.
- Implementar medidas internas de vigilancia y control de accesos, a fin de resguardar a pacientes y personal.

### ***f. Entorno urbano y comunidad circundante***

El entorno inmediato de un centro de salud no solo define su ubicación física, sino también la dinámica social y económica que lo rodea, aspectos que son determinantes en su micro localización. Este criterio evalúa la presencia de viviendas, comercios,

servicios públicos, instituciones educativas y comunitarias, ya que estos elementos generan flujo de usuarios, transmiten confianza y crean un ambiente favorable para el desarrollo de la clínica.

- Contexto para la clínica:

La futura Clínica Divina Providencia se localiza en un sector urbano consolidado de Santiago Texacuangos, rodeado de viviendas, pequeños comercios, farmacias y servicios complementarios. Esta cercanía facilita la atención ambulatoria, ya que los pacientes no solo pueden llegar fácilmente al centro, sino que además cuentan con servicios de apoyo en las inmediaciones.

La comunidad local, estimada en más de 30,000 habitantes, reconoce la importancia de contar con un establecimiento de salud cercano, pues muchas veces debe desplazarse hasta San Salvador u otros municipios para acceder a niveles superiores de atención. La clínica, al insertarse en este entorno urbano activo, contribuye a reforzar la percepción de seguridad, confianza y pertenencia comunitaria, lo que favorece la demanda de servicios médicos.

Por otro lado, su ubicación también facilita la articulación con proveedores locales, lo que dinamiza la economía del municipio y fortalece el vínculo entre la clínica y la comunidad. Esto constituye una ventaja estratégica, tanto desde el punto de vista operativo como social, frente a posibles localizaciones más aisladas o rurales.

***g. Distancia respecto a otros centros de salud cercanos***

La proximidad con otros establecimientos de salud es un criterio clave para analizar cómo se integra la nueva clínica dentro de la red de atención local. Una ubicación estratégica debe permitir complementar servicios, facilitar la referencia y contrarreferencia de pacientes, y al mismo tiempo evitar duplicar la oferta existente.

- Contexto para la clínica:

El competidor directo de la Clínica Divina Providencia es el Centro Médico Familiar Shalom, ubicado a unos 1.6 km de distancia (5 minutos en vehículo o 24 minutos a pie). Esta proximidad sitúa a ambas instituciones en el mismo radio de influencia sobre la población de Santiago Texacuangos.

Sin embargo, mientras Shalom opera con una oferta más limitada y dependiente de recursos comunitarios, la Clínica Divina Providencia se proyecta con una infraestructura más sólida, servicios diversificados y capacidad para absorber una demanda estimada de 12,000 atenciones anuales. Esta diferencia le permite posicionarse no como un complemento, sino como una opción competitiva de mayor alcance y confiabilidad, capaz de atraer tanto a pacientes locales como de municipios vecinos.

## **2. Síntesis de la micro localización**

La sede actual de la Clínica Divina Providencia en Santiago Texacuangos ofrece condiciones altamente favorables para su funcionamiento como centro de primer nivel. El terreno es estable, accesible y libre de riesgos mayores, lo que asegura la viabilidad técnica. La infraestructura ya cuenta con consultorios, laboratorio, imagen básica, salas de espera y oficinas, lo que permite iniciar operaciones con adecuaciones mínimas y concentrar la inversión en mejoras de distribución interna y accesibilidad universal.

Los accesos vehiculares y peatonales desde la carretera principal, junto con un área propia de estacionamiento, brindan facilidades poco comunes en clínicas urbanas, mientras que las rutas de transporte público (21 y 302) garantizan conectividad con San Salvador y comunidades cercanas. A esto se suma la percepción positiva del entorno: una zona urbana consolidada, con viviendas, comercios y servicios comunitarios que refuerzan la cercanía y confianza de los usuarios.

Si bien se recomienda reforzar aspectos puntuales como rampas inclusivas, señalización y medidas de seguridad en accesos, estos ajustes no comprometen la viabilidad del proyecto. En conjunto, la micro localización asegura un equilibrio sólido entre funcionalidad, accesibilidad, integración comunitaria y competitividad, posicionando a la clínica como la alternativa más confiable en su área de influencia.

### III. Ingeniería del proyecto

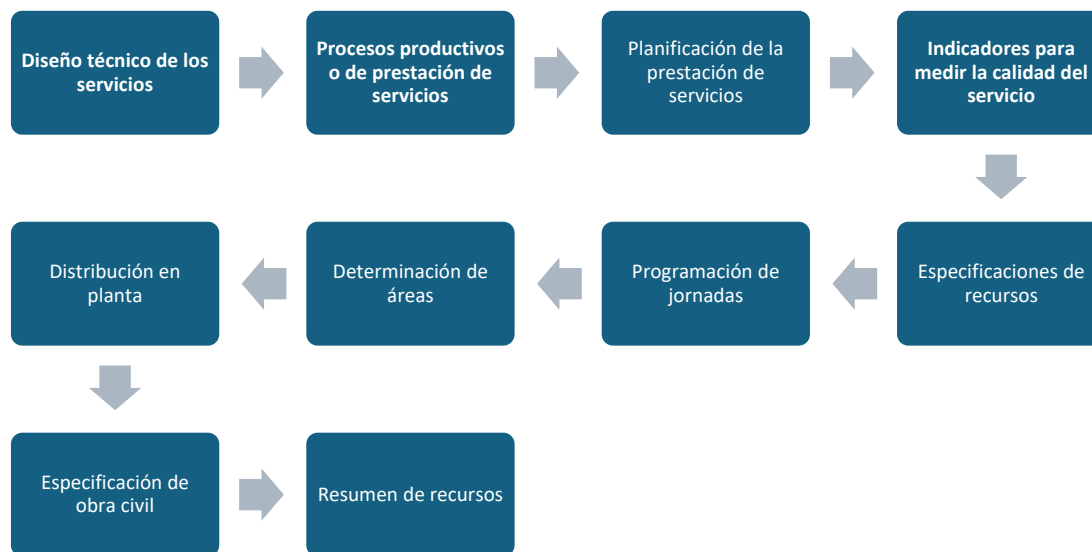
La ingeniería del proyecto es la etapa del estudio de factibilidad en la que se define, con base técnica y operativa, cómo funcionará el proyecto en la práctica. Su propósito central es traducir los objetivos planteados en un diseño integral, considerando la escala de operación, la tecnología adecuada, la infraestructura requerida, la organización del recurso humano y la disposición física de los servicios.

En términos generales, esta fase responde a la pregunta de cómo se llevará a cabo el proyecto en la realidad, abarcando desde el diseño técnico de los servicios hasta la distribución de los espacios físicos. La importancia de esta etapa radica en que permite anticipar los requerimientos, prevenir posibles deficiencias, garantizar el cumplimiento de normativas y asegurar la sostenibilidad técnica y operativa del proyecto.

En este sentido, la ingeniería del proyecto no se limita a un aspecto técnico aislado, sino que constituye una visión integral en la que confluyen el diseño, la operatividad, los recursos humanos, la infraestructura física y la calidad del servicio. Su correcta formulación asegura que la clínica pueda operar de manera ordenada, eficiente, segura y con capacidad de adaptación frente a nuevas demandas o cambios en el entorno sanitario.

#### A. Metodología de la ingeniería del proyecto

Figura 117. Metodología de la ingeniería del proyecto



Fuente: Elaboración propia

## ***B. Diseño técnico de los servicios***

El diseño técnico de los servicios constituye un aspecto central dentro de la ingeniería del proyecto, ya que permite definir de manera detallada cómo funcionará cada área de atención de la clínica. En este apartado se establecen los procesos clave de los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y farmacia, con el objetivo de garantizar una operación eficiente, segura y orientada al paciente.

Para lograrlo, se hizo uso de la herramienta del blueprint de servicios, la cual facilita representar de forma gráfica y estructurada la experiencia del paciente junto con los procesos internos que la respaldan. Este modelo de análisis se compone de cinco niveles principales:

1. Acciones del paciente: abarcan los pasos que realiza el usuario desde su ingreso hasta la finalización de la atención, tales como registrarse, esperar turno, recibir consulta o retirar medicamentos.
2. Puntos de contacto: son los momentos en que el paciente interactúa directamente con el personal o con la infraestructura de la clínica, por ejemplo, en admisión, consulta médica, ventanilla de laboratorio o farmacia.
3. Frontstage (visible): comprende todas las actividades y procesos que son perceptibles por el paciente y forman parte de su experiencia directa de atención, como la recepción, la consulta y la entrega de resultados.
4. Backstage (no visible): corresponde a las actividades internas que no son vistas por el paciente, pero que resultan indispensables para la prestación del servicio, como la validación de recetas, la preparación de medicamentos o el procesamiento de muestras.
5. Procesos de apoyo: incluyen las funciones complementarias que garantizan la continuidad del servicio, como el mantenimiento de equipos, la reposición de insumos, la gestión administrativa o la supervisión de calidad.

La incorporación de esta metodología permitió identificar con precisión los flujos de atención, resaltar los puntos críticos de interacción y proponer mejoras en la organización de cada servicio. Asimismo, permitió integrar los procesos visibles y no visibles en un esquema coherente que contribuye a optimizar el tiempo de respuesta, reducir retrasos, fortalecer la bioseguridad y mejorar la experiencia del paciente.

A continuación, se presentan los blueprints para cada servicio:

# 1. Diseño técnico del servicio de consulta

Figura 118. Blueprint servicios de consulta

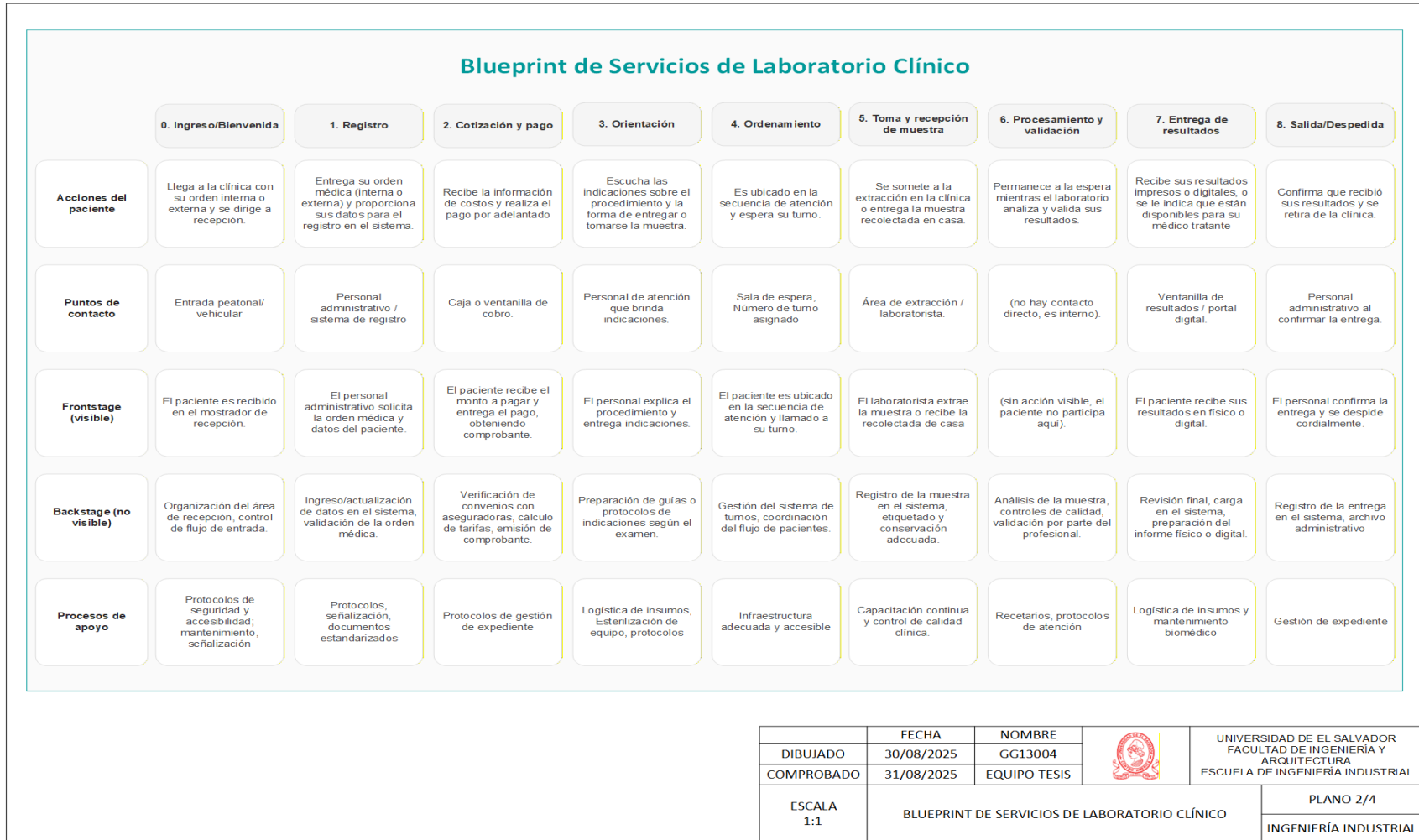


	FECHA	NOMBRE		UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
DIBUJADO	30/08/2025	MP19026		
COMPROBADO	31/08/2025	EQUIPO TESIS		
ESCALA 1:1	BLUEPRINT DE SERVICIOS DE CONSULTA			PLANO 1/4 INGENIERÍA INDUSTRIAL

Fuente: Elaboración propia

## 2. Diseño técnico del servicio de laboratorio

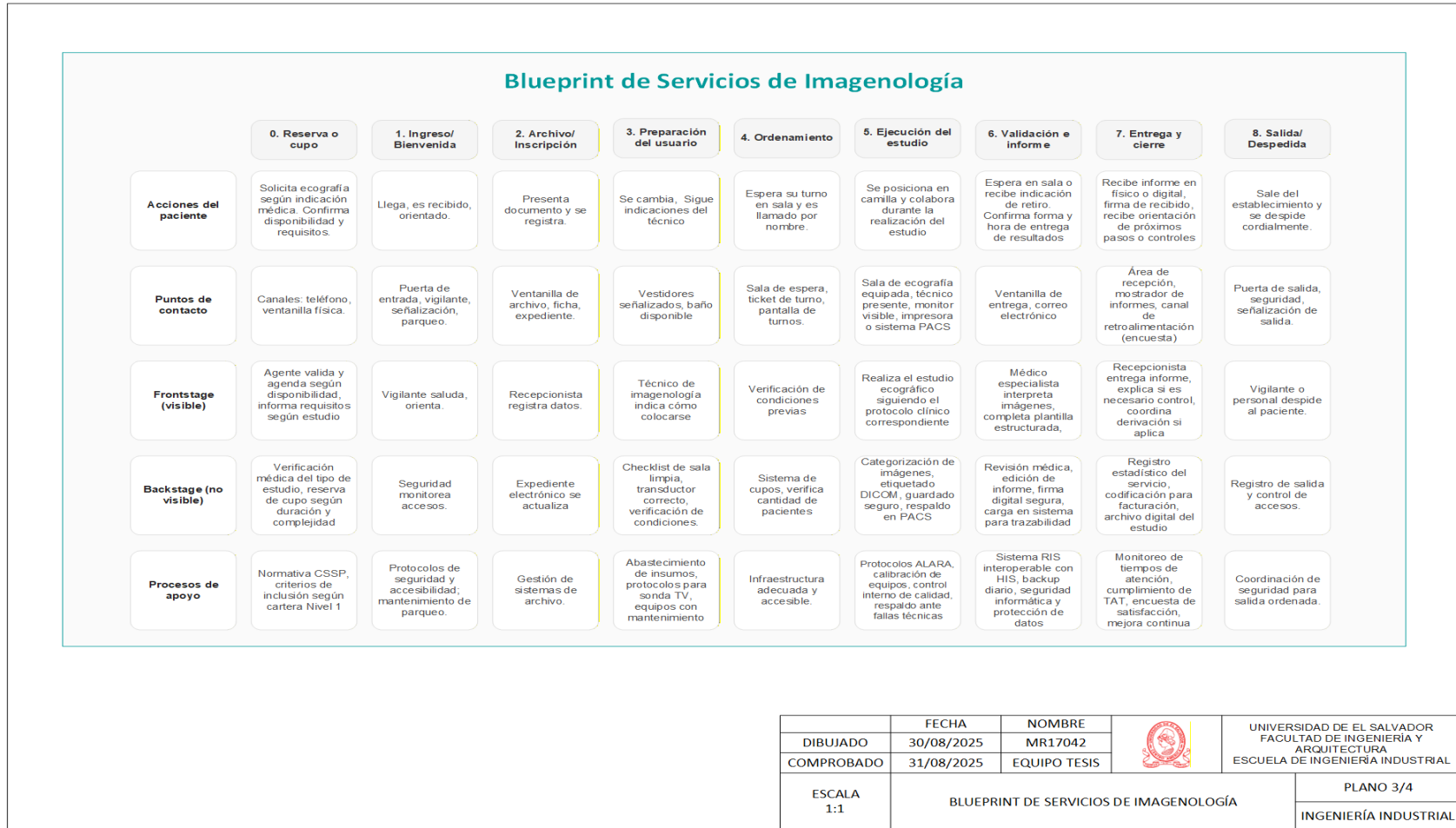
Figura 119. Blueprint de servicios de laboratorio



Fuente: Elaboración propia

### 3. Diseño técnico del servicio de imagenología

Figura 120. Blueprint servicios de imagenología



Fuente: Elaboración propia

### 4. Diseño técnico del servicio de farmacia

Figura 121. Blueprint servicios de farmacia



	FECHA	NOMBRE		UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
DIBUJADO	30/08/2025	MP19026		
COMPROBADO	31/08/2025	EQUIPO TESIS		
ESCALA 1:1	BLUEPRINT DE SERVICIOS DE FARMACIA			PLANO 4/4
				INGENIERÍA INDUSTRIAL

Fuente: Elaboración propia

### ***C. Procesos productivos o de prestación de servicios***

El análisis de los procesos productivos o de prestación de servicios resulta esencial para comprender cómo se desarrolla la atención dentro de la clínica y garantizar que esta se brinde bajo criterios de eficiencia, seguridad y calidad. En este apartado se elaboraron diagramas de bloques o de flujo que representan las distintas etapas de cada servicio, integrando tanto las acciones visibles para el paciente como aquellas que se ejecutan internamente.

Con el fin de fortalecer la confiabilidad de los procesos, se incorporaron poka yokes, entendidos como mecanismos o estrategias de prevención de errores que buscan evitar fallas recurrentes, omisiones en los procedimientos o desviaciones que puedan comprometer la atención médica y la experiencia del usuario. Estos mecanismos ayudan a estandarizar actividades, asegurar la continuidad de los procesos y minimizar el margen de error humano o técnico.

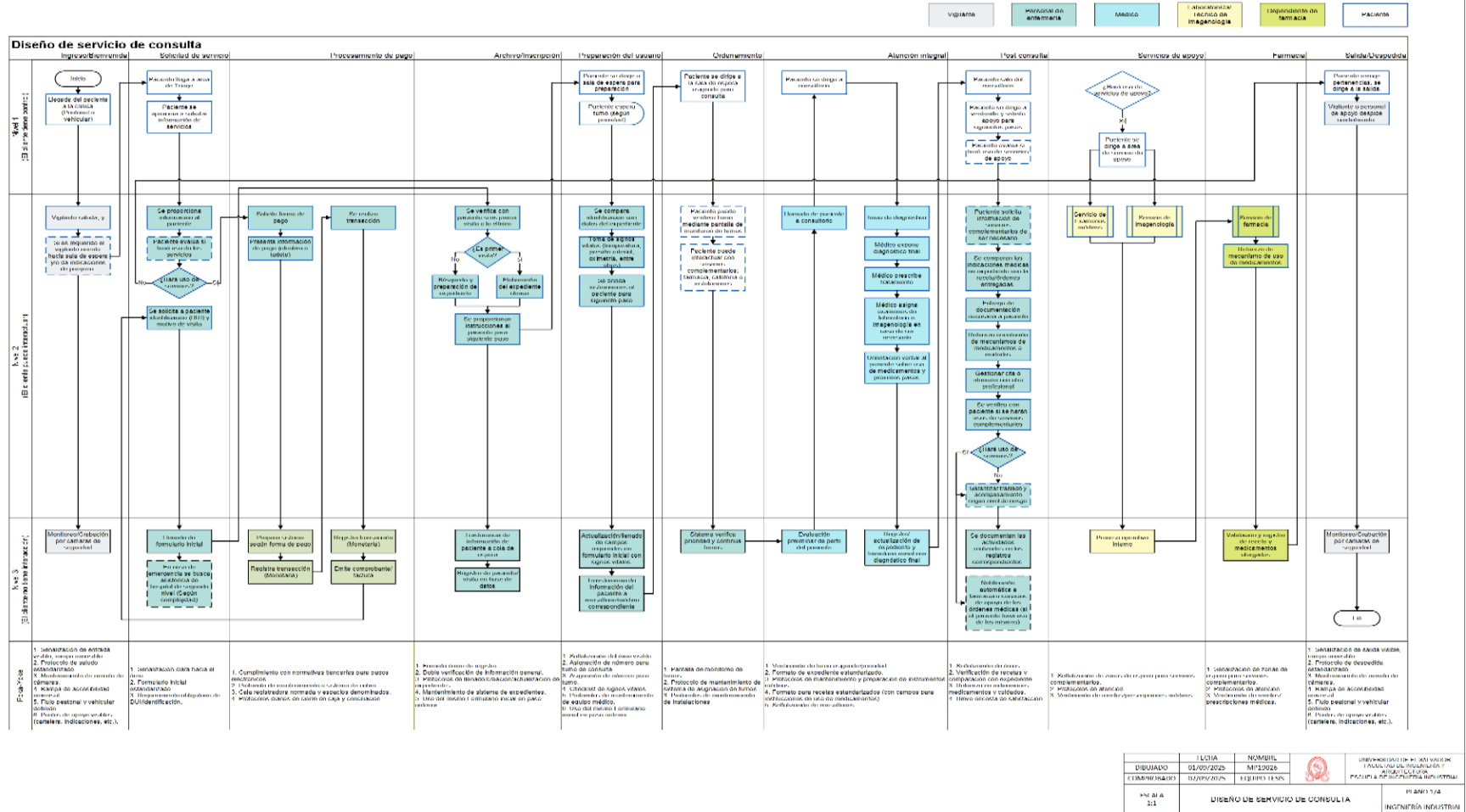
El diseño de los diagramas contempló tres niveles de interacción:

1. Nivel 1 (El cliente tiene control): corresponde a las acciones en las que el paciente es protagonista, tomando decisiones o ejecutando actividades directamente relacionadas con su atención.
2. Nivel 2 (El cliente puede interactuar): abarca los momentos en que el paciente participa de manera compartida en el proceso, interactuando con el personal o los sistemas de la clínica.
3. Nivel 3 (El cliente no tiene interacción): incluye los procesos internos que no son percibidos por el paciente, pero que son indispensables para garantizar la continuidad del servicio (como el análisis de muestras en laboratorio, la preparación de medicamentos en farmacia o la validación administrativa de información).

Este enfoque permitió no solo mapear el flujo integral de los servicios de la clínica, sino también identificar los puntos críticos de control y los espacios donde los poka yokes resultan más relevantes. De esta forma, se asegura que los procesos sean más confiables, se reduzcan los riesgos de error y se brinde una atención ordenada y con estándares de calidad que respondan a las necesidades de los pacientes y al cumplimiento normativo.

# 1. Diseño del proceso de Consulta

Figura 122. Diseño de proceso de consulta

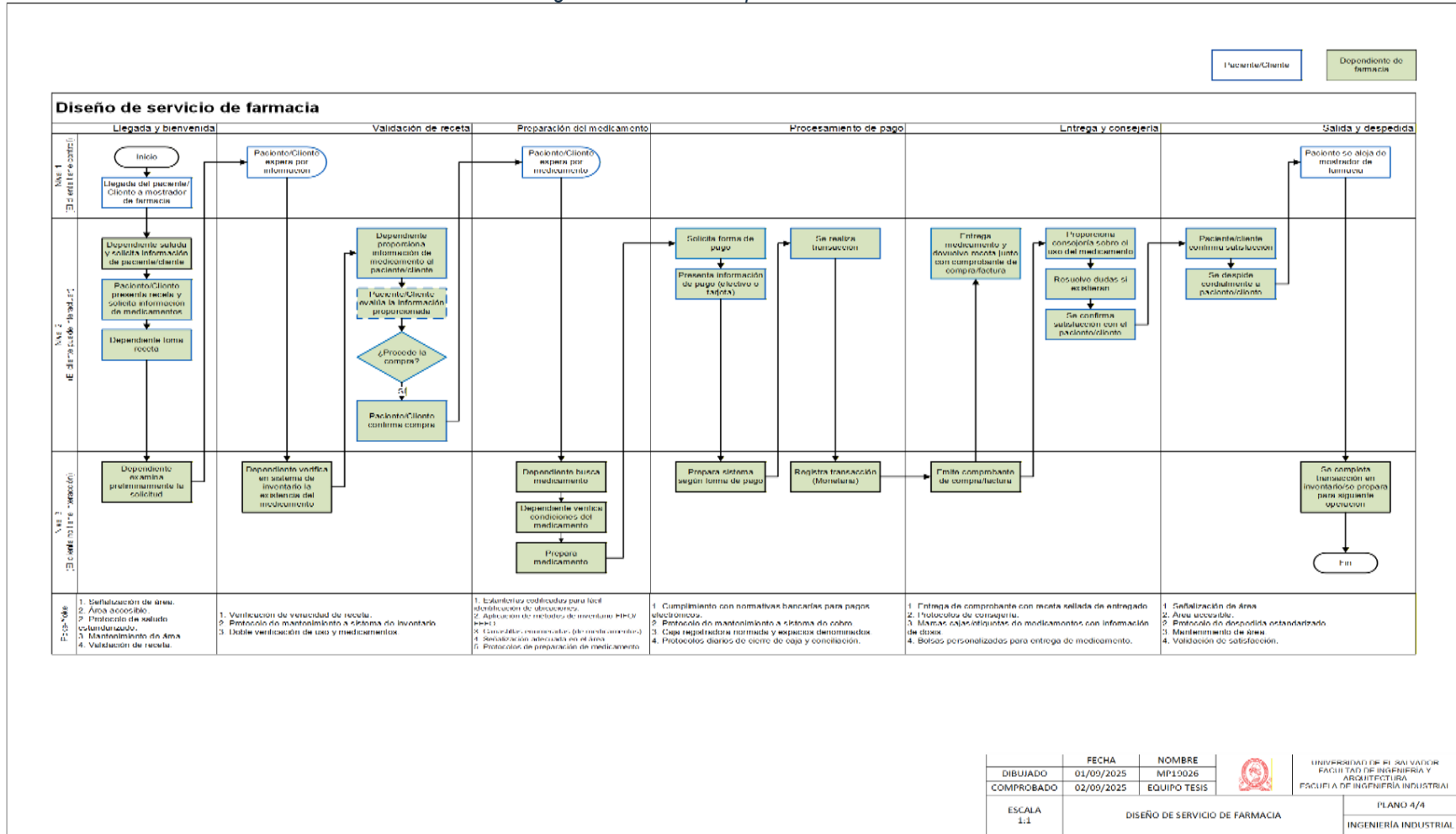


Fuente: Elaboración propia

DISEÑADO	LUCIA	NOMBRE		UNIVERSIDAD DEL VALLE FACULTAD DE INGENIERÍA Y CIENCIAS BÁSICAS Y APLICADAS
ELABORADO	DEZEMBAYO	IMP 2022		
PÁG 14	DISEÑO DE SERVICIO DE CONSULTA			INGENIERÍA INDUSTRIAL

## 2. Diseño del proceso de farmacia

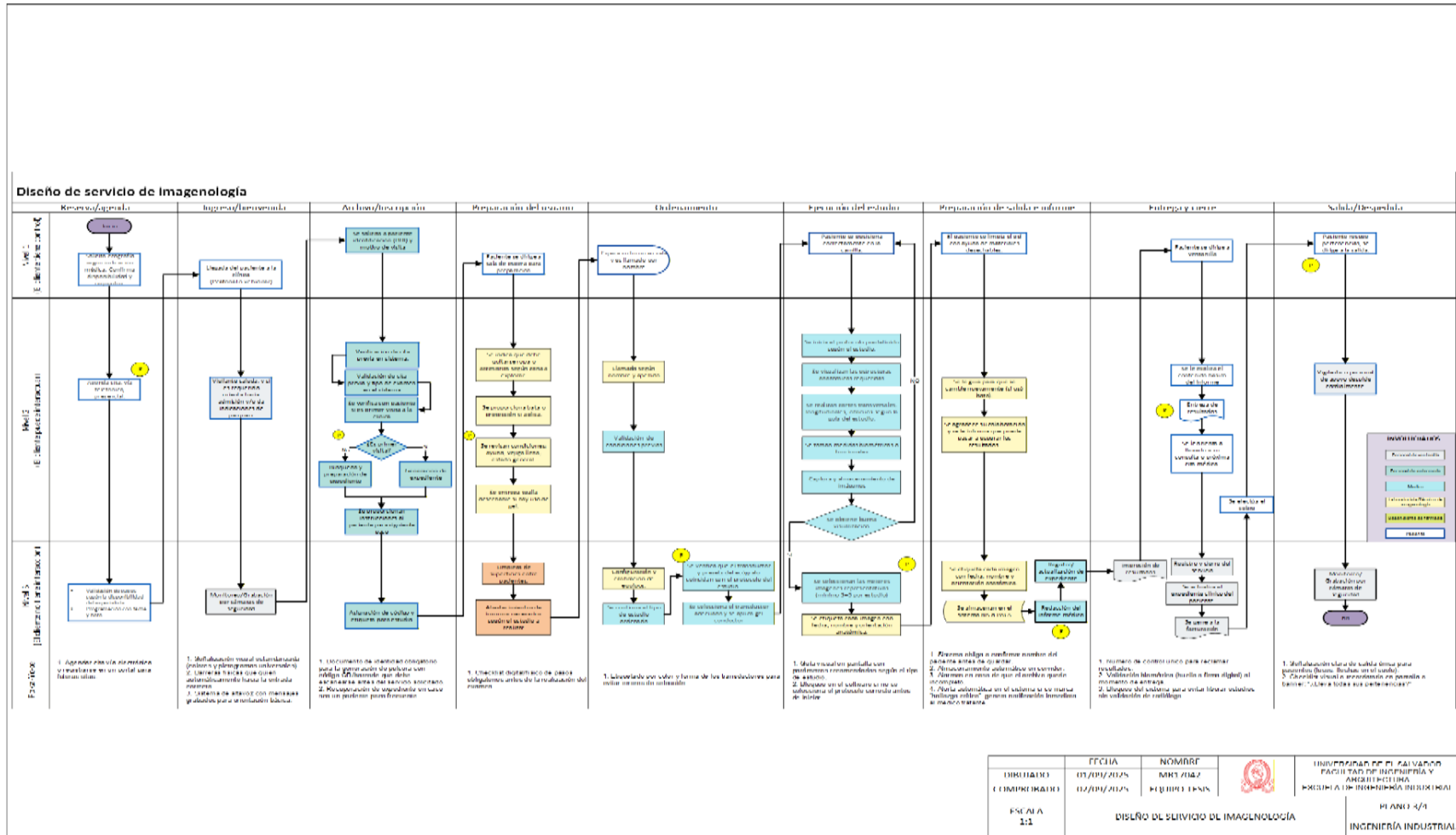
Figura 123. Diseño del proceso de farmacia



Fuente: Elaboración propia

### 3. Diseño del proceso de imagenología

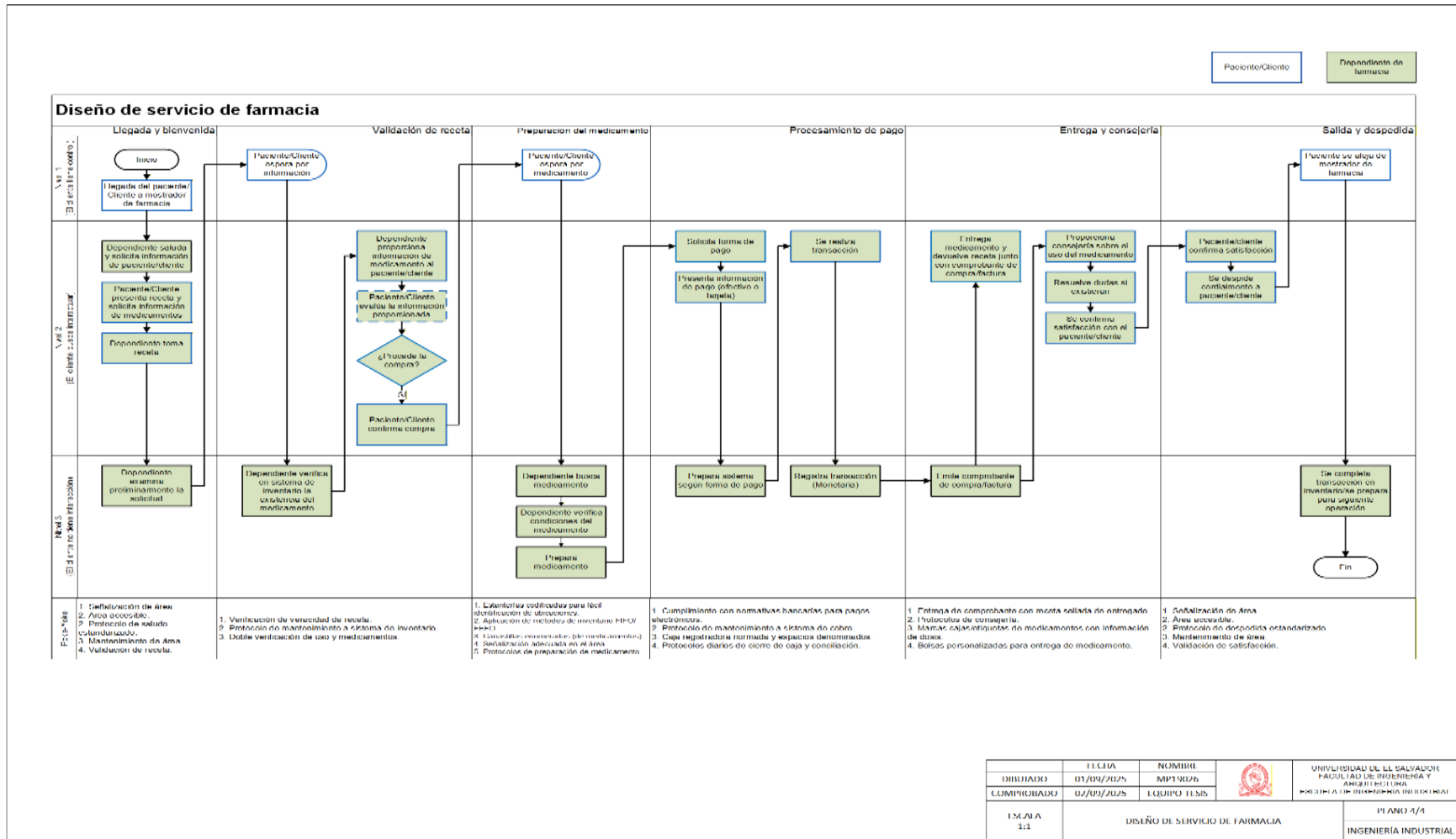
Figura 124. Diseño de proceso de imagenología



Fuente: Elaboración propia

### 4. Diseño del proceso de farmacia

Figura 125. Diseño del proceso de farmacia



Fuente: Elaboración propia

#### ***D. Planificación de la prestación de servicios***

La planificación de la prestación de los servicios constituye una etapa fundamental dentro de la ingeniería del proyecto, ya que permite definir de manera estructurada cómo se organizan los procesos clínicos y de apoyo para garantizar una atención eficiente, segura y de calidad. En este análisis se representaron los flujos de cada servicio a través de diagramas de bloques o de flujo, los cuales incluyen las fases de insumos, preparación, servicio y demanda, asegurando una visión integral de las actividades que intervienen en la operación diaria.

Cada servicio fue desglosado en estas cuatro fases:

- Insumos: contempla los materiales, equipos, infraestructura y recursos necesarios para la prestación del servicio, así como las condiciones de bioseguridad asociadas.
- Preparación: incluye las actividades previas a la atención, tales como la verificación de equipos, la preparación de insumos, la organización del espacio y la revisión de sistemas informáticos.
- Servicio: corresponde a la interacción directa con el paciente y a la ejecución de las acciones clínicas propias de cada área.
- Demanda: refleja los resultados obtenidos y el grado de utilización del servicio, mediante indicadores como número de atenciones, tiempos de espera, ocupación de recursos y niveles de satisfacción del paciente.

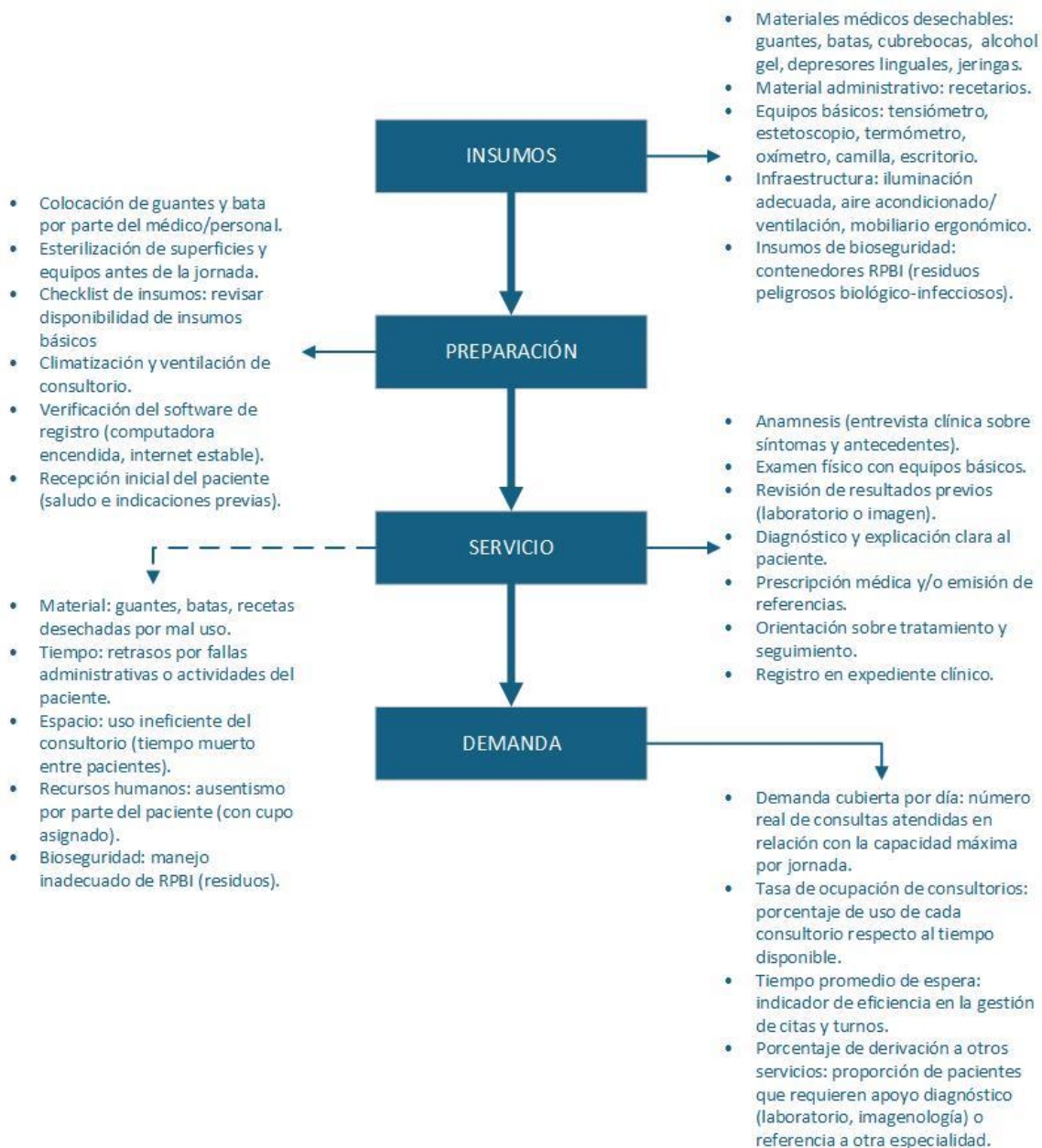
De esta forma, la planificación de los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y farmacia no solo permite visualizar los recursos y procesos que intervienen en cada etapa, sino también identificar posibles puntos críticos, desperdicios y oportunidades de mejora. Además, facilita la incorporación de mecanismos de control de calidad y de bioseguridad, así como la medición del desempeño operativo mediante indicadores específicos para cada área.

A continuación, se presenta la planificación para cada uno de los servicios:

## 1. Servicio de Consultas

Figura 126. Planificación de servicio de consulta

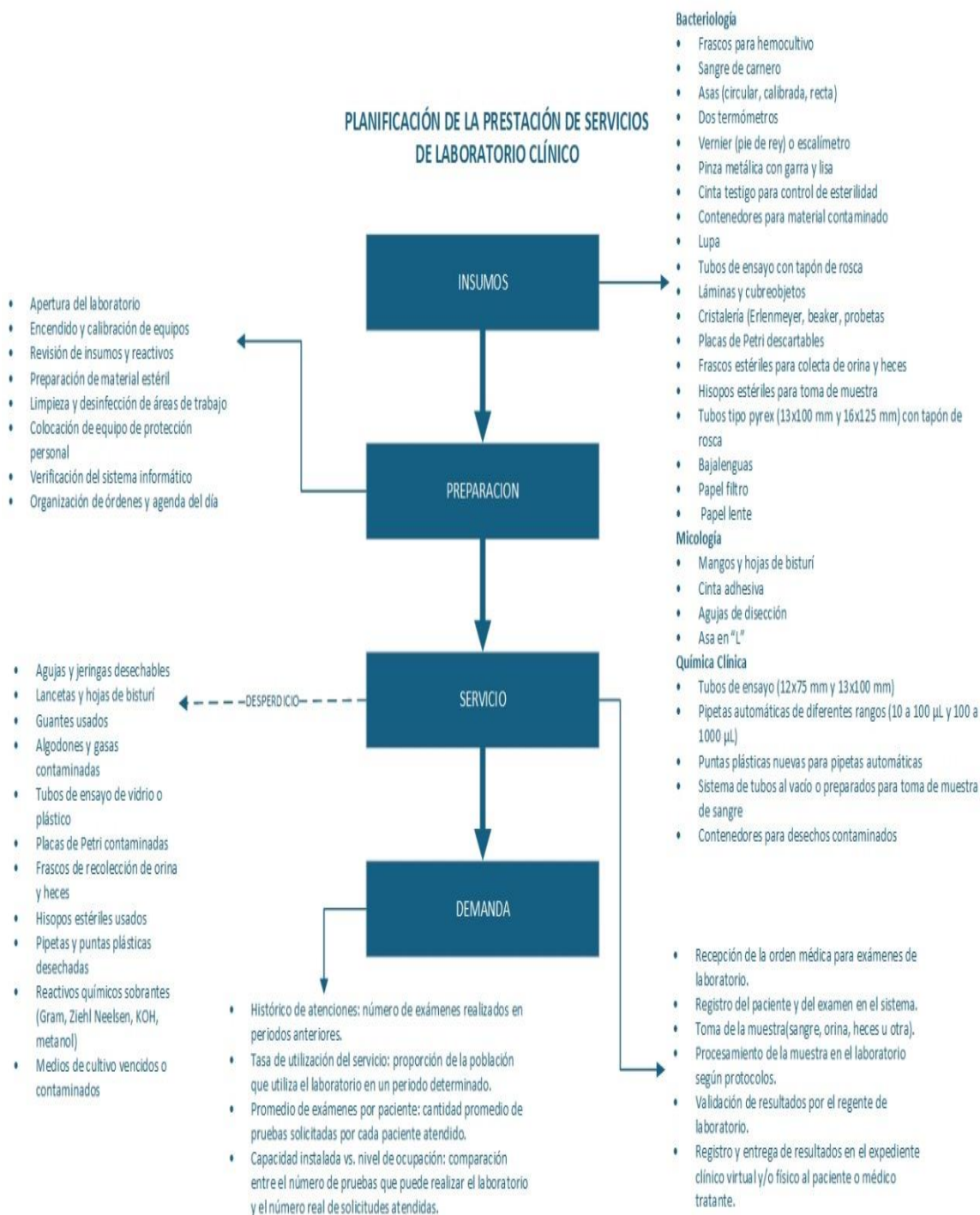
### PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA



Fuente: Elaboración propia

## 2. Servicio de Exámenes de laboratorio

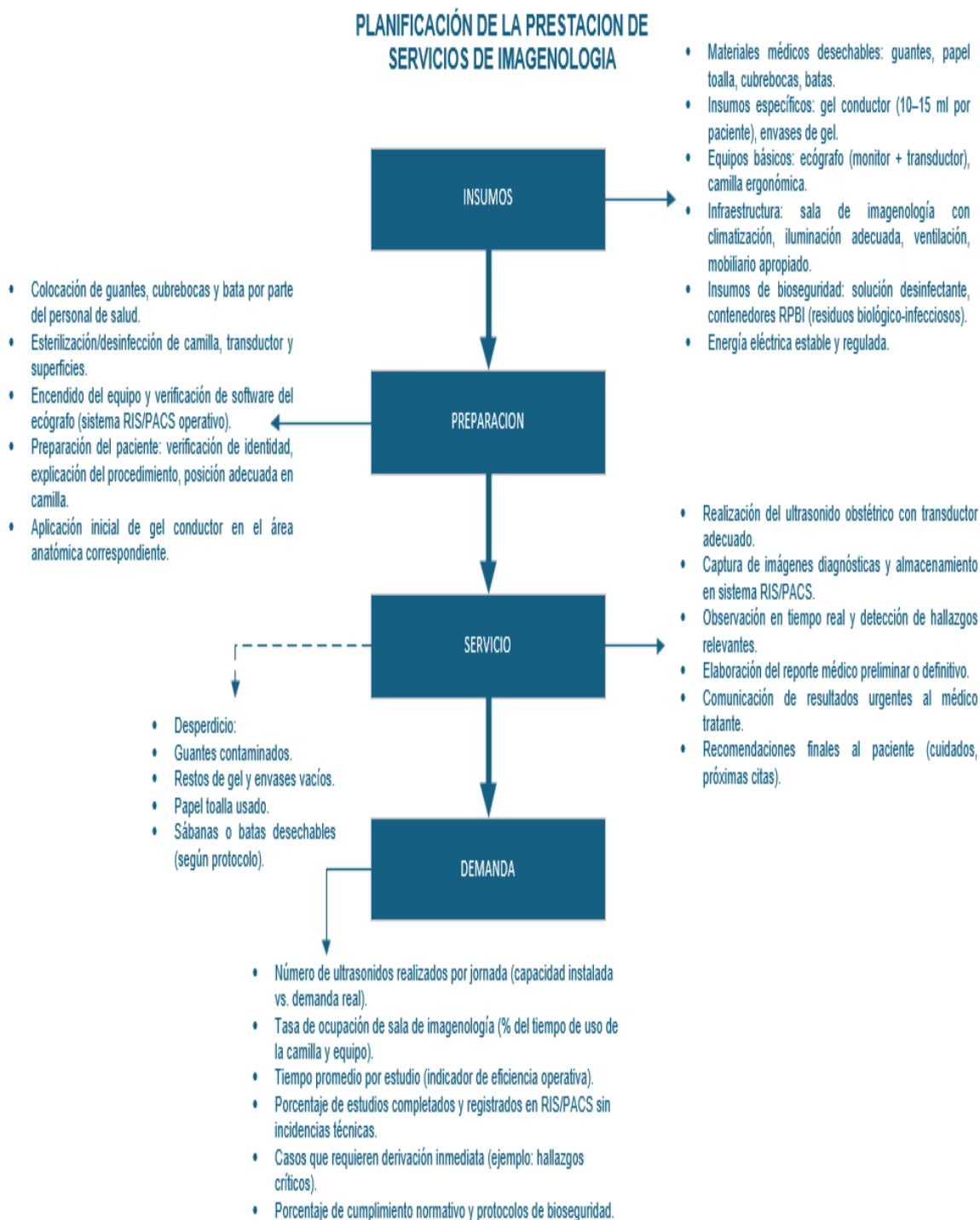
Figura 127. planificación de servicio de laboratorio



Fuente: Elaboración propia

### 3. Servicio de Imagenología

Figura 128. Planificación de servicio de imagenología

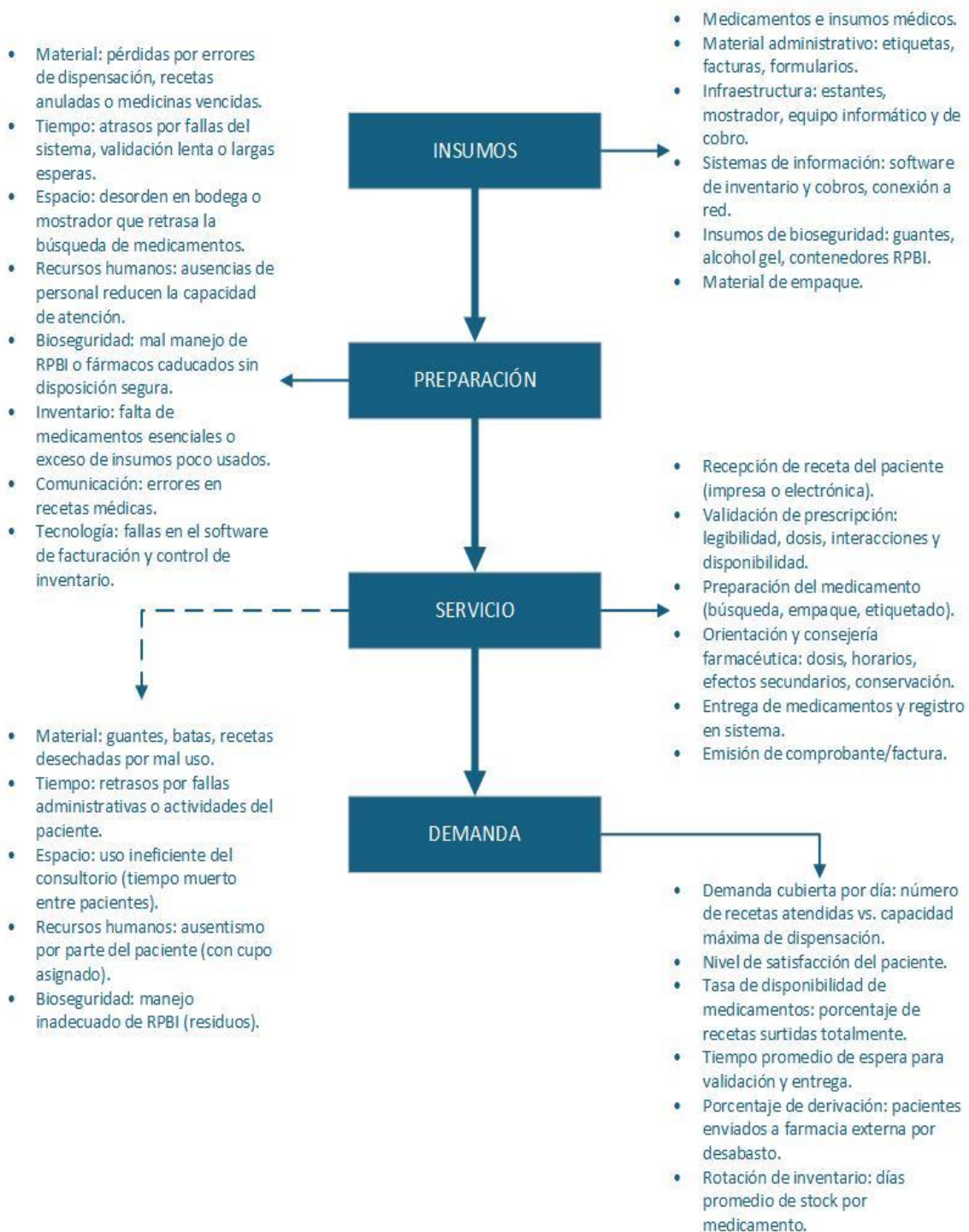


Fuente: Elaboración propia

## 4. Servicio de Farmacia

Figura 129. Planificación de servicios de farmacia

### PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA



Fuente: Elaboración propia

## **E. Indicadores para medir la calidad del servicio**

### **1. Servicio de Consultas**

#### 1. Tiempo promedio de espera

- Descripción: Evalúa cuánto tiempo transcurre desde la llegada del paciente hasta el inicio de la consulta.
- Fórmula:

$$TPE = \frac{\Sigma(\text{hora inicio consulta} - \text{hora llegada})}{N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos}}$$

- Cómo medirlo: se registra la hora de llegada en triage y la hora de entrada al consultorio.
- Importancia: refleja la eficiencia del flujo interno y condiciona la percepción de accesibilidad; valores altos suelen asociarse con insatisfacción y riesgo de deserción del servicio.

#### 2. Consultas atendidas por médico (jornada)

- Descripción: evalúa la productividad de cada médico en una jornada laboral.
- Fórmula:

$$CAM = \frac{N^{\circ} \text{ consultas atendidas}}{N^{\circ} \text{ médicos en turno}}$$

- Cómo medirlo: conteo de consultas por médico.
- Importancia: permite detectar sobrecarga laboral o subutilización de personal, claves para planificar turnos y optimizar costos si fuese necesario.

#### 3. Tasa de resolución en primera consulta

- Descripción: porcentaje de casos resueltos sin referencia ni nueva cita inmediata.
- Fórmula:

$$TRPC = \frac{\Sigma(\text{hora inicio consulta} - \text{hora llegada})}{N^{\circ} \text{ de pacientes atendidos}}$$

#### 4. Porcentaje de expedientes con datos completos

- Descripción: mide la calidad y completitud del registro clínico.
- Fórmula:

$$PEDC = \frac{N^{\circ} \text{ expedientes completos}}{N^{\circ} \text{ expedientes revisados}} \times 100$$

- Cómo medirlo: auditoría de expedientes (campos críticos: alergias, signos vitales, diagnóstico).
- Importancia: garantiza la continuidad del cuidado, respalda la práctica médica en el plano legal y mejora la calidad de la información estadística.

#### 5. Índice de satisfacción del paciente

- Descripción: mide la percepción del paciente sobre el servicio recibido.
- Fórmula:

$$ISP = \frac{\Sigma \text{ calificaciones de encuestas}}{N^{\circ} \text{ de encuestas}} \times 100$$

- Cómo medirlo: encuestas post consulta con escala Likert (1–5 o 1–10).
  - Importancia: permite evaluar la calidad percibida y orientar acciones de mejora en trato, tiempos de espera y comunicación.
6. Tiempo promedio de consulta
- Descripción: mide el tiempo efectivo que cada médico dedica a la atención de un paciente durante la consulta.
  - Fórmula:
- $$TPC = \frac{\Sigma(\text{hora fin consulta} - \text{hora inicio consulta})}{N^{\circ} \text{ de pacientes}}$$
- Cómo medirlo: se obtiene de la diferencia entre hora de inicio y hora de fin de la consulta.
  - Importancia: permite encontrar un equilibrio entre calidad y eficiencia, además de un análisis del mismo: consultas demasiado breves suelen afectar la satisfacción y la comprensión del paciente, mientras que consultas excesivamente largas reducen la capacidad resolutive del servicio y pueden generar tiempos de espera más altos.

## 2. Servicio de Exámenes de laboratorio

1. Tiempo de entrega de resultados
- Descripción: mide la oportunidad en la entrega de los informes de laboratorio respecto al tiempo estándar establecido.
  - Fórmula:
- $$Tiempo = \frac{\text{Horas/días transcurridos desde la toma de muestra hasta la entrega}}{\text{Número total de resultados entregados}}$$
- Cómo medirlo: registrar hora de toma de muestra y hora de entrega en el sistema digital y calcular el promedio mensual.
  - Importancia: garantiza la rapidez y confiabilidad del servicio, impactando directamente en la atención médica y satisfacción del paciente.
2. Índice de errores en resultados
- Descripción: mide la proporción de resultados de laboratorio que requieren corrección, anulación o repetición por errores técnicos o de procedimiento.
  - Fórmula:
- $$\text{Índice de errores} = \frac{\text{Número de resultados con error}}{\text{Número total de pruebas realizadas}} \times 100$$
- Cómo medirlo: revisar los registros de correcciones y anulaciones documentadas en el laboratorio.
  - Importancia: asegura la precisión diagnóstica y protege la credibilidad del laboratorio.
3. Cumplimiento de controles de calidad internos y externos
- Descripción: evalúa el grado en que los resultados de laboratorio cumplen con los parámetros establecidos en los programas de control de calidad internos y externos.

- Fórmula:

$$\text{Cumplimiento de calidad} = \frac{\text{Número de controles aprobados}}{\text{Número total de controles realizados}} \times 100$$

- Cómo medirlo: comparar los valores obtenidos en controles internos diarios y en pruebas externas de referencia con los rangos establecidos.
- Importancia: asegura la confiabilidad y estandarización de los resultados, requisito obligatorio del CSSP y programas de acreditación.

#### 4. Satisfacción del usuario

- Descripción: mide el nivel de conformidad de los pacientes con respecto al servicio recibido en el laboratorio.

- Fórmula:

$$\text{Satisfacción} = \frac{\text{Número de pacientes satisfechos}}{\text{Número total de encuestas aplicadas}} \times 100$$

- Cómo medirlo: aplicar encuestas periódicas a los usuarios y tabular los resultados.
- Importancia: refleja la percepción de calidad del servicio y orienta la implementación de mejoras en la atención.

### 3. Servicio de imagenología

#### 1. Tiempo promedio de ultrasonido

- Descripción: mide el tiempo efectivo que el personal dedica a la realización de un estudio de ultrasonido obstétrico.

Fórmula:

$$TPU = \frac{\sum(\text{Hora fin del procedimiento} - \text{Hora inicio de procedimiento})}{N^{\circ} \text{ de pacientes}}$$

- Cómo medirlo: se obtiene de la diferencia entre la hora de inicio y fin del procedimiento, registrada en el sistema RIS/PACS.
- Importancia: permite evaluar la eficiencia del servicio; tiempos muy cortos pueden indicar baja calidad diagnóstica, mientras que tiempos excesivos generan retrasos y mayor tiempo de espera.

#### 2. Tasa de ocupación del equipo de ultrasonido

Descripción: mide el grado de utilización del ecógrafo en relación con la disponibilidad total del tiempo.

Fórmula:

$$TOE = \frac{\text{Horas efectivas de uso}}{\text{Horas disponibles}} \times 100$$

- Cómo medirlo: registrar en bitácora o sistema RIS/PACS las horas efectivas de uso del equipo en una jornada y compararlas con la disponibilidad programada.

- Importancia: ayuda a determinar si el equipo está infrautilizado o sobrecargado; es clave para decisiones de gestión de recursos y planificación de turnos.

### 3. Porcentaje de cumplimiento de bioseguridad

- Descripción: mide el grado en que el personal cumple los protocolos de higiene y bioseguridad durante el servicio.
- Fórmula:

$$PCB = \frac{N^{\circ} \text{ de procedimientos con protocolos correctos}}{N^{\circ} \text{ total de recetas atendidas}} \times 100$$

- Cómo medirlo: mediante listas de chequeo y observación directa del uso de guantes, gel, desinfección de transductor y eliminación adecuada de residuos.
- Importancia: garantiza la seguridad del paciente y del personal, reduciendo riesgos de infecciones y sanciones por incumplimiento normativo.

### 4. Cobertura de la demanda de ultrasonidos

Descripción: mide la proporción de pacientes atendidos respecto a la demanda programada.

Fórmula:

$$CDU = \frac{\text{Pacientes atendidos}}{\text{Pacientes programados}} \times 100$$

- Cómo medirlo: se obtiene comparando los pacientes que asistieron y fueron atendidos con la lista programada de citas.
- Importancia: permite identificar la capacidad resolutive del servicio; baja cobertura puede deberse a ausentismo, fallas técnicas o sobrecarga de citas.

## 4. Servicio de Farmacia

### 1. Porcentaje de recetas entregadas completas

- Descripción: mide qué proporción de recetas se entregan con todos los medicamentos prescritos, sin faltantes.
- Fórmula:

$$PRC = \frac{N^{\circ} \text{ de recetas entregadas completas}}{\text{Horas disponibles}} \times 100$$

- Cómo medirlo: conteo diario en ventanilla, diferenciando recetas completas vs incompletas.
- Importancia: refleja el acceso efectivo al tratamiento y la eficiencia de abastecimiento.

### 2. Nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales

- Descripción: mide el grado de abastecimiento del cuadro básico de medicamentos.

- Fórmula:

$$\text{NDM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos esenciales disponibles}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos esenciales requeridos}} \times 100$$

- Cómo medirlo: revisión de inventario comparado con la lista oficial de medicamentos esenciales.
- Importancia: indica la capacidad del hospital para garantizar tratamientos básicos a la población.

### 3. Tiempo promedio de espera en ventanilla

- Descripción: mide cuánto tarda el paciente desde que llega a la ventanilla hasta que es atendido.
- Fórmula:

$$\text{TPEV} = \frac{\sum(\text{Hora inicio atención} - \text{Hora llegada a ventanilla})}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}}$$

- Cómo medirlo: sistema de tickets o registros manuales de hora de llegada y atención.
- Importancia: afecta directamente la percepción del servicio y la satisfacción del usuario.

### 4. Índice de satisfacción del usuario de farmacia

- Descripción: evalúa la percepción del paciente sobre rapidez, trato, claridad de indicaciones y disponibilidad de medicamentos.
- Fórmula:

$$\text{ISF} = \frac{\sum \text{de calificaciones obtenidas}}{\text{N}^\circ \text{ de encuestas válidas}}$$

- Cómo medirlo: encuestas breves al paciente después de recibir medicamentos.
- Importancia: mide la calidad percibida y orienta acciones de mejora.

### 5. Rotación de inventario de medicamentos

- Descripción: mide cuántas veces se renueva el inventario de medicamentos en un período (mes/trimestre/año).
- Fórmula:

$$\text{RIM} = \frac{\text{Costo de medicamentos dispensados}}{\text{Inventario promedio}}$$

Donde:

$$\text{Inventario promedio} = \frac{\text{Inventario inicial} + \text{Inventario final}}{2}$$

- Cómo medirlo: registros contables o sistema de inventario de farmacia.
- Importancia: previene desabastecimiento y vencimiento de medicamentos.

## F. Especificaciones de recursos

### 1. Mano de obra operativa y de apoyo

#### a. Servicio de consulta

Tabla 189. Mano de obra y de apoyo: Servicio de consulta

Servicio	Mano de obra directa	Descripción del puesto	Plazas	Días/mes	Tipo de contrato
Consulta médica general	Médico general	Responsable del diagnóstico y tratamiento primario de pacientes, referencia a especialistas cuando corresponda.	1	24	Servicios profesionales
Consulta médica pediátrica	Médico pediatra	Encargado de la atención integral de niños y adolescentes, diagnóstico y prevención de enfermedades.	1	24	Servicios profesionales
Consulta de urología	Médico urólogo	Especialista en diagnóstico y tratamiento de enfermedades del aparato urinario y aparato reproductor masculino.	1	12	Servicios profesionales
Consulta de medicina interna	Médico internista	Maneja enfermedades complejas	1	16	Servicios profesionales

		de adultos, con enfoque en patologías crónicas y sistémicas.			
<b>Consulta de gastroenterología</b>	Médico gastroenterólogo	Especialista en diagnóstico y tratamiento de enfermedades del aparato digestivo.	1	8	Servicios profesionales
<b>Consulta médica ginecológica</b>	Médico ginecólogo	Brinda atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, diagnóstico y prevención de patologías ginecológicas.	1	12	Servicios profesionales

Fuente: Elaboración propia

### **b. Servicio de exámenes de laboratorio**

Tabla 190. Mano de obra y de apoyo: Servicio de exámenes de laboratorio

Servicio	Mano de obra directa	Descripción	plazas	Días/mes	Tipo de contrato
<b>Hemograma completo</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Examen de sangre que evalúa glóbulos rojos, blancos y plaquetas.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Recuento de glóbulos blancos y rojos</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Conteo celular para detectar infecciones o anemias.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Hematocrito y hemoglobina</b>	Regente de laboratorio /	Medición del volumen de	1/1	24	Servicios profesionales

	Técnico laboratorista	glóbulos rojos y nivel de hemoglobina.			
<b>Velocidad de sedimentación globular (VSG)</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Prueba que mide inflamación en el organismo.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Glucosa en sangre</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Determina el nivel de azúcar en sangre.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Colesterol total y triglicéridos</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Evalúa el perfil lipídico para riesgo cardiovascular.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Creatinina</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Mide función renal.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Urea</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Determina función renal y metabolismo de proteínas.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Ácido úrico</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Evalúa riesgo de gota y función renal.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Examen general de orina (EGO)</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Análisis físico, químico y microscópico de la orina.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Prueba de embarazo (cualitativa)</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Detecta presencia de hCG en orina.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Coprológico general</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Examen de heces para evaluar parásitos y digestión.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Coproparasitoscópico</b>	Regente de laboratorio /	Identificación de parásitos intestinales.	1/1	24	Servicios profesionales

	Técnico laboratorista				
<b>Exudado faríngeo</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Detección de bacterias en garganta.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Tinción de Gram</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Identificación de bacterias gram positivas y negativas.	1/1	24	Servicios profesionales
<b>Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes, VPH, Epstein Barr)</b>	Regente de laboratorio / Técnico laboratorista	Detección inmediata de enfermedades infecciosas.	1/1	24	Servicios profesionales

Fuente: Elaboración propia

### c. Servicio de imagenología

Tabla 191. Mano de obra y de apoyo: Servicio de Imagenología

Servicio	Mano de obra directa	Descripción del puesto	Plazas	Días/mes	Tipo de contrato
<b>Ultrasonografía obstétrica</b>	Médico radiólogo / gineco-obstetra entrenado en imagen	Realiza estudios de embarazo, evalúa desarrollo fetal, detecta anomalías y emite informes.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía testicular</b>	Médico radiólogo	Realiza ultrasonidos testiculares para diagnóstico de patologías reproductivas y circulatorias.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía abdominal</b>	Médico radiólogo	Evalúa hígado, vesícula, páncreas, bazo y cavidad abdominal en general; emite diagnósticos de	1	24	Servicios profesionales

		patologías comunes.			
<b>Ultrasonografía vejiga urinaria</b>	Médico radiólogo	Estudia vejiga urinaria y vías urinarias, detectando anomalías estructurales o funcionales.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía de próstata</b>	Médico radiólogo	Evalúa próstata y aparato reproductor masculino; colabora en diagnóstico de hiperplasia o cáncer prostático.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía de hígado</b>	Médico radiólogo	Especializado en diagnóstico de patologías hepáticas como cirrosis, hepatitis y tumores.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía renal</b>	Médico radiólogo	Evalúa riñones y vías urinarias; diagnostica cálculos, infecciones o alteraciones estructurales.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía de mama</b>	Médico radiólogo	Diagnóstico de tumores y alteraciones mamarias; colabora en programas de detección temprana de cáncer de mama.	1	24	Servicios profesionales
<b>Ultrasonografía ginecológica</b>	Médico radiólogo / ginecólogo entrenado	Atiende estudios del aparato reproductor femenino, evalúa	1	24	Servicios profesionales

		útero y ovarios, identifica quistes, miomas o anomalías.			
<b>Técnico en radiología</b>	Técnico radiólogo	Opera los equipos de ultrasonido, prepara paciente y sala, asegura calidad de imagen y aplica protocolos de bioseguridad.	2	24	Servicios profesionales
<b>Enfermería de apoyo en imagen</b>	Enfermera/o	Prepara sala y paciente, colabora en posicionamiento, apoya al médico durante el procedimiento y supervisa bioseguridad.	1	24	Servicios profesionales
<b>Auxiliar administrativo de imagen</b>	Auxiliar administrativo	Agenda citas, gestiona informes en RIS/PACS, coordina entrega de resultados y controla insumos.	1	24	Servicios profesionales

Fuente: Elaboración propia

#### **d. Servicio de farmacia**

Tabla 192. Mano de obra y de apoyo: Servicio de Farmacia

Servicio	Mano de obra directa	Descripción del puesto	Plazas	Días/mes	Tipo de contrato
<b>Farmacia</b>	Químico-farmacéutico / Técnico en farmacia	Responsable de la dispensación de medicamentos, revisión de recetas, control de inventarios, gestión de insumos y orientación al paciente sobre el uso	1	24	Plaza fija

		adecuado de los fármacos			
--	--	-----------------------------	--	--	--

Fuente: *Elaboración propia*

## 2. Equipo necesario para la prestación de servicios

Para la selección de equipos y mobiliarios para cada uno de los servicios, de manera previa se realizó una visita técnica para validar mediante el tacto y la inspección visual los equipos y mobiliarios en mejores condiciones que pudieran utilizarse para la prestación de servicios de la clínica. Sin embargo, también en la selección establecimos otros criterios de selección.

### Criterios técnicos complementarios para la selección de equipos y mobiliarios hospitalarios

#### 1. Inspección visual (criterio inicial de condición física)

- Se utilizó como primer filtro para identificar el estado estructural y apariencia de uso.
- Permitió descartar equipos con daños evidentes, corrosión, deterioro o piezas faltantes.
- Sin embargo, reconocemos que este método por sí solo no garantiza una evaluación objetiva de funcionalidad.

#### 2. Criterio de depreciación contable

- Se tomó en cuenta la depreciación acumulada reportada en el documento “*Depreciación de Activos Fijos al 31 de julio de 2024*”. Que fue proporcionado por la directiva del hospital, el cual es un registro detallado de la adquisición de equipos y mobiliarios que incluye: fechas de compra, modelos, marcas, nombre de los activos, estado y áreas de uso.
- Este indicador permitió estimar el grado de desgaste económico del equipo y su vida útil remanente.
- Los equipos con depreciación menor al 80 % fueron considerados susceptibles de reacondicionamiento o reutilización, mientras que los que superaban ese valor se clasificaron como obsoletos o de baja prioridad de recuperación.
- Mencionar que, este criterio es coherente con las prácticas de gestión de activos industriales (ISO 55000), que relacionan el valor residual con el potencial de aprovechamiento operativo.

#### 3. Criterio de antigüedad o fecha de adquisición

- La fecha de adquisición se usó para determinar la obsolescencia tecnológica y el riesgo de discontinuidad de repuestos o soporte técnico.
- Los equipos adquiridos hacen más de 10 años se evaluaron con mayor rigurosidad, especialmente si pertenecen a tecnologías con rápido avance (imagenología, laboratorio clínico, monitoreo).

- Los más recientes o con menos de 5 años desde su compra se consideraron de prioridad para calibración o mantenimiento correctivo, debido a su mayor posibilidad de cumplimiento normativo.

Para justificar la selección de equipos y mobiliarios, se aplicó una evaluación multicriterio, considerando:

*Tabla 193. Criterios de selección de equipos y mobiliarios*

Criterio	Peso referencial	Descripción
<b>Condición física (inspección visual)</b>	30 %	Estado aparente, limpieza, estructura y funcionamiento básico
<b>Depreciación acumulada</b>	30 %	Estimación de desgaste y vida útil remanente
<b>Fecha de adquisición</b>	20 %	Antigüedad tecnológica y disponibilidad de repuestos
<b>Relevancia funcional</b>	20 %	Alineación con los servicios que se reabrirán

*Fuente: Elaboración propia*

A partir de los criterios definidos en la evaluación multicriterio (condición física, depreciación acumulada, fecha de adquisición y relevancia funcional), se procedió a aplicar dichos parámetros al inventario existente de equipos y mobiliarios hospitalarios.

Cada equipo fue valorado de forma comparativa según los pesos referenciales establecidos, lo que permitió determinar su nivel de aprovechamiento y definir la acción técnica más adecuada: reutilizar o reacondicionar.

Los resultados consolidados se presentan en la siguiente tabla:

### Consultas

*Tabla 194. Evaluación de equipos por consulta*

Servicio	Equipo principal evaluado	Acción técnica recomendada	Justificación técnica
<b>Consulta médica general</b>	Estetoscopio, tensiómetro, termómetro digital, oxímetro de pulso y	<b>Reutilizar</b>	Equipos básicos de diagnóstico con buen estado físico y baja depreciación. Solo requieren limpieza,

	monitor de signos vitales		calibración y pruebas de funcionamiento.
<b>Consulta médica pediátrica</b>	Estetoscopio pediátrico, tensiómetro pediátrico, báscula pediátrica, nebulizador, monitor de signos vitales	<b>Reacondicionar</b>	Equipos funcionales con desgaste moderado y uso frecuente. Requieren calibración y mantenimiento preventivo para garantizar precisión pediátrica.
<b>Consulta de urología</b>	Estetoscopio, tensiómetro, oxímetro, ecógrafo portátil	<b>Reacondicionar</b>	El ecógrafo y oxímetro presentan antigüedad media. Necesitan actualización de software y revisión de transductores. Equipos menores reutilizables tras mantenimiento básico.
<b>Consulta de medicina interna</b>	Estetoscopio, tensiómetro, báscula con tallímetro, monitor de signos vitales, ultrasonido multifuncional	<b>Reacondicionar</b>	Equipos esenciales para seguimiento de crónicos. Ultrasonido y monitor requieren calibración, el resto puede reutilizarse tras limpieza técnica y mantenimiento.
<b>Consulta de gastroenterología</b>	Estetoscopio, tensiómetro, oxímetro, ecógrafo abdominal, endoscopio	<b>Reacondicionar</b>	Equipos de diagnóstico con valor elevado y antigüedad moderada. Se recomienda mantenimiento técnico especializado, limpieza profunda y validación de imagen.
<b>Consulta ginecológica</b>	Estetoscopio, tensiómetro, cánape ginecológico, colposcopio,	<b>Reutilizar / reacondicionar</b>	Los equipos metálicos y de exploración pueden reutilizarse tras esterilización; los de diagnóstico óptico

	ultrasonido transvaginal, espéculos		(colposcopio, ultrasonido) requieren mantenimiento preventivo y pruebas funcionales.
--	-------------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia

## Servicio de laboratorio

Tabla 195. Evaluación de equipos por servicios de laboratorio

Área / Servicio	Equipos y reactivos principales evaluados	Acción técnica recomendada	Justificación técnica y funcional
<b>Hematología</b>	Analizador hematológico, microscopio óptico, cámara de Neubauer, centrífuga de microhematocrito, tubos capilares y reactivos de tinción	<b>Reacondicionar</b>	Equipos de diagnóstico con desgaste moderado. Requieren mantenimiento preventivo, calibración y reposición parcial de reactivos para garantizar precisión en conteos celulares y pruebas de hematocrito.
<b>Bioquímica</b>	Analizador de química clínica, reactivos enzimáticos (glucosa, colesterol, triglicéridos, creatinina, urea, ácido úrico)	<b>Reacondicionar / calibrar</b>	Equipos con alta relevancia funcional y valor técnico. Requieren verificación de sistemas ópticos y calibración de reactivos. Se prioriza su uso por ser esenciales para el monitoreo metabólico y renal.
<b>Uroanálisis</b>	Microscopio óptico, tiras reactivas de orina, kits de prueba rápida de hCG	<b>Reutilizar</b>	Equipos en buen estado físico y bajo nivel de depreciación. Solo necesitan limpieza técnica y control de calidad de

			reactivos antes de iniciar operaciones.
<b>Parasitología</b>	Microscopio óptico, reactivos de tinción (lugol, solución salina)	<b>Reutilizar</b>	Microscopios operativos con buena condición óptica; los reactivos son de bajo costo y fácil reposición. No requieren inversión adicional significativa.
<b>Bacteriología</b>	Hisopos estériles, medios de cultivo (agar sangre, agar chocolate), colorantes Gram	<b>Reacondicionar / actualizar insumos</b>	Los materiales de cultivo y coloración requieren reposición periódica, pero el equipo base (microscopio, soportes) puede reutilizarse con limpieza y esterilización.
<b>Pruebas rápidas</b>	Kits para VIH, hepatitis B, malaria, herpes, VPH, EBV	<b>Reutilizar (reposición continua de insumos)</b>	Los equipos base son reutilizables; únicamente se actualizan los kits de reactivos según caducidad y lotes disponibles.

Fuente: Elaboración propia

## Servicio de imagenología

Tabla 196. Evaluación de equipos de imagenología

Área / Servicio	Equipos principales evaluados	Acción técnica recomendada	Justificación técnica y funcional
<b>Ultrasonografía obstétrica</b>	Ecógrafo con transductor convexo, camilla ginecológica, gel conductor	<b>Reacondicionar / calibrar</b>	El ecógrafo presenta uso previo y requiere mantenimiento preventivo, limpieza del transductor y actualización de software; mobiliario reutilizable tras limpieza y desinfección.
<b>Ultrasonografía testicular</b>	Ecógrafo con transductor lineal	<b>Reacondicionar</b>	El equipo requiere calibración del transductor y prueba de resolución; mantenimiento preventivo garantiza precisión diagnóstica.
<b>Ultrasonografía abdominal</b>	Ecógrafo con transductor convexo	<b>Reacondicionar</b>	Alta relevancia funcional. Equipo reutilizable tras limpieza técnica y verificación de calidad de imagen; no requiere sustitución.
<b>Ultrasonografía de vejiga urinaria</b>	Ecógrafo con transductor convexo	<b>Reacondicionar</b>	Mismo equipo base del área abdominal, requiere verificación de calibración y limpieza técnica antes de la reapertura.
<b>Ultrasonografía de próstata</b>	Ecógrafo con transductor transrectal	<b>Reacondicionar</b>	Equipo de alta especialización. Requiere calibración y validación de esterilización del transductor; reutilizable

			tras mantenimiento especializado.
<b>Ultrasonografía de hígado y renal</b>	Ecógrafo con transductor convexo	<b>Reacondicionar</b>	Equipos funcionales con vida útil remanente adecuada. Requieren pruebas de calidad de imagen y calibración.
<b>Ultrasonografía de mama</b>	Ecógrafo con transductor lineal	<b>Reacondicionar / calibrar</b>	Equipos reutilizables con actualización de software y mantenimiento preventivo para conservar precisión en diagnóstico de tejidos blandos.
<b>Ultrasonografía ginecológica</b>	Ecógrafo con transductor endovaginal	<b>Reacondicionar</b>	Equipo de diagnóstico esencial. Requiere limpieza profunda, calibración del transductor y pruebas de seguridad eléctrica.
<b>Apoyo general de imagenología</b>	Monitor de signos vitales, computadora con RIS/PACS, impresora de resultados, kit de bioseguridad	<b>Reutilizar / reacondicionar</b>	Los equipos informáticos y de apoyo requieren mantenimiento básico y actualización de software; equipos de bioseguridad e insumos se reponen según consumo.

Fuente: *Elaboración propia*

## Servicio de farmacia

Tabla 197. Evaluación de equipos de farmacia

Área / Servicio	Equipos principales evaluados	Acción técnica recomendada	Justificación técnica y funcional
<b>Farmacia</b>	Computadora con software de gestión básico, impresora de etiquetas, termohigrómetro digital, UPS o batería de respaldo, ventilador eléctrico / extractor de aire	<b>Reutilizar / reacondicionar</b>	Equipos de soporte administrativo y operativo en buen estado general. Las computadoras e impresoras requieren actualización de software y limpieza técnica. Los equipos eléctricos (UPS, ventiladores, termohigrómetro) deben recibir mantenimiento preventivo para garantizar funcionamiento continuo y condiciones ambientales adecuadas. Ningún equipo requiere sustitución.

Fuente: Elaboración propia

**a. Servicio de consulta**

Tabla 198. Equipo necesario: Servicio de consulta

Servicio	Equipo	Descripción	Cantidad por consultorio
Consulta médica general	Estetoscopio	Auscultación básica de ruidos cardiacos, respiratorios y abdominales.	1
	Tensiómetro digital/aneroide	Control de presión arterial.	1
	Termómetro digital	Medición rápida de temperatura.	1
	Oxímetro de pulso Monitor de signos vitales	Saturación de oxígeno. Control integral en pacientes crónicos o de riesgo.	1
Consulta médica pediátrica	Estetoscopio pediátrico	Adaptado para población infantil.	1
	Tensiómetro pediátrico	Brazaletes de diferentes tamaños.	1
	Báscula pediátrica	Incluye de lactantes y de pie.	2
	Nebulizador Monitor de signos vitales (del inventario)	Administración de fármacos inhalados. Vigilancia en pacientes pediátricos críticos.	1
Consulta urología	Estetoscopio	Equipo clínico básico.	1
	Tensiómetro y oxímetro	Control de parámetros vitales.	1
	Ecógrafo portátil	Diagnóstico de próstata, vejiga y riñón.	1
Consulta medicina interna	Estetoscopio	Exploración clínica integral.	1
	Tensiómetro digital	Seguimiento de hipertensos.	1

	Báscula con tallímetro Monitor de signos vitales Ultrasonido multifuncional	Control de peso y talla. Vigilancia en pacientes con patologías crónicas. Diagnóstico hepático, renal y cardiaco.	1
<b>Consulta gastroenterología</b>	Estetoscopio	Exploración abdominal.	1
	Tensiómetro y oxímetro	Control de signos vitales.	1
	Ecógrafo abdominal	Diagnóstico hepático y digestivo.	1
	Endoscopio	Visualización del tracto digestivo.	1
<b>Consulta médica ginecológica</b>	Estetoscopio y tensiómetro Cánape ginecológico	Básicos de exploración. Exploración ginecológica.	1
	Colposcopio Ultrasonido transvaginal	Diagnóstico de lesiones del cuello uterino. Diagnóstico uterino y ovárico.	1
	Espéculos ginecológicos	Explorar cavidad vaginal.	10 desechables / 5 metálicos Re esterilizables

Fuente: Elaboración propia

### **b. Servicio de exámenes de laboratorio**

Tabla 199. Equipo necesario: Servicio de exámenes de laboratorio

<b>Servicio</b>	<b>Equipo / Reactivos principales</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad por servicio</b>
<b>Hemograma completo</b>	Analizador hematológico, reactivos de tinción	Se utiliza para cuantificar células sanguíneas y diferenciar glóbulos blancos.	1 equipo + reactivos
<b>Recuento de glóbulos blancos y rojos</b>	Microscopio óptico, cámara de Neubauer	Conteo manual de células en muestras de sangre.	1 microscopio + 1 cámara

<b>Hematocrito y hemoglobina</b>	Centrífuga de microhematocrito, tubos capilares	Separa componentes de la sangre para calcular hematocrito y hemoglobina.	1 centrífuga + tubos
<b>Velocidad de sedimentación globular (VSG)</b>	Tubos Westergren, soporte para tubos	Determina la velocidad de sedimentación de glóbulos rojos.	1 soporte + tubos
<b>Glucosa en sangre</b>	Analizador de química clínica, reactivo enzimático de glucosa	Mide concentración de glucosa en plasma o suero.	1 analizador + reactivos
<b>Colesterol y triglicéridos</b>	Analizador de química clínica, reactivos enzimáticos lipídicos	Evalúa el perfil lipídico para riesgo cardiovascular.	1 analizador + reactivos
<b>Creatinina</b>	Analizador de química clínica, reactivos de Jaffé	Determina función renal mediante creatinina sérica.	1 analizador + reactivos
<b>Urea</b>	Analizador de química clínica, reactivo enzimático de ureasa	Evalúa función renal a partir del metabolismo de proteínas.	1 analizador + reactivos
<b>Ácido úrico</b>	Analizador de química clínica, reactivo enzimático de uricasa	Determina concentración sérica de ácido úrico.	1 analizador + reactivos
<b>Examen general de orina (EGO)</b>	Microscopio, tiras reactivas de orina	Se realiza análisis físico-químico y microscópico de orina.	1 microscopio + tiras
<b>Prueba de embarazo (orina)</b>	Pruebas rápidas de hCG	Detecta hormona hCG en orina.	Reactivos de prueba rápida
<b>Coprológico general</b>	Microscopio, reactivos de tinción (lugol, solución salina)	Análisis microscópico de muestras de heces.	1 microscopio + reactivos
<b>Coproparasitológico</b>	Microscopio, reactivos (solución salina, lugol)	Detección de parásitos	1 microscopio + reactivos

		intestinales en heces.	
<b>Exudado faríngeo</b>	Hisopos estériles, medios de cultivo (agar sangre, agar chocolate)	Recolección de muestras faríngeas y cultivo bacteriano.	Hisopos + medios
<b>Tinción de Gram</b>	Microscopio, colorantes Gram (cristal violeta, safranina, lugol)	Diferencia bacterias Gram positivas y Gram negativas.	1 microscopio + reactivos
<b>Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes, VPH, EBV)</b>	Kits de pruebas rápidas específicas	Detección cualitativa de agentes infecciosos.	Reactivos de prueba rápida

Fuente: Elaboración propia

### c. Servicio de imagenología

Tabla 200. Equipo necesario: Servicio de Imagenología

Servicio	Equipo	Descripción	Cantidad por sala
<b>Ultrasonografía obstétrica</b>	Ecógrafo con transductor convexo	Permite visualizar estructuras fetales, placenta y líquido amniótico.	1
	Camilla ginecológica	Posicionamiento de la paciente en estudios obstétricos.	1
	Gel conductor	Medio para la transmisión de ondas sonoras.	Según consumo
<b>Ultrasonografía testicular</b>	Ecógrafo con transductor lineal	Diagnóstico de patologías testiculares y del escroto.	1
<b>Ultrasonografía abdominal</b>	Ecógrafo con transductor convexo	Visualización de hígado, vesícula, bazo, páncreas y estructuras abdominales.	1

<b>Ultrasonografía vejiga urinaria</b>	Ecógrafo con transductor convexo	Evaluación de la capacidad vesical y anomalías en la vejiga urinaria.	1
<b>Ultrasonografía de próstata</b>	Ecógrafo con transductor transrectal	Diagnóstico de hiperplasia prostática y cáncer prostático.	1
<b>Ultrasonografía de hígado</b>	Ecógrafo con transductor convexo	Diagnóstico de hepatopatías y tumores hepáticos.	1
<b>Ultrasonografía renal</b>	Ecógrafo con transductor convexo	Detección de cálculos, infecciones o alteraciones renales.	1
<b>Ultrasonografía de mama</b>	Ecógrafo con transductor lineal	Diagnóstico de tumores y alteraciones mamarias.	1
<b>Ultrasonografía ginecológica</b>	Ecógrafo con transductor endovaginal	Diagnóstico de útero y ovarios, detección de quistes y miomas.	1
<b>Apoyo general de imagenología</b>	Monitor de signos vitales	Supervisión básica de constantes en pacientes en estado delicado.	1
	Computadora con RIS/PACS	Registro digital de imágenes, informes médicos y archivo de estudios.	1
	Impresora de resultados	Emisión de informes médicos con hallazgos.	1
	Kit de bioseguridad (guantes, toallas, desinfectantes, contenedor RPBI)	Garantiza la seguridad del paciente y personal.	Según consumo

Fuente: *Elaboración propia*

#### d. Servicio de farmacia

Tabla 201. Equipo necesario: Servicio de farmacia

Servicio	Equipo	Descripción	Cantidad por puesto
Farmacia	Computadora con software de gestión básico	Registro y control de inventario, recetas y vencimientos.	1
	Impresora de etiquetas o tickets	Emisión de comprobantes y rotulación de medicamentos.	1
	Termohigrómetro digital	Control de temperatura y humedad del área de almacenamiento.	1
	UPS o batería de respaldo	Respaldo eléctrico para computadora y equipos en cortes de energía.	1
	Ventilador eléctrico o extractor de aire	Ventilación y control ambiental en el área de dispensación.	1

Fuente: Elaboración propia

### 3. Mobiliario necesario para la prestación de servicios

#### a. Servicio de consulta

Tabla 202. Mobiliario necesario: Servicio de consulta

Servicio	Mobiliario	Descripción	Cantidad por consultorio
Consulta médica general	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantiza comodidad durante la atención.	2
	Camilla de exploración	Superficie para examen físico del paciente.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante la exploración.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1

	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1
	Papelera con pedal (común y biosanitaria)	Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2
<b>Consulta médica pediátrica</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantiza comodidad durante la atención.	2
	Camilla de exploración pediátrica	Superficie adaptada para exploración infantil.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante la exploración.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1
	Papelera con pedal (común y biosanitaria)	Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2
<b>Consulta de urología</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantiza comodidad durante la atención.	2
	Camilla de exploración	Superficie para examen físico del paciente.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante la exploración.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1

	Papelera con pedal (común y biosanitaria)	Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2
<b>Consulta medicina interna</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantiza comodidad durante la atención.	2
	Camilla de exploración	Superficie para examen físico del paciente.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante la exploración.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1
	Papelera con pedal (común y biosanitaria)	Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2
	<b>Consulta gastroenterología</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.
Sillas para paciente y acompañante		Garantiza comodidad durante la atención.	2
Camilla de exploración		Superficie para examen físico del paciente.	1
Biombo o cortina divisoria		Brinda privacidad durante la exploración.	1
Lavamanos clínico con dispensador		Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
Archivador o gabinete clínico		Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1
Papelera con pedal (común y biosanitaria)		Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2

<b>Consulta ginecológica</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantiza comodidad durante la atención.	2
	Cánape ginecológico	Mesa especializada con pierneras para exploración ginecológica.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante la exploración.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de documentos e insumos básicos.	1
	Papelera con pedal (común y biosanitaria)	Segregación de residuos comunes e infecciosos.	2

Fuente: Elaboración propia

### **b. Servicio de exámenes de laboratorio**

Tabla 203. Mobiliario necesario: Exámenes de laboratorio

Servicio	Mobiliario principal	Descripción	Cantidad por servicio
<b>Hemograma completo</b>	Mesa de trabajo con superficie lavable, estantería para reactivos	Superficie para manipulación de muestras y almacenamiento de insumos.	1 mesa + 1 estantería
<b>Recuento de glóbulos blancos y rojos</b>	Mesa de microscopía, lámpara de apoyo	Soporte estable y con iluminación adecuada para microscopía.	1 mesa + 1 lámpara
<b>Hematocrito y hemoglobina</b>	Porta-centrífuga, gabinete de almacenamiento	Soporte y resguardo de centrífuga y material capilar.	1 porta-equipo + 1 gabinete

<b>Velocidad de sedimentación globular (VSG)</b>	Soporte para tubos, estantería metálica	Mantiene tubos en posición vertical durante el análisis.	1 soporte + 1 estantería
<b>Glucosa en sangre</b>	Mesa para equipo de química clínica, vitrina para reactivos	Estación de trabajo para montaje del analizador y resguardo de reactivos.	1 mesa + 1 vitrina
<b>Colesterol y triglicéridos</b>	Mesa para equipo de química clínica, vitrina para reactivos	Igual que glucosa: superficie y resguardo seguro.	1 mesa + 1 vitrina
<b>Creatinina</b>	Mesa para analizador clínico, gabinete metálico	Área de instalación del equipo y almacenamiento seguro.	1 mesa + 1 gabinete
<b>Urea</b>	Mesa para analizador clínico, gabinete metálico	Igual a creatinina: soporte y resguardo de insumos.	1 mesa + 1 gabinete
<b>Ácido úrico</b>	Mesa para analizador clínico, gabinete metálico	Área de instalación del equipo y almacenamiento.	1 mesa + 1 gabinete
<b>Examen general de orina (EGO)</b>	Estación de microscopía, armario para tiras reactivas	Superficie de trabajo y resguardo de reactivos.	1 mesa + 1 armario
<b>Prueba de embarazo (orina)</b>	Estación de pruebas rápidas, estantería pequeña	Área para manipulación de kits de diagnóstico.	1 mesa pequeña + 1 estantería
<b>Coprológico general</b>	Mesa de microscopía, gabinete de insumos	Soporte de microscopio y reactivos de uso frecuente.	1 mesa + 1 gabinete
<b>Coproparasitológico</b>	Mesa de microscopía, gabinete de insumos	Igual que coprológico.	1 mesa + 1 gabinete
<b>Exudado faríngeo</b>	Mesa para toma de muestra, gabinete para medios de cultivo	Área destinada a la manipulación de hisopos y siembra de cultivos.	1 mesa + 1 gabinete

<b>Tinción de Gram</b>	Mesa de tinción con superficie resistente, estantería	Superficie para coloraciones y resguardo de colorantes.	1 mesa + 1 estantería
<b>Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes, VPH, EBV)</b>	Mesa pequeña para pruebas rápidas, gabinete de seguridad	Área controlada para manipulación de kits diagnósticos.	1 mesa + 1 gabinete

Fuente: *Elaboración propia*

### c. Servicio de imagenología

Tabla 204. Equipo necesario: Servicio de Imagenología

Servicio	Mobiliario	Descripción	Cantidad por sala
<b>Imagenología (general)</b>	Escritorio médico con silla ergonómica	Área de trabajo para el médico radiólogo.	1
	Sillas para paciente y acompañante	Garantizan comodidad durante la espera y atención.	2
	Camilla de exploración con soporte ajustable	Superficie para posicionar al paciente durante el ultrasonido.	1
	Biombo o cortina divisoria	Brinda privacidad durante el procedimiento.	1
	Lavamanos clínico con dispensador	Para higiene y cumplimiento de bioseguridad.	1
	Archivador o gabinete clínico	Almacenaje de informes, documentos e insumos básicos.	1
	Papeleras con pedal (común y RPBI)	Segregación de residuos comunes y biológico-infecciosos.	2
	Carro de apoyo para insumos	Facilita la colocación de gel, guantes, gasas y materiales de uso frecuente.	1
	Aire acondicionado / sistema de ventilación	Mantiene condiciones óptimas para equipo y confort del paciente.	1

	Estantería o repisas	Organización de material auxiliar y suministros.	1
	Pantalla o monitor de apoyo	Visualización adicional de imágenes para paciente o acompañantes.	1

Fuente: Elaboración propia

#### d. Servicio de farmacia

Tabla 205. Equipo necesario: Servicio de farmacia

Servicio	Mobiliario	Descripción	Cantidad por puesto
Farmacia	Mostrador	Área de atención para entrega segura de medicamentos al paciente.	1
	Estanterías metálicas o de melamina	Organización de medicamentos por categorías y fácil acceso al personal.	4 módulos
	Vitrina con cerradura para medicamentos controlados	Resguardo de psicotrópicos y estupefacientes según normativa.	1
	Archivador o gabinete administrativo	Almacenamiento de recetas, registros y documentos de control.	1
	Papeleras con pedal (común y RPBI)	Segregación de desechos comunes y biológico-infecciosos.	2
	Aire acondicionado o ventilador de pared	Mantiene condiciones adecuadas de temperatura en el área de almacenamiento.	1
	Carro auxiliar con repisas	Facilita la colocación de insumos de uso frecuente (bolsas, empaques, guantes).	1
	Escritorio médico con silla ergonómica	Uso personal de colaborador en farmacia	1

Fuente: Elaboración propia

### **G. Programación de jornadas**

La definición de la programación de jornadas constituye un paso esencial para garantizar la eficiencia operativa de la clínica y la adecuada disponibilidad de los servicios. Para ello se retoman los insumos obtenidos en el apartado de *Tamaño del proyecto – Factor: Recurso humano*, donde se establecieron las horas semanales requeridas por cada especialidad y área de apoyo. Asimismo, se consideran los hallazgos de la etapa de diagnóstico, que evidenciaron una marcada preferencia de los usuarios por asistir a consultas médicas en horario matutino, lo cual orienta la distribución de los turnos hacia las primeras horas del día como estrategia de accesibilidad y respuesta a la demanda.

De igual manera, la programación íntegra de las especificaciones de recursos de mano de obra operativa y de apoyo, asegurando que cada jornada médica cuente con el acompañamiento de personal de enfermería, laboratorio, imagenología, farmacia, recepción y servicios auxiliares, indispensables para la continuidad en la atención. Con ello se busca no solo optimizar el uso de los recursos humanos, sino también garantizar que la atención médica se desarrolle en un entorno ordenado, seguro y conforme a la normativa hospitalaria vigente.

Es importante señalar que algunos puestos y funciones de la mano de obra han sido simplificados o integrados, de acuerdo con lo que permiten los Requerimientos Técnicos Administrativos (RTA). En áreas como laboratorio clínico e imagenología, por ejemplo, las responsabilidades de regencia y apoyo técnico pueden ser asumidas por un solo profesional, sin que ello represente un incumplimiento normativo ni una disminución en la calidad del servicio. De igual manera, el Regente de clínica puede formar parte del staff médico (no reflejado en la tabla adjunta), lo que permite optimizar los recursos disponibles manteniendo siempre los estándares de calidad y cumplimiento normativo. Bajo este criterio de organización, y considerando también las funciones de gestión y apoyo institucional, se ha establecido la siguiente estructura de personal requerido:

*Tabla 206. Puestos requeridos*

<b>Nombre del puesto</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Agente de Vigilancia</b>	2
<b>Auxiliar de Enfermería</b>	1
<b>Contador</b>	1
<b>Encargado de Aseo</b>	2
<b>Encargado de Comunicaciones Institucionales</b>	1
<b>Encargado de Recursos Humanos</b>	1
<b>Enfermera jefa</b>	1
<b>Médico Gastroenterólogo</b>	1
<b>Médico General</b>	1
<b>Médico Ginecólogo</b>	1
<b>Médico Internista</b>	1
<b>Médico Pediatra</b>	1

<b>Médico Regente</b>	1
<b>Médico Urólogo</b>	1
<b>Regente de Gabinete Radiológico</b>	1
<b>Regente de Laboratorio Clínico</b>	1
<b>Regente Farmacéutico</b>	1
<b>Secretaria/Recepcionista</b>	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

Fuente: Elaboración propia

Con base en lo anterior, y tomando en cuenta que el personal con jornadas de ocho horas dispone de una hora para almuerzo y dos descansos de quince minutos, se propone la siguiente planificación de jornadas, en donde se busca mantener un balance adecuado entre el bienestar del personal y la continuidad de los servicios de atención que el hospital debe garantizar.

Tabla 207. Programación de jornadas

Nombre del puesto	Cantidad	N ° Turno	Días	Horario	Horas/Día
<b>Administrador General</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Agente de Vigilancia</b>	2	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
		2	L-V	8:00 am – 9:30 am; 9:45 am – 11:00 am; 12:00 pm – 3:00 pm; 3:15 pm – 5:30 pm	8 h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Auxiliar de Enfermería</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Contador</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15	8h

				pm; 3:30 pm – 5:30 pm	
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Encargado de Aseo</b>	2	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
		2	L-V	8:00 am – 9:30 am; 9:45 am – 11:00 am; 12:00 pm – 3:00 pm; 3:15 pm – 5:30 pm	8 h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Encargado de Comunicaciones Institucionales</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Encargado de Recursos Humanos</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Enfermera jefa</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:30 am; 9:45 am – 11:00 am; 12:00 pm – 3:00 pm; 3:15 pm – 5:30 pm	8 h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Médico Gastroenterólogo</b>	1	1	V-S	10:00 am -12:00 pm	2 h
<b>Médico General</b>	1	1	L-S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Médico Ginecólogo</b>	1	1	J, V	2:30 pm – 5:30 pm	3 h
			S	8:00 am – 11:00 Am	3 h
<b>Médico Internista</b>	1	1	L-X	8:00 am – 12:00 pm 1:30 am – 5:30 pm	8 h
			J	1:30 am – 5:30 pm	4 h
			s	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Médico Pediatra</b>	1	1	L-X	12:30 am – 5:30 pm	5 h

			J-V	12:00 am – 5:30 pm	5.5 h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Médico Urólogo</b>	1	1	M, J	1:00 pm – 2:00 pm	1 h
			S	9:00 am – 10:00 am	1 h
<b>Regente de Gabinete Radiológico</b>	1	1	L-S	8:30 am – 12:30 pm	4 h
<b>Regente de Laboratorio Clínico</b>	1	1	L-S	8:30 am – 12:30 pm	4 h
<b>Regente Farmacéutico</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 12:00 pm; 1:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Secretaria/Recepcionista</b>	1	1	L-V	8:00 am – 9:15 am; 9:30 am – 1:00 pm; 2:00 pm – 3:15 pm; 3:30 pm – 5:30 pm	8h
			S	8:00 am – 12:00 pm	4 h
<b>Total</b>	<b>20</b>				

Fuente: *Elaboración propia*

## H. Determinación de áreas

En el diseño de la infraestructura sanitaria de la Clínica Divina Providencia es indispensable contemplar los requerimientos mínimos establecidos en los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) emitidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), que norman las condiciones básicas para la habilitación y funcionamiento de los establecimientos de salud en El Salvador. Estas disposiciones no solo definen la obligatoriedad de ciertos ambientes, sino que también establecen dimensiones mínimas en metros cuadrados que deben cumplirse para garantizar condiciones de seguridad, operatividad y confort tanto para pacientes como para el personal de salud.

### 1. Consultorio médico

Los RTA para consultorios médicos establecen que estos deben contar con una superficie mínima de 6.25 m<sup>2</sup>, equivalente a un espacio de 2.5 m x 2.5 m. Esta área mínima responde a la necesidad de disponer de un espacio suficiente para realizar la entrevista clínica, el examen físico, la exploración con instrumental y el registro en el expediente médico. El diseño debe contemplar la separación visual entre el espacio de entrevista y el de examen físico, lo que puede lograrse mediante un biombo o cortina. Además, la normativa exige que cada consultorio cuente con un lavamanos para el personal médico, ubicado en el interior o en las inmediaciones del consultorio, con el fin de garantizar el cumplimiento de las medidas de higiene y control de infecciones. Este estándar asegura que, aun en espacios reducidos, se pueda brindar una atención segura, privada y eficiente al paciente.

## 2. Área de Imagenología

El servicio de imagenología constituye un área crítica dentro de los establecimientos de salud, al concentrar equipos de diagnóstico de alta complejidad que requieren condiciones especiales de infraestructura. De acuerdo con los RTA, esta área debe contar con una superficie mínima de 20 m<sup>2</sup>, lo que permite ubicar el equipo principal (como ultrasonidos, rayos X básicos o tomógrafos en servicios más avanzados), el espacio para circulación del personal, el acceso de pacientes en camilla o silla de ruedas, y las medidas de protección radiológica necesarias. La normativa exige que las paredes, puertas y ventanas de estas áreas sean construidas con materiales que garanticen la seguridad radiológica, incluyendo blindajes adecuados y rotulación preventiva. De igual forma, debe contemplarse un área de control, donde el personal técnico pueda operar los equipos con resguardo físico. Esta dimensión mínima de 20 m<sup>2</sup> responde al equilibrio entre la necesidad de espacio funcional y la viabilidad de implementación en clínicas de segundo nivel.

## 3. Laboratorio clínico

En el caso del laboratorio clínico de nivel básico, los RTA señalan que se debe disponer de un área mínima de 20 m<sup>2</sup>. Esta superficie se distribuye en distintos subespacios: recepción de muestras, área técnica de procesamiento, sala de espera (mínimo 3 m<sup>2</sup>) y área de lavado de material. El diseño debe garantizar la separación entre áreas limpias y sucias, con flujos diferenciados que eviten la contaminación cruzada. El laboratorio debe contar con ventilación adecuada, iluminación suficiente y pisos resistentes a químicos, además de servicios sanitarios para personal y pacientes. La dimensión mínima de 20 m<sup>2</sup> responde a la necesidad de albergar equipamiento básico para pruebas de hematología, química clínica, uroanálisis, coprología e inmunología, tal como lo establece la normativa salvadoreña.

### Importancia de los metrajes normativos

El cumplimiento de estas áreas mínimas constituye un requisito indispensable para obtener la autorización de funcionamiento por parte del CSSP. Además, desde un enfoque de planificación estratégica, asegurar estas dimensiones permite garantizar que los servicios de la Clínica Divina Providencia puedan operar de manera segura y continua, evitando sanciones regulatorias y reduciendo riesgos para pacientes y trabajadores de la salud. Asimismo, estos estándares coinciden con las recomendaciones internacionales (OMS, Health Facility Guidelines) que establecen dimensiones similares para servicios de primer y segundo nivel de atención.

Tabla 208. Determinación de áreas

Área	Metraje mínimo establecido	Detalles normativos y funcionales	Fuente
Consultorio médico	6.25 m <sup>2</sup> (2.5 m x 2.5 m)	Debe contar con espacio para entrevista y examen físico, separación visual (biombo o	RTA Consultorios Médicos (CSSP)

		cortina), y un lavamanos para higiene.	
<b>Imagenología</b>	<b>20 m<sup>2</sup></b>	Área para equipo de diagnóstico, circulación de camillas, espacio para operador y blindaje radiológico.	RTA Servicios Diagnósticos (CSSP)
<b>Laboratorio clínico (nivel básico)</b>	<b>20 m<sup>2</sup></b>	Incluye recepción de muestras, área técnica (~12 m <sup>2</sup> ), sala de espera (~3 m <sup>2</sup> ), lavado de material, ventilación e iluminación adecuadas.	RTA Laboratorio Clínico Nivel 1 (CSSP)

*Fuente: Elaboración propia. Información de RTA*

### **Normas internacionales**

En México, la normativa aplicable a la infraestructura de servicios de salud se encuentra principalmente en la NOM-197-SSA1-2000, la NOM-016-SSA3-2012 y la NOM-005-SSA3-2010, que establecen los requisitos mínimos para hospitales, consultorios y establecimientos de atención ambulatoria. Estas disposiciones, si bien se centran en garantizar la funcionalidad, seguridad y equipamiento de las áreas hospitalarias, no siempre especifican de manera detallada las dimensiones mínimas en metros cuadrados de cada ambiente. Sin embargo, en la práctica de diseño arquitectónico hospitalario en México se han consolidado ciertos estándares comunes, los cuales permiten dimensionar de manera adecuada los espacios más frecuentes en clínicas y hospitales. Dichos valores, derivados de proyectos reales y lineamientos técnicos, constituyen un referente válido para proyectos en otros contextos latinoamericanos, como la Clínica Divina Providencia, al asegurar la coherencia entre normativa, funcionalidad y confort del usuario.

En el contexto latinoamericano, y particularmente en Centroamérica, también existen normativas y referencias técnicas que sirven como guía para el dimensionamiento de áreas hospitalarias y clínicas. Un ejemplo de ello lo constituye la normativa hondureña para establecimientos hospitalarios privados, la cual establece medidas mínimas en metros cuadrados para diferentes espacios funcionales. Dichos parámetros, aunque básicos, resultan relevantes para sustentar las propuestas de infraestructura de la Clínica Divina Providencia, dado que reflejan estándares regionales adaptados a la realidad de servicios de salud en países con condiciones socioeconómicas y estructurales similares a El Salvador.

Según la normativa hondureña, un área de oficina administrativa debe contar con un espacio mínimo de 9 m<sup>2</sup>, suficiente para un escritorio, sillas y el resguardo de documentos. Para la sala de espera, se estipula una superficie mínima de 15 m<sup>2</sup>, adecuada para

albergar a un grupo reducido de pacientes y acompañantes en condiciones de confort y accesibilidad. La recepción o admisión se dimensiona en 9 m<sup>2</sup>, permitiendo el funcionamiento básico del registro y la atención inicial al usuario. En cuanto a los espacios clínicos, los consultorios de urgencias tienen como referencia un mínimo de 9 m<sup>2</sup>, mientras que los consultorios de urgencias obstétricas alcanzan los 12 m<sup>2</sup>, con un lado mínimo de 2.5 metros para garantizar maniobrabilidad y privacidad en la atención.

Estos estándares mínimos pueden considerarse como un punto de partida para la proyección arquitectónica de la Clínica Divina Providencia. No obstante, en función del volumen de pacientes y del portafolio de servicios que se planea ofrecer, se recomienda ampliar dichos metrajés. Por ejemplo, si bien una oficina administrativa puede funcionar en 9 m<sup>2</sup>, la presencia de múltiples puestos de gestión justificaría asignar entre 27 y 30 m<sup>2</sup> para tres oficinas. De igual manera, una sala de espera de 15 m<sup>2</sup> sería suficiente para un grupo reducido, pero si la clínica prevé un mayor flujo de usuarios, es aconsejable proyectar entre 20 y 25 m<sup>2</sup>, siguiendo las recomendaciones internacionales de asignar al menos 0.80 m<sup>2</sup> por persona.

La recepción de 9 m<sup>2</sup>, aunque funcional, puede ampliarse a fin de garantizar la fluidez de la atención y la privacidad en el manejo de la información personal de los pacientes. En cuanto a los consultorios, los 9 a 12 m<sup>2</sup> definidos en la normativa hondureña representan un estándar aceptable, pero en la práctica conviene considerar ampliaciones moderadas si se prevé equipamiento especializado o procedimientos ambulatorios de mayor complejidad.

En síntesis, los estándares de Honduras permiten establecer una base comparativa que refuerza la viabilidad del dimensionamiento propuesto para la Clínica Divina Providencia. Dichos valores, al ser confrontados con las guías internacionales y las recomendaciones del MINSAL, proporcionan un marco de referencia coherente que asegura tanto el cumplimiento de normativas regionales como la adaptación a las necesidades específicas del proyecto.

### **Según normas de El Salvador.**

En el diseño y planificación de las áreas de la Clínica Divina Providencia es indispensable considerar tanto la normativa nacional vigente como las recomendaciones internacionales que orientan la infraestructura de los servicios de salud. En el caso de El Salvador, los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) emitidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), así como los Lineamientos técnicos para realizar el triage en hospitales de la RIISS elaborados por el Ministerio de Salud (MINSAL), constituyen la base legal y técnica que regula la habilitación y funcionamiento de los establecimientos de atención médica.

De acuerdo con dichos instrumentos, se establecen requisitos específicos para áreas como recepción, archivo, consultorios, baños y espacios de almacenamiento, enfatizando la necesidad de garantizar condiciones de seguridad, accesibilidad y resguardo de la información clínica. No obstante, es importante señalar que, en la mayoría de los casos, las normas salvadoreñas no detallan los metrajés mínimos en metros cuadrados, sino

que se limitan a exigir la existencia de áreas funcionales y equipadas para la prestación de los servicios.

Ante esta limitación, resulta pertinente complementar la normativa nacional con criterios internacionales, tales como las Normas de Infraestructura en Salud, las Guías de Diseño de la OMS y los Health Facility Guidelines, que sí establecen parámetros de superficie según la capacidad instalada, la cantidad de personal y el flujo de pacientes. Estas referencias permiten realizar estimaciones prácticas de los espacios requeridos, adaptándolos a la realidad de la Clínica Divina Providencia.

En este sentido, se sugiere que el área de triage disponga de un espacio independiente de al menos 10 a 15 m<sup>2</sup>, suficiente para ubicar una camilla y garantizar la privacidad en la evaluación inicial de los pacientes. El archivo e inscripción debe contar con un espacio cerrado de entre 12 y 20 m<sup>2</sup>, asegurando la conservación adecuada de expedientes clínicos, ya sea en formato físico o digital. El área de preparación para pacientes y procedimientos debe alcanzar entre 12 y 20 m<sup>2</sup>, mientras que la sala de espera se dimensionará con base en la demanda, considerando un mínimo de 0.80 m<sup>2</sup> por persona; en el caso de la Clínica Divina Providencia, se proyecta un área de entre 20 y 25 m<sup>2</sup> para albergar a 25 usuarios de manera simultánea.

En cuanto a la farmacia, aunque no aparece descrita como tal en los RTA, se recomienda asignar un espacio de entre 25 y 40 m<sup>2</sup>, suficiente para garantizar el almacenamiento seguro de medicamentos y el área de dispensación. Las oficinas administrativas deberán contemplar un promedio de 10 m<sup>2</sup> por persona, lo que representa un total de 30 a 50 m<sup>2</sup> según el número de puestos de gestión previstos. La bodega de insumos y materiales debe dimensionarse en un rango de 20 a 30 m<sup>2</sup>, asegurando la separación entre insumos médicos y materiales de limpieza, tal como sugieren las buenas prácticas hospitalarias.

Respecto a los baños, la normativa exige su obligatoriedad tanto para usuarios como para personal; el metraje recomendado es de 4 a 6 m<sup>2</sup> por unidad, con al menos un sanitario accesible de mayor tamaño. Finalmente, la cafetería, que no se encuentra regulada por el CSSP, pero sí por normativas alimentarias, debe disponer de entre 30 y 50 m<sup>2</sup>, garantizando un área adecuada para la preparación, servicio y consumo de alimentos por parte de pacientes, acompañantes y personal.

De esta manera, la propuesta de metraje de las áreas de la Clínica Divina Providencia se fundamenta en la conjunción de normativa nacional y criterios internacionales, lo cual asegura que el proyecto cumpla con los requisitos legales salvadoreños y, al mismo tiempo, se adapte a estándares de calidad y funcionalidad reconocidos globalmente.

Tabla 209. Determinación de áreas operativas

Área	Normativa salvadoreña	Referencias internacionales	Metraje sugerido (Clínica Divina)
<b>Triage</b>	Lineamientos MINSAL (2012): exige área definida y separada para clasificación de pacientes, pero no da m <sup>2</sup> .	WHO Hospital Design: área independiente, acceso directo a emergencia, espacio para camilla y escritorio.	<b>12.5 m<sup>2</sup></b>
<b>Archivo / Inscripción</b>	RTA Consultorios Médicos y Especializados (CSSP): debe existir área exclusiva para archivo, con mobiliario adecuado.	Normas de infraestructura en salud: oficina administrativa 10 m <sup>2</sup> /persona.	<b>16 m<sup>2</sup></b> , dependiendo de si se maneja archivo físico o digital.
<b>Área de preparación</b>	No definida como tal en normas, pero equiparable a cubículos de procedimientos menores/curaciones.	Hospital Guidelines: requiere área específica para preparación de pacientes o material.	<b>12 m<sup>2</sup></b> , cercana a consultorios y salas de atención.
<b>Sala de espera</b>	Normativa: área obligatoria en consultorios, con sillas suficientes según demanda.	Normas internacionales: <b>0.80–1.20 m<sup>2</sup> por persona.</b>	Ejemplo: para 25 personas, <b>20–25 m<sup>2</sup>.</b>
<b>Farmacia</b>	No aparece en RTA de consultorios; sí se exige resguardo de medicamentos en áreas hospitalarias.	Health Facility Guidelines: área de dispensación + almacenamiento (frío y seco).	<b>15 m<sup>2</sup></b> para farmacia ambulatoria pequeña.
<b>Oficinas / Administración</b>	No se define metraje exacto en normativa.	Normas de infraestructura en salud: <b>10 m<sup>2</sup>/persona administrativa.</b>	<b>30–50 m<sup>2</sup></b> según número de puestos administrativos.
<b>Bodega</b>	RTA (consultorios y laboratorios): exige área de limpieza/almacenamiento.	WHO: bodegas separadas para	<b>20 m<sup>2</sup></b> mínimo (puede crecer si se almacenan

		insumos médicos y limpieza.	medicamentos o equipos).
<b>Baños</b>	RTA Consultorios y Laboratorio: exige servicios sanitarios para usuarios y personal.	Estándares internacionales: cada unidad 4–6 m <sup>2</sup> ; accesibles ≥ 6–8 m <sup>2</sup> .	<b>5 m<sup>2</sup> por baño</b> , con al menos uno accesible.
<b>Cafetería</b>	No está normada en documentos del CSSP. Se rige por normativa de alimentos (MINSAL).	Guías hospitalarias: debe tener área de preparación y mesas diferenciadas.	<b>25 m<sup>2</sup></b> , dependiendo del aforo esperado.

*Fuente: Elaboración propia. Información proveniente de RTA y CSSP*

## **I. Distribución en planta**

La distribución en planta constituye un aspecto fundamental en el diseño de la clínica, ya que de ella depende la eficiencia en el uso de los espacios, la fluidez de los procesos asistenciales y la comodidad tanto de los pacientes como del personal. Una organización adecuada de las áreas permite optimizar los recorridos internos, reducir tiempos de espera y traslado, garantizar condiciones de bioseguridad y cumplir con los lineamientos establecidos por las normativas sanitarias vigentes.

En el caso de la Clínica Divina Providencia, la propuesta de distribución en planta se ha elaborado considerando las necesidades identificadas en el diagnóstico, el tamaño del proyecto definido previamente y los requerimientos propios de cada servicio (servicios de consulta, laboratorio, farmacia, imagenología y áreas administrativas). Con este planteamiento se busca asegurar que cada espacio responda a su función específica, mantenga cercanía con los servicios complementarios y favorezca una atención ordenada, segura y de calidad para los usuarios.

### **1. Ventajas de una eficiente distribución en planta en la clínica**

Una adecuada distribución en planta en aplicado a una clínica no solo implica la ordenación funcional y económica de las áreas, sino también una disposición que garantice seguridad, confort y calidad en la atención. Entre los principales beneficios se encuentran:

- Reducción de riesgos laborales y sanitarios, al eliminar áreas inseguras, pasillos congestionados o recorridos inadecuados que puedan ocasionar accidentes o exposición a contaminantes biológicos.
- Mejora del ambiente laboral y satisfacción del personal, al diseñar espacios ergonómicos y cómodos que facilitan las tareas médicas y administrativas, evitando fatiga y aumentando la motivación.

- Optimización del flujo de pacientes y servicios, disminuyendo tiempos de espera y traslados innecesarios, lo que se traduce en una atención más ágil y eficiente.
- Disminución de retrasos operativos, al equilibrar las cargas de trabajo entre las distintas áreas de consulta, laboratorio, farmacia e imagenología.
- Ahorro de espacio y mejor aprovechamiento de instalaciones, mediante recorridos más cortos y eliminación de pasillos o áreas sin uso clínico.
- Mejor utilización del equipamiento médico y del recurso humano, al agrupar procesos relacionados y facilitar el acceso a los servicios de apoyo.
- Mayor control y supervisión de las operaciones, al ubicar estratégicamente las áreas que requieren vigilancia continua, como farmacia, laboratorio y salas de procedimientos.
- Mejor calidad en la atención, al separar las áreas limpias de las contaminadas, y mantener circuitos adecuados para pacientes, personal y desechos biomédicos.
- Facilidad de expansión y adaptación, ya que una buena distribución prevé el crecimiento futuro de la clínica y permite ajustes ante cambios en la demanda de servicios.
- Condiciones sanitarias adecuadas, esenciales tanto para la seguridad de los pacientes como para preservar la salud del personal de la clínica.

## 2. Principios básicos de la distribución en planta

1. **Principio de la integración de conjunto:** Este principio se refiere a la necesidad de integrar de manera armónica todos los recursos (personal, equipos, insumos y procesos) para que funcionen como un sistema único. Esto, aplicado a una clínica, es importante porque permite que áreas como consulta, laboratorio, farmacia e imagenología trabajen coordinadamente, evitando duplicidad de esfuerzos y asegurando una atención integral y continua al paciente.
2. **Principio de la mínima distancia recorrida:** Se refiere a organizar las áreas de tal forma que los traslados de personas, pacientes o insumos se hagan en la menor distancia posible. En una clínica esto es clave porque reduce tiempos de espera y facilita la experiencia del usuario; por ejemplo, al ubicar la admisión cerca de la sala de espera, y esta a su vez próxima a los consultorios y a la farmacia, se agiliza todo el proceso de atención.
3. **Principio de la circulación o recorrido:** Este principio plantea que los flujos de trabajo deben avanzar de manera progresiva y ordenada, evitando retrocesos o cruces innecesarios. Aplicado a una clínica, es fundamental porque el recorrido del paciente debe ser lineal y lógico. De esta forma se evita la confusión, se mejora el control interno y se reducen aglomeraciones en los pasillos.
4. **Principio del espacio cúbico:** Este principio hace referencia al aprovechamiento de las tres dimensiones del espacio (horizontal, vertical y en altura) para optimizar las instalaciones. En una clínica cobra relevancia porque permite un mejor uso de áreas limitadas, como farmacia, almacenes o laboratorios, mediante el uso de estanterías, gabinetes y mobiliario que aproveche la altura, manteniendo al mismo tiempo condiciones de accesibilidad y orden.
5. **Principio de satisfacción y seguridad:** Se refiere a que la distribución debe brindar confianza, comodidad y seguridad tanto al personal como a los pacientes. En una clínica este aspecto es crítico, ya que una buena disposición de los espacios evita riesgos de accidentes, mejora la bioseguridad, y crea un entorno

más cómodo, con pasillos amplios, ventilación adecuada y áreas de espera seguras y confortables.

6. **Principio de flexibilidad:** Este principio indica que la distribución en planta debe poder adaptarse fácilmente a cambios futuros con el menor costo y esfuerzo posible. En el caso de una clínica, es indispensable porque la demanda de servicios médicos puede variar, así como la incorporación de nuevas especialidades o tecnologías. Una distribución flexible permite reconvertir consultorios, ampliar salas de espera o adaptar áreas de apoyo sin afectar el funcionamiento general.

### 3. Distribución híbrida

#### a. *Definición*

La distribución híbrida en planta es un modelo de organización espacial que combina las características de dos o más tipos de distribución (por proceso, por producto, por posición fija o por células) con el propósito de integrar sus ventajas y responder de manera más efectiva a las necesidades específicas de una organización. A diferencia de los modelos puros, que se enfocan únicamente en un criterio de ordenamiento, la distribución híbrida ofrece una estructura flexible y equilibrada, capaz de optimizar tanto la eficiencia operativa como la experiencia de los usuarios.

En el ámbito de los servicios de salud, este modelo se adapta de manera particularmente conveniente, ya que permite articular la fluidez de un recorrido lineal para los pacientes con la especialización por procesos en las áreas de apoyo (laboratorio, imagenología, farmacia), donde se concentran equipos de alto costo y personal técnico. Esto garantiza que los pacientes reciban una atención continua y ordenada, mientras que la clínica asegura un uso racional de sus recursos y el cumplimiento de las normativas sanitarias.

De esta manera, la distribución híbrida se convierte en una solución integral que combina eficiencia, seguridad, comodidad y flexibilidad, respondiendo tanto a las demandas actuales de la clínica como a la necesidad de adaptarse a futuros cambios en la demanda de servicios, incorporación de nuevas especialidades o avances tecnológicos.

#### b. *Beneficios de la distribución híbrida*

La adopción de una distribución híbrida en la clínica genera una serie de beneficios que impactan tanto en la eficiencia operativa como en la calidad de la atención. Entre estos se encuentran los siguientes:

1. Optimización del recorrido del paciente: Al combinar el flujo lineal con la especialización por procesos, se reducen los desplazamientos innecesarios y se facilita la experiencia del usuario.
2. Uso racional de recursos técnicos y humanos: Permite concentrar los equipos de alto costo (laboratorio, imagenología) en áreas específicas, al mismo tiempo que se mantiene la fluidez del servicio clínico.

3. Reducción de tiempos de espera y retrasos: Los procesos se desarrollan en secuencia lógica y sin retrocesos, lo que agiliza la atención y mejora la rotación de pacientes.
4. Mayor control de bioseguridad: La separación de áreas limpias, de riesgo y de apoyo contribuye a minimizar la contaminación cruzada y a cumplir con los requerimientos sanitarios.
5. Flexibilidad y capacidad de adaptación: Posibilita reordenar espacios o ampliar servicios sin alterar el funcionamiento general de la clínica, facilitando su crecimiento futuro.
6. Bienestar y seguridad del personal: Favorece entornos de trabajo más cómodos, con pasillos amplios, accesibilidad universal y zonas de descanso adecuadas para el recurso humano.
7. Eficiencia en la gestión administrativa: Al mantener cercanía entre áreas médicas y de apoyo, mejora la coordinación entre consultas, farmacia, laboratorio y administración.

### ***c. Justificación de elección***

La elección de una distribución híbrida en planta para la Clínica Divina Providencia responde a la necesidad de integrar eficiencia operativa, cumplimiento normativo y calidad en la atención al paciente. Este modelo combina lo mejor de la distribución por proceso y la distribución por producto, logrando un equilibrio entre flujo lineal de pacientes y concentración de servicios especializados.

En primer lugar, el modelo híbrido permite que el paciente siga un recorrido lógico y progresivo evitando retrocesos y traslados innecesarios. Esto reduce los tiempos de espera, mejora la experiencia del usuario y favorece la continuidad en la atención, lo cual es clave en un contexto donde la confianza y la satisfacción del paciente son factores determinantes para la sostenibilidad de la clínica.

En segundo lugar, la distribución híbrida es la más conveniente para garantizar un uso racional de recursos médicos y técnicos. Áreas como laboratorio clínico, imagenología y farmacia requieren concentrar equipos de alto costo y personal especializado; al organizarlos bajo el criterio de distribución por proceso, se asegura eficiencia en su utilización, facilidad de supervisión técnica y cumplimiento de los Requerimientos Técnicos Administrativos (RTA) establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública.

Otro aspecto fundamental es que este modelo fortalece la bioseguridad. La distribución híbrida facilita la separación de circuitos (pacientes, personal y desechos biomédicos), reduciendo los riesgos de contaminación cruzada y asegurando condiciones adecuadas de higiene y control sanitario.

Además, la clínica requiere un diseño con capacidad de adaptación y crecimiento. La distribución híbrida permite planificar espacios modulares que pueden reconvertirse para nuevas especialidades o ampliaciones de servicios, respondiendo a los cambios en la demanda y a los avances tecnológicos sin afectar el funcionamiento general.

Finalmente, este modelo no solo asegura eficiencia en los procesos internos, sino que también favorece el bienestar del personal mediante espacios de trabajo seguros, accesibles y cómodos, lo cual repercute en un mejor desempeño y en la calidad del servicio brindado.

#### **4. Recorrido de planta de tipo U asimétrico**

##### **a. Definición**

El recorrido de planta de tipo U asimétrico, articulado mediante un corredor longitudinal, es una configuración de circulación en la cual el flujo principal se desarrolla a lo largo de un eje continuo de desplazamiento, realiza uno o más cambios de dirección y retorna de forma parcial hacia un eje cercano, sin mantener una simetría estricta entre los tramos de ida y retorno. A diferencia del recorrido en U convencional, esta variante permite mayor flexibilidad en la organización espacial, adaptándose a las condiciones físicas y funcionales de la edificación.

El corredor longitudinal funciona como elemento estructurante del recorrido, organizando los espacios a lo largo de un eje principal de circulación y facilitando la conexión funcional entre distintas áreas. Este tipo de configuración contribuye a la reducción de distancias recorridas, mejora la legibilidad del espacio y permite un mayor control de los flujos internos, al concentrar la circulación en un eje claramente definido.

Este enfoque es ampliamente reconocido dentro de la planificación de instalaciones, donde se establece que los recorridos en U pueden adoptar configuraciones no simétricas y combinarse con corredores principales para optimizar la eficiencia operativa y la organización funcional del espacio (Muther, 1973; Neufert, 2014).

##### **b. Justificación de elección**

La elección de un recorrido de planta de tipo U asimétrico, articulado mediante un corredor longitudinal, para la Clínica Divina Providencia responde a la necesidad de garantizar un flujo principal de atención médica eficiente, ordenado y seguro, acorde con los objetivos del estudio de factibilidad y con los requerimientos operativos de un establecimiento de salud.

Este tipo de recorrido permite estructurar la circulación del paciente a partir de un eje longitudinal claramente definido, desde el acceso hasta las áreas de consulta externa, facilitando un desplazamiento progresivo y lógico a lo largo del proceso de atención. La configuración en U asimétrica favorece un retorno parcial del flujo sin necesidad de retrocesos, lo que reduce las distancias recorridas, disminuye la congestión en los pasillos y mejora la legibilidad espacial del establecimiento.

Asimismo, el corredor longitudinal actúa como elemento organizador de la distribución en planta, permitiendo articular de manera eficiente los distintos consultorios y servicios clínicos básicos, lo cual facilita la supervisión del personal, el control operativo y la orientación de los usuarios. Esta disposición resulta

especialmente adecuada para la reapertura de la clínica, ya que constituye el recorrido principal obligatorio, indispensable para el funcionamiento básico del establecimiento y para el cumplimiento de los principios de bioseguridad, eficiencia operativa y calidad en la atención al paciente.

La adopción de este tipo de recorrido también responde a criterios de flexibilidad y adaptación, ya que permite reorganizar o ampliar áreas de consulta sin afectar el flujo principal, contribuyendo a la sostenibilidad operativa del proyecto en el mediano y largo plazo.

## **5. Recorrido de planta de tipo lineal secundario**

### ***a. Definición***

El recorrido de planta de tipo lineal secundario es una configuración de circulación caracterizada por un trayecto directo, continuo y sin retornos, destinado a complementar o apoyar el flujo principal de una instalación. Este tipo de recorrido se establece generalmente entre áreas específicas que requieren conexión funcional, sin constituir el eje central de circulación del conjunto.

A diferencia del recorrido lineal principal, el recorrido lineal secundario cumple una función auxiliar dentro de la organización espacial, permitiendo el desplazamiento ordenado hacia áreas de apoyo, servicios técnicos o espacios complementarios. Su diseño busca minimizar interferencias con el flujo principal, reducir cruces innecesarios y mejorar la organización interna de los procesos.

La literatura sobre planificación de instalaciones reconoce la existencia de recorridos lineales secundarios como parte de la jerarquización de flujos, diferenciando entre circulaciones primarias y secundarias para mejorar la eficiencia operativa y el control del movimiento dentro de una edificación (Tompkins et al., 2010).

### ***b. Justificación de la elección***

La elección de un recorrido de planta de tipo lineal secundario en la Clínica Divina Providencia se fundamenta en la necesidad de diferenciar y jerarquizar los flujos internos, separando el recorrido principal de atención médica de aquellos destinados a servicios de apoyo y complementarios, como laboratorio clínico y farmacia.

Este tipo de recorrido permite establecer trayectos directos y controlados hacia áreas específicas de apoyo diagnóstico, sin interferir con el flujo principal de pacientes que únicamente requieren consulta médica. Su carácter lineal facilita un desplazamiento sencillo, reduce cruces innecesarios y contribuye a una mejor organización interna de los procesos, fortaleciendo las condiciones de orden y bioseguridad dentro del establecimiento.

El recorrido lineal secundario se considera complementario, ya que, si bien incrementa la capacidad resolutive y la calidad del servicio brindado por la clínica, no condiciona la operatividad básica del establecimiento. Esta característica resulta especialmente relevante en el marco del estudio de factibilidad, ya que permite planificar la

implementación de estos servicios de manera progresiva o mediante subcontratación, de acuerdo con la disponibilidad financiera y la demanda de atención.

De esta forma, la incorporación de un recorrido lineal secundario contribuye a una distribución en planta más flexible y eficiente, facilitando el crecimiento futuro de la clínica, la incorporación de nuevos servicios de apoyo y el cumplimiento de los requerimientos técnicos y sanitarios aplicables.

## **6. Desarrollo de la distribución en planta**

Para la distribución en planta se hará uso del diseño de los servicios planteados en el apartado de “Procesos productivos o de prestación de servicios” así como la “Determinación de áreas” del apartado anterior. Además, para facilitar la elaboración del diseño en planta, se utilizará una tabla de referencia que permita identificar bajo qué supuestos se evaluará la relación existente entre cada área de la clínica. Estas relaciones se representarán mediante letras que indican el grado de proximidad que conviene mantener entre ellas, según la importancia de su interacción. Además, se asignará un código de colores a cada valor de proximidad, con el fin de hacer más clara y ágil la interpretación de los layouts propuestos.

Tabla 210. Prioridad de proximidad

Valor	Proximidad	Color
<b>A</b>	Absolutamente necesario	Rojo
<b>E</b>	Especialmente importante	Morado
<b>I</b>	Importante	Verde
<b>O</b>	Ordinario o normal	Azul
<b>U</b>	Sin importancia	Blanco
<b>X</b>	No recomendable	Café

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se detalla la razón por la cual resulta importante que determinadas áreas se encuentren próximas entre sí, con el objetivo de facilitar la relación funcional que existe entre ellas. Algunas cercanías pueden parecer evidentes, como la relación entre consulta externa y sala de espera; sin embargo, otras dependen de factores específicos, como el tipo de servicio brindado, los equipos utilizados o el flujo de pacientes e insumos médicos. Por ello, cada relación se analiza cuidadosamente y se le asigna un valor de proximidad, lo que permitirá diseñar una distribución en planta más eficiente y coherente con las necesidades de la clínica.

Tabla 211. Valor por proximidad

Código	Proximidad
<b>1</b>	Línea de producción
<b>2</b>	Flujo de material y/o personal
<b>3</b>	Conveniencia
<b>4</b>	Salud y seguridad
<b>5</b>	Por proceso

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se tomará en cuenta según la "Determinación de áreas" un espacio requerido de 225 m<sup>2</sup>



Tabla 213. Relaciones entre áreas

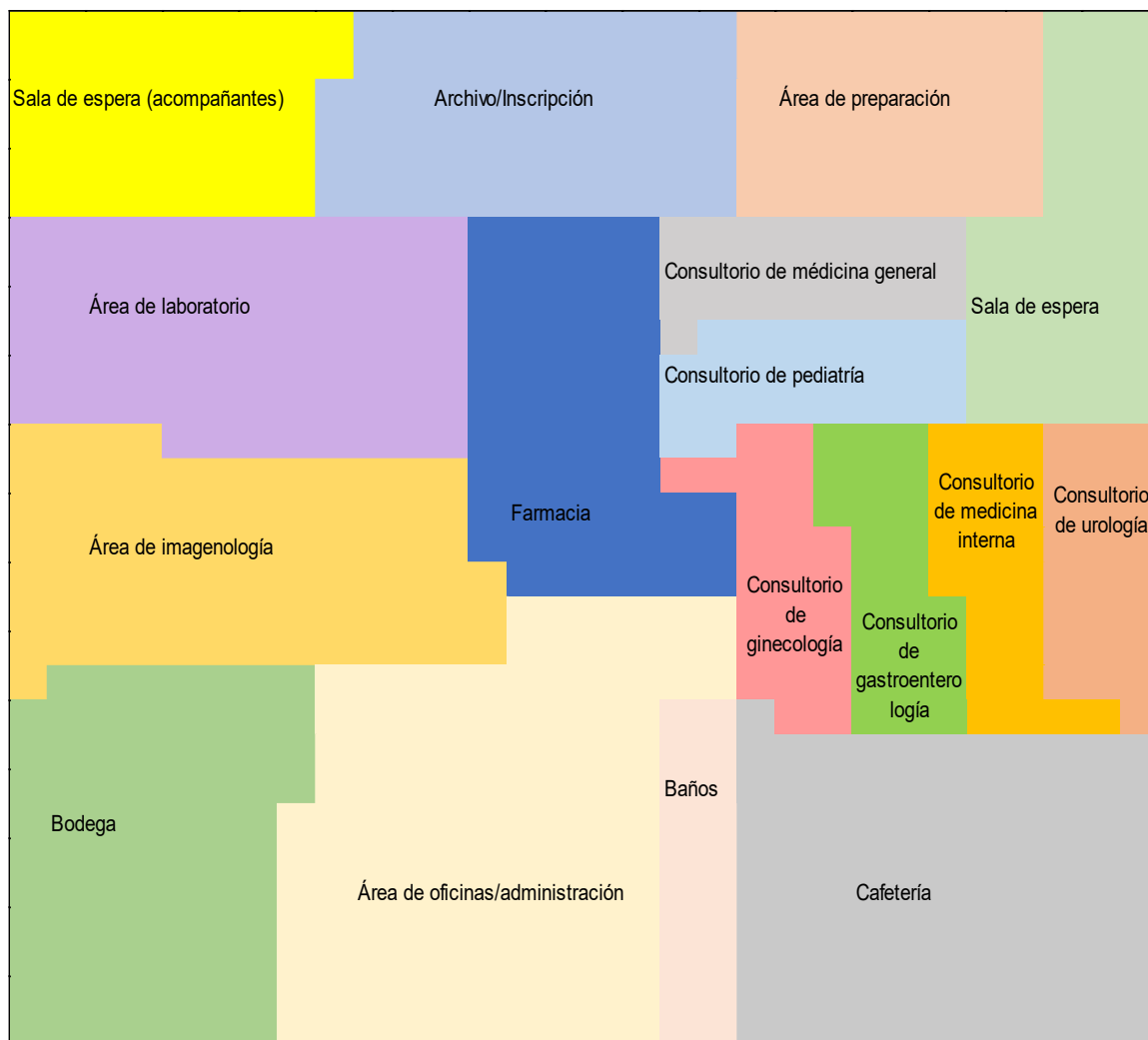
N	Área	A = 4	E = 3	I = 2	O = 1	U = 0	X = 0	Importancia de relaciones
1	Sala de espera (acompañantes)	2	3		4	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17		8
2	Archivo/Inscripción	1,3			4,5,6,7,8,9,10	11,12,13,14,16	15,17	15
3	Área de preparación	2,4	1,5,6,7,8,9,10		11,12,13,16	14	15,17	33
4	Sala de espera	3,5,6,7,8,9,10	16		1,2,11,12,17	14,13	15	36
5	Consultorio de medicina general	4	3,6,7,8,9,10	11,12,13,16	2	1,14,17	16	31
6	Consultorio de pediatría	4	3,5,7,8,9,10	11,12,13,16	2	1,14,18	17	31
7	Consultorio de urología	4	3,5,6,8,9,10,11	12,13,16	2	1,14,19	18	32
8	Consultorio de medicina interna	4	3,5,6,7,9,10,11	12,13,16	2	1,14,20	19	32
9	Consultorio de gastroenterología	4	3,5,6,7,8,10,11	12,13,16	2	1,14,21	20	32
10	Consultorio de ginecología	4	3,5,6,7,8,9	11,12,13,16	2	1,14,22	21	31
11	Área de laboratorio		7,8,9	5,6,10,16	3,4,12	1,2,13	14,15,17	20
12	Área de imagenología			5,6,7,8,9,10	3,4,11,16	1,2,13,15	14,17	22

13	Farmacia			5,6,7,8,9,10	3	1,2,4,11,12,14,15,16,17		13
14	Área de oficinas/administración			16,17	15	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13	11,12	5
15	Bodega				14	1,12,13,16	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,17	1
16	Baños	17	4	5,6,7,8,9,10,11,14	3,12	1,2,13,15		25
17	Cafetería	16		14	4	1,5,6,7,8,9,10,13	2,3,11,12,15	7

Fuente: Elaboración propia

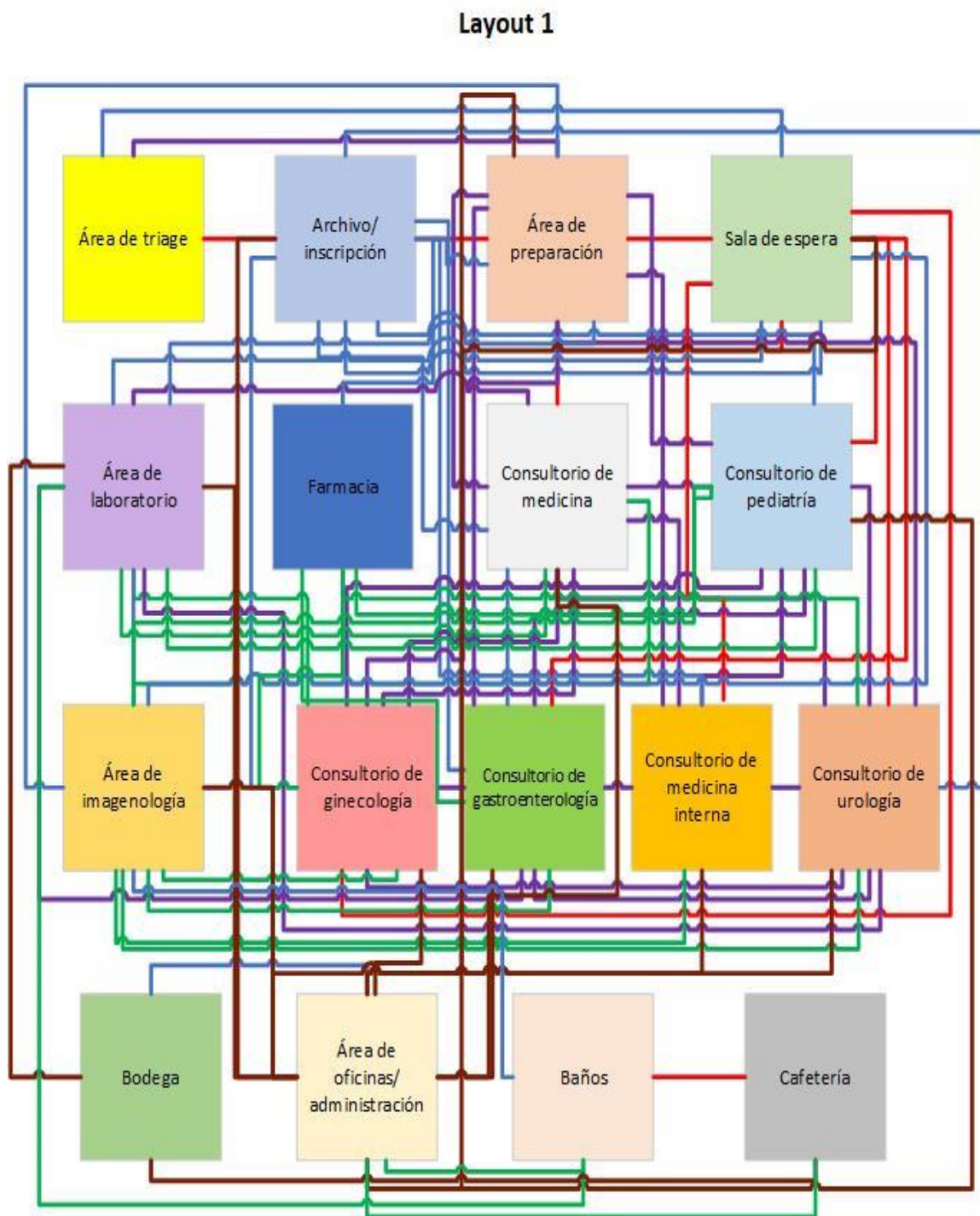
**d. Diagrama de relación de espacios y layout**

Figura 130. Diagrama de relación 1



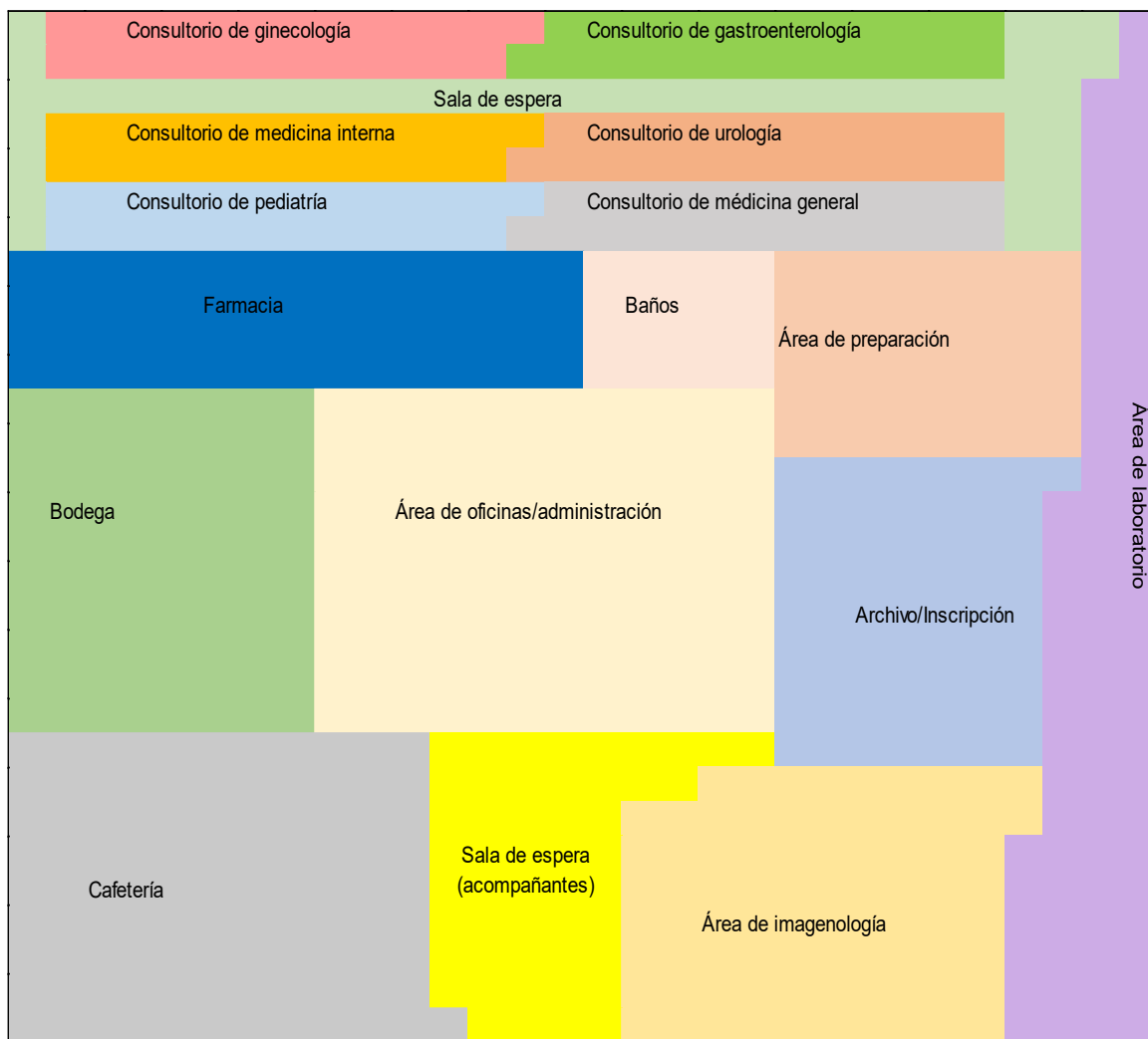
Fuente: Elaboración propia

Figura 131. Propuesta 1 de layout



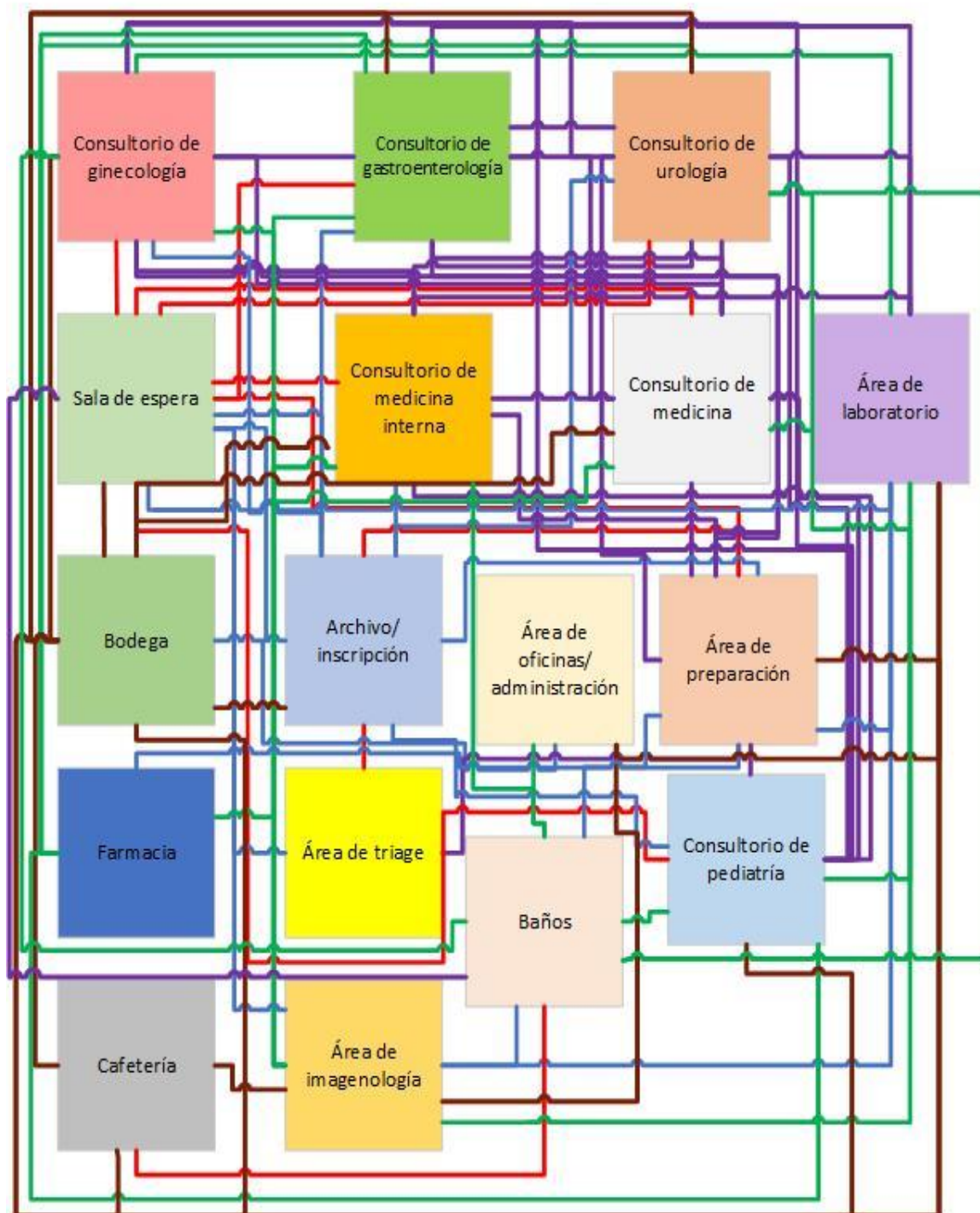
Fuente: Elaboración propia

Figura 132. Diagrama de relación 2



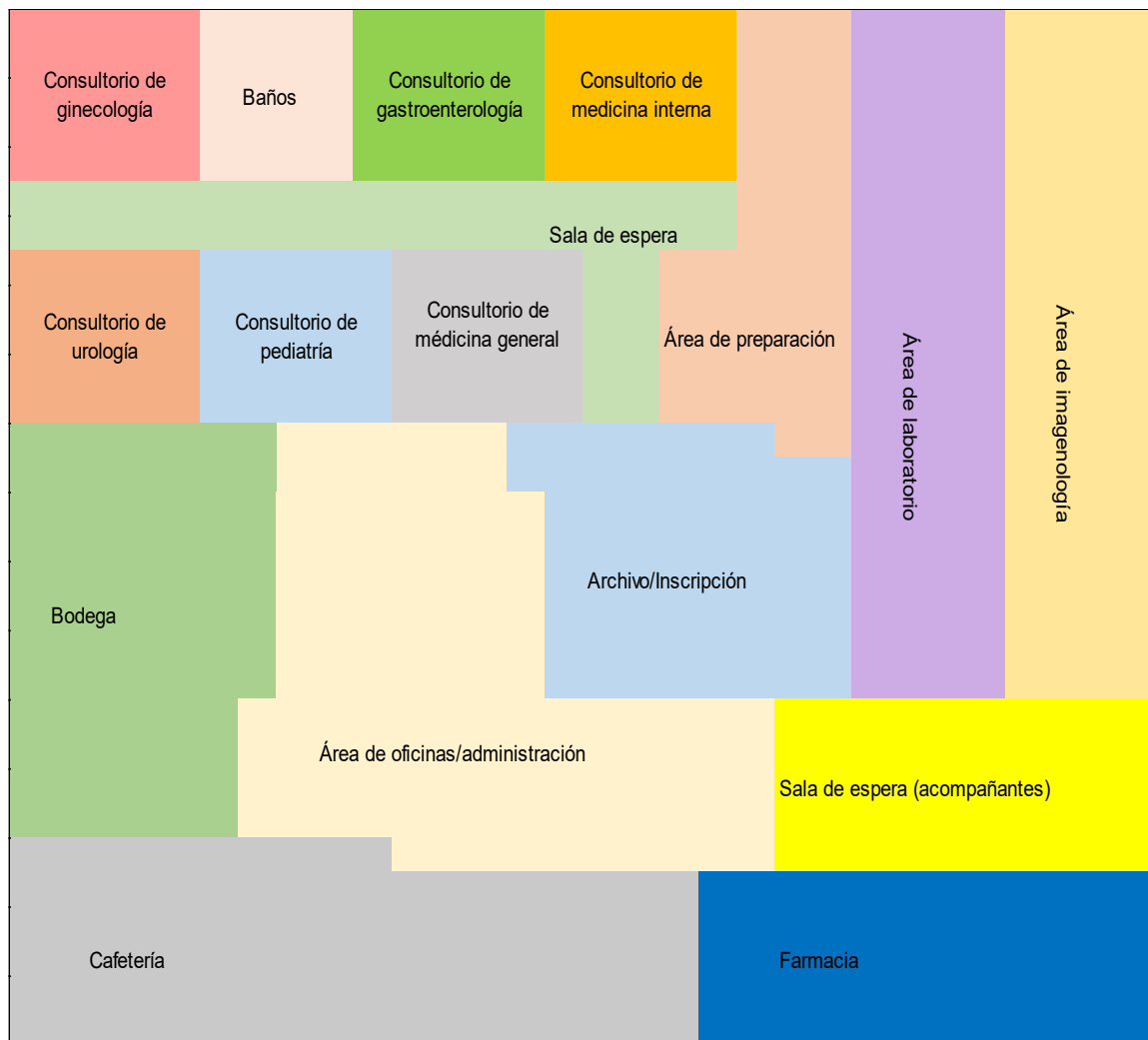
Fuente: Elaboración propia

Figura 133. Propuesta 2 de layout

**Layout 2**

Fuente: Elaboración propia

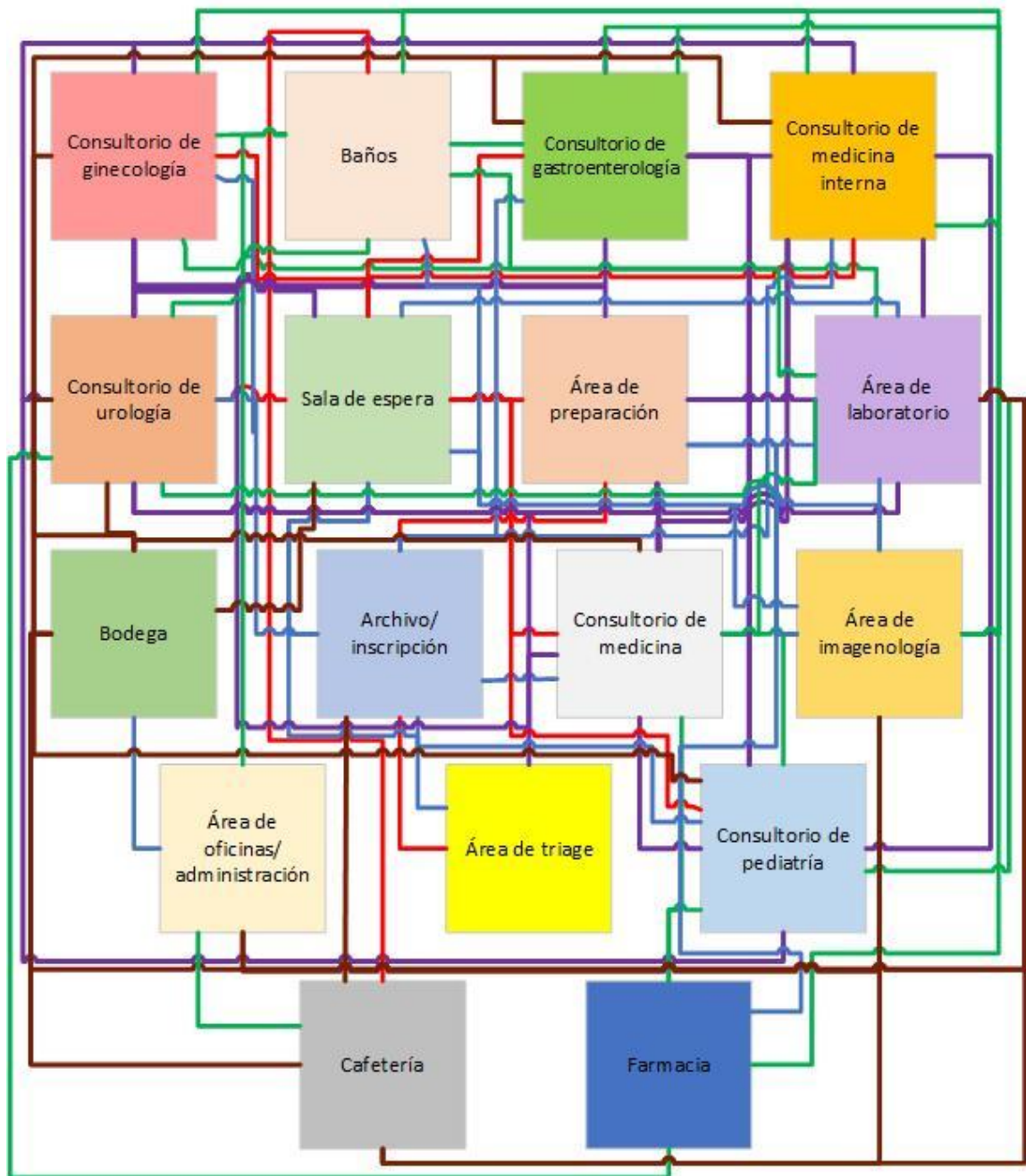
Figura 134. Diagrama de relación 3



Fuente: Elaboración propia

Figura 135. Propuesta 3 de layout

## Layout 3



Fuente: Elaboración propia

### **e. Diseño de planta**

Cabe recalcar que, debido a que no se utilizará el 100% de las instalaciones o del espacio físico con el que cuenta la clínica, surge la oportunidad de plantear propuestas estratégicas para optimizar dichas áreas. El objetivo de este aprovechamiento no es únicamente garantizar un uso integral de las instalaciones, sino también generar valor agregado, tanto en términos de sostenibilidad económica como de impacto social. Bajo esta lógica, se presentan a continuación diferentes alternativas que podrían implementarse en los espacios disponibles, adaptándose a las necesidades de la clínica y a su proyección futura.

#### **1. Propuestas de aprovechamiento de espacio**

##### **1.1. Clínicas privadas:**

Una de las alternativas más estratégicas para aprovechar el espacio no utilizado dentro de la clínica es la habilitación de consultorios privados destinados al arrendamiento por parte de médicos independientes. Este tipo de esquema es común en centros de salud que buscan diversificar su modelo de negocio, ya que convierte a la clínica en un espacio atractivo para profesionales de distintas especialidades que no cuentan con infraestructura propia, pero desean atender a sus pacientes en un entorno formal, equipado y con el respaldo institucional de una clínica ya establecida.

Desde el punto de vista financiero, esta propuesta representa una fuente estable de ingresos periódicos mediante arrendamientos o contratos de membresía, lo que contribuye a la sostenibilidad del proyecto en el mediano y largo plazo.

Otro beneficio importante es que esta modalidad aumenta el flujo de pacientes dentro de la clínica, generando un efecto indirecto en el uso de los demás servicios (farmacia, laboratorio clínico e imagenología), lo que impulsa la rentabilidad global del establecimiento. A futuro, incluso puede establecerse un sistema de convenios o membresías con médicos arrendatarios, fortaleciendo una red de servicios coordinada y referida que eleve la competitividad de la clínica frente a otros centros de salud del municipio.

##### **1.2. Bodega privada:**

Otra alternativa para aprovechar el espacio disponible en la clínica es la habilitación de una bodega privada que pueda ser alquilada a pacientes, proveedores o incluso a empresas vinculadas al sector salud que necesiten un espacio seguro para resguardar insumos, medicamentos o equipos médicos.

Este tipo de propuesta tiene una doble utilidad. Por un lado, representa una nueva fuente de ingresos para la clínica al generar contratos de arrendamiento a corto, mediano o largo plazo. Por otro lado, fortalece la relación con actores externos del sistema de salud (farmacias, distribuidores, proveedores de insumos médicos) al ofrecerles un espacio especializado que se ajusta a sus necesidades de almacenamiento.

Para incrementar su valor agregado, la bodega podría contar con condiciones específicas de seguridad y control, como sistemas de acceso restringido, cámaras de vigilancia, ventilación adecuada e incluso zonas con temperatura controlada para productos farmacéuticos sensibles. De esta forma, la clínica no solo ofrece un espacio físico, sino un servicio confiable y adaptado a estándares de calidad.

Finalmente, esta bodega puede integrarse a la propia operación de la clínica, sirviendo como respaldo estratégico en situaciones de emergencia o alta demanda, al contar con un área disponible para almacenamiento de insumos críticos, medicamentos de alto consumo o equipos de apoyo.

#### 1.3. Salón de capacitaciones privado:

La formación continua en el sector salud es un elemento esencial para garantizar la calidad de los servicios y el cumplimiento de las normativas sanitarias. En este sentido, una propuesta estratégica para aprovechar parte de los espacios no utilizados en la clínica es la creación de un salón de capacitaciones privadas, concebido como un espacio multifuncional destinado tanto a la actualización del personal interno como al arrendamiento a terceros.

En el ámbito interno, este salón permitiría desarrollar programas de capacitación y actualización médica para el recurso humano de la clínica.

Desde una perspectiva externa, el espacio podría ofrecerse en alquiler a instituciones educativas, asociaciones médicas, ONG y empresas interesadas en realizar cursos, conferencias o talleres de formación. Con ello, la clínica no solo generaría ingresos adicionales, sino que además se posicionaría como un referente local en materia de capacitación y desarrollo profesional en el ámbito de la salud.

Un beneficio adicional es que este espacio también podría funcionar como sala de reuniones estratégicas de la clínica, facilitando la planificación institucional, la presentación de informes y la organización de actividades comunitarias. Así, el salón tendría un carácter multifuncional, maximizando su utilidad más allá de la formación estrictamente médica.

#### 1.4. Dormitorios para misioneros:

Una propuesta de gran valor social y estratégico para aprovechar parte de las instalaciones no utilizadas de la clínica es la habilitación de dormitorios para misioneros o brigadas médicas voluntarias. Históricamente, este tipo de equipos ha tenido un rol clave en el fortalecimiento de la atención en salud comunitaria, ya que aportan recursos humanos especializados, medicamentos y servicios gratuitos o a bajo costo para poblaciones con acceso limitado.

Al contar con un espacio de alojamiento dentro de la clínica, se facilita la logística de las brigadas, eliminando la necesidad de buscar hospedaje externo y garantizando condiciones de seguridad, comodidad y cercanía inmediata al área de trabajo. Esto no solo incrementa la eficiencia de las misiones, sino que también incentiva la llegada de más voluntarios nacionales e internacionales, consolidando a la clínica como un punto de referencia para proyectos de salud comunitaria.

Además, el contar con dormitorios permite a la clínica estrechar vínculos con organizaciones internacionales, ONG, universidades y asociaciones médicas interesadas en desarrollar programas de voluntariado. Esto incrementa no solo el impacto social, sino también la visibilidad y prestigio institucional de la clínica en el ámbito local e internacional.

#### 1.5. Salón de usos múltiples para misioneros:

Como complemento a los dormitorios propuestos, resulta conveniente habilitar un salón de usos múltiples destinado a los equipos de misioneros y brigadas médicas que colaboren con la clínica. Este espacio tendría un carácter versátil,

pensado para satisfacer distintas necesidades durante la estancia de los voluntarios, lo que lo convierte en un recurso de alto valor funcional.

El salón podría funcionar como comedor, facilitando la alimentación organizada de los grupos; como área de descanso e integración, donde los voluntarios puedan reunirse después de sus jornadas; y como sala de reuniones y coordinación, en la que se planifiquen las actividades diarias, se distribuyan responsabilidades y se desarrollen sesiones de evaluación.

Desde una perspectiva estratégica, contar con este tipo de espacio fortalece la atractividad de la clínica como centro anfitrión de brigadas médicas nacionales e internacionales, ya que ofrece condiciones adecuadas no solo para el alojamiento (dormitorios), sino también para la convivencia, organización y formación de los equipos voluntarios. Esto incrementa el prestigio institucional y posiciona a la clínica como un aliado confiable en proyectos de cooperación y salud comunitaria.

### **Alternativa propuesta para el aprovechamiento de espacios**

Si bien es importante brindarle alternativas que permitan a la clínica aprovechar los recursos que no serán utilizados. Es lógico plantearles que se inclinen hacia una en específico; ya que sería la más rentable en el tiempo y la que más sostenibilidad les generaría.

La habilitación de consultorios privados es la opción de mayor provecho para la Clínica Divina Providencia, porque combina rentabilidad, uso eficiente del espacio y coherencia con su misión sanitaria. Esta estrategia asegura ingresos sostenibles, impulsa la actividad interna y refuerza el impacto social de la clínica a mediano y largo plazo. Los puntos que definen a esta alternativa como la mejor son los siguientes:

1. **Sostenibilidad financiera directa:**  
Genera una fuente de ingreso estable mediante el arrendamiento o membresía médica, reduciendo la dependencia de donaciones y fortaleciendo la autonomía económica de la clínica.
2. **Incremento del flujo de pacientes:**  
Los médicos arrendatarios atraen a sus propios pacientes, lo que impulsa la demanda de otros servicios internos (farmacia, laboratorio, imagenología), aumentando la rentabilidad integral del establecimiento.
3. **Fortalecimiento del posicionamiento institucional:**  
La apertura a especialistas externos proyecta a la clínica como un centro médico integral y competitivo en el distrito, elevando su prestigio frente a otros centros de salud privados y públicos.
4. **Aprovechamiento inmediato de infraestructura existente:**  
Esta opción no requiere grandes inversiones estructurales, ya que puede adaptarse fácilmente en áreas actualmente desocupadas o sin uso clínico directo.

La segunda opción más viable sería combinar los consultorios privados con la creación de un salón de capacitación médica, ya que fortalecería la formación del personal y

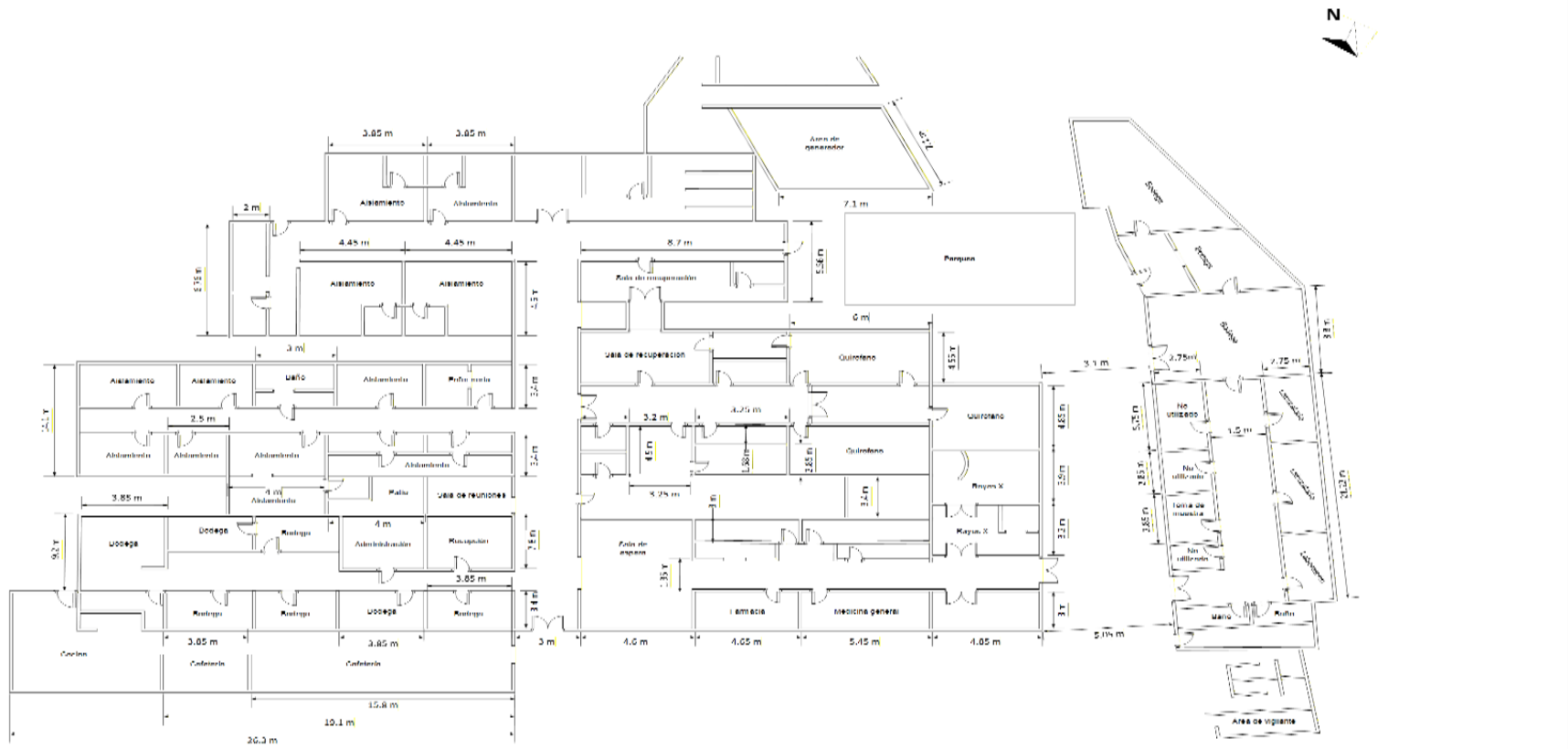
permitiría ofrecer talleres a terceros, generando ingresos adicionales sin comprometer la operación principal.

## 2. Planos de distribución en planta:

A continuación, se presentan los planos de distribución en planta que muestran tanto la situación actual como la propuesta de rediseño. Es importante señalar que, en su funcionamiento anterior como hospital, la totalidad de los espacios era utilizada para brindar atención de mayor complejidad. Sin embargo, al transformarse en clínica, el nivel de servicio se reduce y, en consecuencia, no todos los ambientes podrán mantenerse en operación bajo el mismo esquema.

Por esta razón, la propuesta de distribución busca reorganizar los espacios de acuerdo con la nueva capacidad instalada y los recursos disponibles, priorizando las áreas clínicas esenciales y, al mismo tiempo, destinando ciertos ambientes a proyectos de valor agregado como clínicas privadas, salón de capacitaciones, bodega y espacios para misioneros. De esta manera, se asegura que la infraestructura continúe generando beneficios, ya sea a través de la prestación directa de servicios de salud o mediante alternativas complementarias que fortalezcan la sostenibilidad económica y social de la clínica.

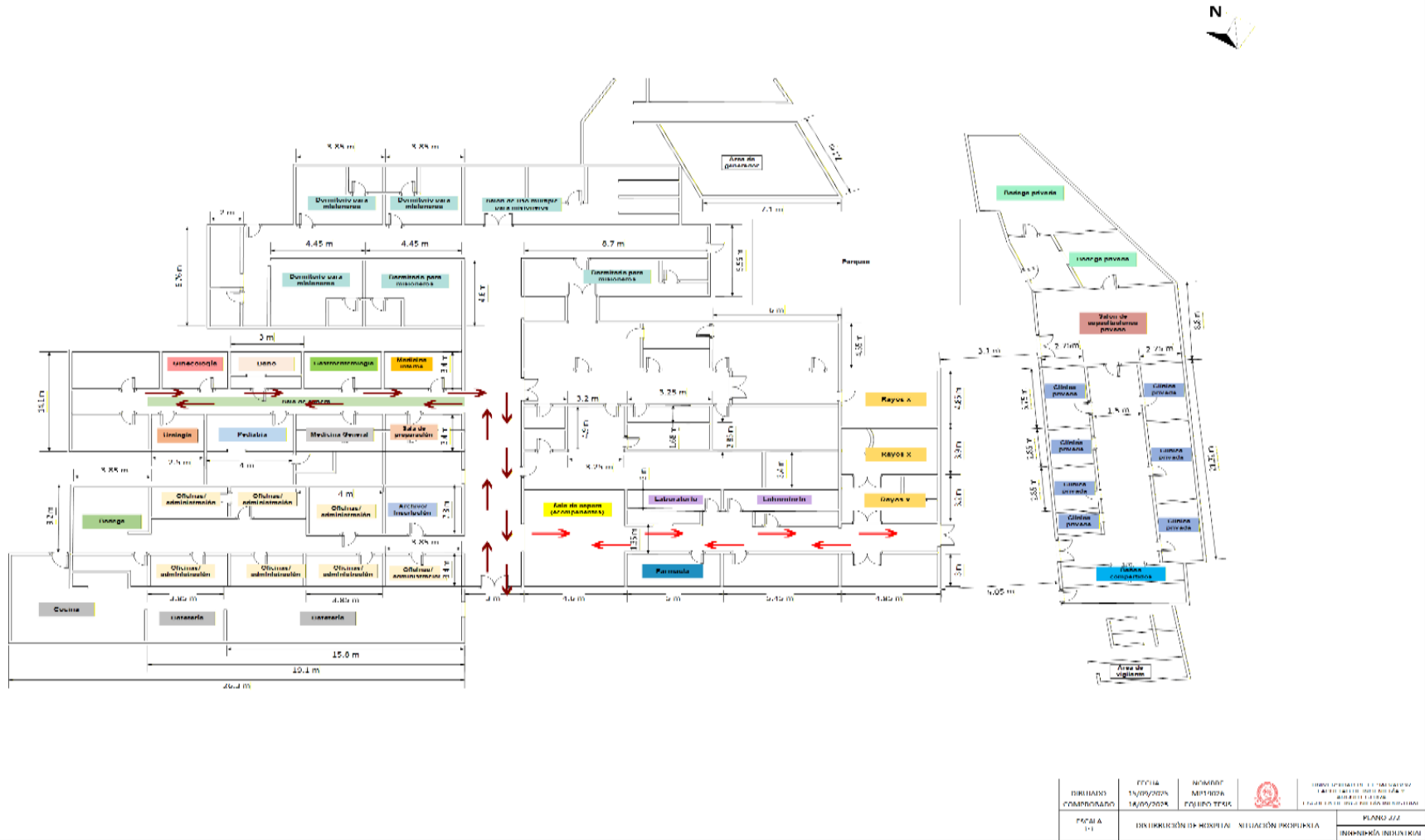
Figura 136. Planta actual



ESTADISTICO	FECHA	REVISOR	 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA CENTRO DE INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNOLÓGICO	PLANO 1/2
COMPROBADO	ELABORADO	REVISADO		PLANO 1/2
PROYECTO	FECHA	REVISOR	ESTADISTICO	PLANO 1/2
PROYECTO	FECHA	REVISOR	ESTADISTICO	PLANO 1/2

Fuente: Elaboración propia

Figura 137. Planta sugerida



PROYECTO COMPROBADO	FECHA 15/07/2024	REVISADO 14/07/2024	LOGO	INSTITUCIÓN INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
ESCALA 1:1	DIRECCIÓN DE HOSPITAL			PLANO 112
SITUACIÓN PROYECTIVA				INDUSTRIA INDUSTRIAL

Fuente: Elaboración propia

## J. Especificación de obra civil

### 1. Cafetería

El área destinada a cafetería dentro de la clínica deberá diseñarse y construirse considerando que constituye un espacio de apoyo fundamental para pacientes, acompañantes y personal de salud, por lo que sus condiciones de infraestructura, higiene y seguridad deberán cumplir con los más altos estándares.

Figura 138. Modelo 3D de cafetería



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, los **pisos** deberán ser de un material impermeable, lavable y antideslizante, que permita realizar limpiezas frecuentes y evite acumulación de humedad o grasa que pueda generar accidentes. Se recomienda el uso de porcelanato, cerámica de alta resistencia o materiales equivalentes que cumplan con estas propiedades. Las **paredes** deberán ser lisas, pintadas con pintura lavable o recubiertas con azulejo en aquellas zonas cercanas a áreas de preparación de alimentos, de manera que se facilite la limpieza y se evite la proliferación de bacterias u hongos. El **techo o cielo falso** deberá ser de material sólido, no poroso y fácil de limpiar, evitando falsos cielos de materiales que acumulen polvo o generen desprendimientos.

En cuanto a las **condiciones ambientales**, el área deberá contar con **iluminación suficiente**, tanto natural como artificial. Para la iluminación artificial, se recomienda el uso de luz blanca, que garantiza condiciones higiénicas óptimas y adecuada visibilidad en las áreas de preparación y consumo. Asimismo, deberá asegurarse una **ventilación adecuada**, ya sea mediante ventanas hacia el exterior, extractores de aire o sistemas de aire acondicionado, que mantengan una circulación constante y eliminen olores propios de la manipulación de alimentos.

En lo relativo a las **instalaciones hidráulicas y sanitarias**, la cafetería deberá disponer de un sistema de **abastecimiento de agua potable**, que garantice la higiene en la preparación de alimentos y bebidas, así como en la limpieza de utensilios. Se deberá instalar al menos un **lavamanos funcional** con conexión a desagüe, ubicado

estratégicamente dentro del área de manipulación de alimentos, con provisión de jabón líquido, toallas desechables y recipientes para desecho, cumpliendo así con los requerimientos básicos de higiene. La red de desagüe deberá estar diseñada para evitar obstrucciones, filtraciones o retorno de olores.

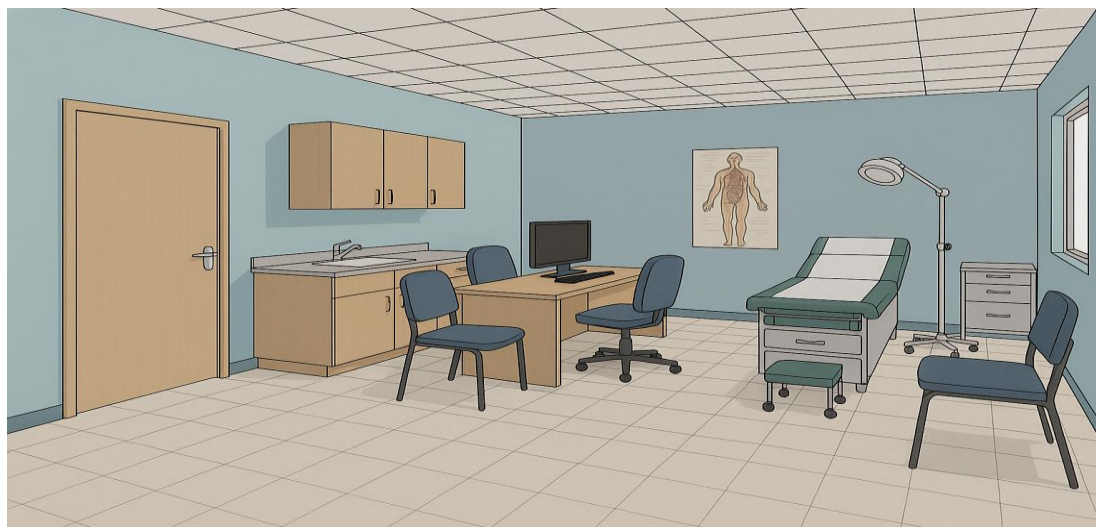
Respecto al **mobiliario y equipamiento**, se deberá disponer de mesas y sillas fabricadas en materiales resistentes y de fácil limpieza, tales como superficies laminadas, acero inoxidable o plásticos de alta densidad. Dicho mobiliario deberá estar dispuesto de manera ordenada, asegurando comodidad para los usuarios y al mismo tiempo evitando obstrucciones en las rutas de circulación. El área de cafetería deberá diferenciar claramente las zonas de **preparación, almacenamiento y consumo**, con el fin de prevenir contaminación cruzada entre los alimentos y garantizar la eficiencia del servicio.

En materia de **seguridad e higiene**, la cafetería deberá contar con **señalización visible** que recuerde a usuarios y personal las normas de higiene, tales como la obligatoriedad de lavarse las manos, mantener el área limpia y depositar los desechos en los recipientes adecuados. Asimismo, el diseño deberá prever la **accesibilidad universal**, incluyendo rampas de acceso en caso de que existan desniveles, de manera que las personas con movilidad reducida puedan utilizar la cafetería sin restricciones. En cumplimiento con la normativa nacional, deberá instalarse un **extintor portátil tipo ABC**, accesible y debidamente señalizado, con la finalidad de responder a posibles emergencias relacionadas con el uso de equipos eléctricos o la manipulación de alimentos calientes.

## 2. Consultorios médicos

El consultorio deberá contar con un área mínima de **6 metros cuadrados**, diferenciando un espacio para la entrevista clínica y otro para el examen físico, separados mediante biombo, cortina o pared. La **entrada al consultorio** debe estar claramente delimitada y separada del área común por una puerta de acceso.

Figura 139. Modelo 3D consultorio medico



Fuente: *Elaboración propia*

Los **pisos** serán de material impermeable, resistente y antideslizante, mientras que las **paredes** deberán ser lisas y recubiertas con pintura lavable de grado sanitario, lo que permitirá mantener la limpieza y la bioseguridad. El consultorio deberá disponer de **iluminación natural y artificial** (preferiblemente luz blanca), así como de **ventilación natural o mecánica** para garantizar condiciones adecuadas de confort e higiene.

En cuanto a instalaciones básicas, se deberá incorporar un **lavamanos funcional dentro del consultorio**, con suministro de agua, dispensador de jabón líquido y toallas de papel desechables, a fin de cumplir con los lineamientos de bioseguridad. Asimismo, se deberá prever espacio para el manejo seguro de desechos, mediante recipientes diferenciados para residuos comunes y bioinfecciosos.

Se debe garantizar un **sistema de archivo clínico seguro**, ya sea físico o electrónico, que permita el resguardo adecuado de expedientes y la confidencialidad de la información del paciente.

### 3. Laboratorio Clínico

El área destinada a laboratorio clínico deberá contar con espacios **claramente delimitados** que permitan diferenciar las etapas del proceso: recepción de pacientes, toma de muestras, procesamiento, almacenamiento y entrega de resultados. La **superficie mínima** será de **20 metros cuadrados**, con circulación interna que evite el cruce entre muestras y usuarios.

Figura 140. Modelo 3D de laboratorio clínico



*Fuente: Elaboración propia*

Los **pisos** serán de material impermeable, antideslizante y resistente a agentes químicos, mientras que las **paredes** deberán ser lisas, lavables y con acabados sanitarios que permitan limpieza frecuente. El **techo** será sólido, enlucado o plafón de material no poroso.

El laboratorio deberá disponer de **iluminación natural y artificial (preferencia blanca)** y contar con **ventilación adecuada**, natural o por sistema mecánico. Asimismo, se incorporará un **lavamanos exclusivo** en el área de toma y procesamiento de muestras, con suministro de agua, jabón líquido, papel toalla y desagüe independiente.

En materia de **bioseguridad**, será obligatorio disponer de un **área para almacenamiento temporal de desechos bioinfecciosos**, con acabados impermeables y de fácil limpieza, así como recipientes diferenciados para residuos comunes, corto punzantes y bioinfecciosos, de acuerdo con la normativa del MINSAL.

se debe garantizar que el laboratorio cuente con un **área de espera independiente del espacio de toma de muestras**, mobiliario adecuado para usuarios, señalización visible y accesos que permitan la atención de pacientes con movilidad reducida.

#### 4. Sala de Espera

La sala de espera de la clínica deberá ubicarse en un espacio **independiente de las áreas de circulación y de procedimientos médicos**, garantizando la comodidad y seguridad de los usuarios. El área mínima será de **definida por la demanda**.

Los **pisos** deberán ser de material impermeable, lavable y antideslizante, que facilite la limpieza frecuente. Las **paredes** tendrán acabados lisos con pintura sanitaria lavable, mientras que el **techo** será sólido y no poroso, evitando acumulación de polvo.

Figura 141. Modelo 3D sala de espera para la clínica



Fuente: *Elaboración propia*

La sala contará con **iluminación natural y artificial suficiente**, de preferencia con luz blanca, y con **ventilación adecuada**, ya sea natural mediante ventanas o mecánica con extractores o aire acondicionado, asegurando confort ambiental.

Se dispondrá de **mobiliario adecuado** para la cantidad esperada de usuarios, con sillas en buen estado, resistentes y de fácil limpieza. Además, deberá incluir un **área de recepción** con escritorio y mobiliario básico para la atención administrativa.

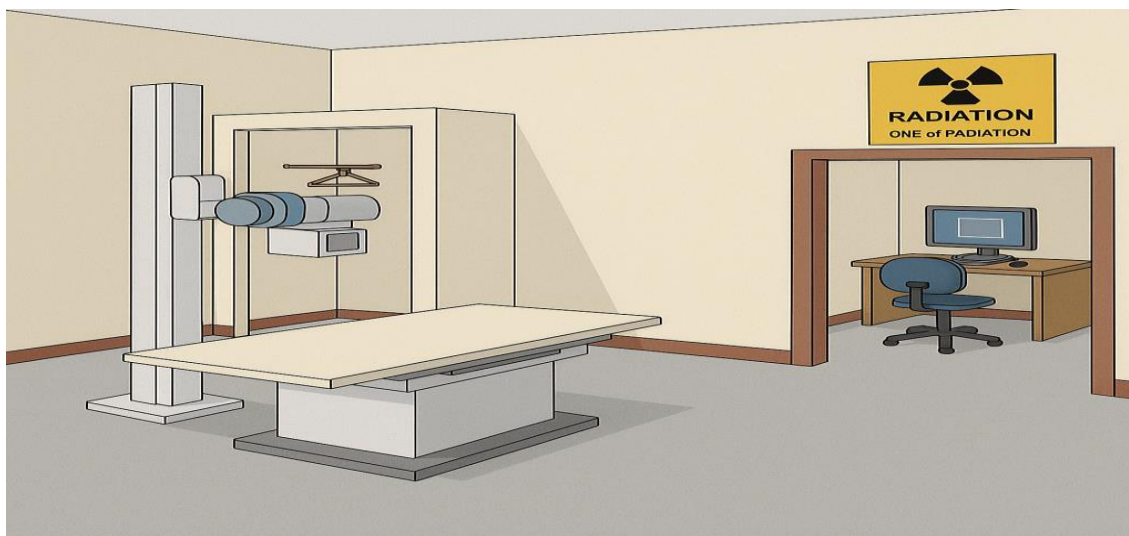
En materia de **accesibilidad y seguridad**, la sala deberá contar con **rutas accesibles para personas con movilidad reducida**, señalización visible y clara, dispensador de alcohol gel, extintor portátil tipo ABC y buzón de sugerencias a disposición de los usuarios.

El diseño de la sala de espera deberá favorecer la **organización del flujo de pacientes**, evitando aglomeraciones y garantizando que el espacio cumpla con estándares de bioseguridad y comodidad.

## 5. Área de Rayos X

El área de Rayos X deberá construirse siguiendo criterios de seguridad radiológica y funcionalidad clínica. La sala de toma de imágenes deberá contar con un **espacio suficiente para albergar el equipo radiográfico y el mobiliario necesario**, con accesos amplios que permitan el ingreso de camillas y sillas de ruedas. La **puerta de acceso principal será plomada**, con un ancho mínimo de **1.40 metros**, para garantizar la protección contra radiación y la accesibilidad de pacientes.

Figura 142. Modelo 3D para sala de rayos X



Fuente: *Elaboración propia*

Las **paredes, techos y puertas** deberán contar con blindaje adecuado con plomo o materiales equivalentes, de acuerdo con las recomendaciones de la **Unidad Reguladora de Radiaciones Ionizantes (UNRA)**. Asimismo, la sala deberá incorporar un **vestidor interno** para los pacientes, cerrado con puerta o cortina, que les permita cambiarse con privacidad antes de la exposición radiográfica.

El área contará con una **sala de control independiente**, separada por un tabique o vidrio plomado, desde donde el operador podrá visualizar al paciente. Esta sala deberá estar

debidamente acreditada por la UNRA y equipada con sistemas de señalización luminosa externa que indiquen cuando el equipo de Rayos X esté en funcionamiento.

Los **pisos** serán impermeables, lisos y antideslizantes; las **paredes** tendrán acabados lavables y sanitarios. La **iluminación** deberá ser suficiente, preferentemente blanca, y la **ventilación** podrá ser natural o mediante aire acondicionado, garantizando confort térmico para el paciente y el personal.

El diseño incluirá además un **cuarto de revelado o área digital** para el procesamiento y resguardo de imágenes, aislado del área de exposición, así como espacios específicos para el almacenamiento seguro de insumos y placas radiográficas, con condiciones de temperatura controlada.

Deberá garantizarse la **señalización de seguridad** en todas las entradas, incluyendo rótulos visibles con la leyenda “Radiación – Zona de Peligro” y el símbolo internacional de radiación.

## 6. Farmacia

El área de farmacia deberá diseñarse como un espacio destinado a la **dispensación y almacenamiento seguro de medicamentos**, cumpliendo con criterios de higiene, control y accesibilidad para los usuarios y el personal autorizado.

La **sala de atención al público** deberá contar con un mostrador que separe claramente el área de dispensación del área de espera, garantizando la privacidad en la entrega de medicamentos y evitando el acceso no autorizado a los productos farmacéuticos. El **área de espera** asociada a la farmacia dispondrá de sillas en buen estado, iluminación adecuada y señalización clara de los servicios que se brindan.

Figura 143. Modelo 3D para estación de farmacia



Fuente: Elaboración propia

El **almacenamiento de medicamentos** deberá realizarse en una zona exclusiva, independiente del área de atención, con **estanterías metálicas o de material lavable**, resistentes y de fácil limpieza, organizadas para mantener el orden y la rotación de inventarios. Este espacio deberá estar ventilado, con **temperatura y humedad controladas**, y contar con un sistema de seguridad que garantice el resguardo de insumos. En caso de medicamentos que requieran cadena de frío, se deberá contar con **refrigeradores exclusivos** para su conservación, con termómetro visible y respaldo de energía.

Los **pisos** deberán ser de material impermeable, antideslizante y lavable; las **paredes**, lisas y con pintura sanitaria; y el **techo**, sólido y no poroso. De igual forma, deberá garantizarse la **iluminación natural y artificial (preferentemente blanca)**, así como ventilación natural o mecánica para asegurar confort y conservación de los productos.

En cuanto a **bioseguridad**, la farmacia deberá disponer de **lavamanos funcional dentro del área de trabajo**, con suministro de agua potable, jabón líquido y toallas de papel. Asimismo, contará con recipientes diferenciados para desechos comunes y bioinfecciosos, siguiendo la normativa del MINSAL.

La **farmacia deberá ser accesible** para personas con movilidad reducida, incorporando rampas cuando existan desniveles y señalización visible de rutas de ingreso y salida.

## 7. Baños

Los baños de la clínica deberán estar diseñados para garantizar **higiene, accesibilidad y seguridad**. Los **pisos** serán de material impermeable, antideslizante y lavable; las **paredes**, lisas y con acabado sanitario lavable; y el **techo**, sólido y no poroso.

Cada baño contará con **inodoro, lavamanos con suministro de agua, jabón líquido y toallas de papel desechables**, además de recipientes diferenciados para desechos comunes y bioinfecciosos cuando corresponda.

Se deberá asegurar **iluminación artificial suficiente**, ventilación natural o mecánica, y **señalización visible**. Al menos un baño deberá estar adaptado para **personas con discapacidad**, con barras sujetadoras y accesos adecuados.

Figura 144. Modelo 3D para baños



Fuente: Elaboración propia

### K. Resumen de recursos

Los recursos que se presentan a continuación constituyen un resumen de los elementos necesarios para la apertura de la clínica, integrando el recurso humano, los equipos médicos y el mobiliario ya descritos en apartados anteriores. Este apartado busca ofrecer una visión general de los insumos que permitirán iniciar la operatividad de la clínica de manera adecuada. Además de plantear el espacio requerido para lo mismo. En contrato también se presentan los recursos no utilizados.

Tabla 214. Resume de equipo requerido

Equipo requerido	
Servicio de consulta	
Equipo	Cantidad
Aire acondicionado	6
Monitor de signos vitales	6
Autoclave	6
Electrocardiógrafo	3
Tanques de oxígeno	6
Oto-oftalmoscopio de pared	1
Pistola de crioterapia	1
Lampara cielitica	1
Ultrasonic Scaler	1
Concentrador de oxígeno	1

Compresor de terapia	1
Bomba de infusión	1
Bomba enteral pump	1
Monitor	6
UPS	6
CPU	6
Balanza	2
<b>Laboratorio Clínico</b>	
Centrifugadora	1
Analizador de electrolitos	1
ESR analyzer	1
Equipo de coagulación	1
Equipo de hematología	1
Equipo de química FOTOMETRO	1
Equipo de pruebas especiales (analizador de inmunología)	1
Microscopio	1
Rotador para pruebas	1
colorímetro	1
Pipetas automáticas	1
Contador de células de 7 ceros	1
Aire acondicionado	1
<b>Imagenología</b>	
Aparato de USG	1
Equipo de ultrasonografía	1
Ultra sonógrafo	1
Equipo de mamografía	1
Negatoscopio de 3 cuerpos	1
Negatoscopio de 1 cuerpo	1
Negatoscopio de 2 cuerpo	1
procesadora afp imaging	1
Monitor y software	1
CPU	1
Aire acondicionado	1
Planta eléctrica	1
Equipos rayos X	1
Computadoras	2
UPS	2
<b>Farmacia</b>	
Aire acondicionado	1
Monitor	1
UPS	1

CPU	1
-----	---

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

Tabla 215. Resumen de mobiliario requerido

<b>Mobiliario requerido</b>	
<b>Consulta</b>	
<b>Mobiliario</b>	<b>Cantidad</b>
Escritorio	6
Estante	12
Silla de ruedas	6
Silla	12
Colchón hospitalario	6
Camilla hospitalaria/transporte	6
<b>Laboratorio Clínico</b>	
Mesa/ mueble	1
Mesa mayo	1
Atril/atril doble	1
Estante	1
Vitrina	2
Escritorio	1
Silla	2
Banco	1
Armario	1
Carrito/ varios usos	1
Gradilla	1
Gabetero	1
Locker	1
Lavamanos acero inoxidable	1
Transportador de ropa metálico	1
Soporte	1
Impresora de resultados hematología	1
Computadoras	2
UPS	1
<b>Imagenología</b>	
Camilla hospitalaria/transporte	2
Silla de ruedas	1
Banco	2
Escritorio	1
Archivador	1
Estante	1

Biombo de 2 cuerpos	1
Delantales plomados	2
Armario	1
Monitor	1
Fuente de luz	1
Colchón hospitalario	2
Estante	2
<b>Farmacia</b>	
Escritorio	1
Estante	12
Vitrina	4
Silla de ruedas	6
Silla	1

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

Tabla 216. Resumen de Recurso humano requerido

<b>Recurso humano</b>	
<b>Administrativo</b>	
Administrador General	1
Agente de Vigilancia	2
Contador	1
Encargado de Aseo	2
Encargado de Comunicaciones Institucionales	1
Encargado de Recursos Humanos	1
Secretaria/Recepcionista	1
<b>Operativo</b>	
Auxiliar de Enfermería	1
Enfermera jefa	1
Médico Gastroenterólogo	1
Médico General	1
Médico Ginecólogo	1
Médico Internista	1
Médico Pediatra	1
Médico Urólogo	1
Regente de Gabinete Radiológico	1
Regente de Laboratorio Clínico	1
Regente Farmacéutico	1

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

## 1. Conglomerado de recursos necesarios

Tabla 217. Resumen general de recursos necesarios

Recursos	
Equipo	
Equipo	Cantidad
Aire acondicionado	9
Monitor de signos vitales	6
Autoclave	6
Electrocardiógrafo	3
Tanques de oxígeno	6
Oto-oftalmoscopio de pared	1
Pistola de crioterapia	1
Lámpara cielítica	1
Ultrasonic Scaler	1
Concentrador de oxígeno	1
Compresor de terapia	1
Bomba de infusión	1
Bomba enteral pump	1
Monitor	7
UPS	9
CPU	8
Balanza	2
Centrifugadora	1
Analizador de electrolitos	1
ESR analyzer	1
Equipo de coagulación	1
Equipo de hematología	1
Equipo de química (fotómetro)	1
Equipo de pruebas especiales (inmunología)	1
Microscopio	1
Rotador para pruebas	1
Colorímetro	1
Pipetas automáticas	1
Contador de células de 7 ceros	1
Aparato de USG	1
Equipo de ultrasonografía	1
Ultra sonógrafo	1
Equipo de mamografía	1
Negatoscopio de 3 cuerpos	1
Negatoscopio de 1 cuerpo	1

Negatoscopio de 2 cuerpos	1
Procesadora AFP Imaging	1
Monitor y software	1
Planta eléctrica	1
Equipos rayos X	1
Computadoras	2
<b>Mobiliario</b>	
<b>Mobiliario</b>	<b>Cantidad</b>
Escritorio	9
Estante	28
Silla de ruedas	13
Silla	15
Colchón hospitalario	8
Camilla hospitalaria/transporte	8
Mesa / mueble	1
Mesa mayo	1
Atril / atril doble	1
Vitrina	6
Banco	3
Armario	2
Carrito / varios usos	1
Gradilla	1
Gabetero	1
Locker	1
Lavamanos acero inoxidable	1
Transportador de ropa metálico	1
Soporte	1
Impresora de resultados hematología	1
Computadoras	2
UPS	1
Archivador	1
Biombo de 2 cuerpos	1
Delantales plomados	2
Monitor	1
Fuente de luz	1
<b>Recurso humano</b>	
<b>Personal</b>	<b>Cantidad</b>
Administrador General	1
Agente de Vigilancia	2
Contador	1
Encargado de Aseo	2
Encargado de Comunicaciones Institucionales	1

Encargado de Recursos Humanos	1
Secretaria/Recepcionista	1
Auxiliar de Enfermería	1
Enfermera jefa	1
Médico Gastroenterólogo	1
Médico General	1
Médico Ginecólogo	1
Médico Internista	1
Médico Pediatra	1
Médico Urólogo	1
Regente de Gabinete Radiológico	1
Regente de Laboratorio Clínico	1
Regente Farmacéutico	1

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

Tabla 218. Áreas requeridas para la clínica

<b>Área requerida</b>	
<b>Área</b>	<b>M<sup>2</sup></b>
Sala de espera (acompañantes)	12.5
Archivo/Inscripción	16
Área de preparación	12
Sala de espera	12
Consultorio de medicina general	6.25
Consultorio de pediatría	6.25
Consultorio de urología	6.25
Consultorio de medicina interna	6.25
Consultorio de gastroenterología	6.25
Consultorio de ginecología	6.25
Área de laboratorio	20
Área de imagenología	20
Farmacia	15
Área de oficinas/administración	30
Bodega	20
Baños	5
Cafetería	25
Áreas complementarias	900.3
<b>Total</b>	<b>1143.9</b>

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

## 2. Recursos no utilizados

Tabla 219. Mobiliario y equipo sin asignación

Mobiliario y equipo	
Nombre	Cantidad
Colchón hospitalario	34
Cama hospitalaria	50
Cama fisioterapia	1
Camilla hospitalaria/transporte	14
Canape ginecológico	1
Cámara refrigerante	1
Aparato de USG	2
Monitor de signos vitales	11
Autoclave	10
Mesa quirúrgica	5
Centrifugadora	8
Monitor fetal	2
Electrocauterio	15
Electrocardiógrafo	3
Analizador de electrolitos	1
Microscopio oftalmológico	1
Delantales plomados	2
Tanques de oxígeno	6
Máquina de pruebas laboratorio	1
Dispositivo de alimentación enteral	5
Lampara cielitica	5
Bomba de secreciones	1
ESR analyzer	2
Colposcopio	1
Oto-oftalmoscopio de pared	1
Pistola de crioterapia	1
Tensiómetro de mercurio	2
Ultrasonic Scaler	2
Concentrador de oxígeno	1
Compresor de terapia	2
Lampara de fototerapia	1
Bomba de succión	3
Bomba de infusión	3
Bomba enteral pump	1
Equipo de coagulación	1
Equipo de hematología	1
Equipo de ultrasonografía	1

Equipo de química FOTOMETRO	1
Equipo de pruebas especiales (analizador de inmunología)	1
Equipo de dentista	1
Tanque o2	3
Tanque de SPO2	2
Tanque de oxígeno	2
Aspirador quirúrgico	5
Contador de células de 7 ceros	1
Tensiómetro de mercurio	4
manómetro de oxígeno	9
Tambo de oxígeno	1
Oxímetro digital	2
nebulizador	2
Ultra sonógrafo	1
Compresor para terapia	1
Coagulómetro	1
resmed airsense	1
Endoscopio	2
Equipos rayos X	1
Equipo de mamografía	1
Desfibrilador	1
Oxigenador	1
Incubadora neonatal	2
Oxigenador	1
Laparoscopia	1
Máquina de anestesia	6
Archivador	22
Silla	108
Silla de ruedas	22
Impresora	25
Impresora de resultados hematología	1
Aire acondicionado	19
Módulo de aire acondicionado	1
Estante	58
Cámara para gaseosas	1
Vitrina	10
Computadoras	10
Escritorio	30
colchón	27
Cama	3
Cámara fotográfica	1

Camarotes	20
Andadera	2
Mesa/ mueble	76
Mesa mayo	11
Atril/atril doble	43
Fuente de luz	1
Cocina	4
Monitor	17
Monitor y software	2
UPS	17
CPU	9
Lavadora	19
Bacinete	9
Puertas de vidrio	10
Cuna	12
Contenedor	4
Ventilador/techo	28
Tambo de gas	6
Bascula	14
Banco	11
Equipaje/maleta	16
Depósito de materiales bioinfecciosos	28
Refrigeradora	13
Bancas de madera	8
Armario	25
Microscopio	2
Carrito/ varios usos	21
Licuada	5
Microondas	5
Juego de sala	1
Mueble	33
Gradilla	9
Puertas de ventana	3
Procesador de alimentos	1
Lampara cuello de ganso	5
Negatoscopio de un cuerpo	2
Baño portátil	3
Negatoscopio de 3 cuerpos	1
Extintor	6
Pantalla LCD (tv)	4
Paper feed	1
Vitrina	11

sillón	11
Figura religiosa	7
Gabetero	8
Locker	5
Bomba sumergible	1
Laptop de equipo de pruebas especiales	1
Red de control	1
Contometro	2
Controlador de red	1
Secadora	2
Mobility cart	2
Simulador	2
Balanza	2
Caja registradora	2
Lavamanos acero inoxidable	1
Lampara de Pedestal	3
Plancha de transporte	1
Transportador de ropa metálico	1
Transportador	2
Soporte	2
Baño de maría	2
Cafetera	1
Biombo de 2 cuerpos	2
Tiquetera	1
Chinero para medicamentos	1
colorímetro	1
Negatoscopio de 1 cuerpo	1
Negatoscopio de 2 cuerpo	1
Regulador de voltaje	2
Router	1
Planta eléctrica	1
Planta telefónica	1
Consola	1
Proyector	1
Canape	1
Extractor de humo	1
Bufetera industrial pequeña roja	1
DVD	1
Grabadora	1
Oasis	1
Pipetas automáticas	1
Rotador para pruebas	1

Rotador	1
Teléfono fijo	1
Cesto de ropa metálico	1
Tablero Electrónico	1
marcador digital	1
Soporte para cauterio	1
Refrakt-im betal	1
VPA Auto	1
procesadora afp imaging	1
Equipo de transporte (Automóviles)	3

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

Tabla 220. Área no utilizada

Área no utilizada	
Área	M <sup>2</sup>
Sin asignación (quirófanos)	243.6

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

#### a. Propuesta para equipo y mobiliario sin uso

A continuación, se presentan algunas alternativas para dar un uso adecuado al mobiliario y equipos que no se incorporarán directamente en la operatividad clínica. Estas opciones buscan optimizar los recursos disponibles, generar beneficios adicionales y, al mismo tiempo, mantener un enfoque responsable con la institución y la comunidad.

1. Reserva estratégica: Mantener parte del mobiliario en bodega como respaldo permite responder rápidamente ante fallas, emergencias o futuras expansiones. Esta previsión asegura continuidad en los servicios y fortalece la capacidad de crecimiento.
2. Alquiler: El arrendamiento a clínicas privadas, consultorios o profesionales independientes representa una oportunidad para generar ingresos, manteniendo la propiedad del recurso y evitando que permanezca inactivo.
3. Venta: La comercialización en el mercado local o a proveedores especializados permite recuperar parte de la inversión. Los recursos obtenidos pueden destinarse a insumos médicos, mantenimiento o innovación tecnológica.
4. Intercambio: El mobiliario en desuso puede utilizarse como parte de negociaciones con proveedores, obteniendo a cambio insumos, servicios de mantenimiento o equipos más actualizados, lo que ayuda a reducir costos directos.
5. Reconversión de uso: Algunos elementos pueden adaptarse para nuevas funciones: escritorios en áreas administrativas, camillas para capacitación o gabinetes como archivo. Esto prolonga la vida útil y evita el desaprovechamiento.

### 3. Aprovechamiento de los recursos disponibles

Para esta sección se toman en cuenta los recursos disponibles de mobiliario y equipo, así como el área aprovechada para operaciones del hospital. Tomando en cuenta ello, tenemos:

Tabla 221. Aprovechamiento de los recursos disponibles

Recurso	Disponible	Utilizado	% de aprovechamiento
Mobiliario y equipo	1205	253	21%
Área	1387.5 m <sup>2</sup>	1143.9 m <sup>2</sup>	82.44%

Fuente: Elaboración propia. Datos del Hospital Divina Providencia

#### Alternativa propuesta

Si bien es importante brindarle alternativas que permitan a la clínica aprovechar los recursos que no serán utilizados. Es lógico plantearles que se inclinen hacia una en específico; ya que sería la más rentable en el tiempo y la que más sostenibilidad les generaría.

La habilitación de consultorios privados es la opción más óptima para la Clínica Divina Providencia, porque combina rentabilidad, uso eficiente del espacio y coherencia con su misión sanitaria. Esta estrategia asegura ingresos sostenibles, impulsa la actividad interna y refuerza el impacto social de la clínica a mediano y largo plazo. Los puntos que definen a esta alternativa como la mejor son los siguientes:

1. **Sostenibilidad financiera directa:**  
Genera una fuente de ingreso estable mediante el arrendamiento o membresía médica, reduciendo la dependencia de donaciones y fortaleciendo la autonomía económica de la clínica.
2. **Incremento del flujo de pacientes:**  
Los médicos arrendatarios atraen a sus propios pacientes, lo que impulsa la demanda de otros servicios internos (farmacia, laboratorio, imagenología), aumentando la rentabilidad integral del establecimiento.
3. **Fortalecimiento del posicionamiento institucional:**  
La apertura a especialistas externos proyecta a la clínica como un centro médico integral y competitivo en el distrito, elevando su prestigio frente a otros centros de salud privados y públicos.
4. **Aprovechamiento inmediato de infraestructura existente:**  
Esta opción no requiere grandes inversiones estructurales, ya que puede adaptarse fácilmente en áreas actualmente desocupadas o sin uso clínico directo.

La segunda opción más viable sería combinar los consultorios privados con la creación de un salón de capacitación médica, ya que fortalecería la formación del personal y permitiría ofrecer talleres a terceros, generando ingresos adicionales sin comprometer la operación principal.

## IV. Gestión Administrativa-Organizativa

### A. Lineamientos Estratégicos

#### 1. Misión

Este subapartado tiene como objetivo examinar críticamente la misión institucional anterior, mencionada en la etapa anterior del estudio de factibilidad, y a partir de dicho análisis, proponer una nueva redacción más coherente con el diseño organizativo planteado en esta fase. La misión representa la razón de ser de la organización en su estado actual, define su propósito esencial, y orienta las decisiones estratégicas y operativas. Por tanto, su claridad, alcance y aplicabilidad son determinantes para asegurar una gestión institucional eficiente, alineada con los servicios que se ofrecerán y con las condiciones reales del entorno.

##### a. Misión Original

###### Misión Original

- Servir y brindar atención de salud integral a la población que lo demanda con calidad, calidez humana, aplicando principios y valores cristianos

La misión original transmite una intención ética y de servicio, enfocada en brindar atención integral con calidez humana. No obstante, desde el punto de vista técnico-organizacional, presenta múltiples omisiones y ambigüedades que limitan su utilidad práctica.

En primer lugar, la expresión “la población que lo demanda” es demasiado general y no define con precisión al cliente objetivo, lo cual dificulta enfocar los recursos hacia un segmento poblacional específico. Tampoco se menciona el mercado geográfico, lo que impide ubicar territorialmente el campo de acción institucional.

La referencia a “atención de salud integral” es amplia y poco operativa, ya que no detalla los servicios concretos que se prestarán ni el nivel de atención al que pertenece la clínica. A nivel tecnológico y operativo, no se incluye ninguna mención a procesos, medios técnicos o capacidad instalada, a pesar de que en la etapa anterior se identificó un inventario significativo de equipo médico y de laboratorio que será aprovechado.

Adicionalmente, la misión carece de toda referencia a la sostenibilidad institucional, eficiencia operativa o permanencia en el tiempo, lo cual es un vacío crítico para un proyecto que se plantea su reapertura bajo nuevas condiciones.

Desde lo filosófico, el uso de “valores cristianos” es válido en ciertos contextos, pero puede generar ambigüedad o incluso excluir otras sensibilidades, especialmente si se busca operar bajo principios institucionales universales. La organización no se define a sí

misma ni establece su identidad (como clínica, centro de salud, u otro), y no incluye ninguna mención a su equipo humano ni a su posicionamiento público.

Aunque bien intencionada, la misión original resulta insuficiente desde una perspectiva técnica y de gestión, y no refleja los elementos claves para guiar la organización en su fase de implementación.

### ***b. Misión Propuesta***

Para formular una misión que sea consecuente y técnicamente bien establecida se utilizaran 9 aspectos de mucha importancia para una organización, esto permitirá formular una misión técnicamente coherente y funcional.

*Tabla 222. Componentes para la nueva misión*

<b>N</b>	<b>Componente</b>	<b>Descripción</b>
<b>1</b>	Clientes	La nueva misión debe identificar explícitamente al usuario objetivo: habitantes del municipio de Santiago Texacuangos y zonas rurales cercanas, con énfasis en población con limitada cobertura médica.
<b>2</b>	Productos o servicios	Deben especificarse los servicios que se ofrecerán: consulta médica general, laboratorio clínico, imagenología (rayos X y ultrasonografía), farmacia y procedimientos de enfermería.
<b>3</b>	Mercados	El área de influencia debe delimitarse como el municipio de Santiago Texacuangos, incluyendo municipios aledaños del sur de San Salvador.
<b>4</b>	Tecnología	Se aprovechará el inventario existente: autoclaves, monitores, ultrasonidos, microscopios, entre otros. También se implementarán procesos organizativos documentados y normativos.
<b>5</b>	Interés por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad	La clínica estará orientada a operar con eficiencia administrativa, uso racional de recursos y mejora continua, para asegurar su funcionamiento estable en el tiempo.
<b>6</b>	Filosofía	Se actuará bajo principios de ética, equidad, calidad, accesibilidad y compromiso comunitario, sin restringirse a creencias particulares.
<b>7</b>	Concepto propio	Se proyectará como una clínica asistencial de primer nivel, formalmente organizada, técnicamente viable y legalmente regulada.
<b>8</b>	Preocupación por su imagen pública	La institución buscará posicionarse como un centro accesible, confiable y comprometido con la comunidad, respetando normativas y fomentando relaciones institucionales.

<b>9</b>	Interés por los empleados	Se reconoce la importancia del equipo humano, por lo que se planifican perfiles definidos, asignación clara de funciones y fortalecimiento continuo del personal.
----------	---------------------------	---

Fuente: *Elaboración propia*

Con estos aspectos explorados, nos propondremos a formular una nueva misión:

#### Misión Propuesta

- Somos una clínica asistencial de primer nivel que brinda servicios médicos integrales, accesibles y humanizados a la población de Santiago Texacuangos y zonas rurales cercanas, a través de consulta general, laboratorio clínico, imagenología y farmacia. Operamos con personal capacitado, equipamiento adecuado y procesos organizativos definidos, comprometidos con la mejora continua, la sostenibilidad operativa y el bienestar de nuestra comunidad.

### c. Comparativo De Misiones

Se presenta un cuadro comparativo de la misión original vs la misión propuesta utilizando los 9 aspectos importantes para toda organización

Tabla 223. Comparativo de misiones

Elemento	Misión original	Misión Propuesta
<b>Clientes</b>	Población que lo demanda	Población de Santiago Texacuangos y zonas rurales cercanas
<b>Servicios</b>	Atención de salud integral	Consulta, laboratorio clínico, imagenología, farmacia
<b>Mercado geográfico</b>	No especificado	Delimitado explícitamente
<b>Tecnología</b>	No mencionada	Uso de equipamiento médico e implementación de procesos
<b>Sostenibilidad</b>	No presente	Sostenibilidad operativa, mejora continua
<b>Filosofía</b>	Valores cristianos	Ética, accesibilidad, compromiso comunitario
<b>Autoimagen</b>	No definida	Clínica asistencial de primer nivel
<b>Empleados</b>	No mencionados	Personal capacitado
<b>Imagen pública</b>	No mencionada	Implícita en el compromiso comunitario y legal

Fuente: *Elaboración propia*

La misión reformulada constituye un eje orientador claro y funcional para la estructura organizativa de la clínica. Integra los elementos clave que permitirán al establecimiento proyectar una identidad sólida, operativa y coherente con los objetivos del presente estudio. Su redacción responde directamente a los vacíos detectados en la versión anterior, fortaleciendo así la base estratégica del proyecto.

## 2. Visión

La visión institucional representa la imagen futura deseada de la organización. Su función es proyectar un escenario estratégico alcanzable que guíe el crecimiento organizativo y motive al equipo hacia un objetivo común. Una visión bien formulada debe ser clara, inspiradora y coherente con la misión previamente definida, así como con las capacidades y recursos reales de la organización. En este subapartado se analiza la visión institucional establecida en la etapa anterior, y se formula una nueva versión que refleja los lineamientos técnicos y estructurales definidos en el presente diseño detallado.

### a. Visión Original

#### Visión Original

- Ser una institución autosostenible que proporcione servicios de salud de manera integral con estándares altos de calidad a precios accesibles. Siendo, la alternativa a las necesidades de salud de la población.

La visión original refleja una intención de sostenibilidad y calidad, expresando el deseo de ser una alternativa en salud para la población. No obstante, al evaluarla bajo los cuatro componentes estratégicos que debe contener una visión organizacional, se identifican debilidades importantes.

En primer lugar, “lo que realmente se quiere” no se expresa de forma inspiradora ni específica; la frase “ser una institución autosostenible” apunta a una condición financiera, pero no comunica con claridad el propósito organizativo a largo plazo. En segundo lugar, la declaración no describe con precisión a qué se desea llegar en el futuro, ya que no proyecta una mejora institucional, un posicionamiento específico ni una transformación deseada.

El componente sobre “en qué lugar del mercado se visualiza” no aparece definido. No se establece si la organización desea ser líder en su zona, un centro de referencia local o un modelo replicable. Finalmente, aunque se menciona que la clínica sería “la alternativa a las necesidades de salud”, el texto no construye un sueño colectivo ni transmite una imagen aspiracional potente que motive o inspire al personal y comunidad.

La visión original tiene elementos válidos (autosostenibilidad, calidad, accesibilidad), pero su redacción es genérica, poco estructurada y no refleja un objetivo de desarrollo institucional claro ni diferenciador. Además, no dialoga directamente con la misión ya definida, ni con los recursos disponibles o el entorno legal y operativo en el que se proyecta la clínica.

### b. Visión Propuesta

Se propone ahora una nueva visión, estructurada para que sea armoniosa con la misión propuesta y basada en 4 elementos importantes para una organización

Tabla 224. Componentes para la nueva visión

N	Componente	Descripción
1	¿Qué es lo que realmente queremos?	Convertirnos en una clínica sólida, estructurada y comprometida con la atención primaria, brindando servicios organizados y sostenibles.
2	¿A qué nos gustaría llegar en el futuro?	Ser reconocidos por la comunidad y por el sistema de salud como una organización formal, eficiente y humanizada.
3	¿En qué lugar del mercado nos visualizamos?	Posicionarnos como clínica de referencia local en el primer nivel de atención, en Santiago Texacuangos y zonas rurales cercanas.
4	¿Cuál es el sueño de la organización?	Lograr que la población acceda a servicios dignos, con procesos ordenados, personal capacitado y una atención ética y cercana, convirtiéndose en un modelo replicable en otros municipios con brechas de cobertura.

Fuente: Elaboración propia

Con esas 4 preguntas fundamentales para la formulación de una buena visión, proponemos:

#### Visión Propuesta

- Consolidarnos como una clínica asistencial de referencia local en el primer nivel de atención, reconocida por brindar servicios accesibles, éticos y organizados, con personal capacitado, procesos definidos y compromiso con el bienestar de la comunidad de Santiago Texacuangos.

#### c. Comparativo De Visiones

Se propone un cuadro comparativo de la visión original vs visión propuesta, tomando como base las 4 preguntas fundamentales para una buena visión

Tabla 225. Comparativo de visiones

Elemento	Visión original	Visión reformulada
¿Qué queremos?	Ser una institución autosostenible	Consolidarnos como una clínica asistencial de referencia local
¿A qué queremos llegar?	Proporcionar servicios con calidad y precios accesibles	Reconocida por brindar servicios accesibles, éticos y organizados
¿Dónde nos visualizamos en el mercado?	No definido	Clínica de referencia local en el primer nivel de atención

Elemento	Visión original	Visión reformulada
¿Cuál es el sueño?	Ser la alternativa a las necesidades de salud de la población	Atención digna y cercana con procesos definidos y personal capacitado

Fuente: Elaboración propia

La visión reformulada proyecta una imagen futura clara, alcanzable y coherente con la misión institucional, fortaleciendo el posicionamiento estratégico del proyecto. Sirve como guía para la evolución estructural del centro y como inspiración para el personal y la comunidad a la que sirve.

### 3. Valores Institucionales

Los valores institucionales representan los principios fundamentales que orientan el comportamiento, la toma de decisiones y la cultura organizacional dentro de una institución. Son una guía tácita que define la forma en que los miembros del equipo deben actuar, tanto en sus funciones internas como en la atención brindada a los usuarios. En la etapa anterior del estudio de factibilidad no se definieron explícitamente los valores de la organización, por lo que este apartado busca establecerlos con claridad, de manera coherente con la misión y visión institucional ya formuladas.

La definición de valores organizativos permite construir un marco común de referencia para todos los colaboradores del centro asistencial. Su función es orientar las relaciones entre las personas, consolidar la identidad interna y facilitar un comportamiento alineado con el propósito institucional. Estos valores deben reflejar el tipo de organización que se desea construir y ser compatibles con el entorno, el servicio prestado y la forma en que se relaciona con la comunidad.

#### a. Valores Propuestos

Los valores definidos a continuación constituyen los pilares éticos y operativos que regirán el accionar de la clínica asistencial proyectada. Se han seleccionado considerando su relevancia en contextos institucionales de atención médica, su compatibilidad con el enfoque del proyecto y su aplicabilidad práctica en la gestión diaria.

Tabla 226. Valores propuestos

Valor	Descripción	Definición operativa	Propósito organizativo
<b>Responsabilidad</b>	Es la capacidad de asumir y cumplir con los deberes asignados de forma ética, puntual y eficiente, reconociendo el impacto de cada acción en el	Cumplir con los deberes asignados de forma oportuna, ética y eficiente.	Asegurar que cada área cumpla sus funciones con compromiso institucional.

Valor	Descripción	Definición operativa	Propósito organizativo
	funcionamiento de la organización.		
<b>Calidez</b>	Es el trato humano, empático y respetuoso que se brinda tanto a los usuarios como al equipo interno, promoviendo un ambiente digno y cercano.	Tratar a los usuarios y al personal con respeto, empatía y cortesía.	Fomentar un ambiente humano y digno en la atención y en el entorno laboral.
<b>Transparencia</b>	Es la disposición a actuar con honestidad, claridad y apertura en la gestión de información, recursos y decisiones institucionales.	Actuar con honestidad y claridad en el uso de recursos, la información y las decisiones.	Promover la confianza interna y el respaldo externo a la gestión institucional.
<b>Equidad</b>	Es el principio que garantiza un trato justo y sin discriminación, asegurando igualdad de condiciones en el acceso y la atención de los servicios.	Brindar servicios sin discriminación, garantizando acceso justo a la atención.	Asegurar que todas las personas sean tratadas bajo el mismo estándar ético.
<b>Compromiso</b>	Es la disposición activa de cada colaborador para cumplir sus funciones con entrega, alineado a los objetivos organizativos y al bienestar institucional.	Implicarse activamente en los objetivos del centro, cuidando los recursos y cumpliendo las normas.	Fortalecer el sentido de pertenencia y el cumplimiento colectivo.
<b>Orden</b>	Es la organización y disciplina aplicada a los procesos, espacios y recursos, asegurando estructura, control y eficiencia operativa.	Mantener estructuras, procesos y espacios en condiciones organizadas y funcionales.	Favorecer el control operativo, la trazabilidad y la eficiencia interna.

Fuente: *Elaboración propia*

La adopción de estos valores permitirá consolidar una cultura organizacional coherente con los principios establecidos en la misión y visión institucional. Su aplicación contribuirá

a fortalecer el clima laboral, orientar las relaciones con los usuarios y asegurar que las decisiones administrativas y operativas respondan a principios compartidos y sostenibles.

#### **4. Objetivos De La Organización**

En esta sección se establecen los objetivos organizativos que orientarán el funcionamiento institucional del centro asistencial proyectado. Durante la etapa anterior no se definieron metas claras que tradujeran la misión, visión y valores en resultados específicos, lo que constituye una omisión relevante en la planificación. Por ello, esta etapa busca corregir ese vacío, presentando objetivos estratégicos que sirvan como eje de referencia para todas las acciones futuras.

##### **a. SMART**

Los objetivos organizativos son herramientas esenciales para guiar el comportamiento y la toma de decisiones dentro de una institución. Representan el punto de convergencia entre lo que la organización es (**misión**), lo que aspira a ser (**visión**) y los principios que la guían (**valores**).

Con el fin de asegurar su eficacia, estos objetivos han sido formulados bajo el enfoque de la técnica SMART, la cual establece que todo objetivo debe ser:

- **S – Específico:** debe expresar con claridad qué se pretende lograr, evitando ambigüedades.
- **M – Medible:** debe ser cuantificable o evaluable mediante indicadores concretos.
- **A – Alcanzable:** debe ser realista en función de los recursos disponibles y el contexto.
- **R – Relevante:** debe contribuir directamente a los propósitos institucionales.
- **T – Temporal:** debe tener un horizonte definido de tiempo para su cumplimiento.

Aplicar esta técnica no solo mejora la precisión del objetivo, sino que facilita su seguimiento, evaluación y ajuste durante el proceso de implementación.

##### **b. Elaboración De Los Objetivos**

A continuación, se presentan los objetivos estratégicos que marcarán la dirección general del centro asistencial. Todos han sido redactados aplicando los cinco criterios de la técnica SMART.

### Objetivo 1

Optimizar los procesos administrativos del centro asistencial para garantizar un funcionamiento eficiente y controlado en los primeros tres años de operación

S	M	A	R	T
Se centra exclusivamente en los procesos administrativos internos del centro, sin dispersarse en otras áreas	A través de indicadores como tiempo promedio de atención, errores administrativos detectados, cumplimiento de procedimientos y número de controles implementados	Dado que en tres años puede implementarse un sistema básico de gestión, con manuales, capacitaciones y supervisión progresiva	Porque una buena gestión administrativa es clave para el funcionamiento operativo, financiero y organizativo de la clínica	Establece como plazo los primeros tres años, dentro del marco de los cinco del proyecto

### Objetivo 2

Establecer un modelo organizativo funcional y documentado que permita definir con claridad las responsabilidades del personal y los canales de comunicación interna, en un plazo no mayor a 12 meses

S	M	A	R	T
Porque se enfoca directamente en el diseño organizativo y la definición formal de roles y comunicación	A través de productos tangibles como el organigrama, el manual de funciones y los protocolos de comunicación	Viable en un año con el apoyo de una comisión organizativa y asesoría técnica	Es un pilar fundamental para evitar duplicidad de funciones y mejorar la eficiencia interna desde el inicio de operaciones	Su ejecución está delimitada al primer año del proyecto

### Objetivo 3

Desarrollar un sistema de atención integral centrado en la calidad del servicio y la satisfacción del paciente, con retroalimentación periódica a partir del primer semestre de operación

S	M	A	R	T
Porque apunta al diseño y puesta en marcha de un sistema de atención enfocado en la experiencia del usuario	Mediante encuestas de satisfacción, tasa de quejas resueltas, tiempos de atención y seguimiento de sugerencias	Posible en los primeros seis meses mediante capacitación del personal, elaboración de protocolos y diseño de instrumentos de evaluación	La calidad del servicio es el eje central del éxito de cualquier clínica asistencial	Inicia formalmente desde el primer semestre y se proyecta su mejora continua durante los cinco años

### Objetivo 4

Garantizar la sostenibilidad operativa y financiera del centro mediante la implementación de un sistema de evaluación de resultados institucionales en ciclos bimestrales durante los dos primeros años

S	M	A	R	T
Porque se enfoca en crear un sistema de control institucional centrado en sostenibilidad	A través de reportes financieros periódicos, análisis de indicadores de eficiencia y cumplimiento de metas operativas	Realizable con personal administrativo capacitado y herramientas básicas de seguimiento	Sin sostenibilidad no es posible mantener la operación ni ampliar servicios en el largo plazo	Se establece un esquema de evaluación bimestral dentro de los primeros dos años

La formulación de los objetivos tácticos y operativos, correspondientes a niveles funcionales y de ejecución directa, será desarrollada en los próximos apartados de este capítulo, una vez se haya definido con claridad la estructura organizativa del centro. Esto permitirá que dichos objetivos se alineen correctamente con las áreas o departamentos

que se establecerán, y que su formulación responda a funciones concretas dentro del diseño estructural.

**c. FODA**

Tabla 227. Desarrollo del FODA

<b>FACTORES INTERNOS</b>		<b>FACTORES EXTERNOS</b>	
<b>FORTALEZAS</b>		<b>OPORTUNIDADES</b>	
F1	Al haber sido previamente un hospital de segundo nivel, el inmueble cuenta con instalaciones que superan los requisitos mínimos para una clínica de primer nivel. Esto permite adecuaciones menores, ahorrando recursos y tiempo de implementación	O1	El aumento sostenido de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cardiovasculares) y el envejecimiento poblacional generan una creciente demanda de servicios de salud continuos, integrales y humanizados.
F2	Tiene más de 30 años de historia institucional, con fuerte identidad comunitaria, especialmente por su enfoque en poblaciones vulnerables	O2	Saturación de unidades públicas vecinas, lo cual genera tiempos de espera y traslados prolongados, incrementando la necesidad de reapertura
F3	47% de los encuestados manifestaron estar totalmente dispuestos a usar el hospital nuevamente	O3	Se identificó viabilidad para alianzas estratégicas con aseguradoras (SISA, MAPFRE) y plataformas de telemedicina (Mediquo, WhatsApp)
F4	Cuenta con una red comunitaria y religiosa preexistente (ONGs, congregaciones, voluntariado) que puede facilitar la reactivación operativa y captar apoyos	O4	Uso creciente de medicamentos genéricos y de plataformas digitales, lo cual reduce costos operativos y mejora cobertura
F5	Ubicación estratégica: puede cubrir directamente a más de 107,000 personas en Santiago Texacuangos, Olocuilta, San Luis Talpa y Santo Tomás	O5	La cercanía del servicio médico es un factor determinante para la comunidad: 56.25% de los encuestados mencionaron la lejanía como su principal barrera de acceso
F6	Parte del equipo médico básico aún se encuentra en condiciones de uso, facilitando la reapertura con menor inversión inicial en insumos y tecnología	O6	Existen organismos multilaterales y ONGs interesadas en proyectos de salud territorial. El enfoque comunitario y asistencial del proyecto lo convierte en un candidato atractivo para financiamiento externo o donaciones estratégicas
<b>DEBILIDADES</b>		<b>AMENAZAS</b>	

D1	El hospital fue clausurado por incumplimientos normativos, incluyendo fallas en quirófanos	A1	Presencia de competidores consolidados como la Unidad de Salud de Santo Tomás y clínicas privadas, que captaron a buena parte de la población tras el cierre
D2	No existen reportes técnicos ni diagnósticos funcionales del equipamiento médico existente	A2	A pesar de su trayectoria histórica, el 55.41% de los encuestados no conoce el Hospital Divina Providencia, lo que indica una baja recordación de marca y escasa visibilidad institucional
D3	No se cuenta con expediente clínico electrónico, ni sistema de citas, ni plataforma de administración moderna, no se tienen datos históricos que pueden ser utilizados para un análisis de datos de predicción	A3	Aunque el modelo a implementar será una clínica privada sin fines de lucro, el marco normativo salvadoreño no flexibiliza significativamente los requisitos para este tipo de entidades. La regulación es homogénea para todas las clínicas privadas, lo que implica cumplir con estándares técnicos, protocolos, licenciamiento, personal acreditado y equipamiento específico
D4	No existen convenios activos con farmacias, distribuidores de medicamentos o aseguradoras, lo cual limita la continuidad de tratamiento y la sostenibilidad operativa	A4	creciente oferta y aceptación de servicios de salud alternativos y no convencionales como líneas de atención pública remota, plataformas de teleconsultas, farmacias con personal técnico, medicina natural y prácticas de autocuidado
D5	Falta un modelo financiero y tarifario definido: no hay estructura de costos, ni análisis de rentabilidad, ni indicadores económicos de viabilidad operativa	A5	Los competidores podrían responder con estrategias agresivas: reducción de precios, retención de personal clave o campañas de fidelización
D6	El hospital no cuenta con una plantilla activa ni una estructura organizativa operativa, por lo que se debe reclutar, capacitar y contratar todo el personal desde cero	A6	Buena parte de la población que se beneficiaría de los servicios de la clínica tiene ingresos bajos a medio, lo que limita su capacidad de pago y puede afectar la sostenibilidad

Fuente: *Elaboración propia*

#### d. Estrategias

Tabla 228. Estrategias a partir del FODA

Oportunidades		Amenazas	
O1	Creciente demanda de salud por enfermedades crónicas y envejecimiento poblacional	A1	Competencia consolidada que ya captó parte de la población objetivo
O2	Saturación de servicios públicos cercanos impulsa necesidad de reapertura	A2	Baja recordación de marca y escasa visibilidad institucional
O3	Viabilidad de alianzas con aseguradoras y plataformas de telemedicina	A3	Regulación estricta sin distinción para clínicas sin fines de lucro
O4	Uso de genéricos y tecnología reduce costos y amplía cobertura	A4	Creciente preferencia por servicios de salud alternativos y no convencionales
O5	Alta demanda por servicios médicos cercanos	A5	Riesgo de reacciones competitivas agresivas del entorno
O6	Potencial de financiamiento externo por enfoque comunitario en salud	A6	Baja capacidad de pago en la población objetivo limita sostenibilidad
<b>Fortalezas</b>		<p><b>F102:</b> Aprovechar la infraestructura actual para abrir servicios básicos de forma rápida y captar pacientes de unidades públicas saturadas</p> <p><b>F6F40306:</b> Usar redes de apoyo para establecer alianzas que financien equipamiento y garanticen sostenibilidad operativa</p> <p><b>F2F305:</b> Lanzar campaña basada en la historia institucional y cercanía para atraer pacientes y fortalecer el vínculo comunitario</p> <p><b>F504:</b> Implementar plataformas digitales para ampliar cobertura y diferenciarse en zonas densamente pobladas</p>	<p><b>F2A2:</b> Usar el legado institucional y su vínculo social como base de una campaña de posicionamiento que recupere visibilidad y confianza local</p> <p><b>F3A1:</b> Aprovechar el 47% de encuestados dispuestos a regresar como segmento inicial para reactivar la demanda frente a competidores establecidos</p> <p><b>F5A6:</b> Aprovechar la alta densidad poblacional para aplicar precios accesibles sostenibles por volumen de atención</p> <p><b>F4A5:</b> Fortalecer vínculos comunitarios y alianzas sociales para blindarse frente a campañas agresivas de la competencia</p>
F1	Infraestructura superior que facilita reapertura con menor inversión		
F2	Trayectoria mayor a 30 años con fuerte vínculo comunitario y enfoque social.		
F3	Alta disposición comunitaria a usar nuevamente el servicio		
F4	Red comunitaria y religiosa activa que facilita reactivación y apoyos		
F5	Ubicación estratégica con cobertura directa a más de 107,000 personas		
F6	Equipamiento básico utilizable que reduce inversión inicial		
<b>Debilidades</b>		<p><b>D304:</b> Implementar expediente clínico digital y sistema de citas usando plataformas tecnológicas accesibles para mejorar eficiencia y trazabilidad</p> <p><b>D606:</b> Gestionar fondos de cooperación para financiar la contratación y capacitación inicial del equipo operativo y clínico</p> <p><b>D503:</b> Diseñar un modelo financiero flexible basado en convenios con aseguradoras y servicios digitales para diversificar ingresos desde el inicio</p> <p><b>D401:</b> Establecer alianzas con farmacias y aseguradoras para asegurar continuidad de tratamiento y responder a la demanda sostenida del entorno</p>	<p><b>D2A3:</b> Realizar evaluación técnica completa del equipo médico para asegurar el cumplimiento normativo y evitar retrasos regulatorios</p> <p><b>D1A2:</b> Reabrir con enfoque en cumplimiento total y transparencia para reconstruir reputación institucional y credibilidad comunitaria</p> <p><b>D5A6:</b> Elaborar un esquema tarifario social ajustado a la capacidad de pago local, que asegure viabilidad sin excluir a usuarios</p> <p><b>D4A4:</b> Establecer convenios estratégicos con farmacias, laboratorios y aseguradoras para ofrecer servicios integrados y competitivos</p>
D1	Clausura previa por incumplimientos normativos y fallas técnicas		
D2	Falta de diagnósticos técnicos del equipamiento médico existente		
D3	Ausencia de sistemas digitales y datos clínicos históricos		
D4	Falta de convenios activos con actores clave del sistema de salud		
D5	Ausencia de modelo financiero y análisis de viabilidad económica.		
D6	Sin personal activo ni estructura organizativa operativa		

Fuente: Elaboración propia

## **1. Políticas**

El Reglamento de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud establece una serie de obligaciones mínimas que toda institución del sector salud pública o privada debe cumplir para garantizar el respeto a los derechos de los pacientes, el adecuado funcionamiento organizativo y la correcta prestación de servicios de salud.

Dado el alcance de una clínica de primer nivel con servicios ambulatorios, las nueve políticas institucionales propuestas han sido diseñadas estratégicamente para cubrir de forma integral y no redundante los aspectos normativos aplicables. A continuación, se expone cómo cada política responde directamente a los artículos claves del Reglamento:

### **1) Política de Trato Digno, Equitativo y Comunicación Efectiva**

Cubre el Art. 6 (trato respetuoso), Art. 13 (conductas contra el personal), y Art. 7 (información clara y comprensible).

Fundamenta la humanización de la atención, alineándose con los valores de equidad, calidez y ética institucional.

### **2) Política de Información y Consentimiento Informado**

Da cumplimiento al Art. 7 (derecho a la información) y al Art. 12 (uso obligatorio del consentimiento informado).

Garantiza que ningún procedimiento se realice sin autorización expresa y documentada del paciente, respetando su autonomía.

### **3) Política de Publicación y Visibilidad Institucional**

Responde al Art. 8, que exige carteles visibles con derechos y deberes del paciente, e identificación del personal.

Facilita la transparencia, el empoderamiento del usuario y el cumplimiento de obligaciones mínimas de información.

### **4) Política de Atención al Usuario: Sugerencias, Consultas y Reclamos**

Atiende el Art. 9, que establece la obligación de contar con formularios y plazos para responder sugerencias o quejas.

Asegura un canal institucional formal de retroalimentación, fortaleciendo la mejora continua y la confianza del paciente.

### **5) Política de Manejo del Expediente Clínico**

Cumple el Art. 18 y Art. 19, que establecen la obligatoriedad del expediente clínico y su posible digitalización.

Regula la recolección, custodia y trazabilidad de la información clínica, garantizando seguridad y confidencialidad.

### **6) Política de Seguridad y Respeto al Personal de Salud**

Da respuesta al Art. 13, que autoriza acciones ante conductas que pongan en riesgo la integridad del equipo.

Proporciona un marco institucional para proteger al recurso humano, fomentando ambientes de trabajo seguros y dignos.

### **7) Política de Transparencia de Costos**

Cubre el Art. 11, que exige entrega escrita de costos de procedimientos e insumos.

Asegura prácticas éticas en la relación económica con el usuario, respetando su derecho a conocer los costos anticipadamente.

### **8) Reglamento Interno del Establecimiento**

Obligatorio según los Art. 20 al 22, que regulan la elaboración y aprobación del reglamento interno por el MINSAL.

Contiene las bases normativas operativas de la institución, ajustadas a su nivel y tipo de atención.

### **9) Política de Mejora Continua de la Atención**

Exigida por los Art. 23 y 24, que instruyen a los prestadores a implementar programas de mejora con metodología evaluativa.

Establece un marco para evaluar procesos y resultados, alineado con la visión institucional de eficiencia y sostenibilidad

Luego de este análisis se presentan las respectivas políticas:



---

## **Política de Trato Digno, Equitativo y Comunicación Efectiva**

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia creemos firmemente que cada persona merece ser atendida con respeto, humanidad y empatía. Por ello, nuestra política institucional establece que todo usuario que acude a nuestros servicios ambulatorios será recibido y acompañado en un ambiente cálido, cercano y libre de toda forma de discriminación

Estamos comprometidos con brindar una atención que refleje nuestros valores de calidez, equidad, responsabilidad y compromiso comunitario. Nuestro equipo de salud actúa con sensibilidad, reconociendo la dignidad de cada persona, respetando su privacidad y asegurando que toda intervención médica sea explicada de forma clara, honesta y comprensible

Nos esforzamos por construir una relación de confianza mutua entre el personal y los pacientes, escuchando sus inquietudes, resolviendo sus dudas y comunicando la información médica con transparencia y profesionalismo. Tratamos a todos por igual, sin distinciones de edad, género, religión, condición económica o cualquier otra característica personal.

La equidad es para nosotros una base ética innegociable: todas las personas tienen derecho a acceder a servicios ambulatorios oportunos y de calidad, sin favoritismos ni barreras. En cada consulta, cada procedimiento y cada orientación, nos guía el deseo de ofrecer una atención cercana, justa y comprometida con el bienestar de nuestra comunidad.

Esta política no solo responde a lo establecido en la normativa nacional, sino que refleja profundamente la misión y visión de nuestra clínica: ser un centro de atención primaria confiable, accesible y digno, que actúe con responsabilidad social y respeto por la vida humana.



---

## Política de Información y Consentimiento Informado

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia reconocemos que el acceso a información clara y comprensible es un derecho fundamental de toda persona que recibe atención en nuestro centro. Por ello, mantenemos un firme compromiso con la transparencia, el respeto a la autonomía del paciente y la toma de decisiones informadas.

Creemos que una comunicación abierta, honesta y adaptada a las necesidades de cada paciente fortalece la confianza en la relación clínica. Nuestro personal de salud está capacitado para brindar explicaciones comprensibles sobre el diagnóstico, los procedimientos propuestos, los beneficios esperados, los posibles riesgos y las alternativas disponibles. Esta información será transmitida con claridad, calidez y sin tecnicismos innecesarios, asegurando que cada usuario comprenda plenamente su situación.

El consentimiento informado no es un trámite, sino un proceso ético y humano que garantiza que toda atención médica sea aceptada de manera libre, consciente y

voluntaria. Ningún procedimiento será realizado sin que el paciente o su representante legal, si corresponde haya otorgado su autorización expresa, conforme al formato y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.

Asimismo, respetamos el derecho del paciente a plantear preguntas, recibir respuestas comprensibles y solicitar una segunda opinión cuando lo considere necesario. Valoramos la participación activa de cada persona en las decisiones sobre su salud, y fomentamos un ambiente donde se sienta escuchada, acompañada y plenamente informada.

Nuestra política de información y consentimiento se basa en los principios de equidad, dignidad, ética y accesibilidad que orientan nuestra labor diaria. Al brindar información o solicitar autorizaciones, actuamos con profesionalismo y compromiso social, porque sabemos que detrás de cada decisión clínica hay una persona con derechos, historias y necesidades que merecen nuestro respeto absoluto.

Esta política refleja no solo nuestro cumplimiento legal, sino también nuestra vocación de servicio humano, accesible y centrado en el bienestar de la comunidad de Santiago Texacuangos y sus alrededores.



---

## Política de Publicación y Visibilidad Institucional

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, reconocemos que la transparencia, la información accesible y la identificación clara de nuestros profesionales son elementos esenciales para generar confianza, orientar a los usuarios y garantizar una atención ordenada y segura.

Por ello, aseguramos que en todas las áreas de atención al usuario se encuentren colocados de forma visible los derechos y deberes de los pacientes, así como los principios de atención que guían nuestro trabajo. Este material está disponible en formato legible y accesible para toda persona que acuda a nuestras instalaciones, como parte de nuestro esfuerzo por fomentar el conocimiento de los servicios, la participación informada y el ejercicio responsable de los derechos en salud.

Asimismo, todo nuestro personal clínico y asistencial porta identificación visible durante su jornada, lo que permite a los usuarios saber con quién están interactuando, facilitando así la comunicación, la seguridad y la trazabilidad de cada atención brindada. Este principio de identificación no solo mejora la experiencia del paciente, sino que fortalece la organización interna y refuerza la cultura de orden, responsabilidad y compromiso que caracteriza a nuestra institución.

Esta política refleja nuestra voluntad de actuar de forma abierta, profesional y alineada con los principios de ética, equidad y calidad que orientan cada una de nuestras acciones. Creemos que un entorno informado y transparente es la base para una atención más humana, confiable y cercana a las necesidades reales de nuestra comunidad.



---

## Política de Atención al Usuario: Sugerencias, Consultas y Reclamos

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia valoramos la voz de cada usuario como una fuente vital para mejorar nuestros servicios y fortalecer el vínculo con la comunidad. Por ello, promovemos un entorno abierto al diálogo, donde cada sugerencia, consulta o reclamo sea recibido con respeto, procesado con seriedad y atendido con prontitud.

Toda persona que acceda a nuestros servicios tiene el derecho de expresar su experiencia, formular inquietudes o plantear recomendaciones, ya sea de manera escrita o verbal. Para ello, contamos con mecanismos accesibles que incluyen formularios físicos y un buzón ubicado en un área visible de la clínica, así como personal designado para brindar orientación y canalizar adecuadamente cada comunicación recibida.

Nos comprometemos a dar respuesta dentro de los plazos establecidos, priorizando aquellas situaciones que puedan afectar el estado de salud o la dignidad del paciente. Las consultas urgentes o sensibles se atenderán con carácter inmediato, y todas las demás serán respondidas en un máximo de quince días calendario, con la seriedad y el respeto que cada persona merece.

Este espacio de escucha activa no es visto como una instancia aislada, sino como parte integral de nuestra estrategia de mejora continua. Cada reclamo o sugerencia se analiza con enfoque constructivo y se documenta para identificar oportunidades de ajuste, innovación o refuerzo en nuestros procesos internos.

Con esta política buscamos consolidar una cultura institucional basada en la apertura, el compromiso y la calidad humana, en sintonía con nuestros valores de responsabilidad, transparencia y calidez en la atención. Escuchar a quienes confían en nosotros es parte esencial de nuestro compromiso con una atención accesible, ética y cercana.



---

## Política de Manejo del Expediente Clínico

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, reconocemos que el expediente clínico es un elemento esencial para garantizar una atención segura, continua y de calidad. Cada atención prestada a nuestros usuarios queda registrada de forma ordenada, clara y completa, como parte de nuestro compromiso con la trazabilidad, el seguimiento responsable y la protección de la información en salud.

Toda persona atendida en nuestras instalaciones cuenta con un expediente clínico individual, el cual contiene los datos relevantes sobre su estado de salud, antecedentes, diagnósticos, procedimientos, tratamientos y evolución. Esta información es documentada por personal médico, de enfermería o asistencial debidamente autorizado, cumpliendo con estándares éticos, técnicos y legales.

El expediente puede gestionarse en formato físico o electrónico, según las capacidades operativas del centro, pero siempre garantizando su confidencialidad, integridad y disponibilidad. Los registros clínicos son protegidos bajo principios de reserva, acceso controlado y uso exclusivo para fines asistenciales, conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud.

Además, estamos comprometidos con avanzar hacia la digitalización progresiva del expediente clínico, adoptando herramientas tecnológicas que mejoren la eficiencia en la atención, reduzcan los errores y fortalezcan la coordinación entre áreas. Este proceso será desarrollado con responsabilidad, asegurando la capacitación del personal y la implementación de mecanismos de respaldo y auditoría.

La adecuada gestión del expediente clínico es una expresión de respeto hacia cada usuario y una herramienta fundamental para ofrecer un servicio organizado, seguro y profesional. En nuestra clínica, documentar bien es cuidar mejor.



---

## Política de Seguridad y Respeto al Personal de Salud

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, creemos firmemente que la calidad en la atención no puede existir sin un entorno laboral seguro, respetuoso y digno para todo nuestro personal. Cada miembro del equipo —desde el área médica hasta el personal de apoyo— merece desarrollar su labor en condiciones que promuevan el bienestar, la estabilidad emocional y el respeto mutuo.

Nuestra política establece con claridad que cualquier conducta irrespetuosa, agresiva o amenazante hacia el personal será abordada con firmeza, priorizando la protección de quienes prestan sus servicios dentro de la institución. Contamos con protocolos que permiten al equipo actuar con serenidad y seguridad frente a situaciones de violencia verbal, física o emocional, y en los casos necesarios, se coordinará el apoyo con las autoridades correspondientes.

Fomentamos una cultura de respeto recíproco entre usuarios y trabajadores de la salud, reconociendo que la buena atención también requiere de un ambiente armónico y colaborativo. Desde la primera interacción, promovemos el trato amable, la escucha activa y la resolución pacífica de cualquier malentendido, con el fin de prevenir tensiones y fortalecer los vínculos humanos.

Además, trabajamos continuamente en el fortalecimiento del clima organizacional interno, ofreciendo espacios de comunicación, capacitación y apoyo al equipo, conscientes de que el cuidado de quienes cuidan es un pilar fundamental para brindar servicios éticos, seguros y sostenibles.

Esta política refleja nuestro compromiso con el valor de la responsabilidad, la protección del talento humano y la construcción de una cultura institucional basada en el respeto, el orden y la dignidad compartida.



---

## Política de Transparencia de Costos

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, entendemos que la claridad en los costos es un derecho del usuario y un componente esencial de la confianza que buscamos construir con cada persona que accede a nuestros servicios. Por ello, mantenemos un compromiso firme con la transparencia económica, garantizando que toda atención brindada esté respaldada por información clara, detallada y accesible sobre su valor.

Cada procedimiento, consulta, examen o tratamiento realizado en la clínica cuenta con una cotización previa, que detalla de forma explícita el costo de los servicios, insumos, medicamentos y cualquier otro recurso asociado. Esta información es entregada por escrito al usuario o su representante, firmada por el responsable administrativo, antes de la prestación del servicio, para que pueda tomar decisiones informadas sin sorpresas ni ambigüedad.

Nuestro enfoque está orientado a brindar servicios accesibles, con una estructura de precios justa y sustentable, diseñada para responder a la realidad económica de la comunidad a la que servimos. En casos de tratamientos recurrentes o atenciones prolongadas, se facilita información anticipada sobre los posibles costos acumulados y las opciones disponibles.

Además, se capacita al personal encargado de atención al usuario para brindar explicaciones claras y respetuosas sobre los cobros, así como para resolver cualquier duda relacionada con pagos, facturación o criterios de tarifas aplicables.

Esta política busca fortalecer la transparencia como principio institucional y reforzar nuestra identidad como una clínica ética, ordenada y comprometida con el bienestar real y completo de las personas.



---

## Reglamento Interno del Establecimiento

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, concebimos el reglamento interno como una herramienta esencial para organizar nuestra operación, establecer normas claras de convivencia institucional y asegurar que cada acción dentro del centro esté alineada con los principios, objetivos y compromisos que nos definen.

El reglamento interno de la clínica ha sido elaborado en función de nuestra naturaleza como centro ambulatorio de primer nivel, considerando las características de los servicios que ofrecemos, nuestra estructura organizativa, las funciones del personal y las relaciones con los usuarios. Este documento recoge disposiciones que regulan tanto el comportamiento del equipo humano como el funcionamiento general de los procesos administrativos y asistenciales.

Nos aseguramos de que dicho reglamento esté debidamente aprobado por el Ministerio de Salud, conforme a los procedimientos establecidos en la normativa vigente, y sea revisado periódicamente para incorporar mejoras, actualizaciones legales o adaptaciones técnicas que contribuyan a una gestión más eficiente y responsable.

Todo el personal de la clínica tiene acceso al reglamento, y es orientado sobre su contenido durante el proceso de inducción institucional. De igual forma, se promueve su cumplimiento a través de una cultura organizacional basada en la disciplina, la transparencia y el compromiso colectivo.

Esta política refleja nuestra convicción de que las normas internas no son solo lineamientos formales, sino expresiones prácticas de nuestros valores institucionales, que fortalecen la estabilidad, la trazabilidad y la coherencia operativa de nuestro proyecto de salud.



---

## Política de Mejora Continua de la Atención

---



En la Clínica Asistencial Divina Providencia, creemos que brindar una atención de calidad no es un punto de llegada, sino un proceso constante de evaluación, aprendizaje y transformación. Por eso, hemos asumido el compromiso institucional de impulsar una cultura de mejora continua, centrada en el bienestar de nuestros usuarios y en la eficiencia de nuestros procesos.

Nos esforzamos por identificar permanentemente aquellas áreas donde podemos avanzar: desde los tiempos de atención hasta la comunicación con los pacientes, desde la gestión de insumos hasta el trato interpersonal. Para ello, implementamos mecanismos simples y accesibles de monitoreo, como encuestas de satisfacción, análisis de reclamos, revisión de indicadores y reuniones internas de evaluación.

Cada dato que recibimos y cada experiencia que escuchamos nos ayuda a detectar oportunidades para mejorar nuestros servicios. Estas observaciones se convierten en propuestas concretas que son discutidas, planificadas y, cuando es posible, ejecutadas con responsabilidad y participación de los equipos involucrados.

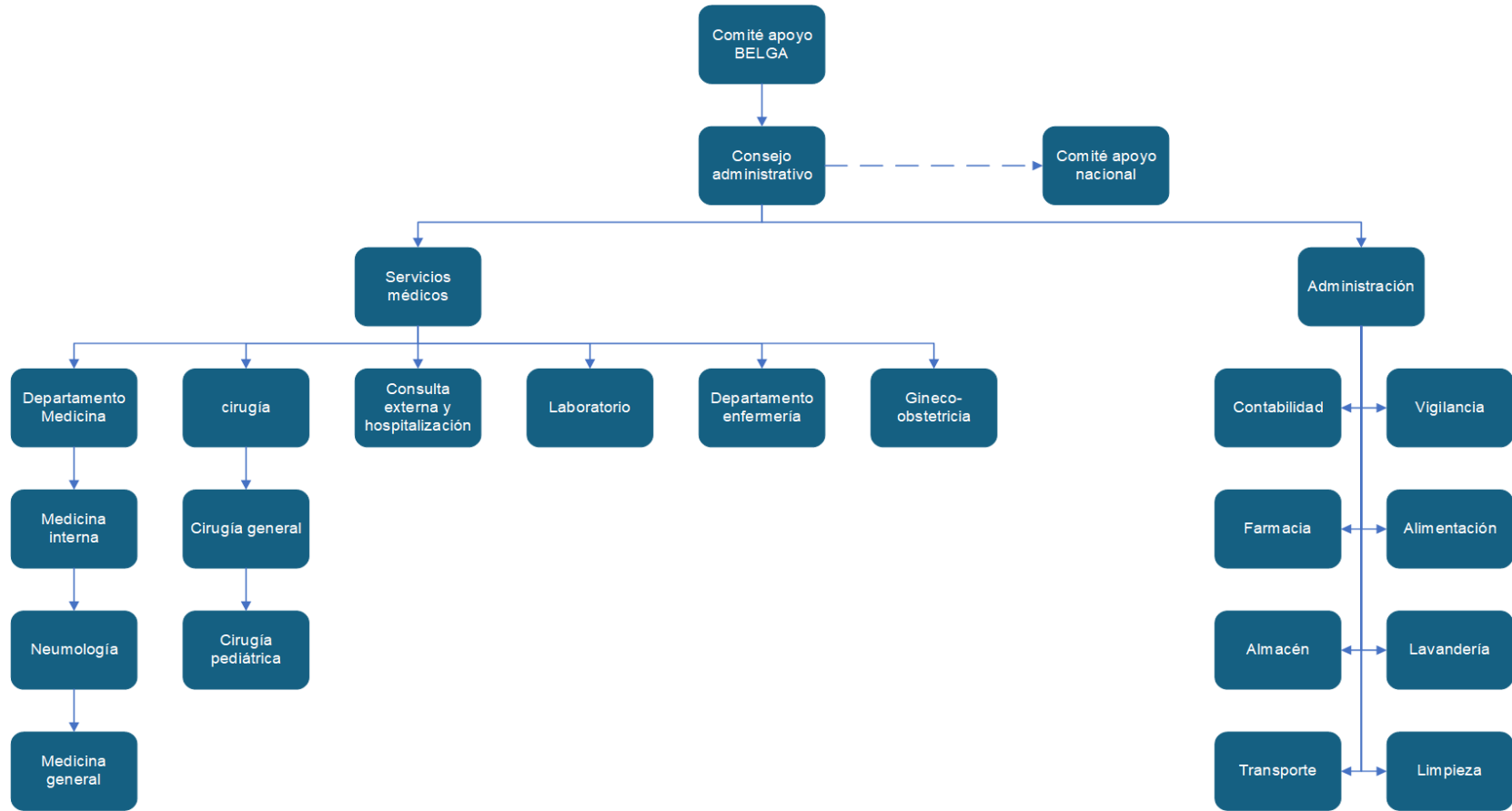
Además, nos mantenemos atentos a los lineamientos del ente rector, el Ministerio de Salud, y dispuestos a incorporar recomendaciones técnicas o normativas que fortalezcan nuestras prácticas institucionales.

Esta política se basa en nuestros valores de orden, compromiso y responsabilidad, y refleja nuestra visión de ser una clínica ambulatoria organizada, eficiente y cercana, capaz de responder de forma dinámica a las necesidades cambiantes de la comunidad.

Mejorar es parte de nuestro trabajo diario, porque entendemos que cuidar bien también implica aprender y evolucionar juntos.

**B. Definición de la organización**  
**1. Estructura organizativa actual**

Figura 145. Organigrama actual



Fuente: Elaboración propia

Procedemos a analizar el organigrama original para el hospital divina providencia:

**a. Claridad en la estructura jerárquica**

El organigrama presenta un nivel directivo conformado por el Comité de Apoyo y el Consejo Administrativo, del cual dependen dos áreas principales: Servicios Médicos y Administración. La relación representada con línea discontinua hacia el Comité de Apoyo Nacional es coherente con una función de asesoría (staff). Esta disposición permite identificar las líneas de autoridad y asesoría, lo que es congruente con los principios de jerarquía establecidos en la normativa administrativa.

**b. Cobertura de áreas médicas**

El bloque de Servicios Médicos agrupa departamentos y especialidades relevantes como Medicina, Cirugía, Consulta externa y hospitalización, Laboratorio, Enfermería y Gineco-obstetricia. No obstante, según la RTA para hospitales de nivel 2, deben incorporarse de forma explícita unidades críticas como la Unidad de Imagenología y la Farmacia, esta última considerada un componente esencial del servicio asistencial para la dispensación de medicamentos.

**c. Cobertura de áreas de soporte**

En el área de Administración se incluyen funciones de soporte como Contabilidad, Vigilancia, Alimentación, Almacén, Transporte, Lavandería y Limpieza, lo cual coincide con los requerimientos “mayores” definidos en la RTA para el correcto funcionamiento de un establecimiento de salud. Sin embargo, la RTA también exige la existencia de áreas o funciones para Recursos Humanos, Bioseguridad y Archivo Clínico, las cuales no se observan de manera explícita en el diseño actual.

**d. Adecuación a los principios de diseño organizativo**

El organigrama presenta una departamentalización funcional al separar la atención médica de la gestión administrativa, lo cual favorece la especialización. No obstante, se detecta que algunas funciones aparecen ubicadas en áreas que no corresponden según la naturaleza de sus procesos, como el caso de Farmacia, que de acuerdo con la RTA debería estar adscrita a Servicios Médicos y no al área administrativa. Además, la ausencia visible del nivel de regencia médica limita la representación de la autoridad técnica exigida por la normativa.

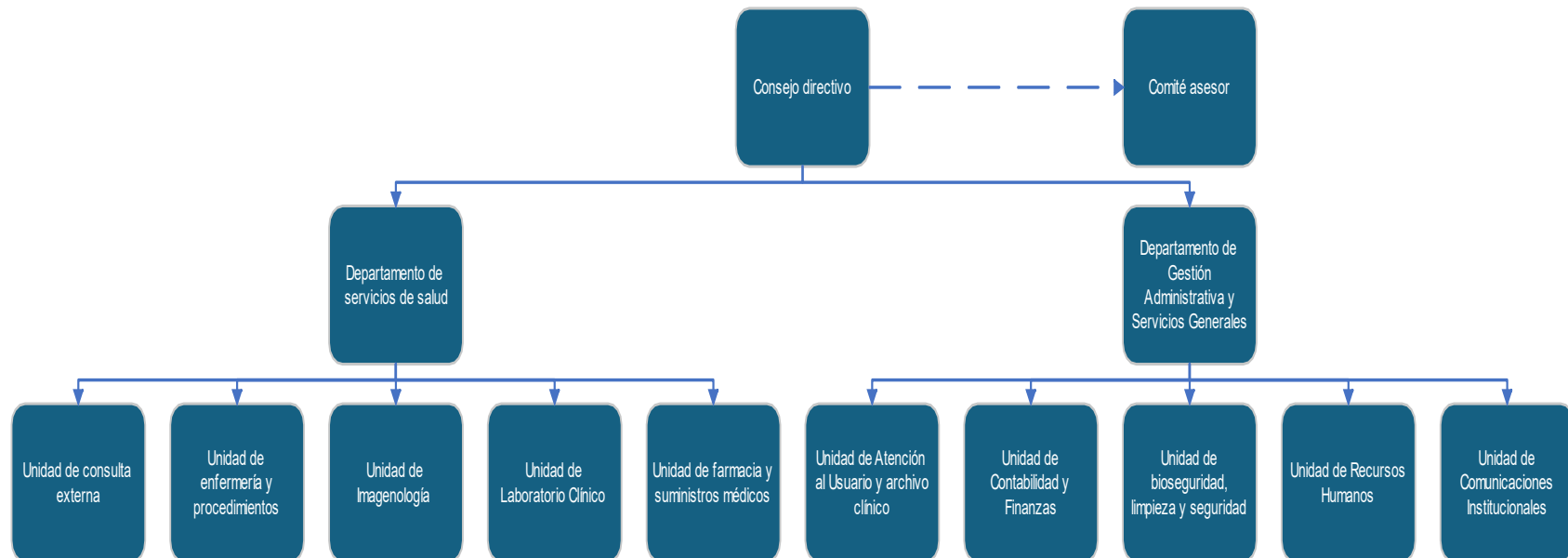
Con esto podemos afirmar que la estructura actual muestra una división funcional clara y una jerarquía definida, elementos positivos para la gestión. Sin embargo, para cumplir plenamente con los requerimientos establecidos en las RTA aplicables, sería necesario:

- Incorporar las unidades críticas faltantes (Imagenología, Farmacia bajo servicios médicos, Recursos Humanos, Bioseguridad y Archivo Clínico).
- Representar de forma explícita las regencias y responsables técnicos.
- Ajustar la ubicación de ciertas funciones para alinearlas con la naturaleza de sus procesos y con la normativa sectorial.

## 2. Estructura organizativa propuesta

Un organigrama bien definido constituye una herramienta fundamental para la gestión eficiente de cualquier establecimiento de salud. Permite visualizar de manera clara la estructura jerárquica, las relaciones de autoridad y las funciones de cada área, facilitando la coordinación entre unidades y optimizando el uso de los recursos. En el caso de una clínica asistencial, contar con un organigrama preciso asegura que los procesos asistenciales y administrativos se desarrollen de forma ordenada, conforme a la normativa vigente y en beneficio de la calidad de la atención al paciente.

Figura 146. Organigrama propuesto



Fuente: Elaboración propia

### ***a. Claridad en la estructura jerárquica***

El organigrama presenta una jerarquía claramente definida, encabezada por el Consejo Directivo y un Comité Asesor, de los cuales dependen dos grandes áreas: el **Departamento de Servicios de Salud** y el **Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales**. Esta división permite diferenciar de manera precisa las funciones asistenciales de las funciones administrativas y de soporte, favoreciendo la especialización y la coordinación interna.

### ***b. Cobertura de áreas médicas***

El **Departamento de Servicios de Salud** agrupa las unidades que la RTA para clínicas médicas asistenciales y servicios diagnósticos considera esenciales:

- Unidad de consulta externa.
- Unidad de enfermería y procedimientos.
- Unidad de Imagenología (cumple con requerimientos del RTA de Gabinete Radiológico e Imagenología).
- Unidad de Laboratorio Clínico (alineada con RTA de Laboratorio Nivel 2 en caso de ampliar servicios).
- Unidad de Farmacia y suministros médicos (cumpliendo con la exigencia de contar con dispensación y control de medicamentos).

Esta agrupación garantiza que los procesos clínicos y diagnósticos estén bajo un mismo mando, facilitando la supervisión y el cumplimiento de estándares técnicos.

### ***c. Cobertura de áreas de soporte***

El **Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales** incorpora las unidades necesarias para el funcionamiento logístico, administrativo y normativo de la clínica:

- Unidad de Atención al Usuario (cumple con la exigencia de archivo y registro clínico).
- Unidad de Contabilidad y Finanzas.
- Unidad de Bioseguridad, limpieza y seguridad (responde a la obligatoriedad de planes y protocolos de control de infecciones, manejo de desechos y vigilancia).
- Unidad de Recursos Humanos (incluye funciones de contratación, supervisión de personal, capacitación y canal de quejas).
- Unidad de Comunicaciones Institucionales (gestión de información interna y externa).

Este diseño responde a los requerimientos “mayores” de la RTA, asegurando la disponibilidad de personal y medios para mantener la operatividad de la clínica.

### ***d. Adecuación a los principios de diseño organizativo***

El organigrama aplica una departamentalización funcional, donde las unidades están organizadas según el tipo de actividad que realizan, lo que permite establecer líneas claras de autoridad, especialización de tareas y delimitación de responsabilidades. La

inclusión explícita de bioseguridad, recursos humanos y comunicaciones resuelve vacíos detectados en el organigrama anterior y asegura que las funciones críticas estén visiblemente asignadas.

El organigrama propuesto no solo cumple con la estructura mínima exigida por las RTA para el tipo de establecimiento (clínica asistencial con servicios diagnósticos), sino que también mejora la organización interna mediante:

- Claridad en la jerarquía.
- Integración de todas las unidades críticas asistenciales y de soporte.
- Visibilidad de funciones normativamente obligatorias como bioseguridad, farmacia y recursos humanos.

Esta configuración favorece el cumplimiento legal, la eficiencia operativa y la calidad en la atención al paciente.

### 3. Comparativas de organigramas

Se incluye un cuadro comparativo que ayuda a visualizar de mejor manera las mejoras que el organigrama propuesto representa

Tabla 229. Comparativa de organigramas

Aspecto	Organigrama anterior (Hospital nivel 2)	Organigrama propuesto (Clínica asistencial nivel 1)	Mejora lograda
<b>Estructura jerárquica</b>	Consejo Administrativo y Servicios Médicos/Administración, pero con algunas relaciones poco claras y áreas con dependencia ambigua.	Consejo Directivo y Comité Asesor con dos grandes departamentos (Servicios de Salud y Gestión Administrativa y Servicios Generales) claramente definidos.	Jerarquía más clara y coherente con los principios de organización y RTA.
<b>Cobertura de áreas médicas</b>	Incluye Medicina, Cirugía, Hospitalización, Laboratorio y Enfermería; carece de representación explícita de Farmacia e Imagenología.	Incluye Consulta externa, Enfermería, Imagenología, Laboratorio Clínico y Farmacia con suministros médicos.	Cobertura completa de unidades críticas según RTA para clínicas e imagenología.
<b>Cobertura de áreas de soporte</b>	Contabilidad, Vigilancia, Alimentación,	Contabilidad y Finanzas, Atención al Usuario, Bioseguridad/Limpieza/Seg	Incorpora RRHH, bioseguridad

Aspecto	Organigrama anterior (Hospital nivel 2)	Organigrama propuesto (Clínica asistencial nivel 1)	Mejora lograda
	Almacén, Transporte, Lavandería y Limpieza; sin Recursos Humanos ni Bioseguridad formalizada.	uridad, Recursos Humanos y Comunicaciones Institucionales.	y comunicaciones, cumpliendo con requerimientos de RTA.
<b>Ubicación funcional de Farmacia</b>	Farmacia bajo área administrativa, pese a que su función principal es asistencial.	Farmacia incluida en el Departamento de Servicios de Salud.	Alineación correcta con la naturaleza asistencial y normativa.
<b>Funciones normativas obligatorias</b>	No muestra explícitamente regencias, archivo clínico, bioseguridad ni protocolos de control de infecciones.	Unidades y funciones visibles para archivo clínico, bioseguridad, RRHH y control de infecciones.	Cumplimiento explícito de exigencias críticas según RTA.
<b>Especialización y departamentalización</b>	Mezcla funciones asistenciales y administrativas sin separación formal	Departamentalización funcional clara, separando servicios de salud y gestión administrativa y servicios generales.	Mayor especialización y delimitación de funciones.

Fuente: Elaboración propia

#### 4. Funciones básicas de los elementos de la organización

Tabla 230. Funciones generales de la organización

Nombre del elemento	Descripción	Dependencia	Funciones básicas (alineadas con RTA)
<b>Consejo Directivo</b>	Órgano máximo de gobierno de la clínica, encargado de definir las políticas generales, aprobar planes estratégicos y	—	Aprobar políticas y planes estratégicos; supervisar el cumplimiento de normativas de salud; asignar recursos para el funcionamiento; aprobar

Nombre del elemento	Descripción	Dependencia	Funciones básicas (alineadas con RTA)
	supervisar el cumplimiento de los objetivos institucionales.		manuales y protocolos institucionales.
<b>Comité Asesor</b>	Grupo de apoyo técnico y administrativo que brinda recomendaciones y asistencia especializada al Consejo Directivo para la toma de decisiones estratégicas y operativas.	Consejo Directivo	Asesorar en la toma de decisiones clínicas y administrativas; revisar cumplimiento de RTA y normativa sectorial; proponer mejoras en protocolos de atención y calidad.
<b>Departamento de Servicios de Salud</b>	Coordina y ejecuta actividades asistenciales y diagnósticas de la clínica, asegurando la calidad en la atención al paciente.	Comité Asesor	Supervisar la operación de las unidades clínicas; garantizar cumplimiento de protocolos de atención y bioseguridad; coordinar al personal médico y técnico; designar responsables de supervisión clínica.
<b>Unidad de Consulta Externa</b>	Brinda atención médica general y especializada a pacientes ambulatorios, incluyendo diagnóstico y tratamiento.	Departamento de Servicios de Salud	Realizar consultas médicas; elaborar diagnósticos; prescribir tratamientos; mantener registros clínicos; cumplir con horarios y cartera de servicios aprobados.
<b>Unidad de Enfermería y Procedimientos</b>	Presta servicios de enfermería, toma de signos vitales y ejecución de procedimientos clínicos.	Departamento de Servicios de Salud	Tomar signos vitales y medidas antropométricas; ejecutar procedimientos indicados; cumplir protocolos de control de infecciones; preparar al paciente para estudios o

Nombre del elemento	Descripción	Dependencia	Funciones básicas (alineadas con RTA)
			tratamientos; elaborar y ejecutar el plan mensual de actividades y el plan de asignaciones de enfermería; garantizar supervisión periódica por licenciado en enfermería cuando aplique.
<b>Unidad de Imagenología</b>	Realiza estudios radiológicos y de ultrasonografía para apoyo diagnóstico.	Departamento de Servicios de Salud	Operar equipos de rayos X y ultrasonido; cumplir protocolos de protección radiológica; entregar informes diagnósticos; mantener equipo y registros técnicos; elaborar, mantener y aplicar protocolos documentados de procedimientos; gestionar convenio de dosimetría y contratos de mantenimiento preventivo/correctivo de equipos.
<b>Unidad de Laboratorio Clínico</b>	Toma y análisis de muestras biológicas para diagnóstico y seguimiento de enfermedades.	Departamento de Servicios de Salud	Tomar y procesar muestras; realizar análisis de laboratorio; cumplir protocolos de bioseguridad; registrar y entregar resultados; garantizar control de calidad interno y externo conforme a normativa; gestionar contrato de desechos bioinfecciosos; en caso de citología, cumplir revisión del 100% de casos positivos y 10% de negativos; gestionar contrato con laboratorio cito patológico si aplica.

Nombre del elemento	Descripción	Dependencia	Funciones básicas (alineadas con RTA)
<b>Unidad de Farmacia y Suministros Médicos</b>	Dispensación de medicamentos y gestión de insumos médicos.	Departamento de Servicios de Salud	Dispensar medicamentos; gestionar compras y almacenamiento de insumos; controlar inventarios; cumplir normativas de conservación y entrega; documentar registros de dispensación.
<b>Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales</b>	Administra, da soporte logístico y gestiona recursos para la clínica.	Comité Asesor	Supervisar unidades administrativas y de soporte; asegurar disponibilidad de recursos; velar por el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales; coordinar contratación de servicios externos exigidos por normativa.
<b>Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico</b>	Recepción y orientación al paciente, gestión de citas, cobros y resguardo de historias clínicas.	Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales	Atender y orientar al usuario; gestionar agenda y cobros; archivar y custodiar expedientes clínicos cumpliendo la normativa de protección de datos; garantizar respaldo digital cuando aplique.
<b>Unidad de Contabilidad y Finanzas</b>	Gestión financiera, presupuestos, pagos, registros contables y cumplimiento de obligaciones fiscales.	Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales	Llevar registros contables; elaborar reportes financieros; cumplir obligaciones fiscales; administrar presupuesto y pagos; apoyar a RRHH en gestión de nómina.
<b>Unidad de Bioseguridad,</b>	Implementa protocolos de control de	Departamento de Gestión Administrativa	Ejecutar planes de control de infecciones; manejo y disposición de

Nombre del elemento	Descripción	Dependencia	Funciones básicas (alineadas con RTA)
<b>Limpieza y Seguridad</b>	infecciones, limpieza de instalaciones y seguridad física.	y Servicios Generales	desechos bioinfecciosos; limpiar y desinfectar áreas; garantizar seguridad física; gestionar contratos de manejo de desechos conforme a normativa.
<b>Unidad de Recursos Humanos</b>	Contratación, capacitación, supervisión del personal, gestión de beneficios y canal de atención de quejas.	Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales	Reclutar y contratar personal; organizar capacitaciones; supervisar asistencia; canalizar quejas; velar por el cumplimiento de credenciales y autorizaciones profesionales; coordinar supervisión de enfermería cuando aplique.
<b>Unidad de Comunicaciones Institucionales</b>	Comunicación interna y externa, manejo de redes sociales, imagen institucional y relaciones públicas.	Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales	Diseñar y ejecutar campañas informativas; manejar comunicación interna; administrar redes sociales; apoyar en actividades comunitarias y de promoción de servicios; difundir normativas y campañas de salud.

Fuente: Elaboración propia

### **C. Manuales**

#### **Nota aclaratoria sobre manuales y documentos complementarios**

En el presente estudio se elaboraron únicamente los siguientes manuales:

- **Manual de Organización**
- **Manual de Puestos de Trabajo**
- **Manual de Procedimientos** (*este último elaborado únicamente como propuesta de base, el cual deberá ser revisado, adaptado y formalizado posteriormente por el personal profesional y calificado del área de la salud*).

No obstante, dentro del documento se hace referencia a otros manuales y documentos que **no fueron desarrollados**, dado que escapan de la capacidad técnica del equipo responsable y deben ser elaborados por profesionales especializados en las áreas correspondientes. Entre ellos se encuentran:

- Manuales de bioseguridad específicos para laboratorio clínico, imagenología y farmacia.
- Protocolos clínicos, de salud ocupacional y de gestión de riesgos.
- Plan de manejo integral de desechos hospitalarios y químicos.
- Documentación legal y regulatoria obligatoria: Licencia Sanitaria (MINSAL), Autorización de Funcionamiento del CSSP, permisos ambientales, registros profesionales en las Juntas de Vigilancia, contratos de disposición de desechos y otros trámites normativos.


Por lo tanto, esta entrega **no sustituye ni reemplaza** los requerimientos técnicos, normativos y legales exigidos por la legislación salvadoreña. El equipo recomienda que dichos documentos sean elaborados y gestionados por profesionales de la salud, asesores legales y especialistas en bioseguridad y seguridad ocupacional, a fin de garantizar su validez técnica y cumplimiento normativo.

## 1. Manual de organización

# MANUAL DE ORGANIZACIÓN



CLÍNICA  
**DIVINA  
PROVIDENCIA**

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	1	de	11	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>	<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Introducción

El presente **Manual de Organización de la Clínica Asistencial Divina Providencia** constituye un documento técnico–administrativo que establece de manera clara y ordenada la estructura organizativa, las funciones y responsabilidades de cada área que conforma la institución.

Su elaboración responde a la necesidad de contar con una guía oficial que oriente el desempeño del personal, facilite la coordinación entre los distintos departamentos y garantice la prestación de servicios de salud con eficiencia, calidad y transparencia.

Este manual es, además, una herramienta de gestión que contribuye al cumplimiento de los lineamientos establecidos por el **Ministerio de Salud (MINSAL)** y el **Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)**, asegurando que la clínica opere bajo criterios técnicos, legales y normativos.


Asimismo, busca fortalecer la identidad institucional, fomentar una cultura de responsabilidad y trabajo en equipo, y servir como referencia para la toma de decisiones estratégicas y operativas.

El manual no solo describe cómo está organizada la clínica, sino que también constituye un instrumento de apoyo para alcanzar los objetivos de brindar a la comunidad **servicios de salud accesibles, seguros y humanizados**, en concordancia con la misión y visión institucional.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	2	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Objetivos

### Objetivo general

Establecer la estructura organizativa de la Clínica Asistencial Divina Providencia, definiendo con precisión las funciones, responsabilidades y relaciones jerárquicas de cada área, con el fin de garantizar un funcionamiento eficiente, ordenado y conforme a la normativa vigente en la prestación de servicios de salud.


### Objetivos específicos

- Delimitar las funciones y responsabilidades de cada unidad organizativa para evitar duplicidad de actividades y omisiones en la gestión.
- Proporcionar una herramienta de consulta que oriente al personal en el desarrollo de sus labores diarias.
- Fortalecer la coordinación entre las distintas áreas administrativas y asistenciales de la clínica.
- Contribuir al cumplimiento de los lineamientos técnicos y legales establecidos por el MINSAL y el CSSP.
- Favorecer una cultura institucional basada en la transparencia, la responsabilidad y la calidad en la atención a los pacientes.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	3	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
Fecha	-					

## Marco normativo

La reapertura del Hospital Divina Providencia bajo la figura de clínica asistencial de primer nivel se encuentra regulada por el marco jurídico y técnico vigente en El Salvador para los establecimientos de salud.

De acuerdo con el **Código de Salud**, en su artículo 14, corresponde al **Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)** autorizar la apertura, modificación y funcionamiento de centros médicos, previa evaluación favorable de la Junta de Vigilancia respectiva. Asimismo, el **Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)** establece que los servicios deben organizarse por niveles de atención, correspondiendo al primer nivel las clínicas básicas y especializadas de carácter ambulatorio.


Para operar legalmente, la clínica deberá contar con:

- **Licencia Sanitaria** emitida por el **Ministerio de Salud (MINSAL)**, con vigencia anual y sujeta a renovación.
- **Autorización de funcionamiento del CSSP**, requisito indispensable para garantizar que los servicios cumplan con los estándares de calidad, bioseguridad y legalidad.
- **Registro ante las Juntas de Vigilancia Profesional**, que asegura que todo el personal de salud esté habilitado y solvente en su respectiva junta.
- **Cumplimiento de requisitos ambientales**, regulados por el **Código de Salud**, la **Ley de Medio Ambiente** y los lineamientos del **MARN**, en lo referente al manejo de residuos hospitalarios y químicos.
- **Normas técnicas aplicables**, incluyendo los Requerimientos Técnico Administrativos (RTA) del CSSP, las normas del MINSAL en bioseguridad, infraestructura y protocolos de atención.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	4	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Lineamientos estratégicos

### Misión

Somos una clínica asistencial de primer nivel que brinda servicios médicos integrales, accesibles y humanizados a la población de Santiago Texacuangos y zonas rurales cercanas, a través de consulta general, laboratorio clínico, imagenología y farmacia. Operamos con personal capacitado, equipamiento adecuado y procesos organizativos definidos, comprometidos con la mejora continua, la sostenibilidad operativa y el bienestar de nuestra comunidad

### Visión

Consolidarnos como una clínica asistencial de referencia local en el primer nivel de atención, reconocida por brindar servicios accesibles, éticos y organizados, con personal capacitado, procesos definidos y compromiso con el bienestar de la comunidad de Santiago Texacuangos


### Objetivos de la organización

- Optimizar los procesos administrativos del centro asistencial para garantizar un funcionamiento eficiente y controlado en los primeros tres años de operación
- Establecer un modelo organizativo funcional y documentado que permita definir con claridad las responsabilidades del personal y los canales de comunicación interna, en un plazo no mayor a 12 meses
- Desarrollar un sistema de atención integral centrado en la calidad del servicio y la satisfacción del paciente, con retroalimentación periódica a partir del primer semestre de operación
- Garantizar la sostenibilidad operativa y financiera del centro mediante la implementación de un sistema de evaluación de resultados institucionales en ciclos bimestrales durante los dos primeros años

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA	Fecha	Julio 2025			
		Página	5	de	11	
	MANUAL DE ORGANIZACIÓN	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			


## Políticas

Política	Contenido esencial
<b>Trato digno, equitativo y comunicación efectiva</b>	Garantiza respeto, empatía y atención sin discriminación, fomentando confianza y trato humano.
<b>Información y consentimiento informado</b>	Obliga a brindar información clara y obtener autorización expresa del paciente antes de cualquier procedimiento.
<b>Publicación y visibilidad institucional</b>	Derechos y deberes de pacientes deben estar visibles; el personal debe portar identificación clara.
<b>Atención al usuario: sugerencias, consultas y reclamos</b>	Establece mecanismos accesibles para recibir quejas o recomendaciones, con plazos formales de respuesta.
<b>Manejo del expediente clínico</b>	Regula documentación, custodia, confidencialidad y trazabilidad de la información en salud.
<b>Seguridad y respeto al personal de salud</b>	Busca proteger a médicos y colaboradores frente a conductas agresivas o irrespetuosas.
<b>Transparencia de costos</b>	Obliga a entregar por escrito los costos de servicios e insumos antes de la atención.
<b>Reglamento interno del establecimiento</b>	Documento normativo aprobado por MINSAL que regula la operación de la clínica.
<b>Mejora continua de la atención</b>	Exige evaluar procesos y resultados para implementar mejoras que aseguren calidad y sostenibilidad.

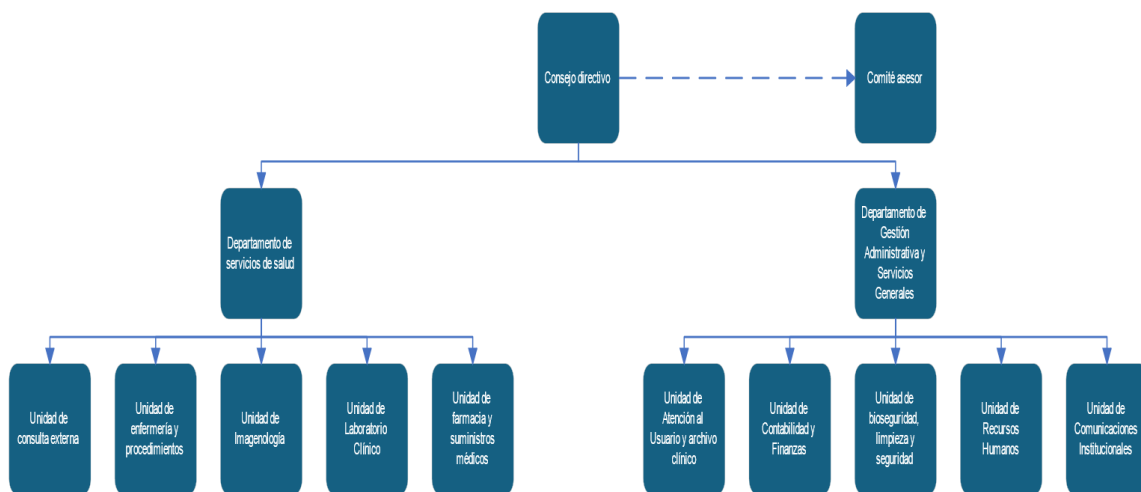
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha		Julio 2025		
			Pagina		6	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE				
			Pagina		-	de	-
		Fecha		-			

## Organigrama



## Descripción de los Niveles Jerárquicos

### Consejo Directivo

Máxima autoridad de la clínica, responsable de definir lineamientos estratégicos, aprobar políticas y supervisar el funcionamiento general de la institución. Toma las decisiones de mayor relevancia en materia administrativa, financiera y asistencial.

### Comité Asesor

Órgano de apoyo técnico y estratégico que brinda recomendaciones al Consejo Directivo. Su función principal es orientar en temas de planificación, cumplimiento normativo y mejora de la calidad de los servicios.

### Departamento de Servicios de Salud


Área encargada de la atención directa a los pacientes. Supervisa y coordina las unidades clínicas, asegurando que se cumplan los protocolos médicos, de bioseguridad y de calidad en la atención.

- **Unidad de Consulta Externa:** Atiende consultas generales y especializadas, coordinando con otras unidades para diagnósticos y tratamientos.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	7	de	11	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

- **Unidad de Enfermería y Procedimientos:** Provee cuidados de enfermería y apoya en procedimientos ambulatorios.
- **Unidad de Imagenología:** Realiza estudios diagnósticos mediante imágenes, cumpliendo normas de radio protección.
- **Unidad de Laboratorio Clínico:** Procesa muestras para diagnóstico, garantizando resultados confiables.
- **Unidad de Farmacia y Suministros Médicos:** Gestiona el almacenamiento, control y dispensación de medicamentos e insumos.

#### **Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales**

Área de soporte institucional, responsable de la administración de recursos financieros, humanos y materiales. Garantiza el funcionamiento ordenado de los servicios internos y la atención al usuario.

- **Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico:** Administra expedientes, gestiona citas y atiende consultas o reclamos.
- **Unidad de Contabilidad y Finanzas:** Controla los recursos financieros, elabora presupuestos y supervisa el manejo contable.
- **Unidad de Bioseguridad, Limpieza y Seguridad:** Vela por el cumplimiento de protocolos de higiene, manejo de residuos y seguridad del establecimiento.
- **Unidad de Recursos Humanos:** Encargada de contratación, capacitación y evaluación del personal.
- **Unidad de Comunicaciones Institucionales:** Gestiona la comunicación interna y externa, así como la proyección social de la clínica.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha		Julio 2025		
			Pagina		8	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE				
			Pagina		-	de	-
		Fecha		-			


## Funciones

Área	Funciones Generales	Funciones Específicas	Unidades Dependientes
<b>Consejo Directivo</b>	Máxima autoridad institucional, define lineamientos estratégicos y supervisa el funcionamiento global.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprobar políticas, reglamentos y presupuestos</li> <li>Tomar decisiones de carácter administrativo, financiero y asistencial</li> <li>Velar por el cumplimiento normativo</li> </ul>	—
<b>Comité Asesor</b>	Órgano de apoyo técnico y estratégico para la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar recomendaciones al Consejo Directivo</li> <li>Orientar sobre cumplimiento normativo y planificación</li> <li>Proponer mejoras para la calidad de los servicios</li> </ul>	—
<b>Departamento de Servicios de Salud</b>	Coordina y supervisa las áreas clínicas, garantizando la calidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar protocolos médicos y de bioseguridad</li> <li>Coordinar la atención integral del paciente</li> <li>Evaluar el desempeño de las unidades asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Consulta Externa</li> <li>* Enfermería y Procedimientos</li> <li>* Imagenología</li> <li>* Laboratorio Clínico</li> <li>* Farmacia y Suministros Médicos</li> </ul>
<b>Unidad de Consulta Externa</b>	Brinda atención médica general y especializada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atender consultas</li> <li>Coordinar diagnósticos con laboratorio e imagenología</li> </ul>	—

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha		Julio 2025		
			Pagina		9	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE				
			Pagina		-	de	-
		Fecha		-			

Área	Funciones Generales	Funciones Específicas	Unidades Dependientes
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener registros básicos clínicos</li> </ul>	
<b>Unidad de Enfermería y Procedimientos</b>	Proporciona cuidados de enfermería y apoya en procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar procedimientos ambulatorios</li> <li>Supervisar insumos y protocolos</li> <li>Apoyar al personal médico en consulta</li> </ul>	—
<b>Unidad de Imagenología</b>	Realiza estudios diagnósticos por imágenes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Operar equipos de rayos X y ultrasonografía</li> <li>Garantizar seguridad radiológica</li> <li>Entregar resultados a tiempo</li> </ul>	—
<b>Unidad de Laboratorio Clínico</b>	Procesa muestras diagnósticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar análisis de laboratorio</li> <li>Garantizar calidad en los resultados</li> <li>Coordinar con médicos y farmacia</li> </ul>	—
<b>Unidad de Farmacia y Suministros Médicos</b>	Administra medicamentos e insumos clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispensar medicamentos</li> <li>Controlar inventario y vencimientos</li> <li>Gestionar compras y reposición</li> </ul>	—
<b>Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales</b>	Dirige la gestión administrativa, financiera y de soporte institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar recursos financieros, humanos y materiales.</li> </ul>	* Atención al Usuario y Archivo Clínico * Contabilidad y Finanzas

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha		Julio 2025		
			Pagina		10	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE				
			Pagina		-	de	-
		Fecha		-			

Área	Funciones Generales	Funciones Específicas	Unidades Dependientes
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisar servicios generales</li> <li>Coordinar atención al usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bioseguridad /Limpieza/Seguridad</li> <li>* Recursos Humanos</li> <li>* Comunicaciones Institucionales</li> </ul>
<b>Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico</b>	Gestiona la relación con los pacientes y la documentación clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recepción de pacientes</li> <li>Gestión de citas y expedientes</li> <li>Atención a reclamos y consultas</li> </ul>	—
<b>Unidad de Contabilidad y Finanzas</b>	Administra los recursos financieros de la clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar presupuestos</li> <li>Llevar registros contables</li> <li>Gestionar donaciones y créditos</li> </ul>	—
<b>Unidad de Bioseguridad, Limpieza y Seguridad</b>	Garantiza higiene y seguridad institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar protocolos de bioseguridad</li> <li>Supervisar personal de limpieza</li> <li>Coordinar eliminación de desechos hospitalarios</li> </ul>	—
<b>Unidad de Recursos Humanos</b>	Gestiona al personal institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reclutar y contratar</li> <li>Organizar capacitaciones</li> <li>Evaluar desempeño</li> </ul>	—
<b>Unidad de Comunicaciones Institucionales</b>	Dirige la comunicación interna y externa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejar redes sociales y canales de comunicación</li> </ul>	—

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	11	de	11
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
Fecha	-					

Área	Funciones Generales	Funciones Específicas	Unidades Dependientes
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar campañas institucionales</li> <li>• Promover la imagen de la clínica</li> </ul>	

Elaborado por:

Revisado por:


Autorizado por:

## 2. Manual de procedimientos

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



CLÍNICA  
DIVINA  
PROVIDENCIA

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	1	de	46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Introducción

El Manual de Procedimientos de la Clínica Asistencial Divina Providencia constituye una herramienta de gestión que describe de forma clara y sistemática los pasos que deben seguirse en cada una de las actividades asistenciales, administrativas y de apoyo que se desarrollan en la institución.

Su propósito es estandarizar procesos, garantizar la calidad en la atención a los pacientes, optimizar el uso de recursos y asegurar el cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente en el sector salud.

Este documento está diseñado para orientar al personal en la ejecución de sus funciones, establecer mecanismos de control y seguimiento, y servir como guía para la mejora continua de los servicios. Los procedimientos aquí descritos se encuentran alineados con la misión, visión, políticas institucionales y valores de la clínica, constituyendo un apoyo para la toma de decisiones y la eficiencia operativa.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

	CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA	Fecha	Julio 2025			
		Página	2	de	46	
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Objetivos

### Objetivo general

Estandarizar los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo de la Clínica Asistencial Divina Providencia, a fin de garantizar la eficiencia operativa, la calidad en la atención a los pacientes y el cumplimiento de la normativa legal y técnica vigente.


### Objetivos específicos

- Definir de manera clara y ordenada los pasos que deben seguirse en cada procedimiento.
- Evitar la duplicidad de funciones y asegurar la correcta coordinación entre áreas.
- Proporcionar una herramienta de consulta para el personal en el desarrollo de sus actividades diarias.
- Asegurar la correcta documentación y trazabilidad de los servicios prestados.
- Establecer mecanismos de control y evaluación que favorezcan la mejora continua.
- Garantizar la transparencia en los procesos administrativos y financieros.
- Promover una cultura institucional orientada a la responsabilidad, seguridad y atención humanizada.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	3	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimientos

### Procedimiento 1: Atención de paciente en consulta externa

**Objetivo:** Establecer el proceso para la atención ordenada y eficiente de los pacientes que solicitan consulta médica general o especializada.

**Alcance:** Aplica a todo paciente que acude a la clínica para recibir consulta en medicina general o especialidades.

**Responsables:** secretaria/Recepcionista, Enfermera, Médico General o Especialista.

#### Documentos y registros:

- Expediente clínico virtual
- comprobante de pago
- registro de citas.

#### Pasos

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente se presenta en recepción y solicita consulta	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	La secretaria registra al paciente en el sistema (expediente clínico virtual) y programa cita	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
3	El paciente se dirige al área de espera	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	La enfermera recibe al paciente, toma signos vitales y los registra en el expediente	Unidad de Enfermería
5	El médico realiza la consulta, emite diagnóstico y prescribe tratamiento	Unidad de Consulta Externa (Médicos)
6	El médico registra en el expediente clínico virtual la atención brindada	Unidad de Consulta Externa (Médicos)
7	El paciente recibe indicaciones y, de ser necesario, se refiere a laboratorio, imagenología o farmacia	Unidades de Apoyo: Laboratorio Clínico, Imagenología, Farmacia
8	El paciente pasa a recepción para el pago del servicio	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025

Página 4 de 46

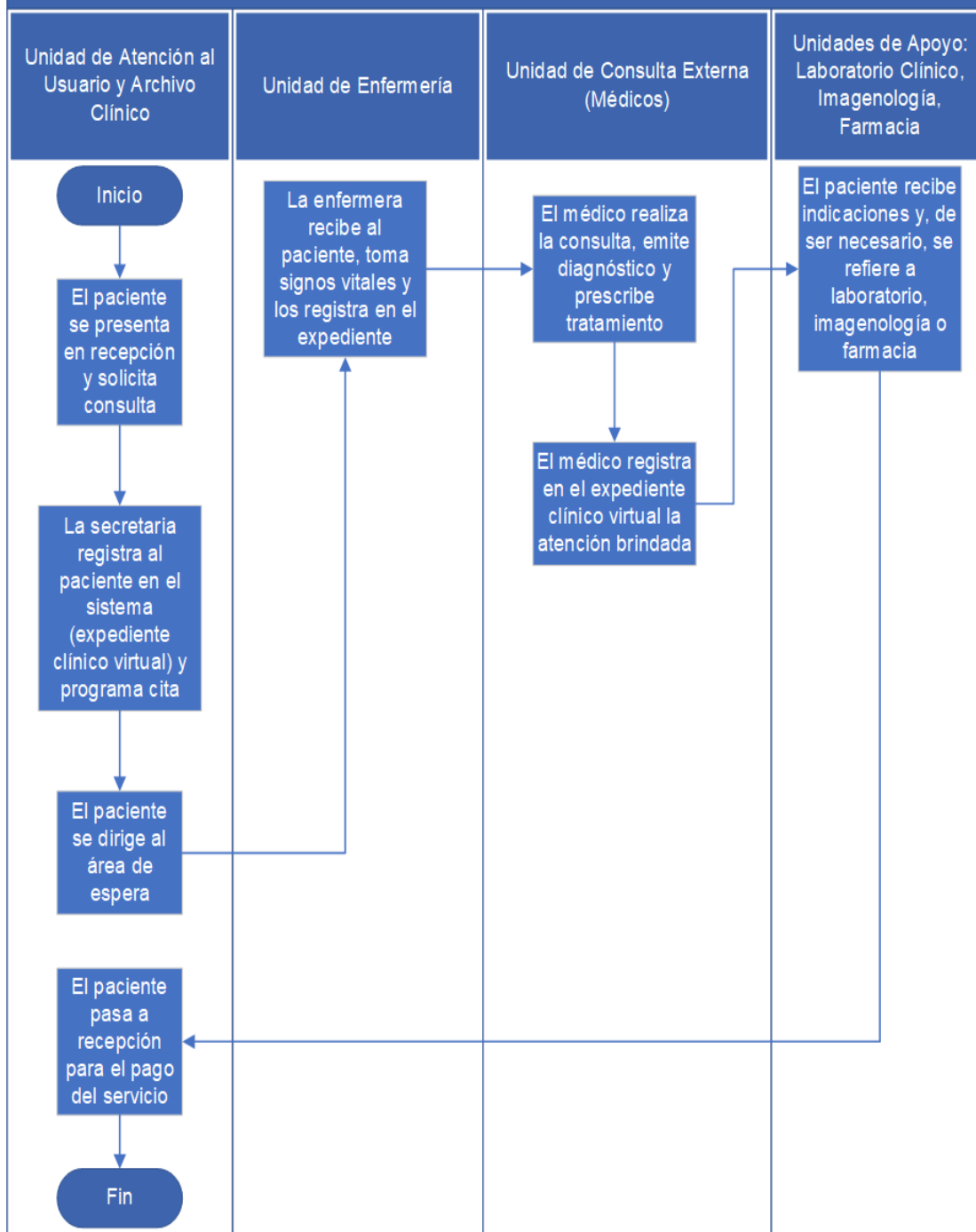
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUSTITUYE**

Página - de -

Fecha -


### Atención de paciente en consulta externa



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	5	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
				Fecha	-	

## Procedimiento 2: Toma y registro de signos vitales

### Objetivo:

Garantizar que todo paciente atendido en la clínica cuente con la toma y registro de sus signos vitales de manera precisa y oportuna, como parte del proceso de valoración inicial.

### Alcance:

Aplica a todos los pacientes que asisten a la clínica para consulta externa, procedimientos o emergencias menores.

### Responsables:

Enfermera jefe y Auxiliares de Enfermería.

### Documentos y registros:

- Expediente clínico virtual.
- Hoja de control de signos vitales (en caso de respaldo físico).

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente es llamado desde el área de espera para iniciar el proceso de atención.	Unidad de Enfermería
2	La enfermera recibe al paciente y verifica su identidad.	Unidad de Enfermería
3	La enfermera prepara el equipo necesario (esfigmomanómetro, termómetro, oxímetro, balanza).	Unidad de Enfermería
4	Se toman los signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peso y talla según corresponda.	Unidad de Enfermería
5	Los datos obtenidos se registran en el expediente clínico virtual.	Unidad de Enfermería
6	La enfermera informa al médico que el paciente está listo para consulta.	Unidad de Enfermería

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

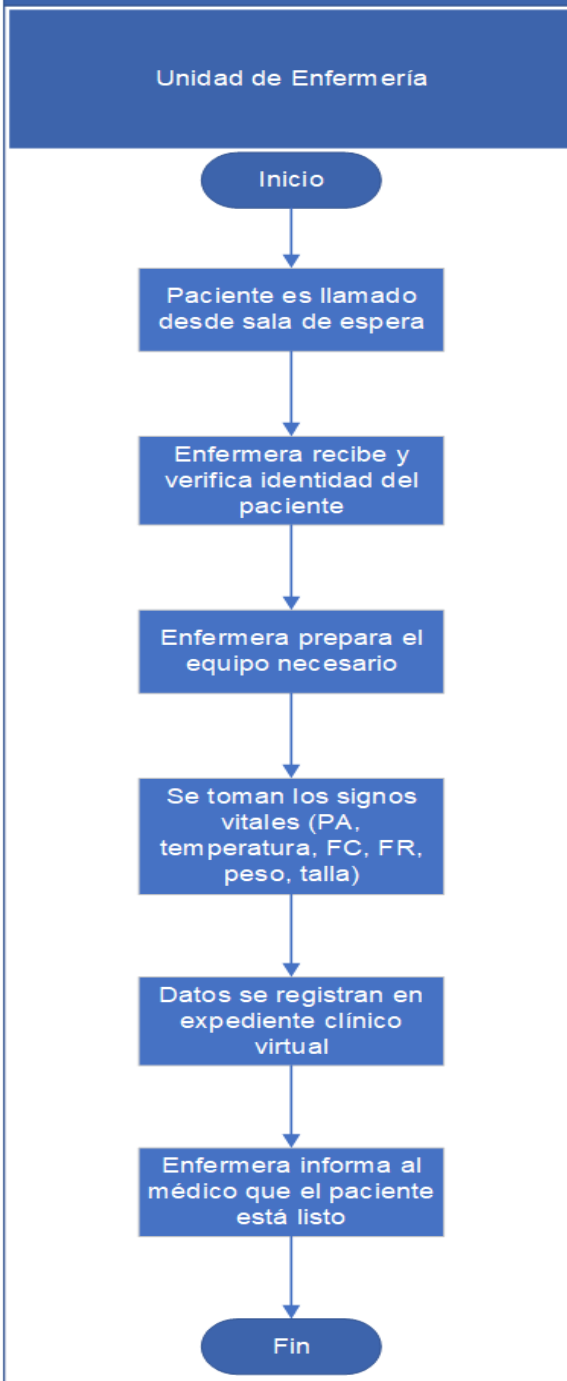
Fecha	Julio 2025		
Página	6	de	46

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SUSTITUYE**

Página	-	de	-
Fecha	-		


### Toma y registro de signos vitales



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	7	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>SUSTITUYE</b>			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

### Procedimiento 3: Atención de enfermería y procedimientos menores

#### Objetivo:

Estandarizar la atención de enfermería en procedimientos básicos y ambulatorios, garantizando seguridad del paciente, cumplimiento de protocolos de bioseguridad y registro en el expediente clínico.

#### Alcance:

Aplica a todos los procedimientos menores realizados en la clínica (curaciones, aplicación de inyecciones, control de glucosa capilar, nebulizaciones, retiro de suturas y otros procedimientos ambulatorios autorizados).

#### Responsables:

Enfermera jefe y Auxiliares de Enfermería.

#### Documentos y registros:

- Expediente clínico virtual.
- Formatos de control de procedimientos (cuando apliquen).
- Bitácora de enfermería.

#### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El médico tratante indica el procedimiento de enfermería.	Unidad de Consulta Externa (Médicos)
2	La enfermera recibe la indicación y prepara el material e insumos necesarios.	Unidad de Enfermería
3	La enfermera verifica la identidad del paciente y explica el procedimiento a realizar.	Unidad de Enfermería
4	Se aplican medidas de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes, equipo estéril).	Unidad de Enfermería
5	Se realiza el procedimiento indicado (curación, aplicación de inyección, nebulización, etc.).	Unidad de Enfermería
6	Se registran los detalles del procedimiento en el expediente clínico virtual.	Unidad de Enfermería
7	Se informa al médico tratante sobre la finalización y evolución del paciente.	Unidad de Enfermería

Elaborado por:

Revisado por:

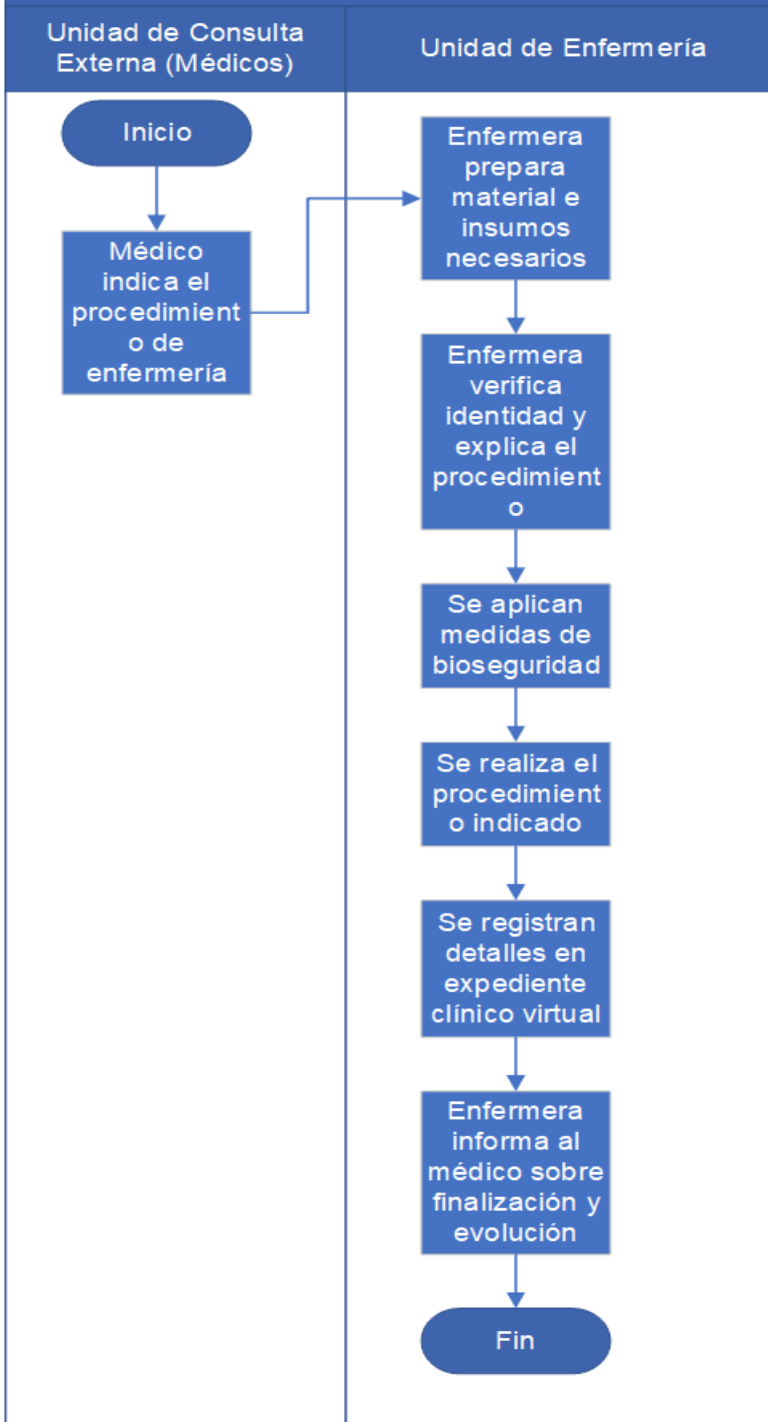
Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha	Julio 2025		
Página	8	de	46
<b>SUSTITUYE</b>			
Página	-	de	-
Fecha	-		


**Atención de enfermería y procedimientos menores**



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025		
		Página	9	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>SUSTITUYE</b>			
		Página	-	de	-
		Fecha	-		

## Procedimiento 4: Procesamiento de muestras en laboratorio clínico

### Objetivo:

Estandarizar el proceso de recolección, procesamiento y análisis de muestras biológicas, asegurando la confiabilidad de los resultados y el cumplimiento de normas de bioseguridad.

### Alcance:

Aplica a todas las muestras de pacientes remitidos desde consulta externa o enfermería para análisis en el laboratorio clínico.

### Responsables:

Regente de Laboratorio Clínico, Licenciados y Técnicos en Laboratorio Clínico.

### Documentos y registros:

- Solicitud de examen clínico emitida por el médico.
- Registro del laboratorio (digital o físico).
- Resultados ingresados en el expediente clínico virtual.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El médico emite la orden de examen clínico y la registra en el expediente.	Unidad de Consulta Externa (Médicos)
2	El paciente se presenta en el laboratorio con la orden médica.	Unidad de Laboratorio Clínico
3	El personal de laboratorio verifica identidad y orden, y obtiene el consentimiento del paciente.	Unidad de Laboratorio Clínico
4	Se toman las muestras según el examen indicado (sangre, orina, heces u otros).	Unidad de Laboratorio Clínico
5	Las muestras son procesadas conforme a protocolos de bioseguridad y técnicas de laboratorio.	Unidad de Laboratorio Clínico
6	El regente valida los resultados antes de ser liberados.	Unidad de Laboratorio Clínico
7	Los resultados se ingresan en el expediente clínico virtual y se entregan al paciente según lo establecido.	Unidad de Laboratorio Clínico

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha

Julio 2025

Página

10

de

46

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUSTITUYE

Página

-

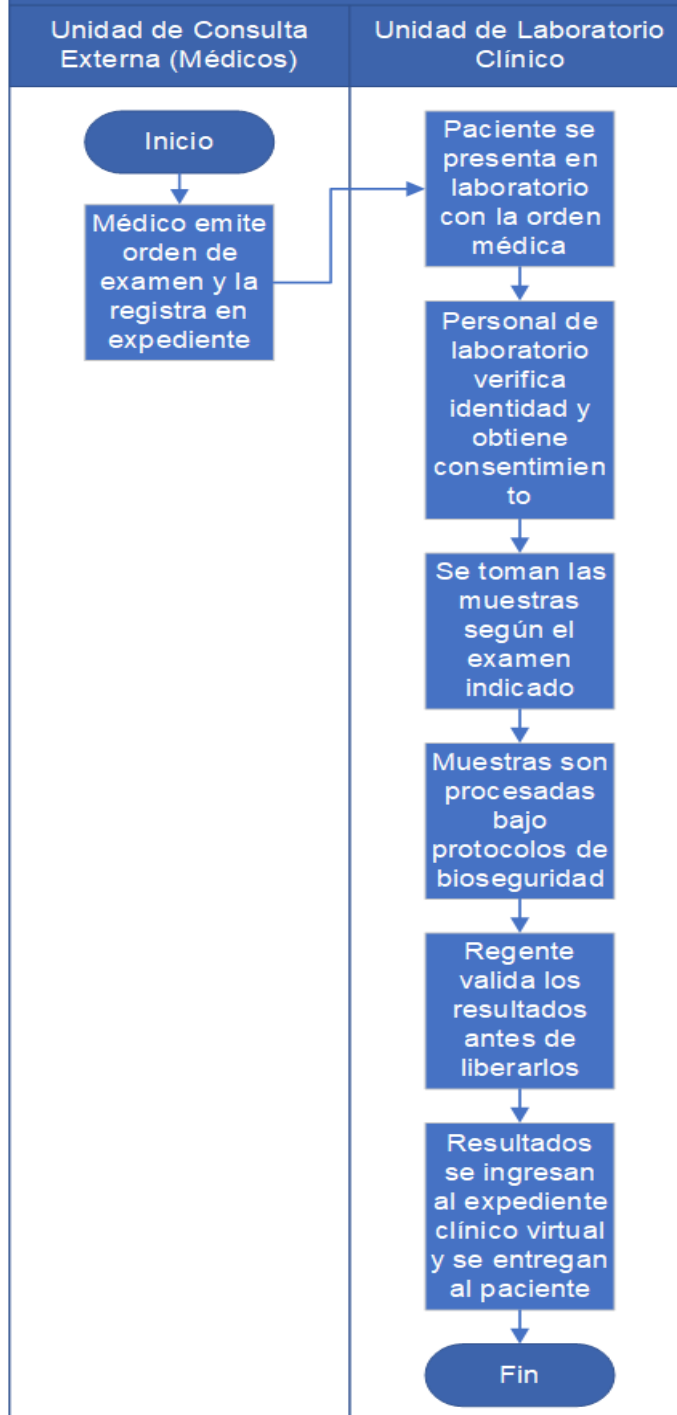
de

-

Fecha

-


### Procesamiento de muestras en laboratorio clínico



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	11	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 5: Entrega de resultados de laboratorio

### Objetivo:

Garantizar la entrega oportuna, segura y confidencial de los resultados de laboratorio a los pacientes o médicos tratantes.

### Alcance:

Aplica a todos los resultados de análisis clínicos generados en el laboratorio de la clínica.

### Responsables:

Regente de Laboratorio Clínico, Licenciados y Técnicos en Laboratorio Clínico.

### Documentos y registros:

- Resultados de laboratorio (formato digital o físico).
- Registro del laboratorio.
- Expediente clínico virtual del paciente.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El regente o técnico de laboratorio valida los resultados obtenidos de los análisis.	Unidad de Laboratorio Clínico
2	Los resultados son ingresados al expediente clínico virtual del paciente.	Unidad de Laboratorio Clínico
3	Se notifica al médico tratante que los resultados están disponibles en el sistema.	Unidad de Laboratorio Clínico
4	En caso de resultados en físico, el laboratorio imprime y sella el documento.	Unidad de Laboratorio Clínico
5	El paciente o familiar autorizado se presenta en el laboratorio o recepción para retirar resultados físicos.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico / Laboratorio Clínico
6	La personal entrega los resultados verificando identidad del paciente o familiar autorizado.	Unidad de Laboratorio Clínico
7	Se registra la entrega de resultados en el libro de control o sistema digital.	Unidad de Laboratorio Clínico

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025  
Pagina 12 de 46

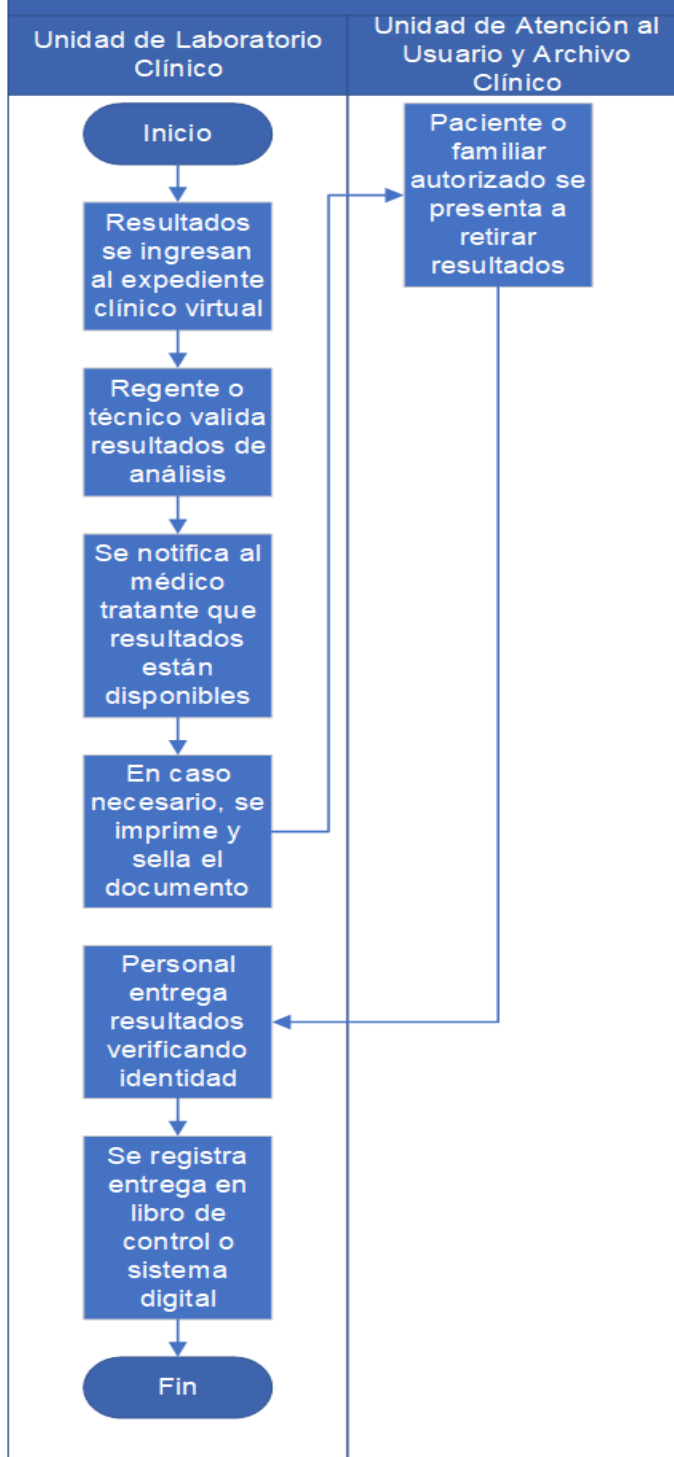
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUSTITUYE

Pagina - de -

Fecha -


### Entrega de resultados de laboratorio



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	13	de	46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Procedimiento 6: Realización de estudios de imagenología (rayos X, ultrasonografías)

### Objetivo:

Estandarizar el proceso de realización de estudios de imagenología, garantizando calidad diagnóstica, seguridad del paciente y cumplimiento de normas de radio protección.

### Alcance:

Aplica a todos los pacientes remitidos a la Unidad de Imagenología para estudios de rayos X o ultrasonografía.

### Responsables:

Regente de Gabinete Radiológico, Licenciados y Técnicos en Radiología.

### Documentos y registros:

- Orden médica de estudio.
- Registro de imagenología (físico o digital).
- Informe de resultados en el expediente clínico virtual.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El médico emite la orden de estudio y la registra en el expediente clínico virtual.	Unidad de Consulta Externa (Médicos)
2	El paciente se presenta en la Unidad de Imagenología con la orden médica.	Unidad de Imagenología
3	El técnico o regente verifica identidad, orden médica y explica el procedimiento al paciente.	Unidad de Imagenología
4	Se prepara el equipo y el paciente siguiendo protocolos de bioseguridad y radio protección.	Unidad de Imagenología
5	Se realiza el estudio (rayos X o ultrasonografía) según la indicación médica.	Unidad de Imagenología
6	Las imágenes obtenidas son procesadas y archivadas en formato digital.	Unidad de Imagenología
7	El regente valida los resultados e ingresa el informe en el expediente clínico virtual.	Unidad de Imagenología

Elaborado por:

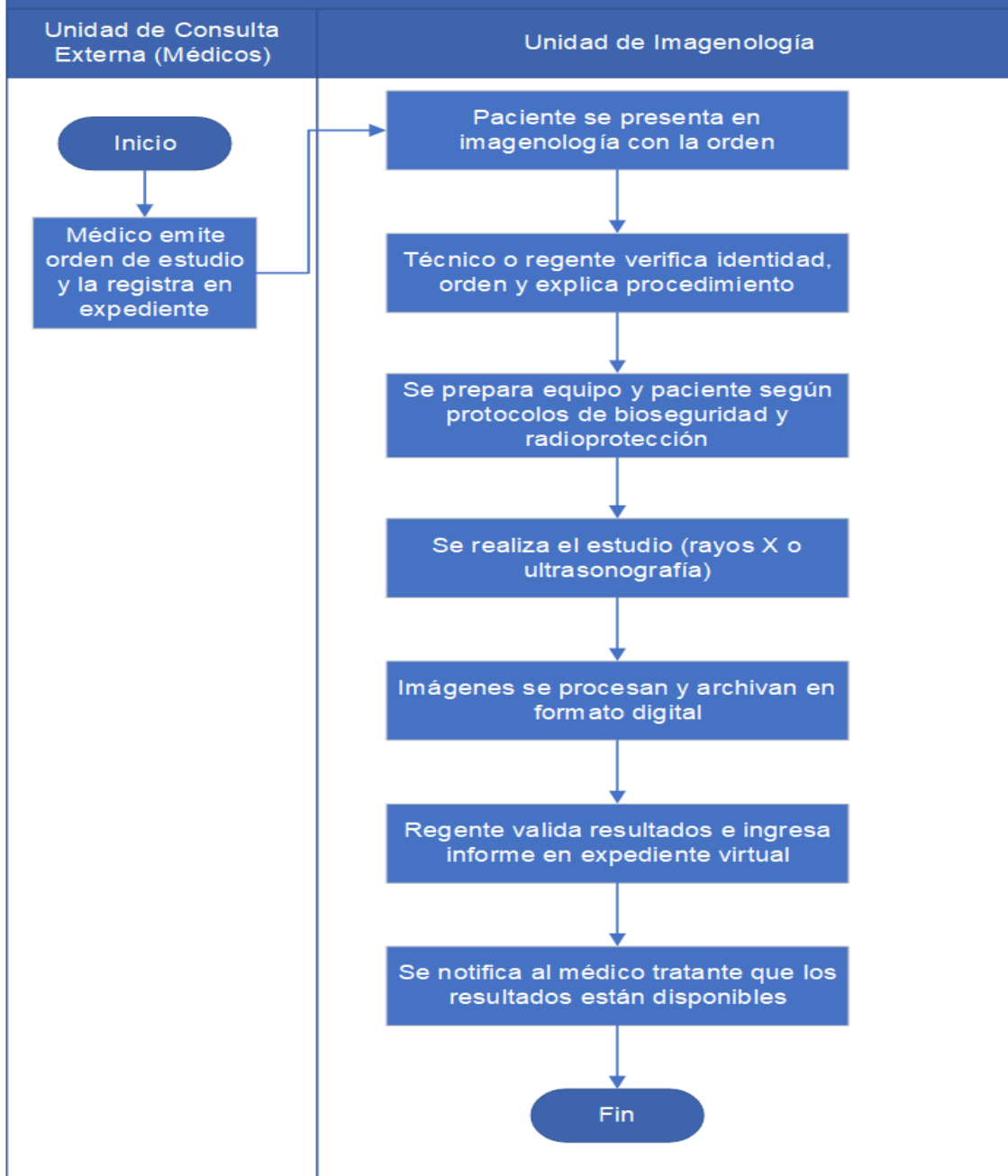
Revisado por:

Autorizado por:

 CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	14	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>SUSTITUYE</b>			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

8	Se notifica al médico tratante que los resultados están disponibles en el sistema.	Unidad de Imagenología
---	--	------------------------


### Realización de estudios de imagenología (rayos X, ultrasonografías)



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	15	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Procedimiento 7: Entrega de resultados de imagenología

### Objetivo:

Garantizar la entrega oportuna, segura y confidencial de los resultados de estudios radiológicos y ultrasonográficos a los pacientes y médicos tratantes.

### Alcance:

Aplica a todos los resultados de imagenología (rayos X y ultrasonografías) generados en la clínica.

### Responsables:

Regente de Gabinete Radiológico, Técnicos y Licenciados en Radiología.

### Documentos y registros:

- Resultados e informes de imagenología (digitales y/o físicos).
- Registro de estudios de imagenología.
- Expediente clínico virtual del paciente.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El regente o técnico valida la calidad de las imágenes obtenidas y el informe diagnóstico.	Unidad de Imagenología
2	El informe es ingresado en el expediente clínico virtual del paciente.	Unidad de Imagenología
3	Se notifica al médico tratante que los resultados están disponibles en el sistema.	Unidad de Imagenología
4	Si corresponde entrega física, se imprime el informe y se adjuntan imágenes.	Unidad de Imagenología
5	El paciente o familiar autorizado se presenta en recepción o imagenología para retirar los resultados físicos.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico / Imagenología
6	El personal verifica la identidad del paciente o autorizado antes de la entrega.	Unidad de Imagenología
7	Se registra la entrega en el libro de control o sistema digital.	Unidad de Imagenología

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

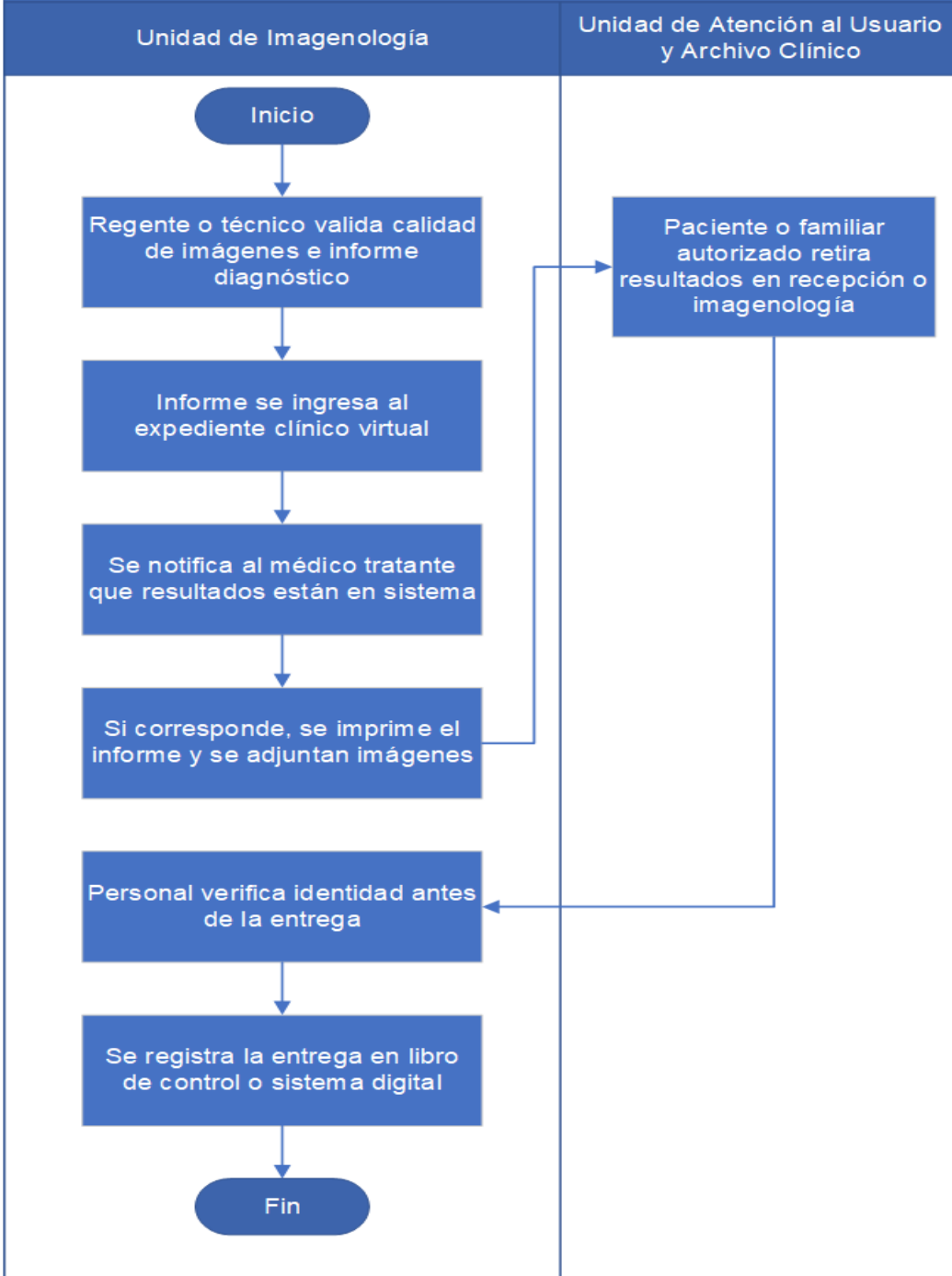


**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Fecha	Julio 2025		
Página	16	de	46
<b>SUSTITUYE</b>			
Página	-	de	-
Fecha	-		


**Entrega de resultados de imagenología**



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	17	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 8: Dispensación de medicamentos en farmacia

### Objetivo:

Asegurar la entrega correcta, segura y oportuna de medicamentos a los pacientes, de acuerdo con la prescripción médica y la normativa vigente.

### Alcance:

Aplica a todos los pacientes que reciben medicamentos en la farmacia de la clínica, ya sea con receta interna o externa autorizada.

### Responsables:

Regente Farmacéutico y Auxiliares de Farmacia.

### Documentos y registros:

- Receta médica (digital o física).
- Registro de dispensación de medicamentos.
- Expediente clínico virtual.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente se presenta en la farmacia con la receta médica.	Unidad de Farmacia
2	El auxiliar recibe la receta y la verifica con el sistema.	Unidad de Farmacia
3	El regente farmacéutico revisa la receta y valida la prescripción.	Unidad de Farmacia
4	El auxiliar prepara y entrega el medicamento siguiendo protocolos de seguridad.	Unidad de Farmacia
5	El regente o auxiliar brinda orientación sobre el uso adecuado del medicamento (dosis, horario, efectos secundarios).	Unidad de Farmacia
6	Se registra la dispensación en el expediente clínico virtual y en el control de farmacia.	Unidad de Farmacia
7	El paciente firma de recibido cuando se trata de medicamentos controlados.	Unidad de Farmacia

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

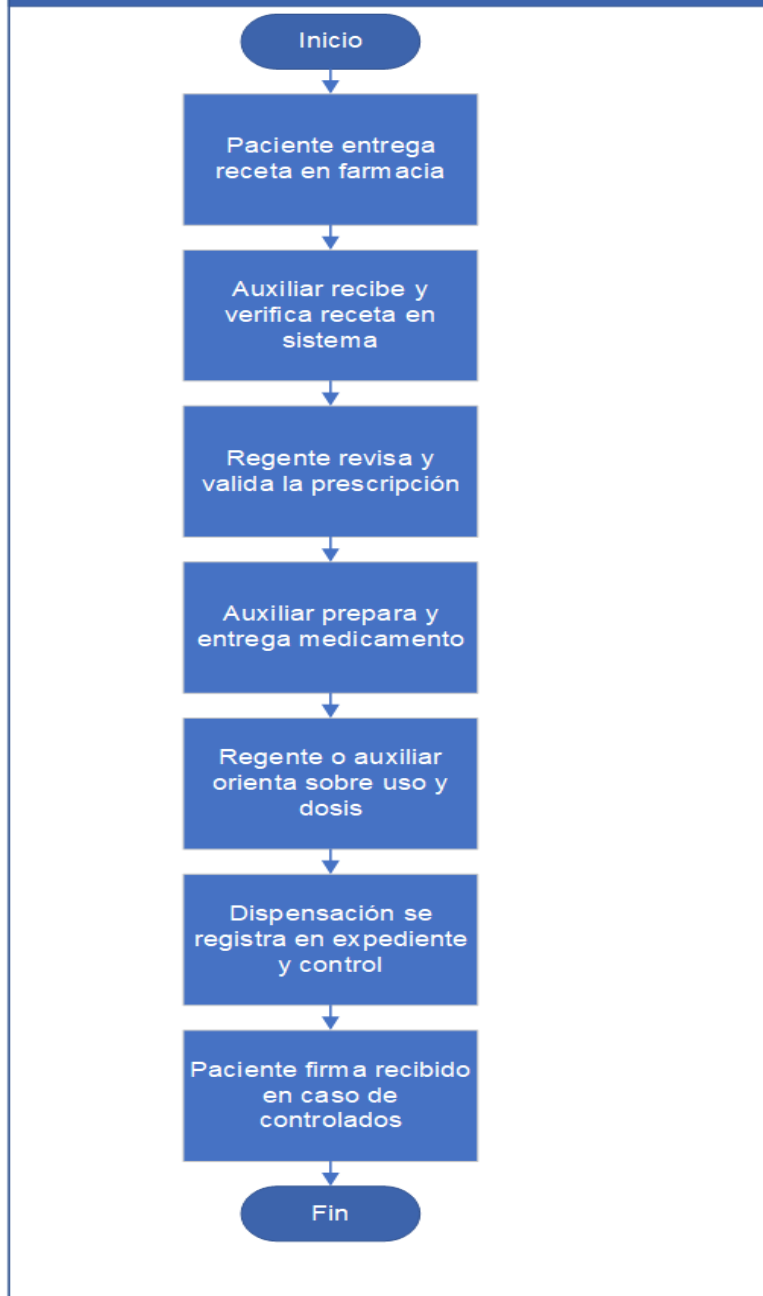
Fecha	Julio 2025		
Página	18	de	46

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUSTITUYE			
Página	-	de	-
Fecha	-		

### Dispensación de medicamentos en farmacia


Unidad de Farmacia



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	19	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>SUSTITUYE</b>			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 9: Control de inventario de medicamentos e insumos médicos

### Objetivo:

Mantener un control eficiente y actualizado de los medicamentos e insumos médicos de la clínica, asegurando disponibilidad oportuna y evitando pérdidas, vencimientos o desabastecimiento.

### Alcance:

Aplica a todos los medicamentos e insumos almacenados y dispensados en la farmacia de la clínica.

### Responsables:

Regente Farmacéutico y Auxiliares de Farmacia.

### Documentos y registros:

- Kardex o sistema digital de inventario.
- Registros de compras y entradas de productos.
- Reportes de consumo y existencias.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Registrar las entradas de medicamentos e insumos en el sistema de inventario al momento de recibirlos.	Unidad de Farmacia
2	Clasificar y almacenar los productos según normas de conservación (temperatura, luz, humedad).	Unidad de Farmacia
3	Revisar periódicamente fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento.	Unidad de Farmacia
4	Registrar las salidas por dispensación de medicamentos en el sistema.	Unidad de Farmacia
5	Realizar conteos físicos de existencias de forma mensual y compararlos con el sistema.	Unidad de Farmacia
6	Reportar diferencias, vencimientos o faltantes al Administrador General.	Unidad de Farmacia
7	Elaborar informes periódicos de inventario para el Consejo Directivo y el MINSAL si aplica.	Unidad de Farmacia

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

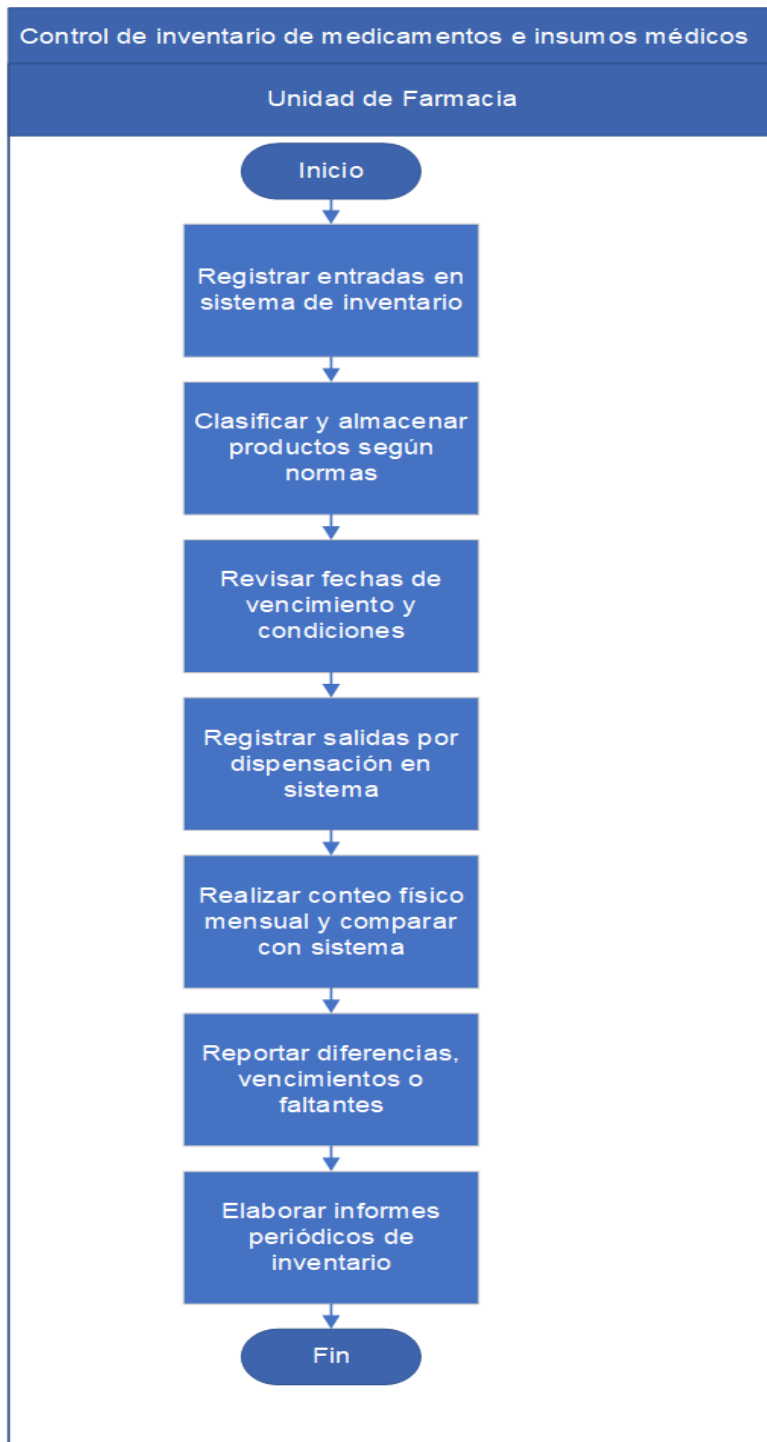


**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha	Julio 2025		
Página	20	de	46

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**


<b>SUSTITUYE</b>			
Página	-	de	-
Fecha	-		



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	21	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
			Fecha	-		

## Procedimiento 10: Atención al usuario en recepción y archivo clínico

### Objetivo:

Estandarizar la atención de los usuarios en el área de recepción y archivo clínico, asegurando un servicio cordial, eficiente y con registro adecuado de la información.

### Alcance:

Aplica a todo paciente, familiar o visitante que requiera atención administrativa en la clínica (información, citas, reclamos, apertura y resguardo de expedientes clínicos).

### Responsables:

secretaria/Recepcionista, jefe de Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico.

### Documentos y registros:

- Registro de citas (digital).
- Expediente clínico virtual y, si aplica, expediente físico.
- Libro de reclamos y sugerencias.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente o visitante se presenta en la recepción.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	La recepcionista saluda y atiende la solicitud inicial (información, consulta, trámite o reclamo).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
3	Si se trata de cita médica, la recepcionista registra al paciente en el sistema digital y agenda la cita según disponibilidad.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	Si es primera vez, se crea el expediente clínico virtual (y físico si la normativa lo requiere).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
5	El paciente recibe una boleta o comprobante de cita con fecha, hora y médico asignado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico

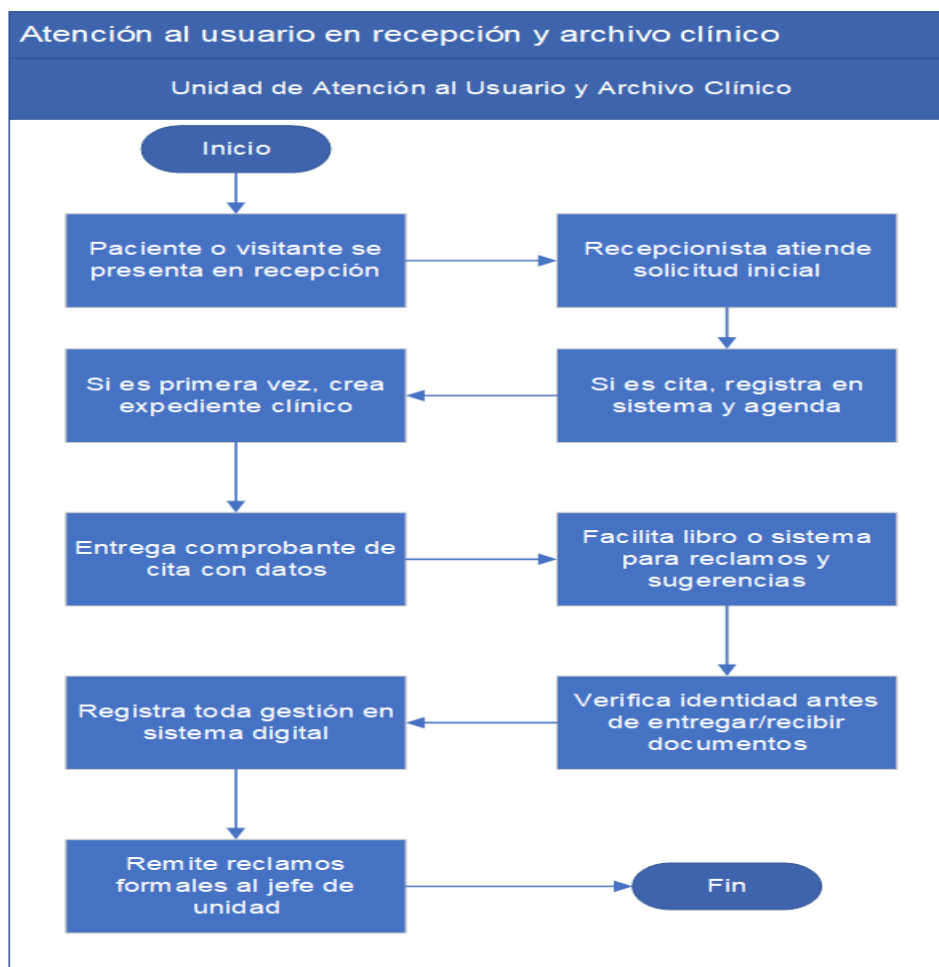
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	22	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			


6	Si el paciente desea presentar una queja o sugerencia, la recepcionista le facilita el libro de reclamos o el sistema digital habilitado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
7	En caso de archivo clínico, la recepcionista verifica identidad del paciente antes de entregar o resguardar documentos.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
8	Toda gestión realizada se registra en el sistema digital para control institucional.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
9	En casos especiales (inconformidad mayor o reclamo formal), la recepcionista remite el caso al jefe de Unidad de Atención al Usuario.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	23	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Procedimiento 11: Programación y control de citas médicas

### Objetivo:

Estandarizar la programación y control de citas médicas, garantizando orden en la atención, reducción de tiempos de espera y trazabilidad en el registro de pacientes.

### Alcance:

Aplica a todas las citas solicitadas por pacientes de consulta general o especializada, ya sea de forma presencial, telefónica o digital.

### Responsables:

secretaria/Recepcionista, jefe de Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico.

### Documentos y registros:

- Agenda digital de citas.
- Expediente clínico virtual.
- Reporte de control de citas.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente solicita cita de manera presencial, telefónica o a través del sistema digital.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	La recepcionista verifica si el paciente ya cuenta con expediente clínico virtual; si es primera vez, lo crea.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
3	La recepcionista consulta la disponibilidad en la agenda de cada médico (general o especialista).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	Se asigna la cita en el sistema digital con fecha, hora y médico correspondiente.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
5	Se entrega comprobante físico o confirmación digital al paciente con los datos de la cita.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico

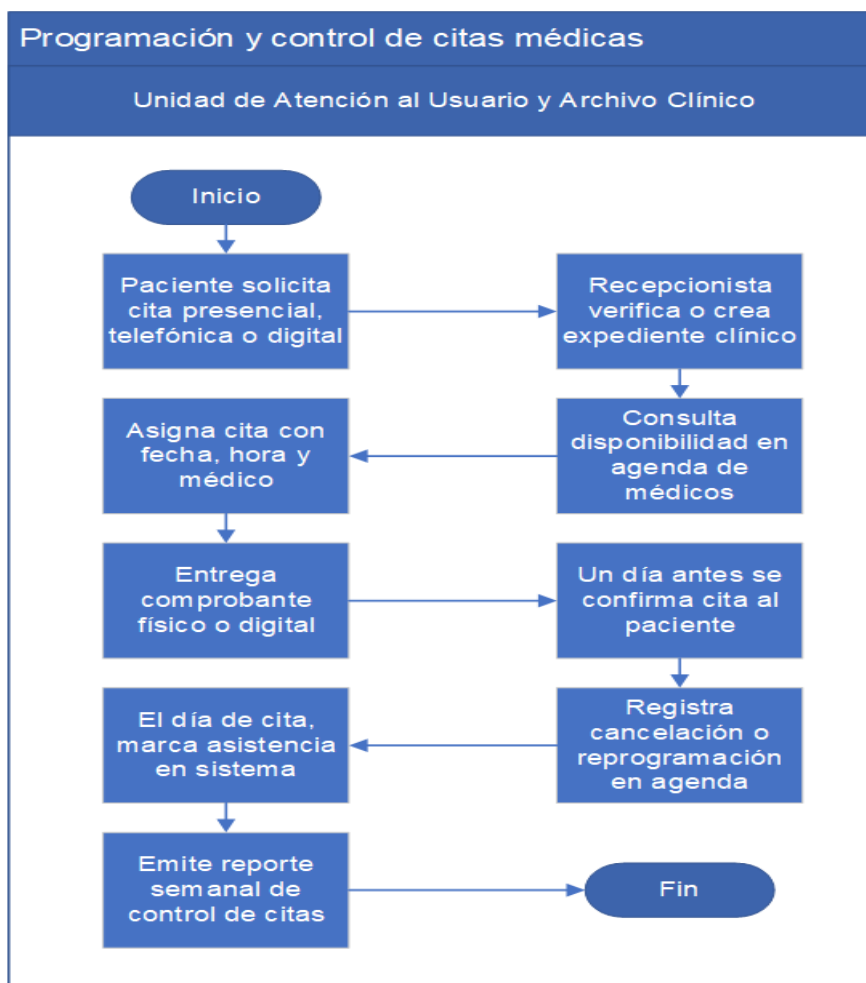
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	24	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
			Fecha	-		


6	Un día antes de la cita, se realiza confirmación por llamada o mensaje al paciente (si el servicio está habilitado).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
7	En caso de cancelación o reprogramación, la recepcionista actualiza la agenda y libera el espacio para otro paciente.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
8	El día de la cita, la asistencia del paciente se marca en el sistema y se vincula con su expediente clínico virtual.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
9	Se elabora un reporte semanal de citas cumplidas, reprogramadas y ausencias, para control administrativo.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	25	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Procedimiento 12: Cobro de servicios y emisión de comprobantes

### Objetivo:

Estandarizar el proceso de cobro de los servicios prestados por la clínica, garantizando transparencia, exactitud en los registros y entrega de comprobantes oficiales al paciente.

### Alcance:

Aplica a todos los servicios asistenciales y administrativos de la clínica que requieren pago (consultas, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología, procedimientos, medicamentos, entre otros).

### Responsables:

secretaria/Recepcionista, Contador, Administrador General.

### Documentos y registros:

- Factura o recibo oficial de la clínica.
- Registro diario de caja.
- Reporte contable.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El paciente finaliza la consulta o servicio y se dirige al área de recepción/caja.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	La secretaria verifica en el sistema el servicio recibido (consulta, examen, medicamento, etc.).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
3	Se calcula el monto a pagar de acuerdo con la lista de precios vigente y autorizada.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	La secretaria informa al paciente el total y recibe el pago en efectivo, tarjeta u otro medio autorizado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
5	Se emite factura o recibo oficial con sello de la clínica y se entrega al paciente.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
6	El pago se registra en el sistema digital y se vincula al expediente clínico virtual del paciente.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
7	Al final de la jornada, la secretaria realiza un corte de caja y prepara el reporte de ingresos diarios.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico

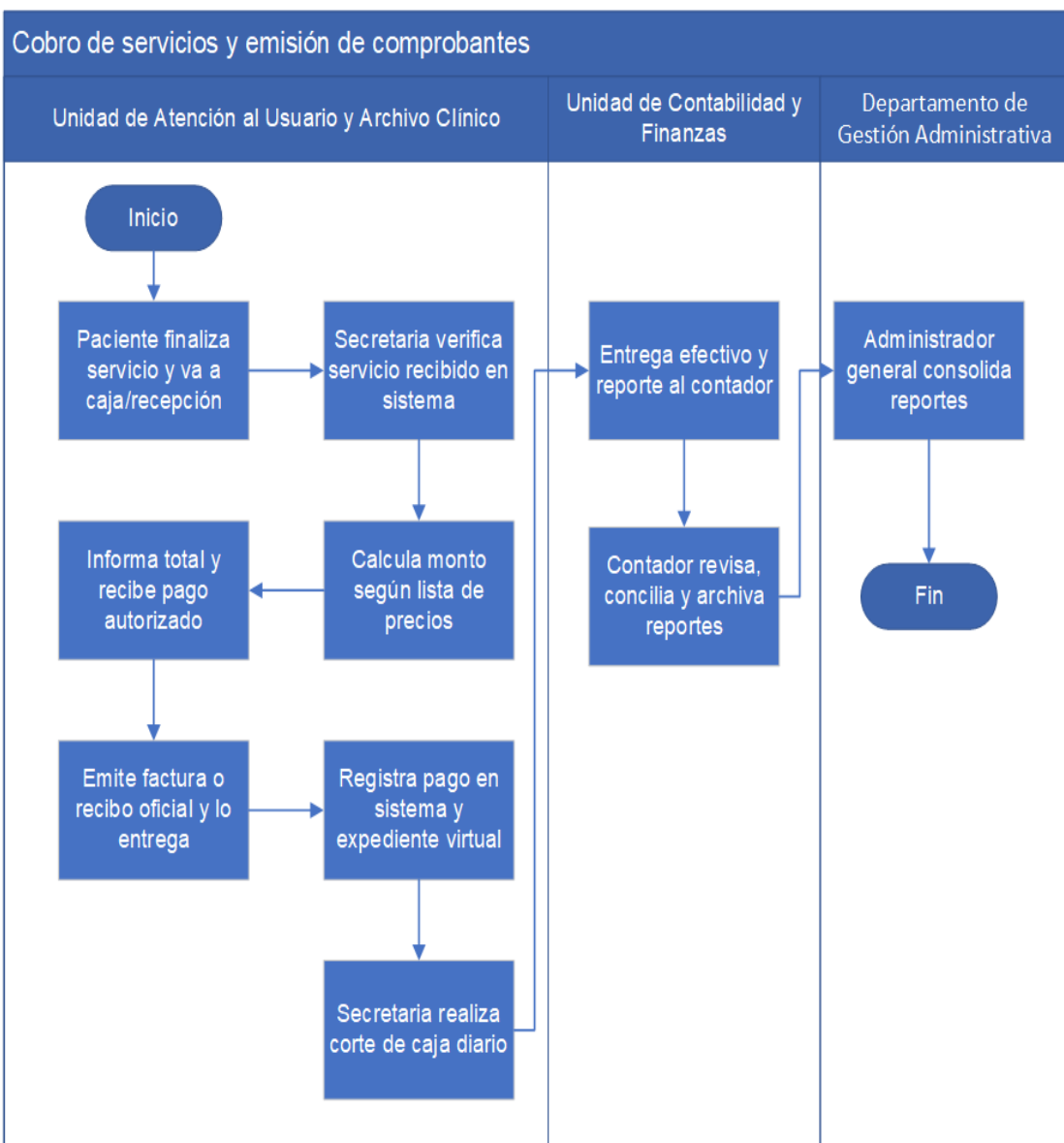
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025	
			Página	26	de 46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE		
			Página	-	de -
		Fecha	-		


8	El reporte y el efectivo recaudado son entregados al contador para registro contable.	Unidad de Contabilidad y Finanzas
9	El contador revisa, concilia y archiva los reportes de caja para control financiero.	Unidad de Contabilidad y Finanzas
10	El Administrador General recibe reportes periódicos de ingresos y autoriza su consolidación en los estados financieros.	Departamento de Gestión Administrativa



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	27	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 13: Registro y custodia de expedientes clínicos virtuales y físicos

### Objetivo:

Establecer un proceso ordenado para el registro, actualización, resguardo y custodia de los expedientes clínicos de los pacientes, garantizando confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

### Alcance:

Aplica a todos los expedientes clínicos generados en la clínica, tanto en formato físico (cuando la normativa lo requiera) como en formato digital a través del expediente clínico virtual.

### Responsables:

secretaria/Recepcionista, jefe de Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico, Médicos tratantes, Enfermería.

### Documentos y registros:

- Expediente clínico virtual.
- Expediente físico (si aplica).
- Registro de préstamos y devoluciones de expedientes físicos.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	En la primera visita, la recepcionista crea el expediente clínico virtual del paciente y, si es requerido por normativa, un expediente físico.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	Cada atención médica o procedimiento es registrado en el expediente clínico virtual por el médico o enfermería.	Unidad de Consulta Externa / Unidad de Enfermería
3	En caso de usar expediente físico, la recepcionista archiva los documentos en un espacio seguro y clasificado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	El préstamo de expedientes físicos a médicos u otras áreas se registra en un libro o sistema de control, con fecha de entrega y devolución.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico

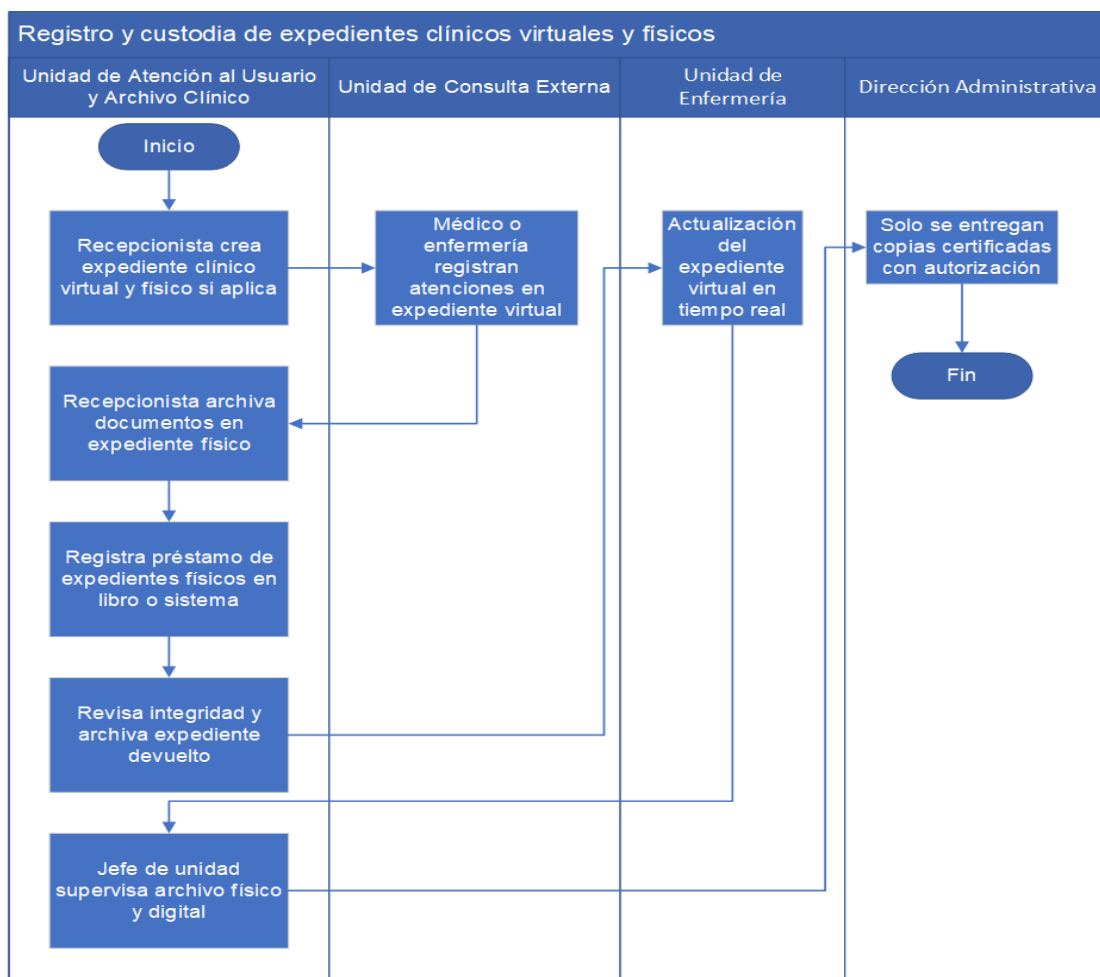
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	28	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			


5	Al devolver un expediente físico, se revisa su integridad y se archiva nuevamente en el lugar asignado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
6	La actualización del expediente virtual debe hacerse en tiempo real para mantener trazabilidad y continuidad de la atención.	Médicos tratantes / Enfermería
7	El jefe de Unidad supervisa periódicamente el archivo físico y el sistema digital para verificar cumplimiento de normas de confidencialidad.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
8	Ante solicitudes de información externa (CSSP, MINSAL), solo se entregan copias certificadas con autorización del Administrador General.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico / Dirección Administrativa



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	29	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 14: Gestión contable y cierre de caja diaria

### Objetivo:

Estandarizar el proceso de cierre de caja y registro contable diario, asegurando transparencia, exactitud en los ingresos y cumplimiento de las normas financieras de la clínica.

### Alcance:

Aplica a todas las operaciones de ingresos por servicios médicos, laboratorio, imagenología, farmacia y otros cobros realizados en la clínica.

### Responsables:

secretaria/Recepcionista (caja), Contador, Administrador General.

### Documentos y registros:

- Reporte diario de caja.
- Facturas o recibos oficiales.
- Libro contable o sistema digital de contabilidad.
- Estados financieros periódicos.

### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Durante el día, la secretaria/recepcionista registra en el sistema cada pago realizado por los pacientes.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
2	Al finalizar la jornada, la secretaria imprime o genera el reporte de ingresos diarios (corte de caja).	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
3	Se cuentan los ingresos en efectivo y se verifican con el reporte generado.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico
4	El efectivo, comprobantes de pago y el reporte de caja se entregan al contador.	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico / Unidad de Contabilidad y Finanzas
5	El contador revisa la documentación, valida los montos y registra los ingresos en el sistema contable.	Unidad de Contabilidad y Finanzas
6	El contador concilia el reporte de caja con los comprobantes físicos y el sistema digital.	Unidad de Contabilidad y Finanzas

Elaborado por:

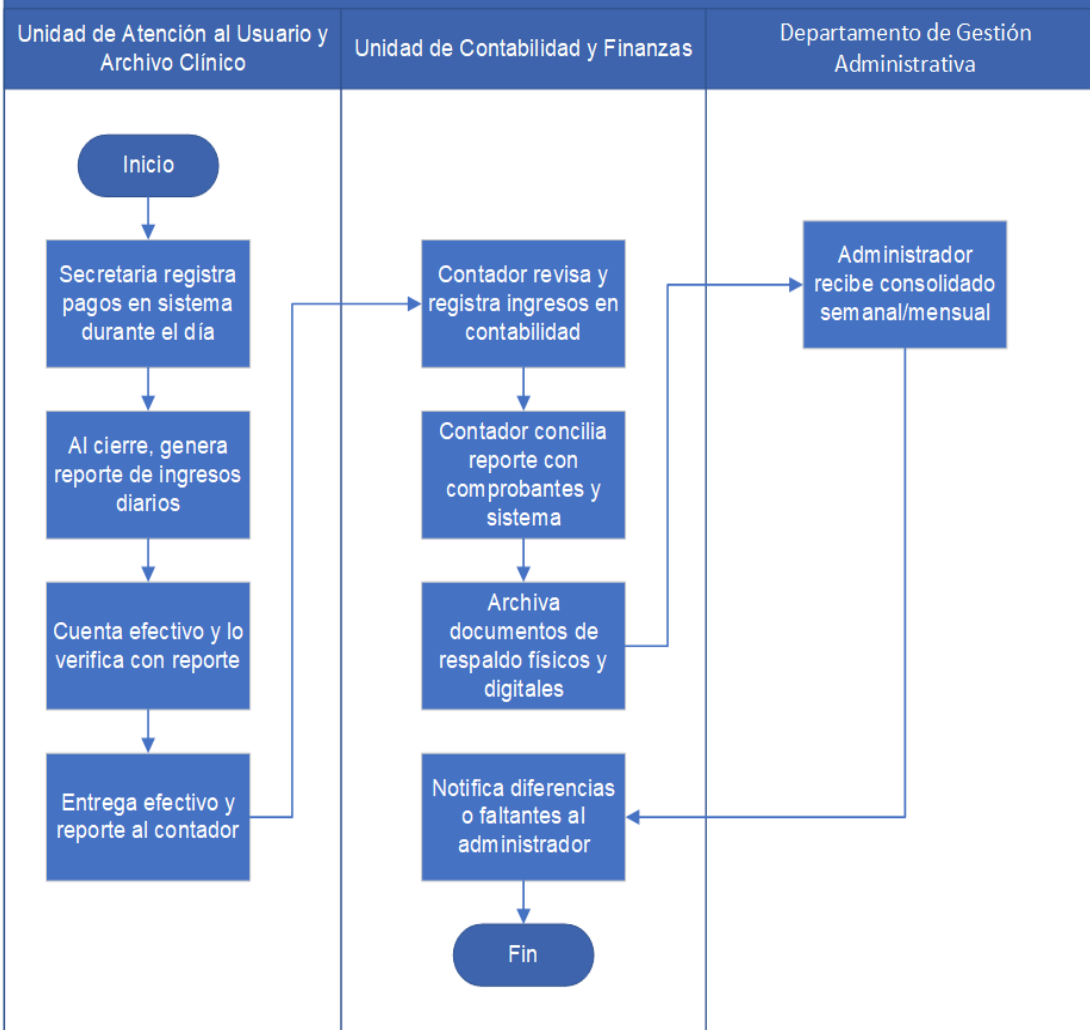
Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	30	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

7	Se archivan los documentos de respaldo (facturas, recibos, reportes de caja) en carpetas físicas y digitales.	Unidad de Contabilidad y Finanzas
8	El Administrador General recibe el consolidado semanal o mensual para control financiero.	Departamento de Gestión Administrativa
9	En caso de diferencias o faltantes, se notifica inmediatamente al Administrador General para investigación.	Unidad de Contabilidad y Finanzas


### Gestión contable y cierre de caja diaria



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	31	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 15: Control de asistencia y gestión de personal (recursos humanos)

### Objetivo:

Establecer un proceso ordenado para el control de asistencia, permisos, vacaciones y gestión general del personal de la clínica, garantizando cumplimiento laboral y eficiencia administrativa.

### Alcance:

Aplica a todo el personal de la clínica: directivo, médico, asistencial, administrativo y de apoyo.

### Responsables:

Encargado de Recursos Humanos, Administrador General.

### Documentos y registros:

- Registro de asistencia (biométrico, digital o manual).
- Solicitudes de permisos y vacaciones.
- Expediente laboral de cada empleado.
- Reportes de recursos humanos.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	El personal registra su ingreso y salida en el sistema de control de asistencia (biométrico o digital).	Unidad de Recursos Humanos
2	El Encargado de Recursos Humanos verifica diariamente el cumplimiento de horarios y asistencia.	Unidad de Recursos Humanos
3	Cuando un empleado requiere permiso o licencia, presenta la solicitud por escrito o en formato digital.	Unidad de Recursos Humanos
4	El Encargado de Recursos Humanos revisa la solicitud y la somete a autorización del Administrador General.	Unidad de Recursos Humanos / Departamento de Gestión Administrativa

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	32	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

5	Si se aprueba, se registra en el sistema y se actualiza el historial de asistencia del trabajador.	Unidad de Recursos Humanos
6	Para vacaciones, el empleado presenta la solicitud con al menos 15 días de anticipación.	Unidad de Recursos Humanos
7	Recursos Humanos organiza el rol de sustituciones (si aplica) para no afectar la prestación de servicios.	Unidad de Recursos Humanos
8	Mensualmente, se emite un reporte consolidado de asistencia, permisos y vacaciones para ser entregado al Administrador General.	Unidad de Recursos Humanos
9	El reporte validado se envía a Contabilidad para efectos de cálculo de planillas.	Unidad de Recursos Humanos / Unidad de Contabilidad y Finanzas
10	En caso de ausencias injustificadas, Recursos Humanos notifica al Administrador General para aplicar medidas disciplinarias según reglamento.	Unidad de Recursos Humanos

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025

Página 33 de 46

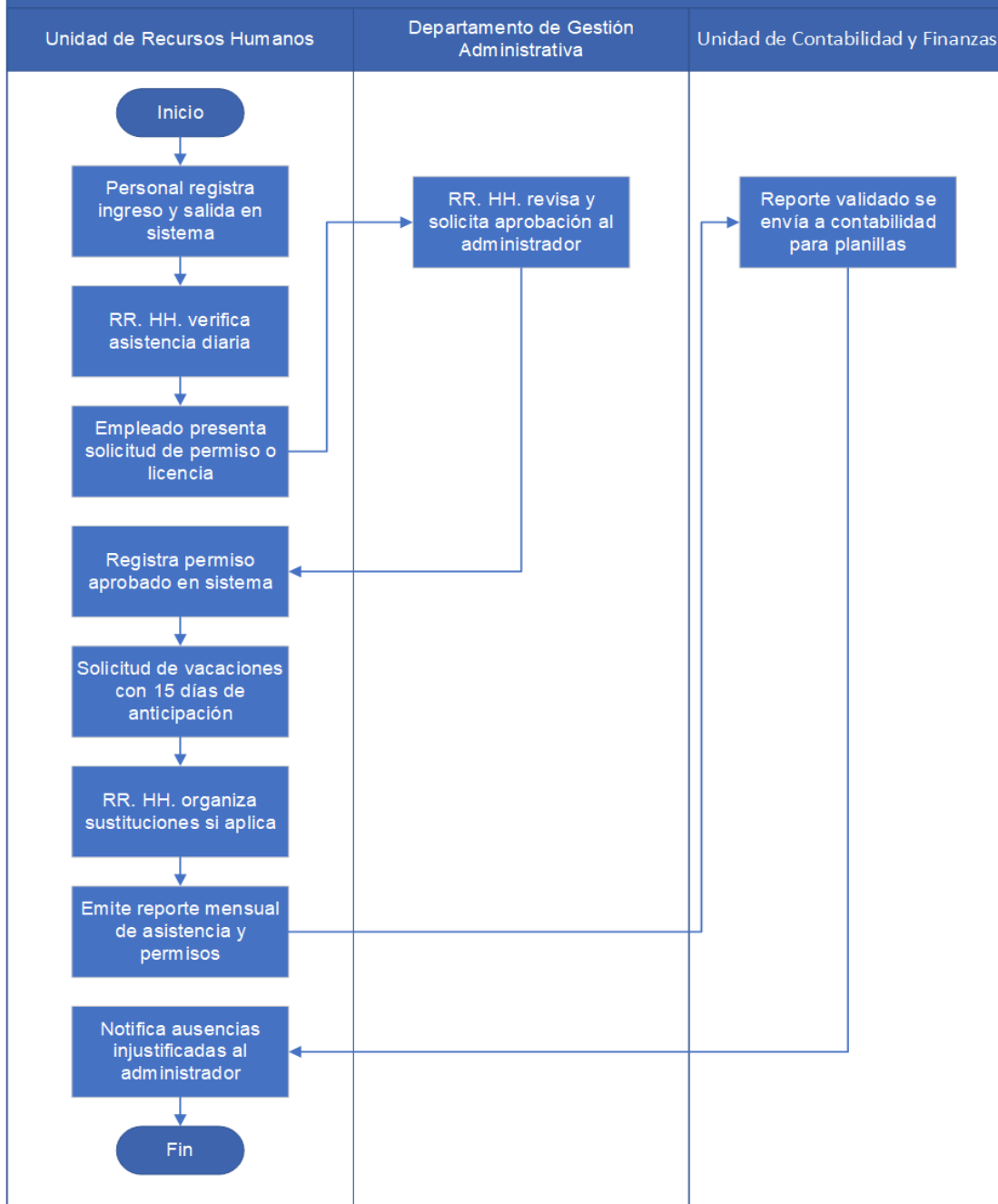
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -


**Control de asistencia y gestión de personal (recursos humanos)**



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	34	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>SUSTITUYE</b>			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 16: Comunicación institucional (publicación de avisos y campañas de salud)

### Objetivo:

Definir el proceso de planificación, elaboración y difusión de la comunicación institucional y campañas de salud, garantizando información clara, accesible y alineada con la misión de la clínica.

### Alcance:

Aplica a todas las actividades de comunicación interna y externa, incluyendo publicaciones en medios impresos, digitales, redes sociales, carteleras y actividades comunitarias.

### Responsables:

Encargado de Comunicaciones Institucionales, Administrador General, Consejo Directivo (aprobaciones).

### Documentos y registros:

- Plan de comunicación institucional.
- Material de difusión (digital o impreso).
- Registro de campañas y actividades comunicacionales.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Se identifica la necesidad de comunicación (aviso interno, información a usuarios o campaña comunitaria).	Unidad de Comunicaciones Institucionales
2	El Encargado de Comunicaciones elabora un borrador del mensaje, afiche, nota o publicación digital.	Unidad de Comunicaciones Institucionales
3	El material se somete a revisión y aprobación del Administrador General y, si corresponde, del Consejo Directivo.	Unidad de Comunicaciones Institucionales / Departamento de Gestión Administrativa / Consejo Directivo
4	Una vez aprobado, se procede a la publicación en los canales correspondientes: carteleras, redes	Unidad de Comunicaciones Institucionales

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025			
		Página	35	de	46	
		<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Fecha	-			
	sociales, página web, correos institucionales.					
5	Para campañas de salud, se coordina con médicos y enfermería la programación de actividades (charlas, jornadas preventivas, controles médicos).		Unidad de Comunicaciones Institucionales / Departamento de Servicios de Salud			
6	Se lleva un registro de cada publicación o campaña realizada, con fecha, objetivo y público meta.		Unidad de Comunicaciones Institucionales			
7	Al finalizar una campaña, se recopila evidencia (fotografías, reportes, métricas digitales) para archivo y evaluación.		Unidad de Comunicaciones Institucionales			
8	Periódicamente, el Encargado de Comunicaciones presenta un informe de actividades al Administrador General.		Unidad de Comunicaciones Institucionales			
Elaborado por:		Revisado por:		Autorizado por:		
_____		_____		_____		

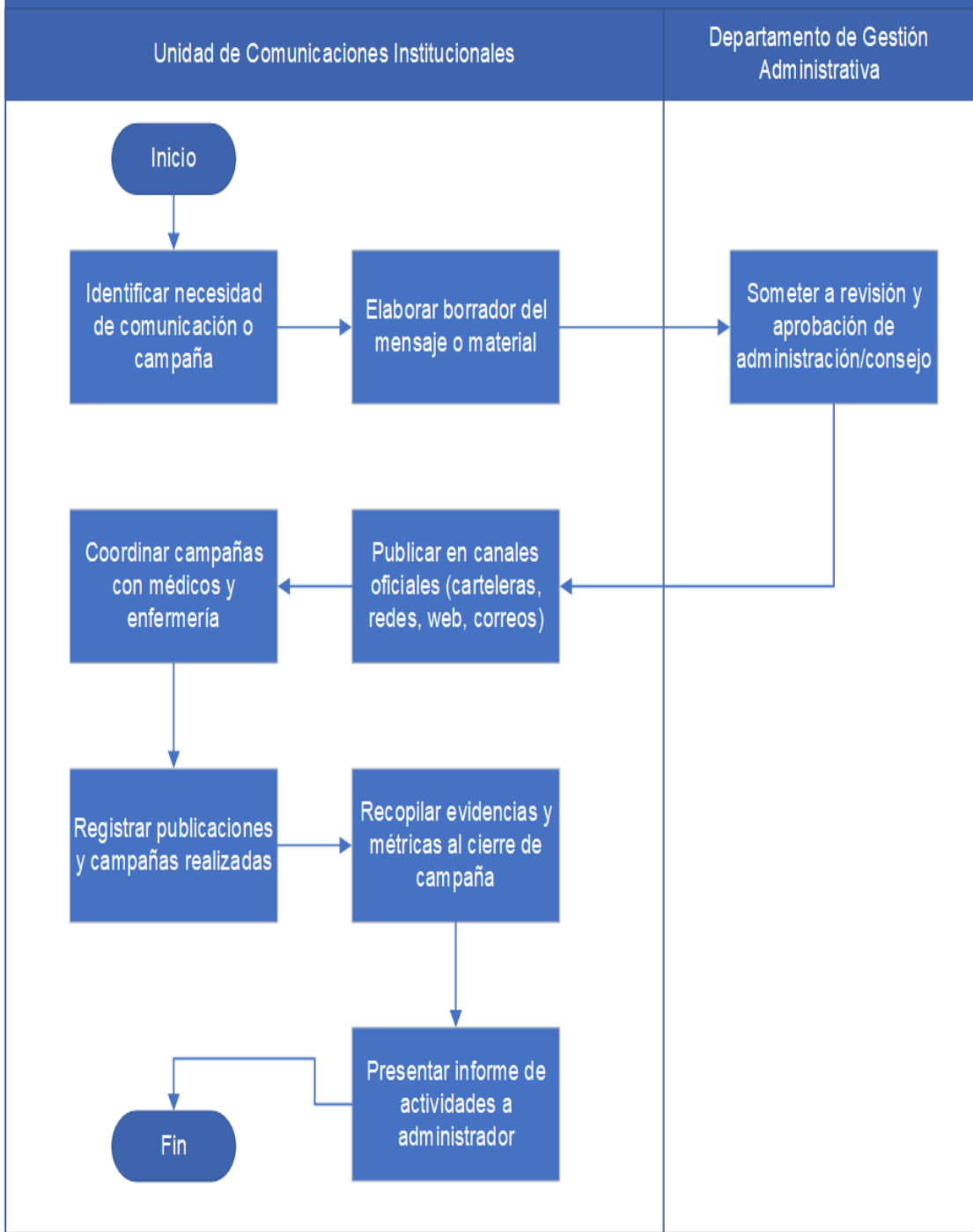


**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Fecha	Julio 2025		
Página	36	de	46
<b>SUSTITUYE</b>			
Página	-	de	-
Fecha	-		


Comunicación institucional (publicación de avisos y campañas de salud)



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	37	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
			Fecha	-		

## Procedimiento 17: Limpieza y desinfección de instalaciones

### Objetivo:

Mantener las instalaciones de la clínica en condiciones óptimas de limpieza e higiene, reduciendo riesgos de infección y garantizando un ambiente seguro para pacientes, visitantes y personal.

### Alcance:

Aplica a todas las áreas físicas de la clínica: consultorios, salas de espera, baños, oficinas administrativas, laboratorio, imagenología, farmacia y áreas externas.

### Responsables:

Encargado de Aseo, Unidad de Bioseguridad, Administrador General (supervisión).

### Documentos y registros:

- Cronograma de limpieza y desinfección.
- Lista de chequeo de limpieza.
- Registro de insumos de limpieza utilizados.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Elaborar un cronograma diario, semanal y mensual de limpieza y desinfección según área.	Unidad de Bioseguridad / Administrador General
2	Al inicio de la jornada, limpiar y desinfectar las áreas de uso común (recepción, salas de espera, baños).	Encargado de Aseo
3	Entre consultas, realizar limpieza rápida de consultorios y camillas, utilizando insumos autorizados.	Encargado de Aseo / Unidad de Enfermería
4	En laboratorio e imagenología, aplicar protocolos de desinfección específicos tras cada procedimiento.	Encargado de Aseo / Unidad de Laboratorio / Unidad de Imagenología
5	Registrar en la lista de chequeo cada actividad realizada, con hora y firma del encargado.	Encargado de Aseo
6	Al finalizar la jornada, realizar limpieza profunda de consultorios, pasillos y oficinas.	Encargado de Aseo

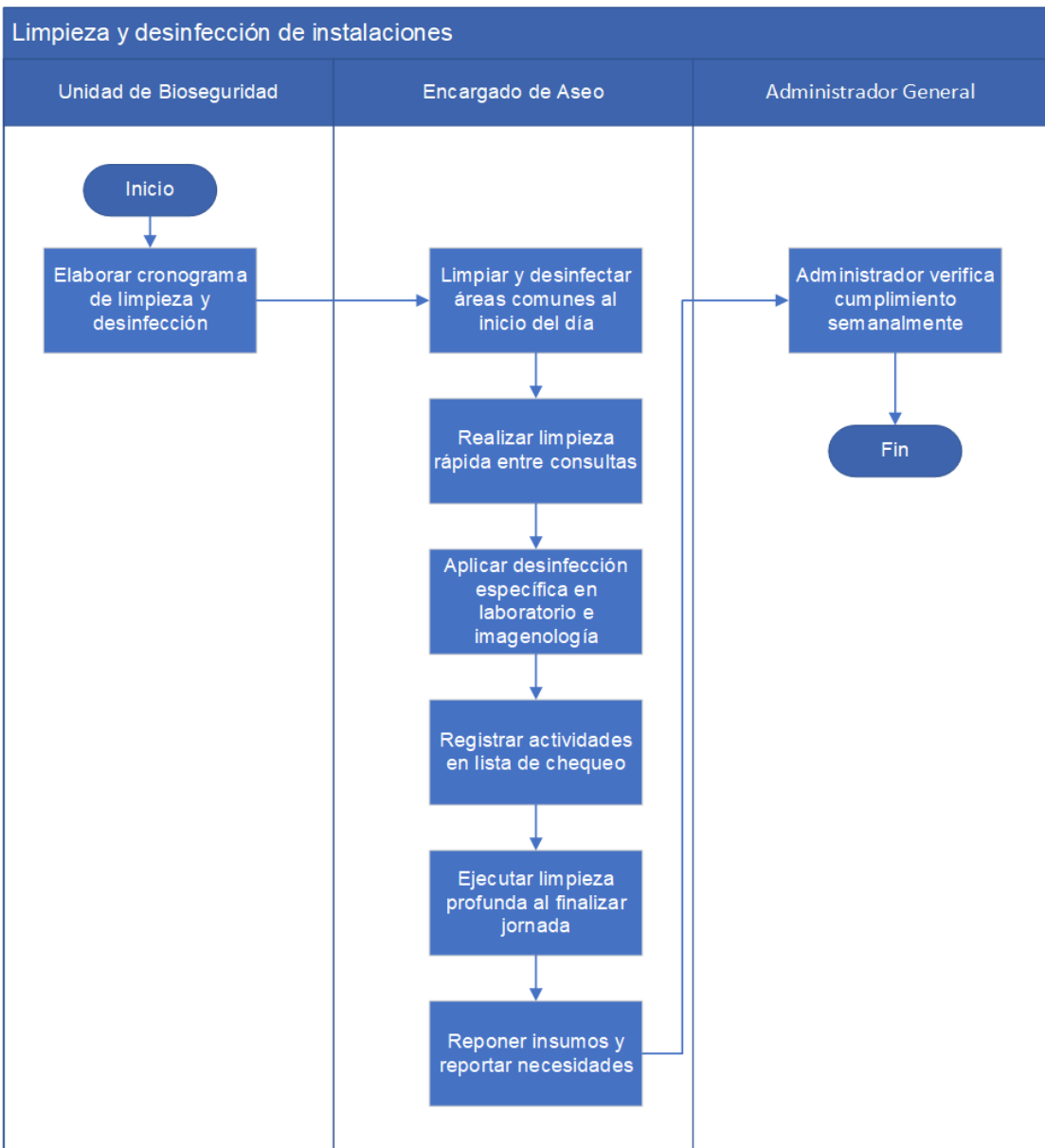
Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	38	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
			Fecha	-		


7	Reponer insumos de limpieza y reportar necesidades de abastecimiento al Administrador General.	Encargado de Aseo
8	Semanalmente, el Administrador General revisa el cumplimiento del cronograma y firma la verificación.	Administrador General



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	39	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Procedimiento 18: Manejo y disposición de desechos hospitalarios

### Objetivo:

Estandarizar el manejo, clasificación, almacenamiento y disposición final de los desechos hospitalarios generados en la clínica, garantizando bioseguridad y cumplimiento de la normativa ambiental y sanitaria.

### Alcance:

Aplica a todos los desechos generados en consultorios, enfermería, laboratorio, imagenología, farmacia y áreas administrativas.

### Responsables:

Encargado de Aseo, Enfermería, Regente de Laboratorio, Regente de Gabinete Radiológico, Regente Farmacéutico, Administrador General (supervisión).

### Documentos y registros:

- Registro de recolección de desechos.
- Manifiesto de entrega a empresa recolectora autorizada.
- Protocolos internos de bioseguridad.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Clasificar los desechos en el punto de origen según normativa: comunes, biológicos infecciosos, punzocortantes, químicos y especiales.	Todas las Unidades Asistenciales y de Apoyo
2	Depositar los desechos en bolsas y recipientes diferenciados por color y rotulados (ej. rojo: infecciosos, amarillo: punzocortantes).	Todas las Unidades Asistenciales y de Apoyo
3	El personal de enfermería y laboratorio asegura el cierre y sellado de bolsas o contenedores al llenarse $\frac{3}{4}$ de su capacidad.	Unidad de Enfermería / Laboratorio Clínico
4	El Encargado de Aseo recolecta los desechos de cada área y los traslada al área de almacenamiento temporal.	Unidad de Bioseguridad / Encargado de Aseo
5	Los desechos son almacenados en un lugar exclusivo, ventilado, seguro y de acceso restringido.	Unidad de Bioseguridad

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025			
			Página	40	de	46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>SUSTITUYE</b>				
			Página	-	de	-	
		Fecha	-				

6	Se registra la cantidad y tipo de desechos recolectados en el formato correspondiente.	Unidad de Bioseguridad
7	Una empresa recolectora autorizada por el MINSAL y el MARN recoge periódicamente los desechos.	Empresa externa / Administrador General
8	Se firma el manifiesto de entrega y se archiva en la clínica como respaldo de cumplimiento legal.	Administrador General
9	El Administrador General revisa mensualmente el cumplimiento de los protocolos de desechos hospitalarios.	Departamento de Gestión Administrativa

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

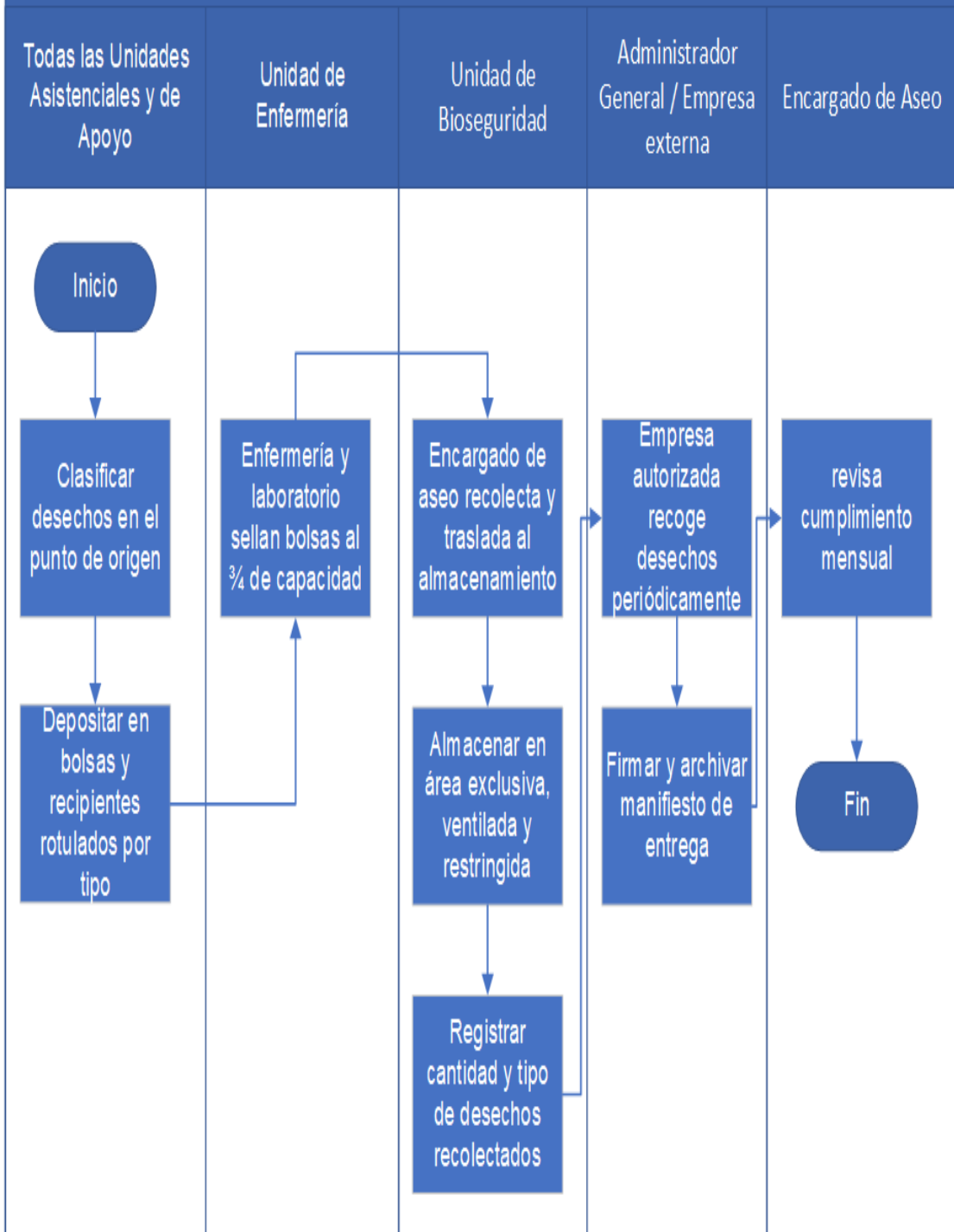


**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Fecha	Julio 2025		
Página	41	de	46
<b>SUSTITUYE</b>			
Página	-	de	-
Fecha	-		


### Manejo y disposición de desechos hospitalarios



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	42	de 46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de -	
		Fecha	-			

## Procedimiento 19: Protocolos de bioseguridad para el personal

### Objetivo:

Garantizar la aplicación de medidas de bioseguridad en todas las áreas de la clínica, protegiendo al personal, pacientes y visitantes frente a riesgos biológicos, químicos y físicos.

### Alcance:

Aplica a todo el personal de la clínica: médicos, enfermería, técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, farmacia, personal administrativo y de apoyo.

### Responsables:

Administrador General, Médico Regente, Encargado de Bioseguridad, Jefaturas de cada unidad.

### Documentos y registros:

- Manual interno de bioseguridad.
- Listas de chequeo de cumplimiento.
- Reportes de incidentes y accidentes laborales.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Capacitar periódicamente al personal sobre normas de bioseguridad y manejo de riesgos.	Departamento de Gestión Administrativa / Médico Regente
2	Exigir el uso obligatorio de equipo de protección personal (batas, guantes, mascarillas, gafas, etc.) según el área de trabajo.	Todas las Unidades
3	Aplicar protocolos de higiene de manos antes y después de cada procedimiento.	Todas las Unidades
4	Asegurar la correcta desinfección y esterilización de equipos e instrumental médico.	Unidad de Enfermería / Laboratorio / Imagenología
5	Disponer de recipientes adecuados para punzocortantes, desechos biológicos y químicos.	Todas las Unidades Asistenciales
6	Mantener actualizado el esquema de vacunación del personal (ej. hepatitis B, tétanos, influenza).	Unidad de Recursos Humanos / Médico Regente

Elaborado por:

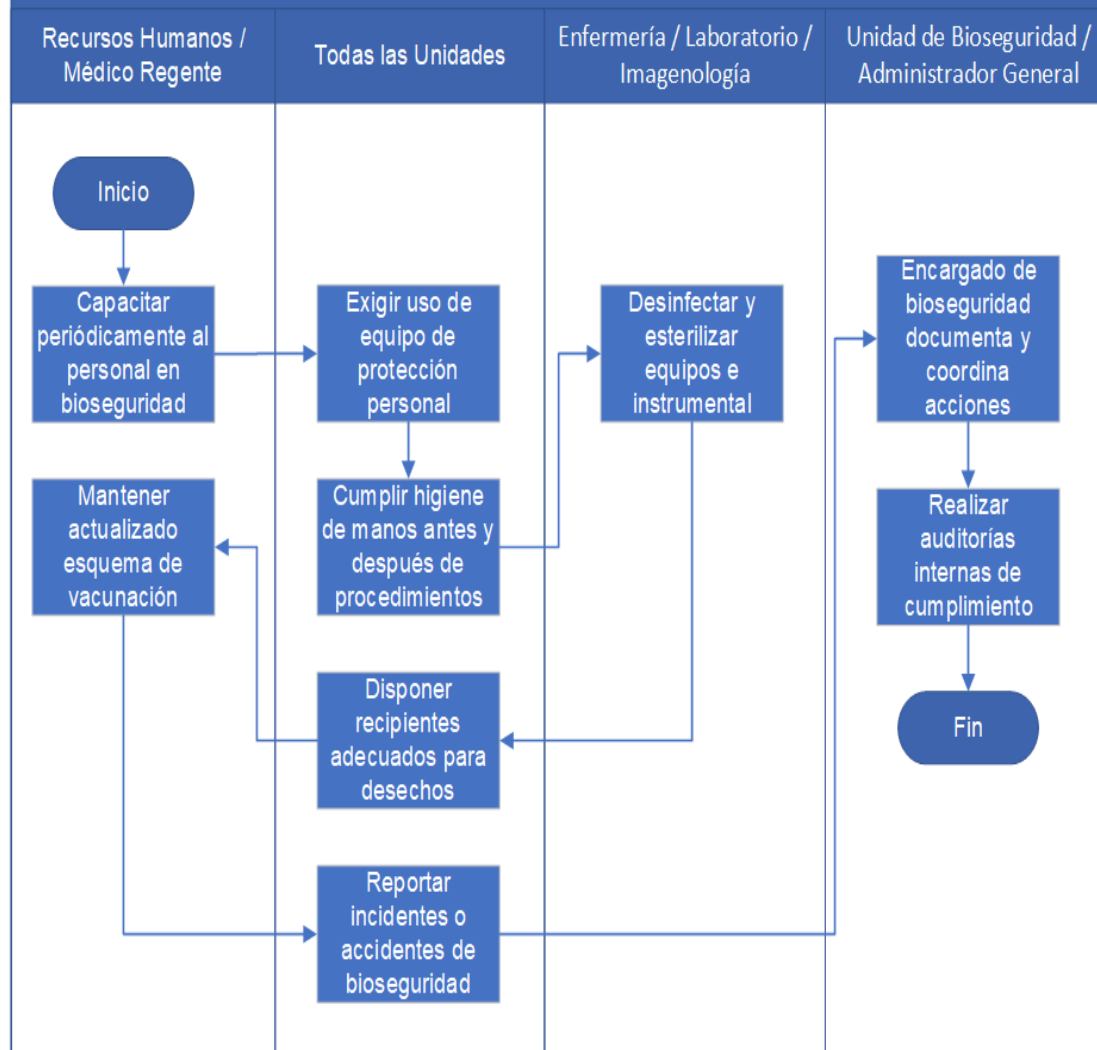
Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	43	de	46	
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

7	Reportar inmediatamente incidentes o accidentes de bioseguridad (pinchazos, derrames, exposición biológica).	Todo el personal
8	El Encargado de Bioseguridad documenta incidentes y coordina acciones correctivas con el Administrador General.	Unidad de Bioseguridad
9	Realizar auditorías internas periódicas para verificar cumplimiento de los protocolos.	Unidad de Bioseguridad / Administrador General


### Protocolos de bioseguridad para el personal



Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	44	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Procedimiento 20: Control de acceso y vigilancia de la clínica

### Objetivo:

Establecer un protocolo de seguridad para el control de accesos, vigilancia y resguardo de las instalaciones, pacientes, personal y bienes de la clínica.

### Alcance:

Aplica a todas las áreas físicas de la clínica, en horarios de funcionamiento y durante el cierre de las instalaciones.

### Responsables:

Agente de Vigilancia, Administrador General.

### Documentos y registros:

- Registro de ingreso de visitantes.
- Libro de novedades de seguridad.
- Reportes de incidentes.


### Pasos del procedimiento

Paso	Descripción	Área / Unidad Responsable
1	Mantener presencia en la entrada principal durante el horario de funcionamiento.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
2	Verificar la identidad de visitantes y proveedores antes de permitir el acceso.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
3	Registrar en el libro de control los datos de visitantes (nombre, motivo de visita, hora de entrada).	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
4	Permitir acceso únicamente a pacientes, familiares, personal autorizado y proveedores registrados.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
5	Realizar rondas periódicas en las instalaciones para prevenir incidentes de seguridad.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025		
		Página	45	de	46
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	<b>SUSTITUYE</b>			
		Página	-	de	-
		Fecha	-		

6	Controlar accesos a áreas restringidas como farmacia, laboratorio, imagenología y archivo clínico.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
7	Registrar en el libro de novedades cualquier incidente, anomalía o situación sospechosa.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
8	En caso de emergencias (robo, agresión, accidente), dar aviso inmediato al Administrador General y coordinar con autoridades competentes.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
9	Al cierre de la jornada, verificar que puertas, ventanas y accesos estén asegurados.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia
10	Elaborar un informe semanal de novedades y presentarlo al Administrador General.	Unidad de Bioseguridad y Vigilancia

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:



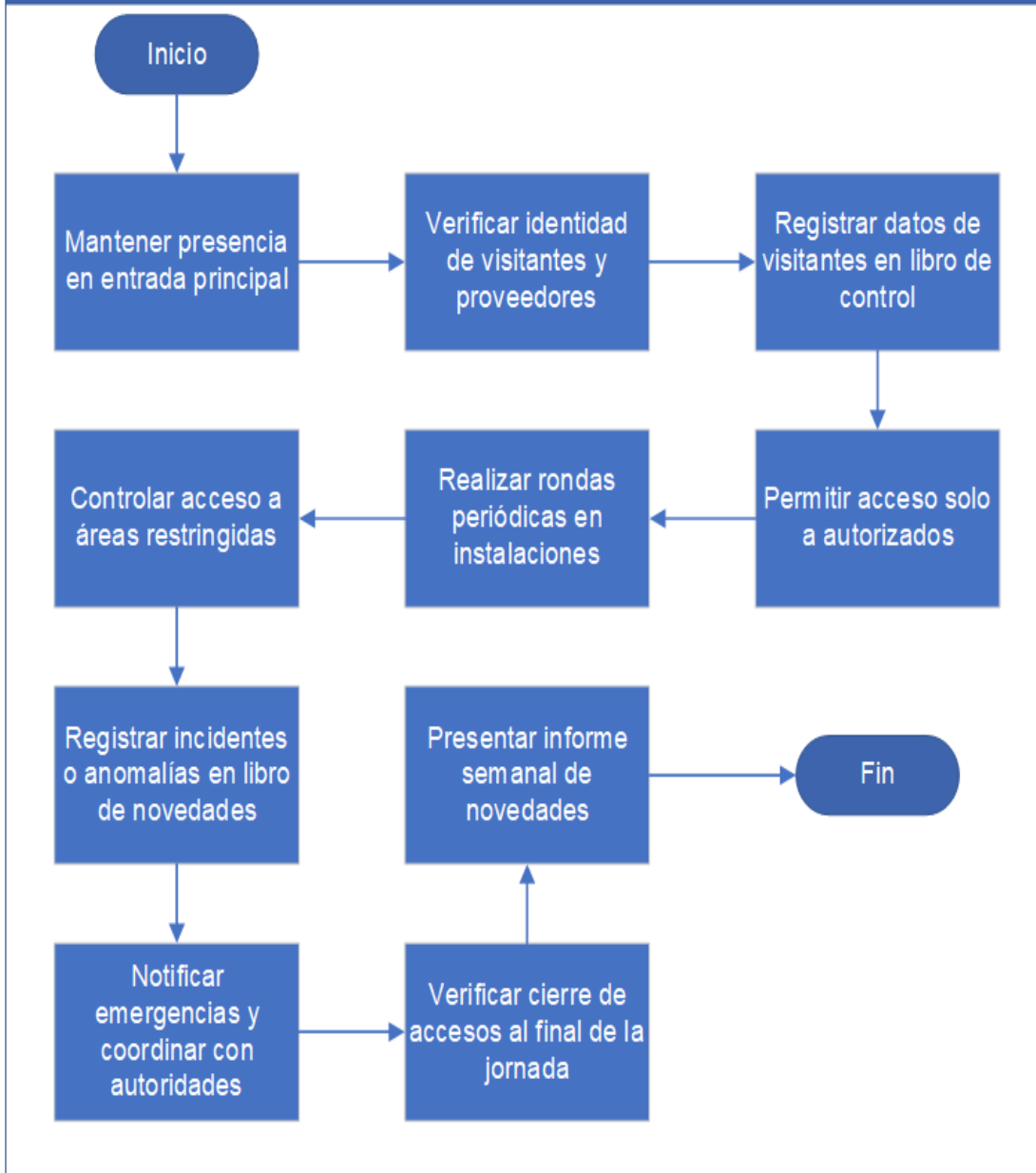
**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

Fecha	Julio 2025		
Página	46	de	46
SUSTITUYE			
Página	-	de	-
Fecha	-		

## Control de acceso y vigilancia de la clínica

### Unidad de Bioseguridad y Vigilancia



Elaborado por:

Revisado por:


Autorizado por:

### 3. Manual de puestos de trabajo

# MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO



CLÍNICA  
DIVINA  
PROVIDENCIA

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	1	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Introducción

El **Manual de Puestos de Trabajo de la Clínica Asistencial Divina Providencia** es un documento técnico-administrativo que define de manera clara y ordenada las responsabilidades, funciones, requisitos y relaciones laborales de cada cargo dentro de la organización. Su finalidad es servir como guía para la gestión del recurso humano, asegurando que cada trabajador conozca el alcance de sus tareas y la forma en que contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Este manual facilita la administración eficiente del personal, promueve la transparencia en los procesos de contratación, evaluación y capacitación, y fortalece la coordinación entre las distintas áreas. Asimismo, constituye un apoyo para garantizar que las actividades laborales se desarrollen en concordancia con la misión, visión, políticas y valores de la clínica, así como con las disposiciones legales y normativas aplicables en el sector salud.

- **Personal administrativo** (recepción, archivo clínico, admisiones; control interno institucional)

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	2	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Objetivos

### Objetivo general

Establecer de manera clara y estructurada las funciones, responsabilidades, requisitos y relaciones laborales de cada puesto de trabajo dentro de la Clínica Asistencial Divina Providencia, con el fin de optimizar la gestión del recurso humano y garantizar un desempeño eficiente y acorde a los lineamientos institucionales y normativos.


### Objetivos específicos

- Definir las funciones generales y específicas de cada puesto para orientar el trabajo del personal.
- Establecer los requisitos mínimos de formación, experiencia y competencias que debe cumplir cada cargo.
- Favorecer la transparencia y equidad en los procesos de selección, contratación, evaluación y capacitación.
- Fortalecer la coordinación y comunicación entre los distintos niveles jerárquicos y áreas de la clínica.
- Servir como herramienta de referencia para la administración del talento humano y la toma de decisiones en materia organizativa.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	3	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	-
		Fecha	-			

## Descripción de los puestos


### Consejo directivo

Elemento	Descripción
Código de puesto	CD-001
Área	Consejo Directivo
Nombre del puesto	Presidente del Consejo Directivo
Superior inmediato	—
Subordinados	Comité Asesor, Jefaturas de Departamento
Propósito del puesto	Representar legal y administrativamente a la clínica en nombre del Consejo Directivo, dirigiendo las sesiones, asegurando la toma de decisiones estratégicas y velando por el cumplimiento de los objetivos institucionales
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderar al Consejo Directivo en la definición de políticas y lineamientos</li> <li>Representar oficialmente a la clínica ante entidades gubernamentales, religiosas y sociales</li> <li>Supervisar la gestión general de la clínica mediante los informes de las áreas directivas</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocar y presidir reuniones del Consejo Directivo</li> <li>Firmar acuerdos, convenios y resoluciones en nombre del Consejo</li> <li>Aprobar presupuestos, reglamentos y planes de trabajo junto con el Consejo</li> <li>Dar seguimiento al cumplimiento de políticas institucionales y normativas legales</li> <li>Servir de enlace entre la organización religiosa y la administración de la clínica</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miembro designado por la organización religiosa que sustenta la clínica</li> <li>Título universitario en Administración de Empresas, Ciencias Jurídicas, Ciencias de la Salud o afín</li> <li>Experiencia en liderazgo institucional, social o comunitario</li> <li>Habilidades de gestión, toma de decisiones y representación institucional</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> Comité Asesor, jefes de Departamento, personal administrativo y clínico.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	4	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

**Externas:** Ministerio de Salud, CSSP, Junta de Vigilancia, aliados estratégicos y comunidad.


## Comité asesor

Elemento	Descripción
Código de puesto	CA-001
Área	Comité Asesor
Nombre del puesto	Asesor Institucional
Superior inmediato	Presidente del Consejo Directivo
Subordinados	—
Propósito del puesto	Brindar apoyo técnico y estratégico al Consejo Directivo, orientando sobre normativas, planificación y procesos de mejora para el funcionamiento de la clínica.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesorar al Consejo Directivo en la toma de decisiones estratégicas</li> <li>Apoyar en la formulación de políticas y reglamentos</li> <li>Orientar sobre el cumplimiento de normativas de salud y legales</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar y emitir recomendaciones sobre informes de gestión</li> <li>Proponer mejoras en la calidad de los servicios</li> <li>Analizar el impacto de proyectos institucionales</li> <li>Servir de enlace técnico con entidades reguladoras cuando se requiera</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Título universitario en Medicina, Administración de Servicios de Salud, Ciencias Jurídicas o afín</li> <li>Experiencia en gestión institucional o en asesoría organizativa</li> <li>Conocimientos en normativa del sector salud y gestión administrativa.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Consejo Directivo, Jefaturas de Departamento.</p> <p><b>Externas:</b> Entidades gubernamentales y organismos aliados.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	5	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			


## Departamento de servicio de salud


Elemento	Descripción
Código de puesto	DS-001
Área	Departamento de Servicios de Salud
Nombre del puesto	Médico Regente
Superior inmediato	Presidente del Consejo Directivo
Subordinados	Médicos especialistas, personal de enfermería, regentes de laboratorio, técnicos de radiología, personal de farmacia
Propósito del puesto	Dirigir, coordinar y supervisar las actividades clínicas y asistenciales de la clínica, garantizando el cumplimiento de la normativa del sector salud, así como la calidad y seguridad en la atención a los pacientes.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representar la dirección médica de la clínica ante el Consejo Directivo y entidades externas</li> <li>• Coordinar las unidades de atención en salud</li> <li>• Velar por el cumplimiento de protocolos médicos y de bioseguridad</li> <li>• Asegurar la calidad y eficiencia en los servicios asistenciales</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar el trabajo de médicos, enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia</li> <li>• Aprobar protocolos de atención clínica y procedimientos médicos</li> <li>• Garantizar la vigencia de licencias y acreditaciones requeridas</li> <li>• Revisar y firmar informes médicos y técnicos</li> <li>• Servir de enlace con el Ministerio de Salud y el CSSP en temas clínicos</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Medicina y registro activo en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 5 años en gestión clínica o dirección médica</li> <li>• Conocimientos en normativa de salud, bioseguridad y gestión de servicios asistenciales.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Consejo Directivo, médicos especialistas, enfermería, laboratorio, imagenología, farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Ministerio de Salud, CSSP, Junta de Vigilancia y proveedores de servicios de salud.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	6	de	26
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			
Elemento	Descripción					
Código de puesto	UCE-001					
Área	Unidad de Consulta Externa – Medicina General					
Nombre del puesto	Médico General					
Superior inmediato	Médico Regente					
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta externa					
Propósito del puesto	Brindar atención médica integral en el área de medicina general, realizando diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, de acuerdo con protocolos médicos y normativas vigentes.					
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas médicas generales en horario asignado</li> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades comunes</li> <li>• Coordinar con las áreas de laboratorio, imagenología y farmacia para apoyo diagnóstico y terapéutico.</li> </ul>					
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar examen físico completo al paciente</li> <li>• Prescribir medicamentos y tratamientos según diagnóstico</li> <li>• Solicitar y evaluar exámenes complementarios (laboratorio, rayos X, ultrasonografías)</li> <li>• Referir pacientes a médicos especialistas cuando el caso lo requiera</li> <li>• Registrar en el expediente clínico la atención brindada.</li> </ul>					
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en consulta externa o atención primaria</li> <li>• Conocimientos básicos en informática para manejo de expediente clínico digital.</li> </ul>					
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, personal de enfermería, laboratorio clínico, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y entidades de salud en caso de referencia.</p>					
Elaborado por:		Revisado por:		Autorizado por:		
_____		_____		_____		

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	7	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			
Elemento	Descripción					
Código de puesto	UCE-002					
Área	Unidad de Consulta Externa – Pediatría					
Nombre del puesto	Médico Pediatra					
Superior inmediato	Médico Regente					
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta pediátrica					
Propósito del puesto	Brindar atención médica integral a pacientes pediátricos, desde recién nacidos hasta adolescentes, garantizando diagnósticos adecuados, tratamientos oportunos y seguimiento del estado de salud.					
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas médicas pediátricas en horario asignado</li> <li>• Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades de la niñez y adolescencia</li> <li>• Promover la salud infantil mediante programas preventivos y de educación a padres y cuidadores.</li> </ul>					
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar controles de crecimiento y desarrollo</li> <li>• Atender enfermedades agudas y crónicas en población pediátrica</li> <li>• Indicar y evaluar exámenes de laboratorio e imagenología según el caso clínico</li> <li>• Prescribir medicamentos y terapias adecuados para la edad</li> <li>• Registrar en el expediente clínico la atención brindada</li> <li>• Brindar consejería y orientación a padres o tutores.</li> </ul>					
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Especialidad en Pediatría</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en atención pediátrica</li> <li>• Manejo básico de informática para uso del expediente clínico virtual</li> <li>• Vocación de servicio y habilidades de comunicación con niños y familias.</li> </ul>					
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos generales, personal de enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, padres de familia, entidades de referencia hospitalaria y programas de salud infantil.</p>					
Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____						

Elemento	Descripción
Código de puesto	UCE-003
Área	Unidad de Consulta Externa – Urología
Nombre del puesto	Médico Urólogo
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta urológica
Propósito del puesto	Diagnosticar, tratar y dar seguimiento a pacientes con patologías del aparato urinario y del sistema reproductor masculino, asegurando atención especializada de calidad.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas médicas urológicas en horario establecido</li> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades urológicas</li> <li>• Indicar y evaluar estudios de laboratorio e imagenología relacionados con la especialidad</li> <li>• Coordinar con farmacia y enfermería para tratamientos y procedimientos.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar evaluación clínica y diagnóstica en pacientes con trastornos urológicos</li> <li>• Prescribir tratamientos médicos y quirúrgicos según normativa</li> <li>• Atender casos de infecciones urinarias, cálculos renales, enfermedades prostáticas y disfunciones reproductivas</li> <li>• Solicitar estudios de apoyo diagnóstico como ultrasonografías y rayos X</li> <li>• Registrar oportunamente la atención en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Especialidad en Urología</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en consulta urológica</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el uso del expediente clínico virtual</li> <li>• Habilidades de comunicación y trato respetuoso hacia pacientes.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, personal de enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y centros hospitalarios de referencia.</p>
Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____	



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025


Página 8 de 26

**MANUAL DE PUESTOS DE  
TRABAJO**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	9	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	UCE-004
Área	Unidad de Consulta Externa – Medicina Interna
Nombre del puesto	Médico Internista
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta de medicina interna
Propósito del puesto	Brindar atención médica especializada en medicina interna a pacientes adultos, enfocándose en el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades complejas y crónicas.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas en medicina interna</li> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades crónicas y multisistémicas</li> <li>• Coordinar con otras especialidades médicas para la atención integral de los pacientes</li> <li>• Promover la prevención y control de enfermedades en adultos.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar evaluaciones clínicas completas</li> <li>• Prescribir tratamientos médicos y supervisar su cumplimiento</li> <li>• Solicitar y analizar exámenes de laboratorio, imagenología y otros estudios</li> <li>• Dar seguimiento a pacientes con hipertensión, diabetes, enfermedades renales y cardiovasculares</li> <li>• Registrar la atención brindada en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Especialidad en Medicina Interna</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en medicina interna o atención hospitalaria</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el manejo del expediente clínico virtual</li> <li>• Habilidades de análisis clínico y toma de decisiones.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, personal de enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y hospitales de referencia.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

Elemento	Descripción
Código de puesto	UCE-005
Área	Unidad de Consulta Externa – Gastroenterología
Nombre del puesto	Médico Gastroenterólogo
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta de gastroenterología
Propósito del puesto	Diagnosticar, tratar y dar seguimiento a enfermedades del sistema digestivo, garantizando atención especializada con enfoque preventivo y curativo.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas en el área de gastroenterología</li> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades gastrointestinales</li> <li>• Promover la prevención y detección temprana de enfermedades digestivas</li> <li>• Coordinar la atención integral del paciente con otras especialidades cuando sea necesario.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar evaluaciones clínicas y antecedentes digestivos</li> <li>• Solicitar y analizar exámenes de laboratorio, ultrasonografías y rayos X</li> <li>• Tratar patologías como gastritis, úlceras, reflujo, enfermedades hepáticas e intestinales.</li> <li>• Indicar regímenes dietéticos y farmacológicos según el caso</li> <li>• Documentar toda la atención brindada en el expediente clínico virtual</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Especialidad en Gastroenterología</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en consulta gastroenterológica</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el uso del expediente clínico virtual</li> <li>• Habilidades de comunicación y orientación al paciente</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, personal de enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y hospitales de referencia.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025

Página 10 de 26

**MANUAL DE PUESTOS DE  
TRABAJO**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -

Elemento	Descripción
Código de puesto	UCE-006
Área	Unidad de Consulta Externa – Ginecología
Nombre del puesto	Médico Ginecólogo
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Personal de enfermería asignado a consulta ginecológica
Propósito del puesto	Brindar atención médica especializada a mujeres en todas las etapas de su vida, enfocándose en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del aparato reproductor femenino.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender consultas ginecológicas en horario asignado</li> <li>• Diagnosticar y tratar enfermedades del sistema reproductor femenino</li> <li>• Promover la salud sexual y reproductiva mediante programas de prevención</li> <li>• Coordinar con laboratorio, imagenología y farmacia para la atención integral de las pacientes.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar controles ginecológicos y de salud reproductiva</li> <li>• Detectar y tratar infecciones y patologías ginecológicas</li> <li>• Solicitar y analizar exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio, ultrasonografía, rayos X)</li> <li>• Indicar tratamientos médicos y quirúrgicos cuando corresponda</li> <li>• Documentar cada consulta y procedimiento en el expediente clínico virtual</li> <li>• Brindar consejería sobre planificación familiar y salud preventiva</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Doctorado en Medicina</li> <li>• Especialidad en Ginecología y Obstetricia</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en atención ginecológica</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el manejo del expediente clínico virtual.</li> <li>• Habilidades de comunicación y sensibilidad en la atención a mujeres</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, personal de enfermería, laboratorio, imagenología y farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y hospitales de referencia.</p>
Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____	



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025

Página 11 de 26

**MANUAL DE PUESTOS DE  
TRABAJO**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -

Elemento	Descripción
Código de puesto	UEN-001
Área	Unidad de Enfermería
Nombre del puesto	Enfermera jefa
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Auxiliares de Enfermería
Propósito del puesto	Coordinar y supervisar las actividades de enfermería en la clínica, asegurando la calidad en la atención al paciente y el cumplimiento de protocolos asistenciales y de bioseguridad.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir al personal de enfermería</li> <li>• Garantizar el cumplimiento de normas de atención, seguridad y bioseguridad</li> <li>• Supervisar el uso adecuado de insumos y equipos médicos.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar y coordinar funciones del personal auxiliar</li> <li>• Supervisar procedimientos de enfermería y asistencia en consulta</li> <li>• Coordinar con médicos y farmacia para la atención de pacientes</li> <li>• Elaborar informes sobre la gestión del área</li> <li>• Registrar actividades en el sistema de expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Licenciatura en Enfermería</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería (JVPE)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en coordinación de servicios de enfermería</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el manejo de expediente clínico virtual.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, auxiliares de enfermería, farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, familiares y proveedores de insumos médicos.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025


Página 12 de 26

**MANUAL DE PUESTOS DE  
TRABAJO**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	13	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	UEN-002
Área	Unidad de Enfermería
Nombre del puesto	Auxiliar de Enfermería
Superior inmediato	Enfermera jefa
Subordinados	—
Propósito del puesto	Brindar apoyo en los procedimientos de atención y cuidado de pacientes, colaborando con el equipo médico y de enfermería en la prestación de servicios asistenciales.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar cuidados básicos de enfermería</li> <li>• Colaborar en procedimientos médicos ambulatorios</li> <li>• Mantener orden y limpieza en las áreas de atención.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistir al médico en consulta externa</li> <li>• Preparar insumos y equipos antes y después de cada procedimiento</li> <li>• Vigilar signos vitales y registrar datos en el expediente clínico virtual</li> <li>• Apoyar en el cumplimiento de protocolos de bioseguridad</li> <li>• Orientar a pacientes y familiares en el proceso de atención.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título de Auxiliar de Enfermería avalado por el Ministerio de Salud</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería (JVPE)</li> <li>• Experiencia mínima de 1 año en atención ambulatoria</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el uso del expediente clínico virtual.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Enfermera jefe, médicos especialistas, farmacia, laboratorio e imagenología.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes y familiares.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

Elemento	Descripción
Código de puesto	ULC-001
Área	Unidad de Laboratorio Clínico
Nombre del puesto	Regente de Laboratorio Clínico
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Técnicos y licenciados en laboratorio clínico
Propósito del puesto	Dirigir y supervisar las actividades del laboratorio clínico, garantizando la calidad de los análisis, el cumplimiento de protocolos de bioseguridad y la normativa del CSSP.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar el trabajo del personal de laboratorio</li> <li>• Asegurar la confiabilidad y calidad de los resultados de laboratorio</li> <li>• Supervisar el cumplimiento de normas de bioseguridad y buenas prácticas.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validar resultados de análisis antes de su entrega</li> <li>• Garantizar el correcto funcionamiento de equipos e insumos</li> <li>• Coordinar la toma y procesamiento de muestras</li> <li>• Elaborar informes de gestión del laboratorio</li> <li>• Registrar actividades en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Licenciatura en Laboratorio Clínico</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Laboratorio Clínico (JVPLC)</li> <li>• Experiencia mínima de 3 años en gestión de laboratorios</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para uso de expediente clínico virtual y sistemas de laboratorio</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, técnicos de laboratorio, enfermería.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, proveedores de insumos y CSSP.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	


	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	15	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	ULC-002
Área	Unidad de Laboratorio Clínico
Nombre del puesto	Técnico/Licenciado en Laboratorio Clínico
Superior inmediato	Regente de Laboratorio Clínico
Subordinados	—
Propósito del puesto	Realizar análisis clínicos básicos y especializados de acuerdo con protocolos establecidos, asegurando la precisión y oportunidad de los resultados.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesar muestras de sangre, orina, heces y otros fluidos</li> <li>• Aplicar normas de bioseguridad en el manejo de muestras y equipos</li> <li>• Brindar apoyo al área médica con resultados confiables.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar hematología, química sanguínea, microbiología básica e inmunología según el catálogo de servicios</li> <li>• Operar equipos de laboratorio bajo supervisión del regente</li> <li>• Documentar los resultados en los sistemas digitales</li> <li>• Mantener en orden y limpieza las áreas de trabajo</li> <li>• Ingresar información en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título de Técnico o Licenciado en Laboratorio Clínico</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Laboratorio Clínico (JVPLC)</li> <li>• Experiencia mínima de 1 año en laboratorio clínico</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el uso de expediente clínico virtual y software de laboratorio.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Regente de laboratorio, médicos especialistas, enfermería, farmacia.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes y proveedores de equipos e insumos.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	

Elemento	Descripción
Código de puesto	UIM-001
Área	Unidad de Imagenología
Nombre del puesto	Regente de Gabinete Radiológico
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Técnicos y licenciados en radiología
Propósito del puesto	Dirigir y supervisar el área de imagenología, asegurando la correcta realización de estudios diagnósticos por rayos X y ultrasonografía, cumpliendo con normas de calidad, seguridad y radio protección.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar las actividades del personal de imagenología</li> <li>• Garantizar la seguridad radiológica en pacientes y personal</li> <li>• Supervisar el uso adecuado de equipos de diagnóstico.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validar y autorizar estudios de imagen antes de su entrega</li> <li>• Supervisar la operación de equipos de rayos X y ultrasonografía</li> <li>• Coordinar el mantenimiento preventivo de equipos</li> <li>• Elaborar informes de gestión del área</li> <li>• Registrar y validar reportes en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Licenciatura en Radiología e Imágenes o Medicina con especialidad en Radiología</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 3 años en diagnóstico por imágenes</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el manejo del expediente clínico virtual y software de imágenes.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, técnicos en radiología, laboratorio clínico.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, proveedores de equipos médicos y CSSP.</p>
Elaborado por:	Revisado por:
	Autorizado por:

Elemento	Descripción
Código de puesto	UIM-002
Área	Unidad de Imagenología
Nombre del puesto	Técnico/Licenciado en Radiología
Superior inmediato	Regente de Gabinete Radiológico
Subordinados	—
Propósito del puesto	Realizar estudios de diagnóstico por imagen (rayos X y ultrasonografía) siguiendo protocolos establecidos, garantizando seguridad radiológica y calidad en los resultados.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operar equipos de rayos X y ultrasonografía</li> <li>• Aplicar medidas de protección radiológica</li> <li>• Brindar apoyo a médicos y especialistas en diagnósticos por imagen.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar a los pacientes para la realización de estudios.</li> <li>• Ejecutar procedimientos de rayos X y ultrasonografía indicados</li> <li>• Procesar y archivar imágenes digitales en los sistemas de la clínica</li> <li>• Informar sobre resultados preliminares al regente o médico tratante</li> <li>• Ingresar reportes en el expediente clínico virtual.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título de Técnico o Licenciado en Radiología e Imágenes</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)</li> <li>• Experiencia mínima de 1 año en imagenología diagnóstica.</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para manejo de expediente clínico virtual y sistemas de imágenes médicas.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Regente de Gabinete Radiológico, médicos especialistas, laboratorio clínico, enfermería.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes y proveedores de servicios técnicos.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	

Elemento	Descripción
Código de puesto	UFA-001
Área	Unidad de Farmacia
Nombre del puesto	Regente Farmacéutico
Superior inmediato	Médico Regente
Subordinados	Auxiliares de Farmacia
Propósito del puesto	Dirigir y supervisar el funcionamiento de la farmacia, asegurando el cumplimiento de la normativa legal, la correcta dispensación de medicamentos y la gestión eficiente de insumos médicos.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisar la gestión de medicamentos e insumos</li> <li>• Asegurar la trazabilidad y control de inventarios</li> <li>• Cumplir y hacer cumplir la Ley de Medicamentos y regulaciones de la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM).</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizar y validar las recetas médicas antes de la dispensación</li> <li>• Controlar fechas de vencimiento y almacenamiento adecuado de insumos</li> <li>• Elaborar reportes periódicos para el CSSP y la DNM</li> <li>• Coordinar compras y abastecimiento con el área administrativa</li> <li>• Ingresar y validar datos en el expediente clínico virtual y sistemas de farmacia</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Licenciatura en Farmacia</li> <li>• Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Farmacéutica (JVPF)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en gestión farmacéutica</li> <li>• Conocimientos básicos de computación para el manejo de expediente clínico virtual y sistemas de inventario.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Médico Regente, médicos especialistas, auxiliares de farmacia, área administrativa.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes, proveedores de medicamentos, CSSP y DNM.</p>
<p>Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Autorizado por: _____</p>	


	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	19	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	<b>SUSTITUYE</b>				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	UFA-002
Área	Unidad de Farmacia
Nombre del puesto	Auxiliar de Farmacia
Superior inmediato	Regente Farmacéutico
Subordinados	—
Propósito del puesto	Apoyar en las actividades de almacenamiento, control y dispensación de medicamentos e insumos médicos, garantizando calidad y servicio oportuno al paciente.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar y despachar medicamentos bajo la supervisión del regente</li> <li>Apoyar en el control de inventarios y organización de insumos</li> <li>Orientar a los pacientes sobre el uso adecuado de medicamentos.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibir recetas médicas y validarlas con el regente antes de la entrega</li> <li>Clasificar y organizar medicamentos en la bodega de farmacia</li> <li>Apoyar en el registro digital de dispensación en el expediente clínico virtual</li> <li>Verificar fechas de vencimiento de medicamentos.</li> <li>Mantener orden y limpieza en el área de farmacia.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diploma o certificación como Auxiliar de Farmacia avalado por el Ministerio de Salud</li> <li>Registro vigente en la Junta de Vigilancia de la Profesión Farmacéutica (JVPF)</li> <li>Experiencia mínima de 1 año en labores de farmacia</li> <li>Conocimientos básicos de computación para uso de expediente clínico virtual y sistemas de control de inventario.</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Regente Farmacéutico, médicos especialistas, personal de enfermería.</p> <p><b>Externas:</b> Pacientes y proveedores de medicamentos.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	20	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			


## Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales


Elemento	Descripción
Código de puesto	DAG-001
Área	Departamento de Gestión Administrativa y Servicios Generales
Nombre del puesto	Administrador General
Superior inmediato	Presidente del Consejo Directivo
Subordinados	Jefes y personal de: Atención al Usuario y Archivo Clínico, Contabilidad y Finanzas, Bioseguridad/Limpieza/Seguridad, Recursos Humanos, Comunicaciones Institucionales
Propósito del puesto	Dirigir, coordinar y supervisar los procesos administrativos, financieros y de soporte de la clínica, asegurando la eficiencia en la gestión de recursos y el cumplimiento de la normativa vigente.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificar, organizar y supervisar los recursos humanos, financieros y materiales</li> <li>Asegurar el cumplimiento de políticas administrativas y reglamentos internos</li> <li>Garantizar la eficiencia en los servicios de apoyo a la atención clínica.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar y ejecutar el presupuesto administrativo de la clínica</li> <li>Supervisar el control contable y financiero</li> <li>Coordinar la gestión de compras y contratos</li> <li>Supervisar procesos de reclutamiento, capacitación y control del personal administrativo</li> <li>Asegurar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad y mantenimiento de instalaciones</li> <li>Validar reportes administrativos y presentarlos al Consejo Directivo</li> <li>Utilizar sistemas informáticos para control administrativo y archivo digital.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Título universitario en Administración de Empresas, Contaduría Pública o afín</li> <li>Experiencia mínima de 3 años en gestión administrativa en el sector salud o instituciones similares</li> <li>Conocimientos en gestión de recursos humanos, contabilidad y finanzas</li> <li>Manejo intermedio de computación (procesadores de texto, hojas de cálculo, sistemas de gestión administrativa).</li> </ul>


Elaborado por:


Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	21	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	-
		Fecha	-			
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> Consejo Directivo, Médico Regente, jefaturas de unidades administrativas y personal de apoyo <b>Externas:</b> Proveedores, entidades financieras, instituciones reguladoras y comunidad.					
Elemento	Descripción					
Código de puesto	UAU-001					
Área	Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico					
Nombre del puesto	Secretaria/Recepcionista					
Superior inmediato	Jefe de Unidad de Atención al Usuario y Archivo Clínico					
Subordinados	—					
Propósito del puesto	Atender al usuario en el área de recepción, gestionar citas, administrar el archivo clínico y realizar los cobros por servicios de salud, garantizando atención cordial, eficiente y transparente.					
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar atención de primera línea a los pacientes y visitantes</li> <li>• Gestionar la programación de citas médicas</li> <li>• Administrar expedientes clínicos físicos y digitales</li> <li>• Ejecutar los cobros de servicios médicos prestados.</li> </ul>					
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar y actualizar datos de pacientes en el sistema digital</li> <li>• Entregar y resguardar expedientes clínicos siguiendo protocolos de confidencialidad</li> <li>• Recibir pagos por consultas y servicios de apoyo (laboratorio, imagenología, farmacia)</li> <li>• Emitir comprobantes y reportes de caja</li> <li>• Orientar a pacientes sobre procesos administrativos y clínicos</li> <li>• Mantener comunicación constante con contabilidad y tesorería</li> <li>• Responder llamadas, correos y coordinar citas con médicos.</li> </ul>					
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachillerato en opción administrativa o título técnico en Secretariado Ejecutivo/Administración</li> <li>• Experiencia mínima de 1 año en recepción, caja o servicio al cliente</li> <li>• Conocimientos básicos de contabilidad y caja chica</li> <li>• Manejo de computación (procesadores de texto, hojas de cálculo, sistema de expediente clínico virtual y caja digital)</li> <li>• Habilidades de comunicación, atención al cliente y trabajo bajo presión.</li> </ul>					
Elaborado por:		Revisado por:		Autorizado por:		
_____		_____		_____		

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	22	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> jefe de Unidad de Atención al Usuario, Administrador General, personal de contabilidad, médicos y enfermería. <b>Externas:</b> Pacientes, familiares y proveedores de servicios de pago.					
Elemento	Descripción					
Código de puesto	UCF-001					
Área	Unidad de Contabilidad y Finanzas					
Nombre del puesto	Contador					
Superior inmediato	Administrador General					
Subordinados	-					
Propósito del puesto	Gestionar y controlar los registros contables y financieros de la clínica, asegurando el cumplimiento de las normas legales, fiscales y administrativas, y proporcionando información oportuna y confiable para la toma de decisiones.					
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar y mantener actualizada la contabilidad institucional</li> <li>• Administrar los ingresos, egresos y estados financieros</li> <li>• Cumplir con las obligaciones fiscales y legales establecidas.</li> </ul>					
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar operaciones contables en los sistemas digitales de la clínica</li> <li>• Elaborar balances, estados de resultados y reportes financieros periódicos</li> <li>• Controlar y conciliar ingresos provenientes de servicios médicos, laboratorio, farmacia e imagenología</li> <li>• Coordinar con recepción/caja la verificación de cobros diarios</li> <li>• Preparar informes financieros para el Administrador General y el Consejo Directivo</li> <li>• Asegurar el resguardo de documentos contables y fiscales</li> <li>• Colaborar en auditorías internas y externas.</li> </ul>					
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Contaduría Pública (indispensable)</li> <li>• Inscripción vigente en el Consejo de Vigilancia de la Profesión de Contaduría Pública y Auditoría (CVPCPA)</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en gestión contable y financiera</li> <li>• Manejo de computación: hojas de cálculo, software contable y sistemas administrativos</li> <li>• Conocimientos en normativa fiscal y tributaria salvadoreña.</li> </ul>					
Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:				
<hr/>						

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Julio 2025		
			Página	23	de	26
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
Fecha	-					
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> Administrador General, secretaria/Recepcionista, personal de farmacia, laboratorio e imagenología. <b>Externas:</b> Bancos, proveedores, Ministerio de Hacienda, auditores externos.					
Elemento	Descripción					
Código de puesto	UBL-001					
Área	Unidad de Bioseguridad, Limpieza y Seguridad					
Nombre del puesto	Encargado de Aseo					
Superior inmediato	Administrador General					
Subordinados	—					
Propósito del puesto	Mantener en condiciones óptimas de limpieza e higiene las instalaciones de la clínica, asegurando un ambiente seguro y saludable para pacientes, visitantes y personal.					
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar labores de limpieza en áreas administrativas, clínicas y de apoyo</li> <li>Cumplir con protocolos de bioseguridad establecidos por el MINSAL</li> <li>Colaborar en la recolección y disposición de desechos hospitalarios.</li> </ul>					
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseo de consultorios, salas de espera, baños y oficinas</li> <li>Desinfección periódica de mobiliario y equipos según protocolos</li> <li>Clasificar y trasladar desechos comunes y bioinfecciosos</li> <li>Reportar necesidades de insumos de limpieza</li> <li>Apoyar en tareas de fumigación y control ambiental cuando se requiera.</li> </ul>					
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación básica completa (mínimo 9.º grado)</li> <li>Experiencia mínima de 1 año en limpieza institucional (preferiblemente en salud)</li> <li>Conocimientos básicos de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios</li> <li>Habilidades de trabajo en equipo y responsabilidad.</li> </ul>					
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> Administrador General, personal de enfermería, farmacia y laboratorio. <b>Externas:</b> Proveedores de insumos de limpieza y empresas de desechos hospitalarios.					
Elaborado por:		Revisado por:		Autorizado por:		
_____		_____		_____		

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	24	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	UBL-002
Área	Unidad de Bioseguridad, Limpieza y Seguridad
Nombre del puesto	Agente de Vigilancia
Superior inmediato	Administrador General
Subordinados	—
Propósito del puesto	Velar por la seguridad de las instalaciones, bienes, pacientes, visitantes y personal de la clínica, mediante la prevención y control de riesgos.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar accesos y salidas del personal y visitantes</li> <li>• Resguardar instalaciones y equipos</li> <li>• Prevenir situaciones de riesgo o incidentes de seguridad.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar ingresos y salidas de pacientes y visitantes</li> <li>• Realizar rondas periódicas dentro y fuera de la clínica</li> <li>• Reportar incidentes de seguridad al Administrador General</li> <li>• Apoyar en emergencias médicas o de evacuación</li> <li>• Coordinar con autoridades externas en caso de incidentes mayores.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación básica completa (mínimo 9.º grado)</li> <li>• Experiencia mínima de 1 año en labores de seguridad</li> <li>• Capacitación en primeros auxilios y control de emergencias (deseable)</li> <li>• Habilidades de comunicación, disciplina y responsabilidad</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<b>Internas:</b> Administrador General, personal de todas las áreas. <b>Externas:</b> Pacientes, visitantes y autoridades de seguridad pública en caso necesario.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

Elemento	Descripción
Código de puesto	URH-001
Área	Unidad de Recursos Humanos
Nombre del puesto	Encargado de Recursos Humanos
Superior inmediato	Administrador General
Subordinados	—
Propósito del puesto	Administrar la gestión del personal de la clínica, asegurando procesos transparentes y eficientes en reclutamiento, contratación, capacitación, evaluación y bienestar laboral.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar y ejecutar procesos de gestión del talento humano</li> <li>• Administrar la documentación laboral y contratos</li> <li>• Promover la capacitación y el desarrollo del personal</li> <li>• Velar por el cumplimiento de la normativa laboral vigente.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar procesos de reclutamiento y selección</li> <li>• Elaborar y actualizar expedientes laborales</li> <li>• Gestionar contratos y documentación para el CSSP, JVPM, JVPE, JVPLC, JVPLC, JVPLC y demás juntas de vigilancia</li> <li>• Diseñar e implementar programas de capacitación</li> <li>• Controlar asistencia, permisos y vacaciones del personal</li> <li>• Apoyar en evaluaciones de desempeño</li> <li>• Mantener comunicación con el área contable para gestión de planillas</li> <li>• Usar sistemas informáticos para gestión y archivo digital de personal.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Psicología, Administración de Empresas o carreras afines</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en gestión de recursos humanos</li> <li>• Conocimientos en legislación laboral salvadoreña y normativa del sector salud</li> <li>• Manejo intermedio de computación (procesadores de texto, hojas de cálculo, sistemas de gestión de personal).</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Administrador General, Consejo Directivo, médicos, personal administrativo y de apoyo.</p> <p><b>Externas:</b> Ministerio de Trabajo, CSSP, Juntas de Vigilancia y entidades capacitadoras.</p>
Elaborado por:	Revisado por:
	Autorizado por:



**CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA  
PROVIDENCIA**

Fecha Julio 2025


Página 25 de 26

**MANUAL DE PUESTOS DE  
TRABAJO**

SUSTITUYE

Página - de -

Fecha -

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Julio 2025			
		Página	26	de	26	
	<b>MANUAL DE PUESTOS DE TRABAJO</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Elemento	Descripción
Código de puesto	UCI-001
Área	Unidad de Comunicaciones Institucionales
Nombre del puesto	Encargado de Comunicaciones Institucionales
Superior inmediato	Administrador General
Subordinados	—
Propósito del puesto	Gestionar la comunicación interna y externa de la clínica, promoviendo su imagen institucional, fortaleciendo la relación con la comunidad y asegurando la difusión de información clara y oportuna.
Funciones generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar los canales de comunicación de la clínica</li> <li>• Diseñar y ejecutar estrategias de comunicación institucional</li> <li>• Apoyar campañas de salud comunitarias y actividades educativas.</li> </ul>
Funciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar y difundir comunicados internos y externos</li> <li>• Administrar redes sociales y página web de la clínica</li> <li>• Coordinar relaciones públicas con medios de comunicación</li> <li>• Diseñar materiales informativos y educativos en salud</li> <li>• Organizar conferencias, charlas y campañas preventivas</li> <li>• Documentar y archivar registros de actividades comunicacionales</li> <li>• Manejar software básico de diseño y ofimática.</li> </ul>
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Título universitario en Comunicación Social, Relaciones Públicas o carreras afines</li> <li>• Experiencia mínima de 2 años en comunicación institucional o social</li> <li>• Conocimientos en redacción, diseño básico y manejo de redes sociales</li> <li>• Manejo intermedio de computación (procesadores de texto, hojas de cálculo, software de presentaciones y redes digitales).</li> </ul>
Relaciones de trabajo	<p><b>Internas:</b> Administrador General, Consejo Directivo, médicos y personal administrativo.</p> <p><b>Externas:</b> Comunidad, medios de comunicación, instituciones aliadas y autoridades de salud.</p>

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

## **D. Sistemas administrativos**

### **1. Definición de sistema**

Un sistema es una disposición organizada de partes o elementos que, al interactuar, producen un comportamiento o significado que las partes por separado no tienen; esa cualidad diferencial conocida como propiedad emergente es lo que distingue a un sistema de un conjunto meramente agregado de componentes. En la literatura de ingeniería de sistemas, “partes” y “elementos” se usan de forma cercana (con matices según el dominio), y la “emergencia” se reconoce como rasgo definitorio del concepto de sistema. (INCOSE HANDBOOK,2023)

Esta idea conlleva dos implicaciones clave:

- lo sistémico no reside en cada componente aislado, sino en cómo están seleccionados, ajustados y dispuestos
- la finalidad del diseño sistémico es lograr propiedades del “todo” cuando el sistema se usa como se pretende. En otras palabras, la arquitectura y la organización de los elementos importan tanto como o más que los elementos mismos.

#### **a. Naturaleza y tipos de sistemas**

Los sistemas pueden ser físicos o conceptuales o una combinación (INCOSE HANDBOOK,2023)

- Los físicos están compuestos de materia y energía, y exhiben comportamiento observable.
- Los conceptuales son abstractos, hechos de información; no muestran comportamiento directamente, sino significado. En ambos casos, las propiedades del sistema resultan de: las propiedades de sus partes; y las relaciones e interacciones entre los constituyentes, entre el sistema y su entorno.

#### **b. Relaciones, entorno y límites**

Para caracterizar un sistema no basta con listar componentes: hay que precisar las relaciones (binarias “entre” dos elementos, y “entre varios” o n-arias) y cómo el sistema intercambia información, energía y/o materia con su entorno. Estas relaciones además de las interacciones son esenciales para explicar las propiedades emergentes y, por tanto, para modelar y gestionar el desempeño.

#### **c. Sistemas abiertos (de interés para la ingeniería)**

En la práctica de la ingeniería, los sistemas de interés se tratan como abiertos: mantienen flujos con el entorno y se adaptan a esos intercambios. Un sistema cerrado sería completamente aislado (una abstracción útil solo en situaciones especiales). Esta distinción es crucial para la gestión y mejora de sistemas en organizaciones reales.

#### **d. Sistemas “ingenierizados” (socio-técnicos)**

Cuando un sistema se diseña o adapta para operar bajo propósitos y restricciones específicos, hablamos de un sistema ingenierizado. Tales sistemas son combinaciones de personas, productos, servicios, información y procesos (e incluso componentes naturales) que, en conjunto, proporcionan una capacidad para satisfacer una necesidad u objetivo. Esto subraya su naturaleza socio-técnica: no son solo tecnología, sino también roles, organizaciones, normas y procedimientos.

Para efectos de ingeniería industrial, puede entenderse un sistema como un conjunto integrado y organizado de elementos humanos, tecnológicos, informacionales y procesuales, cuyas relaciones con el entorno y entre sí generan propiedades emergentes que permiten cumplir un propósito bajo restricciones dadas. Esta formulación concentra los atributos esenciales: componentes, estructura/relaciones, entorno, emergencia y finalidad.

## **2. Importancia de los sistemas administrativos en los servicios de salud**

Los servicios de salud, incluso en su nivel más básico, pueden entenderse como **sistemas socio-técnicos**: una integración organizada de **personas, procesos, tecnologías, información y recursos físicos** que funcionan en interacción con su entorno para lograr un propósito central: la atención integral al paciente. Según (INCOSE HANDBOOK,2023) un sistema no se reduce a la suma de sus partes; es en la **relación estructurada entre sus elementos y con su entorno** donde surgen las propiedades que le otorgan utilidad y valor.

En salud, esto se traduce en que el **área administrativa** no puede concebirse de manera aislada de la clínica o la asistencial:

- La **recepción** depende de la exactitud en los procesos de registro.
- La **consulta médica** requiere que la información administrativa esté organizada y disponible.
- La **farmacia y el laboratorio** dependen de la correcta articulación de inventarios, cobros y registros.
- La **dirección** necesita información consolidada para tomar decisiones financieras y epidemiológicas.

Desde la visión de INCOSE, estos elementos constituyen un **sistema abierto**, en interacción constante con su entorno (pacientes, regulaciones estatales, proveedores, comunidad), que debe adaptarse y responder a cambios en la demanda o en las condiciones externas.

#### **a. Relevancia de adoptar un enfoque sistémico en salud**

1. **Coherencia y trazabilidad**: Al estructurar procesos administrativos como un sistema, se garantiza que la información fluya sin pérdida desde la admisión hasta el cierre de cada atención.
2. **Eficiencia en el uso de recursos**: La visión de sistema socio-técnico ayuda a identificar redundancias, cuellos de botella y puntos de mejora.

3. **Calidad y seguridad del paciente:** La integración de los subsistemas administrativos evita errores en registros, cobros o dispensación de medicamentos.
4. **Capacidad de adaptación:** Al ser un sistema abierto, la clínica puede incorporar cambios normativos (ej. normas de expediente clínico), nuevas tecnologías (expediente electrónico) o fluctuaciones en la demanda de servicios.
5. **Generación de información estratégica:** El sistema administrativo es también una fuente de datos para la toma de decisiones: pronóstico de compras, análisis de morbilidad, costos y sostenibilidad financiera.

### 3. Relación con la clínica asistencial divina providencia

Aplicando la definición y principios de sistemas que plantea INCOSE a la **clínica asistencial divina providencia**, se entiende que esta no es solo un conjunto de áreas independientes (recepción, consulta, laboratorio, farmacia), sino un **sistema socio-técnico abierto** donde los elementos interactúan de forma organizada para alcanzar un propósito común: ofrecer atención en salud accesible, segura y de calidad.

De acuerdo con INCOSE, un sistema adquiere sus propiedades no solo de sus partes, sino de **las relaciones e interacciones entre ellas y con el entorno**. En la clínica, estas relaciones se manifiestan de la siguiente forma:

- **Entre subsistemas internos:**
  - La **recepción** genera información de registro que alimenta al expediente clínico.
  - El **expediente clínico** provee insumos a médicos, enfermería, laboratorio e imagenología.
  - La **farmacia** depende de la integración entre órdenes médicas, inventario y caja.
  - La **facturación** une los procesos clínicos con los administrativos y contables.
- **Con el entorno externo:**
  - **Pacientes y comunidad:** fuente de demanda y retroalimentación.
  - **Proveedores de insumos:** entradas de medicamentos y equipos.
  - **Entorno normativo:** regulaciones del Ministerio de Salud (ej. Norma Técnica del Expediente Clínico).
  - **Sistema financiero/fiscal:** cumplimiento de facturación electrónica y obligaciones tributarias.

Este carácter de **sistema abierto** implica que la clínica debe ser capaz de adaptarse a variaciones en la demanda (más consultas, menos estudios), a cambios normativos (ej. obligación de expediente electrónico), o a contingencias (falla eléctrica, interrupción del sistema informático).

### Importancia de la visión sistémica para una clínica privada nivel 1

1. **Integración:** ver la clínica como un sistema ayuda a evitar la fragmentación de funciones y a asegurar que la información fluya en todo el proceso de atención.
2. **Eficiencia:** facilita la optimización de recursos limitados (personal reducido, equipamiento básico).
3. **Control de calidad:** permite establecer mecanismos de retroalimentación, detectando fallos administrativos que impactan en la seguridad del paciente.
4. **Escalabilidad:** al organizarse como sistema, la clínica puede crecer (añadir nuevos servicios o módulos) sin perder coherencia.

Podemos decir entonces que la **clínica** se concibe como un “**sistema de sistemas**”:

- El **sistema clínico** (consulta, laboratorio, farmacia).
- El **sistema administrativo** (registro, cobro, inventario, reportes).
- El **sistema de información** (expediente, estadísticas, indicadores).

Todos ellos interactúan bajo un mismo objetivo, y es en esa integración donde se materializa el valor real del servicio de salud.

#### 4. Identificación de sistemas administrativos en la Clínica Asistencial Divina Providencia

##### a. *Sistema de gestión de pacientes y expediente clínico*

El **sistema de gestión de pacientes y expediente clínico** constituye el **núcleo administrativo y asistencial** de la Clínica Asistencial Divina Providencia. En términos de Ingeniería de Sistemas, corresponde a un **sistema socio-técnico abierto**, en el cual personas, procesos e infraestructura tecnológica se integran para garantizar la **organización, disponibilidad y trazabilidad de la información clínica** de cada paciente.

##### Objetivo

Asegurar que cada paciente disponga de un **expediente único**, actualizado y accesible, donde se almacene de manera ordenada la información de identificación, evolución clínica, diagnósticos, tratamientos, órdenes y resultados de servicios auxiliares.

##### Componentes principales

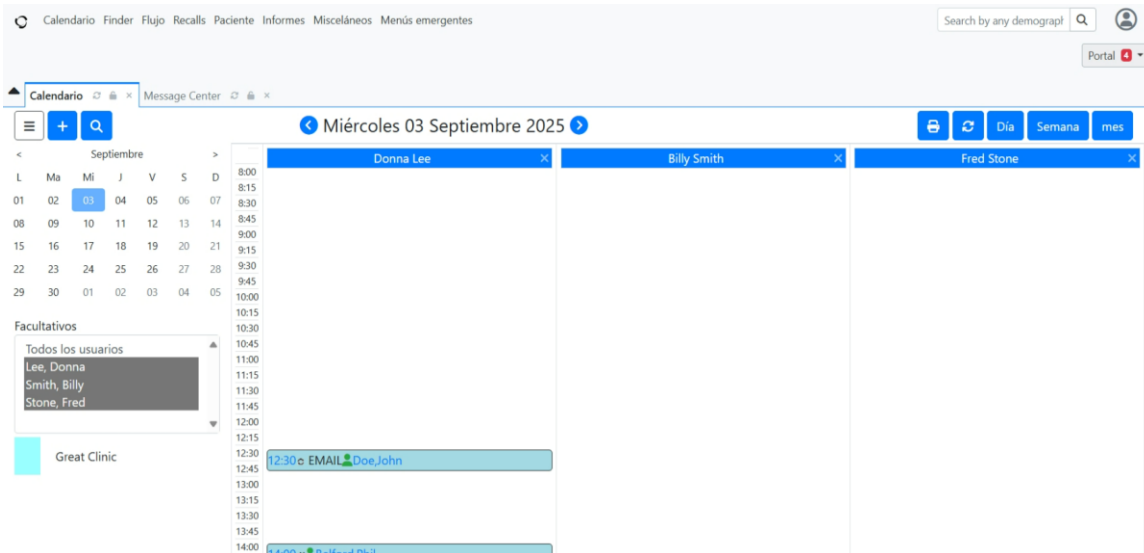
- **Humanos:** personal de recepción (registro inicial), médicos (evolución clínica), personal de enfermería (signos vitales y triage), técnicos de laboratorio e imagenología (resultados), auxiliares de farmacia (dispensación).
- **Procesos:** admisión del paciente, creación/actualización de expediente, registro de cada acto médico o administrativo, cierre de atención.
- **Tecnológicos:** sistema informático de expediente clínico electrónico (OpenEMR como alternativa viable), computadoras, servidores o nube, red de datos, respaldos.
- **Información:** datos de identificación, antecedentes, notas médicas, diagnósticos, órdenes médicas, recetas, resultados auxiliares, constancias de pago.

## Funciones básicas

1. **Registro inicial:** creación de un expediente único al ingreso del paciente, con número de identificación irrepitable.

El personal de recepción recibe la pantalla de inicio luego de ingresar sus credenciales

Figura 147. Pantalla inicial de open EMR



Fuente: Open EMR ver.2025

Luego se procede a la pantalla de ingreso de datos del usuario, existen dos opciones, añadir o buscar al usuario este último sirve para usuarios recurrentes

Figura 148. Búsqueda y adición de pacientes

### Buscar o Añadir Paciente

**Quién**

Título:

Nombre:

Preferred Name:

Identificador externo:

Sexo:

Licencia/Nº Id.:

Definido por el usuario:

Nota de factura:

Gender Identity:

Birth Name:

Previous Names:

F.Nacim.:

S.S.:

Estado Civil:

Sexual Orientation:

**Contacto**

Opciones

Empresa

Estados

Varios

Guardian

Seguro

Fuente: Open EMR ver.2025

2. **Admisión y actualización:** ingreso de motivo de consulta, fecha, hora y modalidad de atención.

Figura 149. Formulario de ingreso nuevo paciente

Formulario Nuevo Encuentro - Phil Belford

**Visit Details**

Categoría de Visita: -- Select One -- Class: Outpatient Tipo: --Select One-- Sensibilidad: Normal

Encounter Provider: Donna Lee Proveedor que deriva: No available providers Centro: Great Clinic Centro de Facturacion: Great Clinic

Fecha de Servicio: 2025-09-03 16:19 Fecha de Inicio/hospital: In Collection: No

Discharge Disposition: -- Select One --

**Motivo de la Visita**

**Link/Add Issues to This Visit**

+ Añadir Incidente

Un, Una: penicillin  
P: HTN  
P: Chronic Renal Insuficiency  
M: Norvasc

Para enlazar este encuentro / consultar a un problema, haga clic en el tema de arriba para destacar y, a continuación, haga clic en [Guardar]. Mantenga pulsada la tecla [Ctrl] para seleccionar múltiples cuestiones.

✓ Guardar × Cancelar

Fuente: Open EMR ver.2025

El personal de enfermería procede a la toma de signos vitales y entrevista de admisión para la visita actual del usuario

Figura 150. Información de signos vitales del paciente

**Vitales**

Constantes vitales mas recientes desde: 2014-02-01 18:44:44

**Presión Arterial:** 130/80  
**Altura:** 70 en (177.80 cm)  
**Peso:** 220 libra (99.79 kg)  
**Temperatura:** 98 F (36.67 C)  
**Método para Temperat.:** Oral  
**Pulso:** 60 por minuto  
**Respiración:** 20 por minuto  
**IMC:** 32 kg/m<sup>2</sup>  
**Estado del IMC:** Obesidad I  
**Saturación del Oxígeno:** 98 %  
**Last Updated:** 2025-09-03 08:06:34

[Click aquí para ver y graficar todos los signos vitales.](#)

Fuente: Open EMR ver.2025

### 3. Historia clínica: registro de antecedentes, diagnósticos, evolución y plan de manejo.

El personal médico y de enfermería puede visualizar historial clínico del paciente

Figura 151. Historia clínica del paciente

Phil Belford (1) x  
F.Nacimiento: 1972-02-09 Edad: 53  
Open Encounter: 2025-09-03 (34)

Medical Issues - Phil Belford

- Problemas médicos
  - HTN (Activo) Acontecimiento Desconocidos o N/A
  - Chronic Renal Insufficiency (Activo) Acontecimiento Desconocidos o N/A
- Alergias
  - penicillin (Activo) Acontecimiento Desconocidos o N/A
- Medicamentos
  - Norvaac (Activo) Acontecimiento Desconocidos o N/A
  - Lisinopril (Activo) Acontecimiento Desconocidos o N/A
- Medical Devices
  - None
- Cirugías
  - None
- Incidencias Dentales
  - None

Fuente: Open EMR ver.2025

Se cuenta con 7 pestañas, que incluyen: dashbord, reportes, diagnósticos y referencias

### 4. Soporte a decisiones clínicas: acceso inmediato a información previa del paciente para mejorar calidad y continuidad en la atención.

Figura 152. Registro de visitas y causas del paciente

Phil Belford (1) x  
F.Nacimiento: 1972-02-09 Edad: 53  
Open Encounter: 2025-09-03 (34)

Historio de Visitas

Phil Belford (1) DOB: 1972-02-09  
1-2 de 2

Fecha	Incidencia	Motivo / Forma	Proveedor	Facturación	Seguro
2025-09-03		Please indicate visit reason	Lee, Donna		Primaria-Aetna
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-49 (ACDC)			
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-48 (ACDC)			
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-46 (ACDC)			
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-45 (ACDC)			
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-39 (ACDC)			
2025-09-03		Documento: Privacy_Document_1.pdf-35 (Revisado)			
2025-09-03		Documento: Hipaa_Document_1.pdf-17 (Revisado)			
2025-09-03		Documento: CCDA_Belford_Phil_2025-09-03.xml-16 (ACDC)			
2014-02-01		Sad Vitales SOEP	Smith, Billy	CP14 - 99202 KCD9 - 29620	Primaria-Aetna

Fuente: Open EMR ver.2025

Se cuenta con el acceso a históricos del paciente para obtener información de visitas previas que sean de relevancia para la toma de decisiones

- Integración administrativa:** vinculación del expediente clínico con procesos de facturación, inventario (farmacia) y resultados de laboratorio.

Figura 153. Perfil administrativo del paciente

The screenshot displays the administrative profile for a patient named Phil Belford. The interface is organized into several sections:

- Demographics:** Includes fields for Name (Phil Belford), Date of Birth (1975-02-08), and Gender (Male).
- Medication:** Lists current medications such as 'vltls' and 'Chronic renal insufficiency'.
- Insurance:** Shows primary and secondary insurance providers, including 'UnitedHealthcare' and 'UnitedHealthcare'.
- Billing:** A table showing financial details:
 

Item	Amount
Patient Balance Due	-25.00
Debita seguro	175.00
Total Balance Due	150.00
Seguro Primario	Activa
Fecha Activada	2012-02-07
Effective Date End	
- Address and Contact Info:** Lists the patient's address (4343 Dorsey Road, Longview, TX, 75801) and contact information (Phone: 936-468-2222).
- Medical History:** Lists various medical conditions and procedures, such as 'Evaluación Detallada de Cáncer de Colon' and 'Evaluación Detallada de Cáncer de Próstata'.

Fuente: Open EMR ver.2025

Se puede obtener información de resultados de laboratorios, recetas, seguro médico (si cuenta), formas de pago, en una sola ventana, esta información está restringida únicamente para usuario de nivel médico.

- Trazabilidad:** registro de cada acceso o modificación con usuario y fecha, garantizando seguridad y cumplimiento normativo.

Existe la posibilidad de generar informes que contengan datos para la toma de decisiones sobre pacientes, e incluso la clínica en general

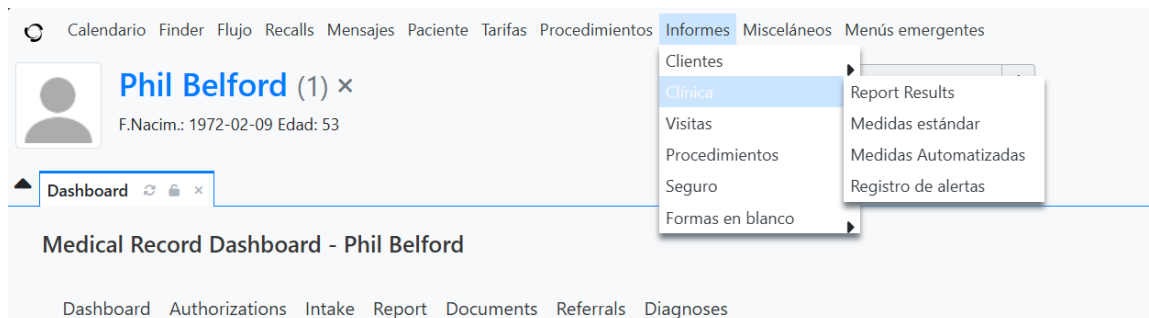
Figura 154. Menú de informe de open EMR

The screenshot shows a menu for generating reports in Open EMR. The menu is organized into two main categories:

- Informes (Reports):**
  - Clientes
  - Clínica
  - Visitas
  - Procedimientos
  - Seguro
  - Formas en blanco
- Misceláneos (Miscellaneous):**
  - Lista
  - Receta
  - Creación de lista de pactes.
  - Message List
  - Clínico
  - Derivados
  - Registro Vacunación

Fuente: Open EMR ver.2025

Figura 155. Menú de informes para clínica de open EMR



Fuente: Open EMR ver.2025

Figura 156. Diagrama EPS de sistema de expedientes



Fuente: Elaboración propia

### b. Sistema de caja y facturación

El **sistema de caja y facturación** constituye el eje administrativo-financiero de la clínica. Su finalidad es **registrar, controlar y garantizar la trazabilidad de los ingresos económicos** provenientes de los distintos servicios (consultas, laboratorio, imagenología y farmacia), vinculándolos de manera directa con cada paciente y su expediente clínico.

En términos de Ingeniería de Sistemas, se trata de un **subsistema administrativo abierto**, ya que interactúa tanto con los procesos clínicos internos como con el entorno externo: proveedores, entidades fiscales y pacientes.

### Objetivo

Asegurar un manejo transparente, ordenado y verificable de los ingresos de la clínica, mediante el registro oportuno de los cobros y la emisión de comprobantes válidos según las normativas fiscales de El Salvador.

### Componentes principales

- **Humanos:** personal de recepción/caja.

- **Procesos:** registro de cobros, emisión de comprobantes, control de ingresos diarios, exportación de información para contabilidad externa.
- **Tecnológicos:** módulo de facturación en el expediente clínico (ej. OpenEMR) o sistema contable complementario (ej. AnySoftware ERP).
- **Información:** detalle de servicios prestados, montos cobrados, métodos de pago, relación con expediente clínico.

## Funciones básicas

1. Cobro de consulta médica al momento de la admisión.

Figura 157. Ventana de pago de open EMR

Fuente: Open EMR ver.2025

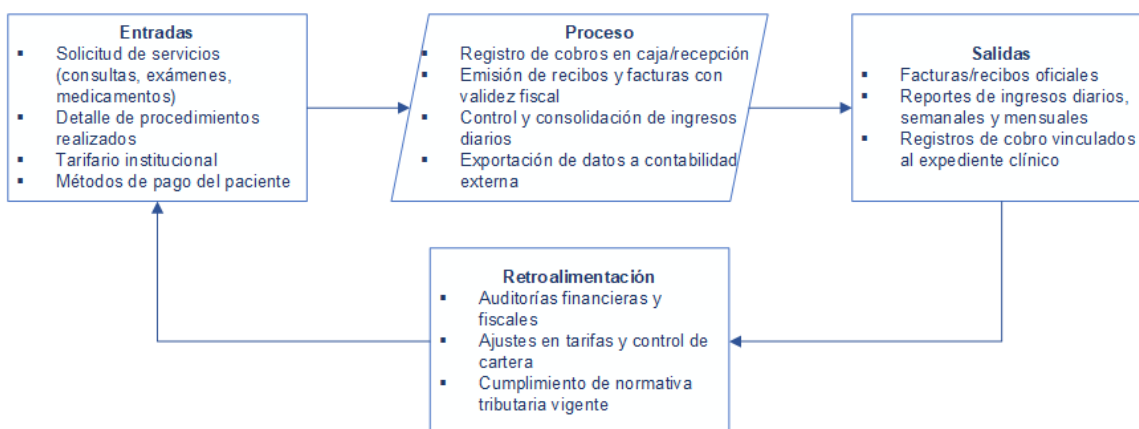
2. Cobro de servicios auxiliares (laboratorio e imagenología) antes de su realización.
3. Cobro de medicamentos en farmacia.
4. Emisión de recibos/facturas válidas según normativa tributaria.
5. Vinculación del cobro al expediente clínico del paciente.
6. Generación de reportes de ingresos diarios, semanales y mensuales.

Figura 158. Reportes financieros de open EMR

Fuente: Open EMR ver.2025

## 7. Exportación de registros para su integración con el sistema contable formal.

Figura 159. Diagrama EPS de sistema caja y facturación



Fuente: Elaboración propia

### c. Sistema de laboratorio e imagenología

El **sistema de laboratorio e imagenología** es el subsistema administrativo y clínico encargado de la **gestión de órdenes médicas, procesamiento de exámenes diagnósticos y entrega de resultados**, integrando la información al expediente clínico del paciente. Su buen funcionamiento asegura la **calidad diagnóstica** y la trazabilidad entre la consulta médica, los exámenes realizados y los reportes emitidos.

#### Objetivo

Garantizar la **oportuna realización y registro de pruebas de laboratorio e imagenología**, vinculándolas al expediente clínico del paciente y facilitando la toma de decisiones médicas basadas en evidencia.

#### Componentes principales

- Humanos:** médicos (emiten órdenes), personal de laboratorio (químicos, técnicos), técnicos en imagenología, personal administrativo.
- Procesos:** emisión de órdenes médicas, programación de pruebas, registro de resultados, validación y entrega de informes al expediente.
- Tecnológicos:** módulo de laboratorio e imagenología en expediente clínico electrónico (ej. OpenEMR), sistemas de captura de resultados, impresoras de informes.
- Información:** órdenes médicas, protocolos de análisis, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas, reportes finales.

#### Funciones básicas

1. Recibir órdenes de pruebas emitidas por el médico tratante.

Figura 160. Ventana de entrada de solicitud para entrada de laboratorio

Crystal Camacho (16) x Select Encounter (1) +  
 F.Nacim.: 18/09/1990 Edad: 34 Open Encounter: None

Message Center Doctos. lab. Laboratorio

### Laboratorio

[← Volver al paciente](#) ☐ Toggle All

**Select items:**

**Seleccione salida:**

Lista  Matriz

No parameters selected.

Fuente: Open EMR ver.2025

2. Registrar la solicitud en el sistema.

Figura 161. Registro de orden de laboratorio

Crystal Camacho (16) x Select Encounter (1) +  
 F.Nacim.: 18/09/1990 Edad: 34 Open Encounter: None

Message Center Doctos. lab. Laboratorio

### Doctos. lab.

Desde:  para:

Fecha	Nombre	Paciente	Nota	ID Visita
-------	--------	----------	------	-----------

Fuente: Open EMR ver.2025

3. Realizar los exámenes correspondientes (sangre, orina, rayos X, ultrasonido).
4. Validar y registrar los resultados en el expediente clínico electrónico.
5. Emitir reportes impresos o digitales para el médico y el paciente.

Figura 162. Reportes estadísticos por procedimientos

Crystal Camacho (16) ×  
F.Nacim.: 18/09/1990 Edad: 34  
Open Encounter: None

Reportes estadísticos del procedimiento

Centro: -- Todas los Centros -- Desde: 00/00/0000 para: 03/09/2025

Filas: Resultado específico Sexo: Hombres y Mujeres

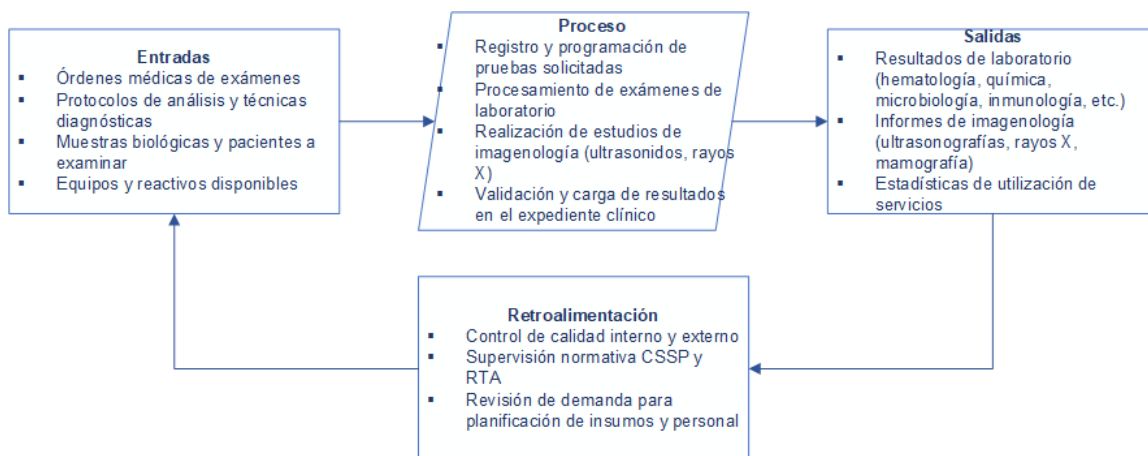
Columnas:  
Total Negatives  
Age Category  
Title  
Name Suffix

To:  Screen  Printer  Export File

Fuente: Open EMR ver.2025

## 6. Generar estadísticas de uso de servicios y diagnósticos apoyados.

Figura 163. Diagrama EPS sistema de laboratorio e imagenología



Fuente: Elaboración propia

### d. Sistema de información y reportes epidemiológicos

El **sistema de información y reportes epidemiológicos** corresponde al subsistema encargado de **consolidar, analizar y presentar datos clínicos y administrativos** para apoyar la toma de decisiones internas y el cumplimiento de requerimientos externos (autoridades sanitarias). Su importancia radica en que convierte los registros individuales en **información estratégica** para la clínica y para la salud pública.

### Objetivo

Transformar los datos registrados en el expediente clínico, la facturación, el laboratorio y la farmacia en **indicadores de salud y de gestión**, permitiendo detectar patrones de

enfermedades, consumo de medicamentos y utilización de servicios, así como apoyar la planificación de compras y la evaluación de desempeño.

### Componentes principales

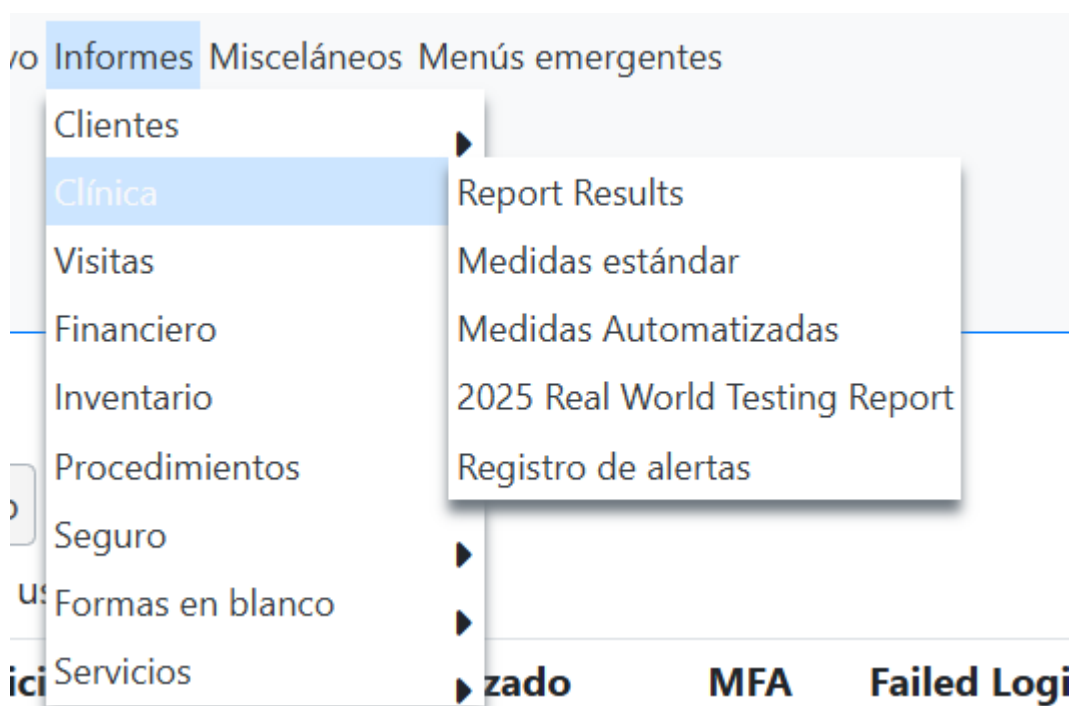
- **Humanos:** personal administrativo, médicos, dirección de la clínica.
- **Procesos:** recolección de datos, consolidación, análisis, generación de reportes, difusión de resultados.
- **Tecnológicos:** módulos de reportes en expediente clínico (ej. OpenEMR), herramientas de hojas de cálculo (Excel) o sistemas de BI en caso de expansión.
- **Información:** diagnósticos, frecuencia de consultas, consumo de medicamentos, servicios más utilizados, ingresos económicos, indicadores básicos de morbilidad.

### Funciones básicas

1. Consolidar datos de los diferentes subsistemas (expediente, facturación, inventario, laboratorio).

El sistema cuenta con la opción de generar diversos informes con datos de clientes, clínica y visitas, así como financieros

Figura 164. Menú de reportes



Fuente: Open EMR ver.2025

2. Elaborar reportes estadísticos sobre enfermedades más frecuentes y servicios más solicitados.
3. Analizar consumo de medicamentos y proyectar necesidades futuras.

Open EMR cuenta con informes de la activad de inventario de medicamentos (salidas de medicamentos)

Figura 165. Análisis de consumo de medicamentos

Fuente: Open EMR ver.2025

4. Generar informes periódicos para la administración.
5. Facilitar información a las autoridades de salud si se requiere (ej. brotes, reportes obligatorios).

Igualmente pueden emitirse alertas si el sistema detecta un alza anómala en enfermedades presentadas en pacientes

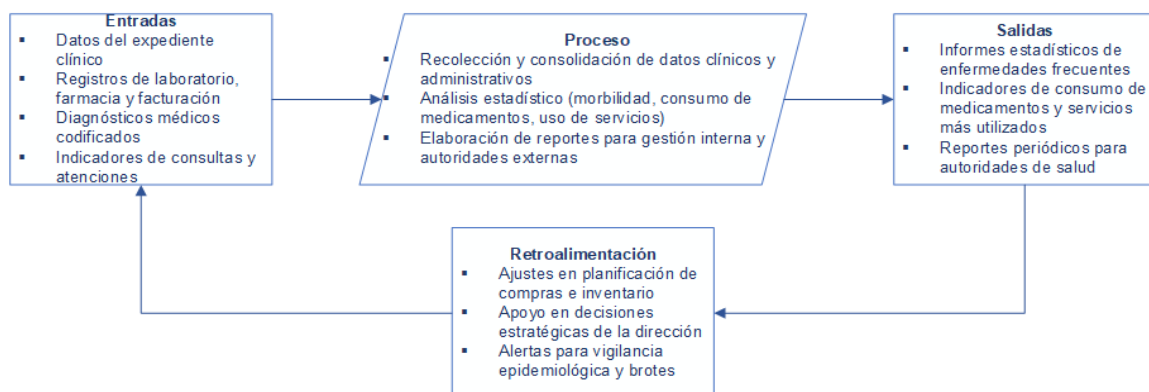
Figura 166. Alertas ante posibles brotes epidemiológicos

Titulo	Fecha	Estado
<a href="#">Standard Measures (Passive Alerts)</a>	03/09/2025 14:17:05	Completo (Processing Time: 0 minutos)
<a href="#">Standard Measures (Passive Alerts)</a>	03/09/2025 14:21:27	Completo (Processing Time: 0 minutos)

Fuente: Open EMR ver.2025

## 6. Proveer retroalimentación para la mejora continua de procesos.

Figura 167. Diagrama EPS sistema de informes epidemiológicos



Fuente: Elaboración propia

### e. Sistema de farmacia e inventario de medicamentos

El **sistema de farmacia e inventario** es un subsistema administrativo y operativo que garantiza la **disponibilidad, control y dispensación adecuada de medicamentos** e insumos médicos dentro de la clínica. Su correcta gestión permite mantener la trazabilidad entre las **órdenes médicas**, el **consumo real de inventario** y la **facturación** correspondiente.

#### Objetivo

Asegurar el **abastecimiento oportuno y controlado** de medicamentos, optimizando los recursos financieros, reduciendo pérdidas y garantizando la entrega correcta al paciente según la receta médica.

#### Componentes principales

- **Humanos:** auxiliar de farmacia y personal administrativo encargado de compras.
- **Procesos:** registro de entradas (compras a proveedores), almacenamiento, control de existencias, dispensación vinculada a recetas y registro de salidas.
- **Tecnológicos:** módulo de farmacia e inventario del expediente clínico (ej. OpenEMR), base de datos de medicamentos, alertas de stock mínimo.
- **Información:** catálogo de medicamentos, recetas emitidas, niveles de existencias, consumos históricos.

#### Funciones básicas

1. Registrar y actualizar existencias de medicamentos.

Open EMR cuenta con un modelo de manejo de farmacia para medicamentos

Figura 168. Ventana para dispensar medicamentos

Fuente: Open EMR ver.2025

2. Controlar las entradas (compras y donaciones) y salidas (dispensación a pacientes).

Figura 169. Entrada y salida de medicamentos

Fuente: Open EMR ver.2025

3. Dispensar medicamentos únicamente contra receta médica autorizada.
4. Generar alertas de inventario bajo y vencimiento de medicamentos.

También se cuenta con un inventario de drogas destruidas

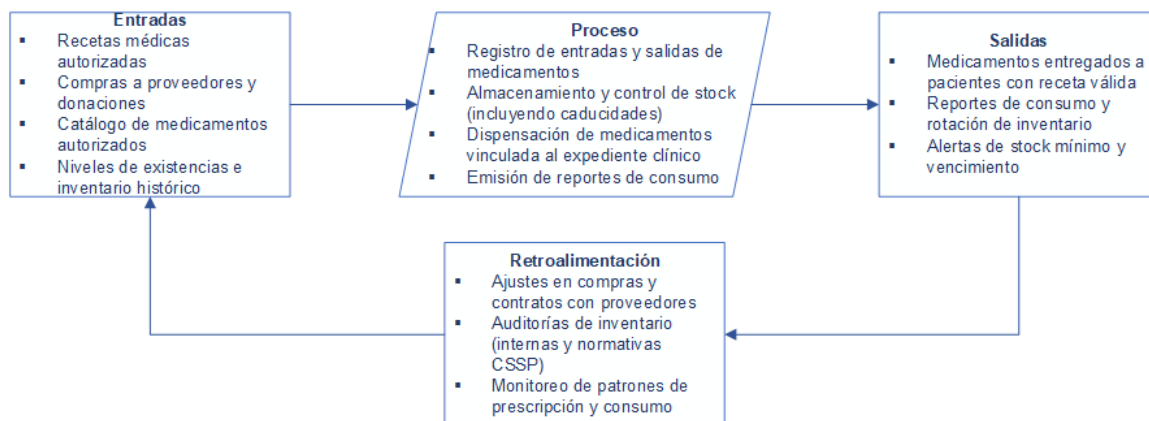
Figura 170. Destrucción de medicamentos

Nombre del Medicamento	NDC	Lote	Cantidad	Fecha de destrucción	Método	Testigo	Notas
No data available in table							

Fuente: Open EMR ver.2025

5. Emitir reportes de consumo para apoyar la toma de decisiones y planificación de compras.
6. Vincular la salida de medicamentos con el expediente clínico y el sistema de facturación.

Figura 171. Diagrama EPS sistema de inventario de medicamentos y farmacia



Fuente: Elaboración propia

## 5. Síntesis de los sistemas administrativos básicos en la Clínica Asistencial Divina Providencia

Tabla 231. Sistemas administrativos básicos

Sistema	Objetivo principal
<b>Sistema de gestión de pacientes y expediente clínico</b>	Garantizar un expediente único, actualizado y trazable para cada paciente, que integre información clínica y administrativa y cumpla con la normativa de salud.
<b>Sistema de caja y facturación</b>	Asegurar el registro transparente de los ingresos de la clínica, vinculando los cobros con los servicios prestados y cumpliendo con las obligaciones fiscales.
<b>Sistema de farmacia e inventario de medicamentos</b>	Controlar la disponibilidad, dispensación y consumo de medicamentos e insumos médicos, optimizando compras y evitando desabastecimientos o pérdidas.

<b>Sistema de laboratorio e imagenología</b>	Gestionar órdenes médicas, realización de pruebas diagnósticas y registro de resultados en el expediente clínico, asegurando calidad y trazabilidad.
<b>Sistema de información y reportes epidemiológicos</b>	Transformar los datos clínicos y administrativos en indicadores útiles para la toma de decisiones internas y el cumplimiento de requerimientos externos.

Fuente: Elaboración propia

## 6. Recursos para los sistemas

Tabla 232. Recursos necesarios

<b>Sistema</b>	<b>Recursos Humanos (mínimo)</b>	<b>Equipos Tecnológicos</b>	<b>Instalaciones Físicas</b>	<b>Insumos necesarios</b>
<b>Gestión de pacientes y expediente clínico</b>	1 recepcionista, 2 enfermeras (Total: 3)	computadoras (recepción, consultorio, triage), software OpenEMR	Área de recepción, consultorios médicos, área de enfermería, archivo físico	Formularios de admisión, papelería, sellos, carpetas
<b>Caja y facturación</b>	1 cajero/recepcionista, 1 administrador contable externo	1 computadora, 1 impresora, 1 cajón de dinero, 1 POS bancario	Módulo de caja integrado a recepción, resguardo de efectivo	Facturas oficiales, papel térmico, sobres de seguridad
<b>Farmacia e inventario</b>	1 auxiliar de farmacia, compras asumidas por administrador	1 computadora, 1 impresora, software de inventario, mobiliario de almacenamiento	Área de farmacia con mostrador, bodega con estanterías y refrigerador	Medicamentos esenciales, etiquetas, bolsas, insumos de bioseguridad
<b>Laboratorio e imagenología</b>	1 técnico de laboratorio, 1 técnico de imagenología (Total: 2)	1 computadora, set básico de laboratorio, 1 equipo de imagenología, 1 impresora	Área de laboratorio, sala de toma de muestras, sala de imagenología	Reactivos, material de bioseguridad, tubos, jeringas, papel para informes, gel conductor

<b>Información y reportes epidemiológicos</b>	1 encargado de datos (rol compartido con administración)	1 computadora, software de reportes (OpenEMR + Excel), sistema de respaldo	Oficina administrativa, espacio de reuniones	Papelería para reportes, plantillas de registro, carpetas, dispositivos de respaldo
---	--	--	--	---

*Fuente: Elaboración propia*

## Totales mínimos estimados

### Personal

- En **gestión de pacientes y expediente clínico** trabajan **3 personas**: 1 recepcionista y 2 enfermeras.
- En **caja y facturación** participan **2 personas**: 1 cajero/recepcionista y 1 administrador contable externo (si aplica que sea externo).
- En **farmacia e inventario** hay **1 persona**, que es el auxiliar de farmacia.
- En **laboratorio e imagenología** trabajan **2 personas**: 1 técnico de laboratorio y 1 técnico de imagenología.
- Finalmente, en **información y reportes epidemiológicos** se asigna **1 persona**, que además comparte funciones administrativas.

### Equipo tecnológico

- **Computadoras**: 6 en total
  - 3 en gestión de pacientes y expediente clínico (recepción, consultorio y triage).
  - 1 en caja y facturación.
  - 1 en farmacia e inventario.
  - 1 en laboratorio e imagenología.
  - 1 en información y reportes epidemiológicos.
- **Impresoras**: 3 en total
  - 1 en caja y facturación.
  - 1 en farmacia e inventario.
  - 1 en laboratorio e imagenología.

### Áreas físicas clave

triage, consultorio, farmacia, laboratorio, imagenología, oficina administrativa (estación de enfermería).

## **E. Aspectos legales**

### **1. Opción legal del establecimiento**

#### **a. Figura jurídica adoptada**

La Clínica Asistencial Divina Providencia se estructurará y operará bajo la figura de una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro de inspiración religiosa, continuando la trayectoria institucional y la identidad jurídica eclesial que han caracterizado históricamente al proyecto sanitario impulsado por la Congregación de Hermanas Agustinas de San Nicolás. Se ha documentado que el establecimiento nació de la obra de dichas religiosas y evolucionó desde una clínica parroquial hasta un hospital comunitario con apoyo de benefactores, lo que confirma su vocación asistencial, comunitaria y no lucrativa. Asimismo, se consigna que, tras un período de administración laica, la congregación retomó el liderazgo en 2018, reafirmando el carácter confesional y de servicio social de la entidad responsable.

Desde la perspectiva del ordenamiento jurídico sanitario salvadoreño, la naturaleza de ONG sin fines de lucro no solo es compatible con la prestación de servicios de salud, sino que se reconoce expresamente su integración funcional al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La Ley del SNIS (Decreto n.º 302) comprende, junto a las entidades públicas, a las organizaciones privadas y autónomas, incluyendo a las ONG, cuya participación se legitima dentro de un marco regulado por el Estado y alineado a la política sanitaria nacional. Esta inserción se explica por el principio constitucional de que la salud es un bien público y una obligación compartida entre el Estado y las personas, habilitando a los actores sociales entre ellos fundaciones y asociaciones religiosas como co-ejecutores en la red de servicios, bajo rectoría ministerial y contraloría del CSSP.

La adopción de la forma asociativa sin ánimo de lucro implica que la clínica no persigue la distribución de utilidades a sus miembros; por el contrario, cualquier superávit operativo se reinvierte en la misión institucional (atención ambulatoria con sentido social, fortalecimiento de la calidad y continuidad del servicio). Este rasgo no lucrativo es coherente con los antecedentes operativos de la institución financiamiento histórico a través de donaciones en especie y equipo de entidades nacionales e internacionales y con su orientación preferente a población de escasos recursos. En términos de propósito y fines estatutarios, la figura de ONG religiosa privilegia objetivos de interés público (promoción, conservación y restablecimiento de la salud) por encima de fines mercantiles, lo que la distancia de modelos societarios comerciales y la aproxima a esquemas asociativos y fundacionales centrados en la finalidad social.

Como sujeto de derecho privado sin fines de lucro, la entidad administradora de la clínica posee capacidad jurídica para realizar actos indispensables para su misión p. ej., celebrar convenios de colaboración sanitaria, recibir donaciones y administrar patrimonio afecto al servicio asistencial, siempre en armonía con la rectoría pública del sistema. Se subraya que la interacción con las autoridades sanitarias no es opcional ni meramente declarativa, sino parte de una corresponsabilidad institucional: las ONG son colaboradoras del SNIS y su acción se enmarca en parámetros de legalidad, ética y calidad definidos por el

Ministerio de Salud y por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Este encuadre confirma que la figura asociativa elegida no confiere exenciones sustantivas frente al régimen sanitario, sino que articula la misión social de la clínica con los estándares públicos de protección del derecho a la salud.

La idoneidad de esta figura para el proyecto se sustenta, además, en su continuidad histórica y congruencia misional:

- Refleja el origen religioso-comunitario del establecimiento y su compromiso con la asistencia a grupos vulnerables
- Facilita la canalización de cooperación y voluntariado, tradicionalmente relevantes para la sostenibilidad del servicio
- Favorece la legitimidad social del proyecto al insertarlo formalmente dentro de la lógica de bien público que el marco constitucional y sanitario reconoce para la salud.

Figura 172. Figura jurídica de la clínica



Fuente: Elaboración propia

### **b. Ratificación de la personalidad jurídica existente**

En apartados anteriores se estableció que la Clínica Asistencial Divina Providencia se organizará bajo la figura de asociación sin fines de lucro de carácter religioso, administrada por la Congregación de Hermanas Agustinas de San Nicolás. Esta decisión no constituye una innovación, sino la continuidad de una personalidad jurídica previamente reconocida en el marco legal salvadoreño, que se reafirma como fundamento para la reapertura del establecimiento en su nueva modalidad asistencial.

La ratificación de esta personalidad jurídica es indispensable porque garantiza la validez de todos los actos administrativos y contractuales vinculados al proyecto. Conforme al Código de Salud, únicamente las entidades que acreditan personalidad jurídica pueden ser autorizadas por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) para abrir, funcionar o clausurar un establecimiento de atención médica. De igual manera, el artículo 14 del Código de Salud reconoce al CSSP como la autoridad competente para autorizar la apertura y funcionamiento de centros asistenciales, previo informe favorable de la Junta

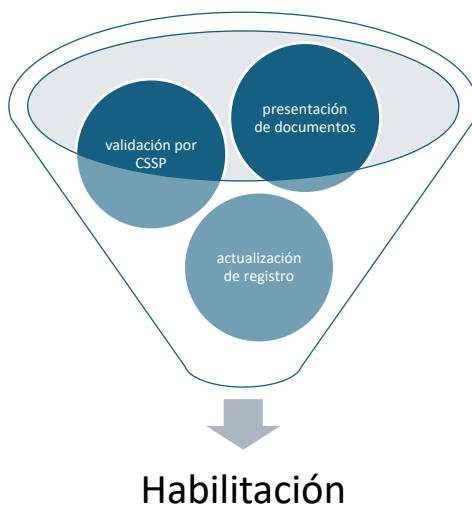
de Vigilancia respectiva, lo cual exige que la entidad promotora esté legalmente constituida.

Ratificar la personalidad jurídica implica, en primer lugar, acreditar que la ONG ya cuenta con reconocimiento oficial ante el Estado salvadoreño. Este reconocimiento suele formalizarse mediante resolución emitida por el Ministerio de Gobernación o por inscripción en el Registro de Asociaciones y Fundaciones sin Fines de Lucro, lo que le otorga capacidad plena para representar a la organización en actos civiles y administrativos. De este modo, la Congregación y la Asociación administradora pueden suscribir contratos de arrendamiento, adquirir equipamiento, contratar personal y, en general, realizar todas las gestiones necesarias para el funcionamiento regular de la clínica.

En segundo lugar, la ratificación asegura la continuidad jurídica de la obra asistencial, pese a los cambios de administración ocurridos en el pasado. Si bien en determinados períodos la gestión fue delegada a equipos laicos, la congregación retomó formalmente el control en 2018, reafirmando así la vigencia de la misión original y la validez de su marco legal de actuación. Este aspecto es relevante porque, según la Guía del Usuario para la certificación de servicios de salud, cualquier cambio de propietario, de regente o de estado organizativo debe ser notificado al CSSP, a fin de mantener actualizado el registro oficial del establecimiento.

Un tercer elemento de esta ratificación es la vinculación obligatoria con los procesos de habilitación y certificación de calidad. La Guía del Usuario establece que, al solicitar precertificación y certificación, el interesado debe presentar copia del certificado de apertura y funcionamiento del establecimiento, así como el contrato de regencia cuando se trate de entidades privadas. Dichos requisitos solo pueden ser cumplidos si la ONG demuestra su personalidad jurídica vigente, pues sin ella no sería posible la emisión de la licencia sanitaria correspondiente.

*Figura 173. Pasos para la habilitación*



*Fuente: Elaboración propia*

Finalmente, la ratificación de la personalidad jurídica también tiene implicaciones prácticas en la relación con terceros. Permite a la clínica:

- **Celebrar contratos de servicios esenciales**, como el manejo de desechos bioinfecciosos, exigido como requisito crítico en los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA).
- **Firmar convenios de cooperación** con instituciones públicas o privadas.
- **Recibir donaciones nacionales e internacionales**, recurso histórico para el sostenimiento del proyecto.

La ratificación de la personalidad jurídica no es un trámite accesorio, sino la condición de posibilidad para la reapertura de la clínica bajo un marco de legalidad plena. Confirma la vigencia de la figura asociativa sin fines de lucro, habilita la interacción con las autoridades sanitarias y respalda jurídicamente cada acción del proyecto en su fase de funcionamiento.

### *c. Opciones posibles de figura jurídica*

El marco legal salvadoreño ofrece distintas **figuras jurídicas** bajo las cuales puede organizarse un establecimiento de salud, cada una con implicaciones específicas en cuanto a su finalidad, régimen tributario y relación con el Estado. Explorar estas opciones permite dimensionar las posibilidades que la organización tuvo disponibles y entender por qué se consolidó la elección actual.

Una de las alternativas más comunes en el ámbito privado es la **sociedad mercantil**, utilizada por clínicas y hospitales que operan con fines de lucro. Este esquema facilita la captación de inversión privada y la distribución de utilidades entre socios, pero implica asumir un régimen tributario completo y limita la posibilidad de recibir donaciones con beneficios fiscales. Además, orienta la gestión hacia criterios comerciales, lo que se distancia del enfoque asistencial y solidario que caracteriza a la obra de la Divina Providencia.

Otra opción disponible es la **fundación**, también sin fines de lucro, concebida para canalizar recursos hacia actividades de interés social. Aunque esta figura es compatible con proyectos asistenciales, exige la constitución de un patrimonio inicial irrevocable y se rige por una estructura de gobierno colegiada que, en algunos casos, puede ralentizar la toma de decisiones operativas.

En el marco de la economía social se encuentra la **cooperativa de salud**, orientada principalmente a la prestación de servicios para sus propios asociados. Si bien fomenta la autogestión y la participación comunitaria, su lógica responde más a la atención de un grupo cerrado de miembros que a la provisión universal de servicios sanitarios, lo cual la hace menos adecuada para un proyecto con vocación abierta a la comunidad.

Finalmente, existe la posibilidad de constituirse como entidad pública descentralizada o de economía mixta, modelo que integra al Estado en la administración del establecimiento. Este esquema otorgaría respaldo gubernamental directo, pero supondría

la pérdida de autonomía institucional y la incorporación a procedimientos administrativos más rígidos, lo que contrasta con la naturaleza autónoma y religiosa del proyecto.

Al evaluar estas alternativas, se observa que cada una presenta ventajas y limitaciones, pero ninguna refleja con la misma claridad la misión de servicio social, la flexibilidad operativa y la identidad religiosa que ofrece la figura de **asociación sin fines de lucro**. La ratificación de esta forma legal asegura coherencia entre la naturaleza fundacional del proyecto y las exigencias del sistema de salud salvadoreño, manteniendo un equilibrio entre legitimidad jurídica, capacidad de gestión y fidelidad a la misión asistencial.

Figura 174. Naturaleza de la clínica



Fuente: Elaboración propia

#### d. Registro legal y mercantil

El reconocimiento formal de una entidad como sujeto de derecho requiere la inscripción en el registro legal correspondiente, que varía según la naturaleza jurídica elegida. En el caso de la Clínica Asistencial Divina Providencia, organizada como asociación sin fines de lucro de carácter religioso, la normativa salvadoreña establece que la personalidad se perfecciona mediante su inscripción en el Registro de Asociaciones y Fundaciones sin Fines de Lucro, administrado por el Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial.

Dicha inscripción no constituye un simple trámite administrativo, sino el acto jurídico que otorga validez plena a la organización, habilitándola para:

- Representarse legalmente en contratos y convenios.
- Gestionar la obtención de la licencia sanitaria de funcionamiento ante el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).
- Ser reconocida como responsable directo de la prestación de servicios en los procedimientos de certificación de calidad regulados por el Ministerio de Salud y el CSSP.

Figura 175. Pasos generales para registro mercantil



Fuente: Elaboración propia

La exigencia de registro legal tiene un efecto inmediato en la capacidad de la clínica para operar con legitimidad frente a terceros. La constancia de personería jurídica, emitida a

partir de esta inscripción, se presenta como documento indispensable en múltiples escenarios: desde la contratación de personal de salud con acreditación oficial, hasta la firma de convenios con municipalidades, universidades o cooperantes internacionales. Sin ella, el establecimiento carecería de sustento formal para actuar en nombre propio.

Conviene precisar que este procedimiento es distinto del que corresponde a las sociedades mercantiles, cuyo registro se realiza en el Registro de Comercio y que perfecciona su personalidad como empresa privada con fines de lucro. Al no enmarcarse en esta categoría, la Clínica Asistencial Divina Providencia queda exenta de esa vía registral, reforzando su naturaleza como entidad de servicio social.

*Figura 176. Beneficios de un registro vigente*



*Fuente: Elaboración propia*

El registro en la categoría legal adecuada constituye la base documental sobre la que descansa la validez de la personalidad jurídica ratificada. Asegura que la clínica no solo exista como proyecto organizativo, sino que posea la legitimidad formal exigida por el Estado para ejercer su labor asistencial en armonía con el marco normativo sanitario vigente.

## 2. Implicaciones legales a cumplir

### *a. Marco normativo general*

El funcionamiento de la **Clínica Asistencial Divina Providencia** se enmarca en un sistema jurídico nacional que establece los principios, deberes y limitaciones de todos los actores del sector salud en El Salvador. Este marco normativo general constituye la base sobre la cual se articulan los requisitos técnicos y administrativos que se desarrollarán en apartados posteriores, y se compone fundamentalmente de disposiciones de rango constitucional, legal y reglamentario.

En primer lugar, la Constitución de la República de El Salvador reconoce en su artículo 65 que *“la salud de los habitantes constituye un bien público”* y que *“el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”*. Esta disposición se complementa con los artículos 66 al 68, que fijan la responsabilidad estatal en la creación de hospitales, clínicas y centros de salud, al mismo tiempo que legitiman la participación de organizaciones privadas y de carácter social en la prestación de servicios sanitarios. El reconocimiento de la salud como bien público implica que cualquier entidad que opere en este ámbito debe ajustarse a un esquema de interés colectivo, sujeto a vigilancia y control estatal.

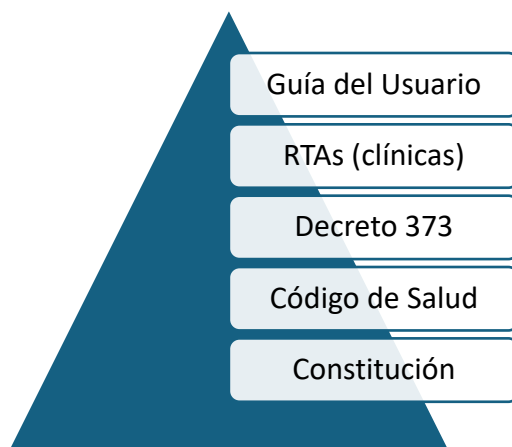
El segundo componente de este marco es el Código de Salud, que regula de manera integral el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. El artículo 14 otorga al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) la facultad de autorizar la apertura, funcionamiento y clausura de los establecimientos de salud, así como de llevar un registro actualizado de los mismos. Esta norma establece que los centros asistenciales, públicos o privados, solo pueden operar si cumplen con las condiciones técnicas y legales definidas en los reglamentos respectivos, lo que asegura un estándar mínimo de calidad y seguridad.

Asimismo, el Código de Salud establece la potestad del Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector de las políticas sanitarias, responsable de emitir lineamientos técnicos, manuales y protocolos de cumplimiento obligatorio. Esta rectoría garantiza la articulación de la clínica con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), modelo que reconoce la participación de ONG, fundaciones y entidades privadas bajo regulación estatal. De esta manera, la clínica no actúa como un ente aislado, sino como parte de una red que opera bajo principios de complementariedad y coordinación.

Otro instrumento esencial es el Decreto Legislativo n.º 373, que regula los derechos por servicios y licencias para los establecimientos de salud. En este decreto se fijan las tarifas correspondientes al otorgamiento de licencias de funcionamiento, a las inspecciones técnicas y a la recertificación periódica. Su cumplimiento no solo representa una obligación legal, sino que además constituye una fuente de financiamiento para las actividades de supervisión ejercidas por el CSSP. Para la Clínica Asistencial Divina Providencia, este marco significa prever en su planificación financiera los costos derivados de la obtención y renovación de sus permisos.

Finalmente, este marco normativo se complementa con disposiciones de carácter municipal, especialmente aquellas relacionadas con permisos de funcionamiento, uso de suelo y normativas ambientales vinculadas al manejo de desechos. Si bien estas regulaciones se desarrollarán con mayor detalle en los apartados sobre autorizaciones y requisitos técnicos, cabe destacar que forman parte del conjunto mínimo de obligaciones legales que aseguran la operatividad del proyecto.

Figura 177. Marco legal y jurídico a cumplir



Fuente: Elaboración propia

En conjunto, el marco normativo general establece que la Clínica Asistencial Divina Providencia no solo debe constituirse y mantenerse como una entidad con personalidad jurídica válida, sino que también está llamada a cumplir con la normativa sanitaria, administrativa y financiera que garantiza la protección del derecho a la salud de la población salvadoreña. Este marco constituye la plataforma legal de referencia sobre la que se articulan los procesos de habilitación, certificación y control a los que estará sujeta la clínica en su nueva etapa de funcionamiento.

#### **b. Licencias y autorizaciones obligatorias**

El funcionamiento legal de la Clínica Asistencial Divina Providencia requiere no solo la existencia de una personalidad jurídica ratificada, sino también la obtención de licencias y autorizaciones específicas que habiliten la prestación de servicios de salud en conformidad con el marco normativo vigente. Estas autorizaciones son expedidas por distintas entidades competentes y abarcan desde el nivel sanitario nacional hasta el nivel local municipal.

En el ámbito sanitario nacional, la licencia sanitaria de funcionamiento constituye el requisito esencial. De acuerdo con el artículo 14 del Código de Salud, corresponde al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), con base en los informes técnicos de las Juntas de Vigilancia, autorizar la apertura y clausura de los establecimientos de salud. La licencia sanitaria no es indefinida: debe renovarse periódicamente y está condicionada al cumplimiento continuo de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) aplicables a la clínica.

La Guía del Usuario para la certificación de servicios de salud precisa que el proceso de licenciamiento se inicia con la precertificación, en la que se presenta un expediente documental que incluye: formulario de inscripción, constancia de personería jurídica, contrato de regencia médica, manuales de procedimientos y política de calidad. Una vez verificada esta información, el CSSP emite la certificación de funcionamiento, válida por

cinco años, tras lo cual debe gestionarse la recertificación con base en nuevos informes de inspección y evaluación de calidad.

A la licencia sanitaria se suma la obligación de tramitar los permisos municipales de funcionamiento, que incluyen la patente local y la autorización de uso de suelo. Estos permisos son gestionados ante la alcaldía del municipio donde se ubica el establecimiento y se renuevan anualmente. Su relevancia radica en que condicionan la posibilidad de inscribir la clínica en el Registro de Establecimientos de Salud (URES/CSSP), dado que la Guía del Usuario exige la presentación del permiso municipal como parte de la documentación probatoria.

En los casos en que la clínica amplíe su portafolio de servicios, se activan autorizaciones adicionales. Si se habilita un gabinete radiológico o de imagenología, es obligatorio gestionar un permiso de operación ante la Unidad Reguladora de Radiaciones (UNRA), además de cumplir con la normativa sobre dosimetría, blindaje de áreas y disposición de desechos químicos. De igual forma, para la instalación de un laboratorio clínico con servicios de citología cervicouterina, la Junta de Vigilancia de Laboratorios Clínicos exige autorización específica, avalada por un informe de cumplimiento del RTA respectivo.

Además de estas autorizaciones centrales, existen permisos complementarios que respaldan la operación de la clínica en condiciones de seguridad. Entre ellos destacan:

- **Constancia de cumplimiento de medidas de prevención de incendios**, emitida por el Cuerpo de Bomberos de El Salvador, como requisito para obtener la licencia sanitaria en inmuebles abiertos al público.
- **Autorizaciones ambientales** relacionadas con la gestión de desechos bioinfecciosos y peligrosos, que deben documentarse mediante contrato con un gestor autorizado e incluirse en el expediente de habilitación.
- **Solvencias laborales y tributarias**, que certifican que la organización cumple con obligaciones fiscales y de seguridad social, las cuales pueden ser solicitadas como respaldo en procesos de recertificación.

La apertura y funcionamiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia no dependen únicamente de su reconocimiento como ONG, sino de un conjunto integrado de licencias y autorizaciones sanitarias, municipales y técnicas. Cada una responde a un nivel distinto de regulación nacional, municipal o sectorial y todas en conjunto garantizan que la clínica opere dentro de los parámetros de legalidad, seguridad y calidad exigidos por el sistema de salud salvadoreño.

Tabla 233. Licencia y permisos necesarios

Servicio	Licencia/Permiso	Autoridad competente	Costos Estimados	Tiempo estimado de trámite
<b>Consultas generales y especialidades (clínica asistencial)</b>	Licencia sanitaria de funcionamiento	CSSP (con informe JVPM)	\$34.29	Resolución en máx. 60 días hábiles una vez completo el expediente
	Permiso municipal de funcionamiento y uso de suelo	Alcaldía municipal	Variable (según tasas municipales)	1–2 semanas en promedio
	Constancia de medidas contra incendios	Cuerpo de Bomberos	Gratuito (costos de inspección)	1–2 semanas
<b>Laboratorio clínico nivel 2 (con citología cervicouterina)</b>	Licencia de laboratorio clínico	CSSP (con informe JVPLC)	\$22.86	Hasta 60 días hábiles (proceso CSSP + inspección)
	Regencia técnica de laboratorio	JVPLC	Derecho de inscripción de regente (tarifa profesional)	1–2 semanas
	Contrato con gestor de desechos bioinfecciosos	MARN + CSSP	Contrato privado (≈ \$50–\$100/mes según volumen)	Inmediato tras contrato
<b>Gabinete radiológico e imagenología</b>	Licencia sanitaria del servicio	CSSP (con informe JVPM)	Incluido en la tarifa de clínica asistencial o como ampliación (\$34.29)	Hasta 60 días hábiles
	Permiso de operación radiológica	Unidad Reguladora de Radiaciones (UNRA)	Tarifa técnica ≈ \$200–\$400 según equipos (no aparece en	30–45 días

Servicio	Licencia/Permiso	Autoridad competente	Costos Estimados	Tiempo estimado de trámite
			Decreto 373, se regula aparte)	
	Dosimetría ocupacional anual	UNRA / empresa acreditada	≈ \$50–\$100 por trabajador	Renovación anual
<b>Farmacia interna</b>	Licencia de farmacia	CSSP (con informe JVPF)	\$34.29	Hasta 60 días hábiles
	Contrato de regencia farmacéutica	JVPF	Cuota de inscripción regente	1–2 semanas
	Permiso para medicamentos controlados	MINSAL	Variable según lista de fármacos	30 días aprox.

Fuente: Elaboración propia

### c. Cumplimiento de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA)

La autorización y funcionamiento de cada servicio ofrecido en la Clínica Asistencial Divina Providencia está condicionado al cumplimiento estricto de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) emitidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y sus respectivas Juntas de Vigilancia. Estos instrumentos normativos establecen los estándares mínimos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y documentación legal que garantizan la calidad y seguridad de la atención. El marco regulatorio exige que cada establecimiento logre un 95% de cumplimiento de los requisitos críticos y al menos un 75% en los requisitos mayores, de lo contrario, la licencia de funcionamiento no puede ser otorgada ni renovada.

#### Clínica médica asistencial

El RTA para clínicas médicas asistenciales establece que estas unidades deben ofrecer como mínimo consulta general y especialidades básicas, así como procedimientos de enfermería dentro de un ámbito ambulatorio. Para ello, es obligatorio contar con:

- **Recursos humanos:** un **médico regente** debidamente autorizado por la JVPM, médicos especialistas acreditados para cada área ofertada, y personal de enfermería registrado ante la JVE. Todo el personal debe mantener vigente su autorización anual.
- **Estructura física:** consultorios individuales con condiciones de privacidad, sala de espera con ventilación adecuada, servicios sanitarios diferenciados por sexo y accesibles para personas con discapacidad, así como áreas claramente delimitadas para la atención.

- **Documentación legal:** contrato de regencia médica, constancia de inscripción en el URES, contrato de disposición de desechos bioinfecciosos y manuales básicos de procedimientos.

### Laboratorio clínico nivel 2 con citología cervicouterina

El RTA de laboratorios clínicos de nivel 2 establece que deben garantizar la toma, procesamiento y lectura de muestras con estándares de bioseguridad. Para este nivel, los requisitos comprenden:

- **Recursos humanos:** licenciados en laboratorio clínico con acreditación vigente, regente inscrito en la **JVPLC**, y técnicos autorizados (según normativas anteriores al 2008). En caso de citología, se requiere citotecnólogo o especialista en patología.
- **Infraestructura:** espacios mínimos de 4 m<sup>2</sup> por área, zonas diferenciadas para esterilización y coloración, paredes y pisos lavables, y techos encielados.
- **Control de calidad:** manuales de calidad para fases preanalítica, analítica y post analítica, control de duplicación de láminas (10% de casos negativos y 100% de premalignos deben ser revisados).
- **Aspectos legales:** contrato de regencia, constancia de inscripción en el CSSP y contrato con gestor de desechos biológicos y químicos.

### Gabinete radiológico e imagenología

El RTA para gabinetes radiológicos exige que estos servicios estén orientados a la toma y procesamiento de imágenes médicas en condiciones de seguridad radiológica. Los elementos principales incluyen:

- **Recursos humanos:** un **médico radiólogo regente** (mínimo 4 horas diarias), licenciados o técnicos en radiología (mínimo 6 horas diarias), y personal administrativo de apoyo.
- **Infraestructura especializada:** salas con blindaje plomado en puertas y paredes, señalización de riesgo radiológico, vestidores para pacientes, servicios sanitarios diferenciados y ventilación adecuada.
- **Protección radiológica:** autorización de la **Unidad Reguladora de Radiaciones (UNRA)**, programa de dosimetría para personal expuesto, contrato de disposición de desechos químicos (líquidos reveladores) y designación de un responsable de protección radiológica.
- **Aspectos legales:** contrato de regencia médica, inscripción en el CSSP y documentación ambiental aprobada.

### Farmacia interna

Aunque no contamos con el documento específico del RTA para farmacias, los lineamientos generales de la JVPF establecen:

- **Regente farmacéutico:** obligatorio y registrado en la JVPF, responsable de la dispensación y control de medicamentos.

- **Infraestructura mínima:** área de bodega, mostrador de dispensación, anaqueles resistentes, condiciones de temperatura y humedad controladas, y medidas de seguridad (cerraduras, control de acceso).
- **Aspectos legales:** licencia de funcionamiento expedida por el CSSP, contrato de regencia, permisos de importación y manejo de medicamentos controlados, y contrato de disposición de desechos farmacéuticos.

Tabla 234. Requerimientos para cumplimiento de RTA

Servicio	Recursos humanos	Infraestructura	Documentos legales	Control de calidad
<b>Clínica médica asistencial</b>	Médico regente; especialistas acreditados; enfermería autorizada	Consultorios individuales; sala de espera; baños diferenciados; accesibilidad	Contrato de regencia; inscripción en URES; contrato de desechos bioinfecciosos	Manuales básicos de procedimientos
<b>Laboratorio clínico nivel 2</b>	Licenciados en laboratorio clínico; regente inscrito en JVPLC; técnicos autorizados; citotecnólogo/patólogo	Área mínima 4 m <sup>2</sup> ; zonas para esterilización y coloración; paredes lavables; techos encielados	Contrato de regencia; inscripción CSSP; contrato de desechos biológicos y químicos	Manual de calidad (preanalítica, analítica, post analítica); revisión 100% premalignos y 10% negativos
<b>Gabinete radiológico</b>	Médico radiólogo regente (4h); técnicos/licenciados en radiología (6h); personal administrativo	Salas con blindaje plomado; señalización; vestidores; ventilación adecuada	Contrato de regencia; inscripción CSSP; autorización UNRA; contrato desechos químicos	Dosimetría ocupacional; responsable de protección radiológica
<b>Farmacia interna</b>	Regente farmacéutico obligatorio inscrito en JVPF	Bodega de medicamentos; mostrador; anaqueles; control de temperatura y humedad	Licencia de farmacia CSSP; contrato de regencia; permisos para	Normas de almacenamiento y control de psicotrópicos

			medicamentos controlados	
--	--	--	--------------------------	--

*Fuente: Elaboración propia*

#### **d. Procedimiento de inscripción y certificación de calidad**

El aseguramiento de la calidad en los establecimientos de salud salvadoreños se encuentra regulado por el **Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)**, que establece un procedimiento estructurado de inscripción, certificación y recertificación. Este proceso tiene como finalidad garantizar que las clínicas, laboratorios, farmacias y gabinetes radiológicos funcionen bajo parámetros de seguridad, eficiencia y eficacia en beneficio de los pacientes.

El **primer paso** es la inscripción en el Registro de Establecimientos de Salud (URES). Este trámite formaliza la existencia del servicio y requiere presentar documentación legal básica: escritura de constitución de la entidad, personería jurídica, contrato de regencia, permiso municipal de funcionamiento y constancia de contrato con gestor autorizado de desechos bioinfecciosos. La inscripción en URES es un prerrequisito indispensable para cualquier evaluación posterior.

El **segundo paso** corresponde a la precertificación, que consiste en la revisión documental del expediente del establecimiento. Según la Guía del Usuario, este expediente debe incluir al menos:

- Certificado de apertura o constancia de inscripción en el URES.
- Contrato de regencia del servicio (médico, farmacéutico, laboratorio o radiología según corresponda).
- Manual de calidad, política de calidad y manuales de procedimientos.
- Documentos de control de bioseguridad y gestión de desechos.
- Constancias de acreditación del personal de salud.

Una vez aprobada la precertificación, se pasa al tercer paso: la certificación en sitio. Este proceso implica una inspección realizada por la Junta de Vigilancia correspondiente, donde se verifica el cumplimiento de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA). El establecimiento debe demostrar un cumplimiento del 95% de requisitos críticos y del 75% de requisitos mayores. La inspección evalúa infraestructura, equipamiento, protocolos de atención, manuales de bioseguridad, señalización y registros clínicos.

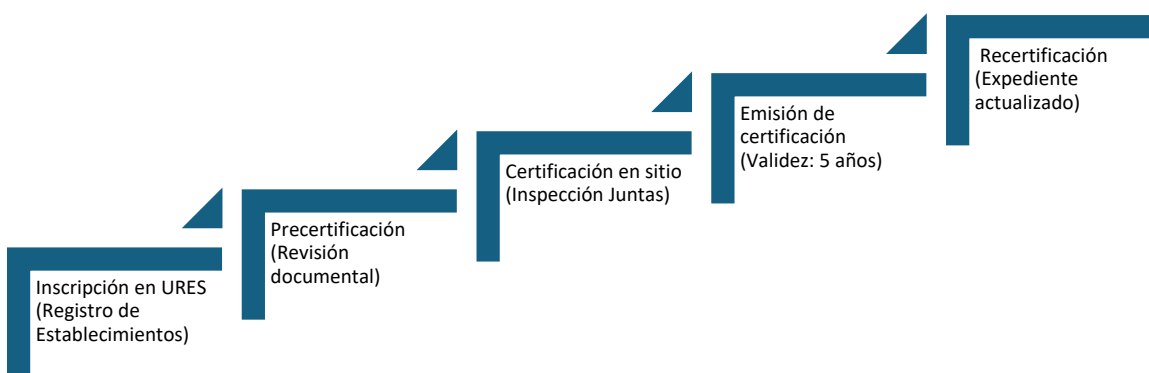
El cuarto paso es la emisión de la certificación de funcionamiento, válida por un período de cinco años, de acuerdo con la Guía del Usuario. Durante este tiempo, el CSSP puede realizar visitas de verificación no programadas para confirmar la continuidad del cumplimiento normativo.

Finalmente, se establece el proceso de recertificación, que debe gestionarse al concluir el período de cinco años. Este trámite incluye la actualización del expediente documental, el pago de derechos según Decreto 373, y una nueva inspección técnica integral. En caso

de no cumplir con los porcentajes mínimos de los RTA, el establecimiento se expone a la suspensión temporal o definitiva de la licencia de funcionamiento.

La **Clínica Asistencial Divina Providencia**, al incluir en su portafolio servicios de consulta médica, laboratorio clínico, gabinete radiológico y farmacia, deberá presentar un expediente integrado que contemple los requisitos específicos de cada área. Este enfoque integral garantiza que la certificación no solo cubra un servicio aislado, sino el conjunto de la oferta asistencial, permitiendo a la clínica operar con **plena validez legal y reconocimiento institucional**.

Figura 178. Inscripción para certificación de cumplimiento de calidad



Fuente: *Elaboración propia*

### 3. Cambio de razón social y Nivel de Atención

El proceso de reapertura del establecimiento implica una transformación integral de su naturaleza jurídica, operativa y organizativa. Tras haber funcionado históricamente como un hospital de segundo nivel, la institución atraviesa una transición hacia un nuevo modelo asistencial que redefine tanto su identidad institucional como su papel dentro del sistema nacional de salud. Este cambio responde a la necesidad de adecuar la oferta de servicios a la demanda real del territorio, a la disponibilidad de recursos y a los lineamientos técnicos que regulan el funcionamiento de los establecimientos de salud privados en el país.

La reconversión hacia una clínica asistencial de primer nivel constituye un proceso formal de recategorización que modifica el nivel de atención, el alcance de los servicios y el marco normativo aplicable. Este ajuste no solo implica una variación en la denominación y razón social del establecimiento, sino también una transformación en su modelo operativo, en su estructura organizativa y en las responsabilidades administrativas que recaen sobre la entidad responsable. En consecuencia, la identidad administrativa del centro debe alinearse con la categoría sanitaria correspondiente para garantizar el cumplimiento de los estándares técnicos y legales vigentes. El cambio de identidad administrativa no se limita a una modificación nominal; representa la adopción de un modelo de atención ambulatoria que privilegia la consulta externa, los servicios

diagnósticos básicos y la gestión clínica orientada a la resolución de necesidades de salud de baja complejidad. Este nuevo enfoque conlleva la reorganización de los procesos asistenciales, la adecuación de la infraestructura, la actualización de manuales y protocolos, y la redefinición de los roles institucionales. Además, permite optimizar el uso de los recursos disponibles y fortalecer la sostenibilidad técnica y financiera del establecimiento en el mediano y largo plazo.

Desde una perspectiva organizativa, la transición hacia la categoría de clínica asistencial implica también la adopción de un modelo de gobernanza más acorde al tamaño del proyecto y a las funciones esenciales de un establecimiento de primer nivel.

#### ***a. Fundamento normativo para cambio de categoría***

La transición del establecimiento desde su condición previa como hospital hacia su nueva identidad como clínica asistencial de primer nivel se sustenta en un conjunto de disposiciones legales, técnicas y administrativas que rigen el funcionamiento de los centros de atención en salud en el país. Este proceso de recategorización responde al marco jurídico establecido por la autoridad sanitaria y tiene como finalidad asegurar que la prestación de servicios sea coherente con los estándares mínimos exigidos para cada nivel de atención, garantizando así la seguridad de los pacientes y la calidad en los procesos asistenciales.

El Código de Salud establece que toda apertura, modificación, traslado o cierre de establecimientos de salud debe ser autorizado por la autoridad competente, siguiendo un procedimiento formal de evaluación técnica. En este sentido, el cambio de categoría implica una modificación sustancial del modelo de atención previamente inscrito, por lo que requiere la presentación de un expediente actualizado que evidencie la nueva naturaleza del servicio y su conformidad con las normativas aplicables al primer nivel de atención. Este marco legal otorga a la autoridad sanitaria la facultad de verificar que los servicios ofrecidos por la institución sean compatibles con su capacidad instalada, su recurso humano, su infraestructura y su equipamiento.

Asimismo, el Sistema Nacional Integrado de Salud clasifica a los establecimientos según niveles de complejidad, definiendo requisitos diferenciados para hospitales, clínicas y unidades de menor escala. Dentro de este sistema, las clínicas médicas asistenciales son reconocidas como establecimientos de atención ambulatoria orientados a resolver problemas de salud de baja complejidad y a brindar servicios diagnósticos básicos. Esta clasificación normativa otorga un marco de actuación preciso para el establecimiento, que debe ajustar su identidad institucional y su operación a las disposiciones aplicables al primer nivel, especialmente en lo que respecta al tipo de servicios autorizados, los perfiles profesionales requeridos y las condiciones de infraestructura y bioseguridad.

Los lineamientos técnicos emitidos por las Juntas de Vigilancia y el Consejo Superior de Salud Pública establecen de manera explícita los requerimientos para la autorización y funcionamiento de clínicas médicas asistenciales, incluyendo aspectos de infraestructura, recursos humanos, gestión documental, contratación de servicios complementarios y procesos de control sanitario. El cumplimiento de estas normativas constituye un

elemento indispensable para validar el cambio de categoría y garantizar la legalidad del funcionamiento del establecimiento en su nueva modalidad.

De manera complementaria, la recategorización exige la actualización de registros, permisos y licencias vigentes, así como la adecuación de todos los documentos institucionales que sustentan la operación del centro. Entre estos se incluyen la reinscripción del establecimiento ante el registro correspondiente, la actualización del contrato de regencia médica, la adecuación de los protocolos de atención y la revisión del portafolio de servicios para asegurar que se mantenga dentro del marco permitido para el nivel de atención correspondiente.

#### ***b. Modificación de la razón social y actualización registral ante CSSP***

La transición del establecimiento hacia la categoría de clínica asistencial de primer nivel requiere la formalización de un cambio en su razón social y la actualización de su registro ante las autoridades sanitarias correspondientes. Este proceso constituye un paso administrativo esencial para garantizar la coherencia entre la identidad institucional, el nivel de atención declarado y el portafolio de servicios que la entidad está autorizada a brindar. La modificación de la razón social no solo implica un ajuste nominal, sino también la adecuación de los documentos legales, operativos y de registro que respaldan el funcionamiento del establecimiento.

El cambio de denominación de **Hospital Divina Providencia** a **Clínica Asistencial Divina Providencia** responde a la recategorización del nivel de atención y debe ser tramitado siguiendo los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria. Esta modificación formaliza ante el Consejo Superior de Salud Pública la nueva naturaleza del establecimiento y permite que el registro institucional refleje con precisión el tipo de servicios ofrecidos, los recursos disponibles y el alcance operativo del centro. Al mismo tiempo, constituye un requisito indispensable para la obtención de las autorizaciones vigentes aplicables al primer nivel de atención.

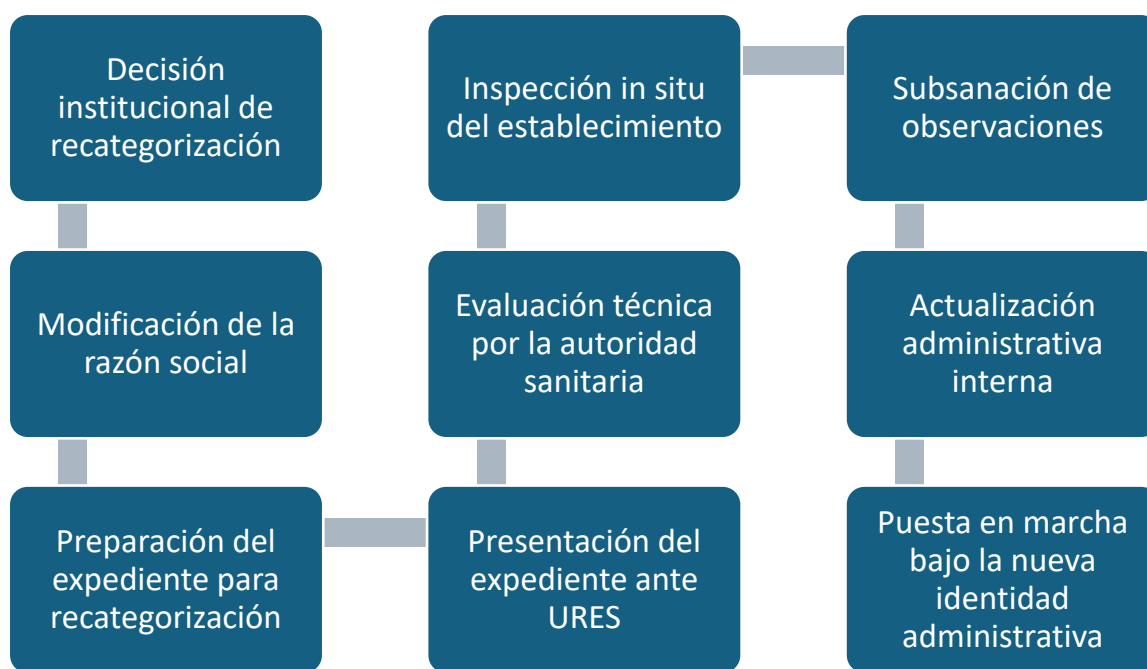
El proceso de actualización registral ante la Unidad de Registro de Establecimientos de Salud implica la presentación de un expediente técnico-administrativo que demuestre la adecuación del establecimiento a los lineamientos requeridos para clínicas asistenciales. Dicho expediente debe incluir **la nueva razón social**, el portafolio de servicios actualizado, la infraestructura disponible, el equipamiento mínimo indispensable, el recurso humano autorizado y la documentación legal que respalda la operación del centro. La autoridad sanitaria evaluará estos elementos mediante un proceso de revisión documental y verificación técnica, con el fin de garantizar que el establecimiento cumple plenamente con los parámetros establecidos.

Adicionalmente, la modificación de la razón social exige la actualización de diversos documentos institucionales que forman parte del funcionamiento cotidiano del centro. Esto incluye contratos de regencia, permisos de funcionamiento, registros de personal, convenios de disposición de desechos, pólizas de seguro, correspondencia oficial, identificadores institucionales y cualquier otro documento que dependa de la denominación legal del establecimiento. La coherencia documental es fundamental para

asegurar la validez jurídica de los procesos administrativos y asistenciales, así como para mantener la transparencia en las relaciones con proveedores, usuarios y entidades reguladoras.

La actualización de la razón social debe reflejarse también en los sistemas de gestión interna y en los registros utilizados para la administración del establecimiento, tales como expedientes clínicos, formularios institucionales, facturación, sistemas informáticos y reportes operativos. La adopción de la nueva identidad administrativa contribuye a consolidar la transición hacia el nivel de atención correspondiente y garantiza que el establecimiento opere de manera ordenada, conforme a la normativa y con una identidad institucional clara y actualizada.

Figura 179. Pasos generales para el cambio de razón social



Fuente: Elaboración propia

## F. Recursos para garantizar el cumplimiento legal

### 1. Recursos humanos especializados

El cumplimiento del marco legal y normativo exige que la Clínica Asistencial Divina Providencia disponga de recursos humanos especializados, que no solo respondan a las necesidades asistenciales, sino que además cumplan con los requerimientos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las Juntas de Vigilancia. Estos profesionales constituyen un requisito indispensable para la validez de las licencias de funcionamiento de cada servicio habilitado.

En primer lugar, se requiere la presencia de regentes responsables, figura obligatoria en cada área según lo establecen los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA). La clínica debe contar con:

- **Médico regente** inscrito en la **Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM)**, quien garantizará la dirección técnica de las consultas generales y de especialidades.
- **Regente de laboratorio clínico**, registrado en la **Junta de Vigilancia de Laboratorios Clínicos (JVPLC)**, responsable de velar por el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, calidad analítica y supervisión del personal de laboratorio.
- **Regente de gabinete radiológico**, acreditado ante la **JVPM**, cuya función principal será la supervisión del cumplimiento de las medidas de protección radiológica, dosimetría del personal y validez técnica de los estudios de imagenología.
- **Regente farmacéutico**, inscrito en la **Junta de Vigilancia de la Profesión Farmacéutica (JVPF)**, encargado de la correcta dispensación de medicamentos, control de psicotrópicos y almacenamiento seguro de insumos farmacéuticos.

A estos regentes se suma el personal especializado de apoyo, que la normativa exige como condición mínima de habilitación: médicos especialistas en las áreas ofertadas (pediatría, ginecología, medicina interna, entre otras), licenciados y técnicos de laboratorio clínico, técnicos radiólogos, licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería, así como personal administrativo capacitado en procesos de admisión y archivo clínico.

Un aspecto clave es la vigencia de la autorización anual para el ejercicio profesional, la cual debe ser renovada periódicamente mediante el pago de derechos y la presentación de documentos de actualización ante las Juntas correspondientes. La clínica debe prever que cada profesional mantenga su situación legal solvente, ya que la falta de actualización invalida la operación del servicio que tiene bajo su responsabilidad.

Por otra parte, la planificación interna debe incluir un programa de capacitación y actualización continua, orientado a reforzar competencias técnicas en bioseguridad, protección radiológica, manejo de desechos y protocolos de calidad. Estos procesos de formación, además de fortalecer la práctica clínica, constituyen un respaldo documental exigido en procesos de certificación y recertificación.

Finalmente, es fundamental resaltar que la cuantificación de estos recursos humanos será abordada en etapas posteriores del proyecto, donde se definirá con precisión el número de profesionales requeridos por categoría, así como los honorarios y costos asociados. Lo que aquí se establece es que la clínica, como institución, debe asegurar desde el inicio la disponibilidad de estos perfiles especializados, pues representan un requisito de habilitación y permanencia en el sistema de salud salvadoreño.

Tabla 235. Recurso humano para cumplimiento de legal funcionamiento

Categoría de personal	Junta de Vigilancia / Autoridad	Área de la clínica vinculada
<b>Médico regente</b>	JVPM (Junta de Vigilancia de la Profesión Médica)	Consultas generales y especialidades
<b>Médicos especialistas (pediatría, ginecología, medicina interna, etc.)</b>	JVPM	Consultas médicas de especialidades
<b>Personal de enfermería (licenciados y auxiliares)</b>	JVE (Junta de Vigilancia de Enfermería)	Área clínica asistencial y apoyo a consultas
<b>Regente de laboratorio clínico</b>	JVPLC (Junta de Vigilancia de Laboratorios Clínicos)	Laboratorio clínico nivel 2
<b>Licenciados y técnicos de laboratorio clínico</b>	JVPLC	Laboratorio clínico nivel 2
<b>Regente de gabinete radiológico</b>	JVPM	Gabinete radiológico e imagenología
<b>Técnicos y licenciados en radiología</b>	JVPM	Gabinete radiológico e imagenología
<b>Regente farmacéutico</b>	JVPF (Junta de Vigilancia de la Profesión Farmacéutica)	Farmacia interna
<b>Personal auxiliar de farmacia</b>	JVPF	Farmacia interna
<b>Personal administrativo (recepción, archivo clínico, admisiones)</b>	No aplica (control interno institucional)	Todas las áreas (gestión documental y atención al usuario)

Fuente: Elaboración propia

## 2. Recursos documentales y técnicos

El funcionamiento legal de la Clínica Asistencial Divina Providencia requiere, además de personal especializado, la disponibilidad y actualización permanente de un conjunto de **recursos documentales y técnicos** que constituyen la base de su habilitación y certificación ante el sistema de salud. Estos insumos no son opcionales, sino exigencias normativas establecidas en el Código de Salud, el Decreto 373, los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) y la Guía del Usuario para la certificación de servicios de salud.

En primer lugar, es imprescindible que la institución disponga de los **contratos de regencia** correspondientes a cada servicio ofertado: médico, laboratorio clínico, gabinete radiológico y farmacia. La validez de la licencia de funcionamiento de cada unidad

depende directamente de la existencia y vigencia de estos contratos, los cuales deben estar debidamente inscritos en las Juntas de Vigilancia respectivas.

En segundo lugar, se requiere la elaboración y resguardo de **manuales institucionales**, que sirven como evidencia documental de la capacidad de la clínica para garantizar la calidad y seguridad de sus procesos. Entre los más relevantes se incluyen:

- **Manual de calidad**, que define la política institucional, los objetivos de calidad y la estructura de evaluación.
- **Manuales de procedimientos**, específicos para cada área (consultas médicas, laboratorio, radiología, farmacia), con detalle de los protocolos a seguir en la atención de pacientes.
- **Protocolos de bioseguridad y manejo de desechos**, que abarcan la segregación, almacenamiento, transporte y disposición final de residuos biológicos, químicos y farmacéuticos.
- **Plan de protección radiológica**, obligatorio para el gabinete de imagenología, con medidas de blindaje, dosimetría ocupacional y procedimientos de emergencia.

Otro recurso documental fundamental lo constituyen los **convenios y contratos externos** que respaldan la operación de la clínica en aspectos críticos:

- Contratos con **gestores autorizados de desechos bioinfecciosos y peligrosos**.
- Contratos de **mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos**, indispensables para garantizar la operatividad de laboratorio, radiología y farmacia.
- Convenios con proveedores de insumos médicos y farmacéuticos, que aseguren trazabilidad y cumplimiento de la normativa de medicamentos.

En el ámbito técnico, la clínica debe disponer de un **sistema de archivo y registro clínico** que permita almacenar de manera organizada y accesible los expedientes médicos, ya sea en formato físico o digital, asegurando la confidencialidad y la integridad de la información. De igual forma, se requieren **equipos e instrumentos validados** para la prestación de servicios, desde mobiliario clínico básico hasta equipamiento especializado en laboratorio y radiología, los cuales deben cumplir con normas de calibración y certificación periódica.

Los recursos documentales y técnicos constituyen el **soporte formal y operativo** de la clínica. Son la evidencia que permite demostrar ante el CSSP y otras autoridades que la institución está en capacidad de brindar servicios de salud con calidad y seguridad. Su adecuada gestión interna asegura que los procesos de inscripción, certificación y recertificación se realicen de manera fluida, evitando observaciones o retrasos por incumplimientos.

Tabla 236. Documentos para legal cumplimiento

<b>Recurso documental/técnico</b>	<b>Descripción</b>	<b>Área de la clínica vinculada</b>
<b>Contrato de regencia médica</b>	Obligatorio, inscrito en JVPM, da validez a las consultas médicas	Consultas generales y especialidades
<b>Contrato de regencia de laboratorio</b>	Obligatorio, inscrito en JVPLC, avala el funcionamiento del laboratorio	Laboratorio clínico nivel 2
<b>Contrato de regencia radiológica</b>	Obligatorio, inscrito en JVPM, supervisa la protección radiológica	Gabinete radiológico
<b>Contrato de regencia farmacéutica</b>	Obligatorio, inscrito en JVPF, controla la dispensación de medicamentos	Farmacia interna
<b>Manual de calidad institucional</b>	Define política y objetivos de calidad, base de certificación	Toda la clínica
<b>Manuales de procedimientos</b>	Protocolos específicos para atención médica, laboratorio, radiología y farmacia	Cada servicio según su naturaleza
<b>Protocolos de bioseguridad y manejo de desechos</b>	Incluye segregación, almacenamiento y disposición final de residuos	Laboratorio, gabinete radiológico y farmacia
<b>Plan de protección radiológica</b>	Medidas de blindaje, dosimetría y emergencias	Gabinete radiológico
<b>Contrato con gestor de desechos</b>	Acredita disposición de residuos bioinfecciosos y peligrosos	Laboratorio, radiología, farmacia
<b>Contratos de mantenimiento de equipos</b>	Para equipos biomédicos y tecnológicos (análisis, imagenología, almacenamiento)	Laboratorio, gabinete radiológico y farmacia
<b>Convenios con proveedores de insumos</b>	Trazabilidad y normativa en insumos médicos y farmacéuticos	Toda la clínica
<b>Sistema de archivo clínico</b>	Gestión organizada de expedientes médicos (físico y/o digital)	Todas las áreas clínicas
<b>Equipos biomédicos certificados</b>	Instrumental y equipos con calibración validada periódicamente	Laboratorio clínico, radiología, farmacia

Fuente: Elaboración propia

### 3. Obligaciones regulatorias

La sostenibilidad legal y operativa de la Clínica Asistencial Divina Providencia demanda que la institución disponga de **recursos financieros internos específicamente destinados a cubrir los compromisos derivados de las licencias, certificaciones y obligaciones regulatorias**. Estos recursos, aunque serán cuantificados en detalle en una etapa posterior de la investigación, deben estar contemplados desde la planificación inicial de la clínica para garantizar la continuidad de los servicios sin interrupciones.

En primer lugar, es indispensable prever fondos para el **pago de derechos de licencias y permisos**, establecidos en el **Decreto 373**. Cada servicio ofertado —consultas médicas, laboratorio clínico, gabinete radiológico y farmacia— requiere su propia licencia sanitaria, acompañada de los respectivos contratos de regencia. El cumplimiento de esta obligación financiera asegura la legalidad del funcionamiento y constituye un requisito previo para la certificación.

En segundo lugar, la clínica deberá asignar partidas presupuestarias para los **procesos de certificación y recertificación de calidad** que el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) realiza de forma periódica. La vigencia de las certificaciones es de cinco años, pero durante ese período se contemplan inspecciones de verificación. Esto implica que, además del pago inicial, se deben destinar fondos para solventar observaciones y actualizar documentación.

A ello se suman los **honorarios de regencia profesional**, que representan un compromiso financiero permanente. Cada regente (médico, laboratorio, radiología y farmacia) tiene derecho a percibir honorarios por su función técnica y legal, sin los cuales la clínica no puede operar formalmente.

De igual forma, deben contemplarse **contratos de servicios complementarios** que generan costos recurrentes, entre los que destacan:

- Contratos con gestores de desechos bioinfecciosos y peligrosos.
- Servicios de dosimetría y monitoreo radiológico para personal expuesto.
- Contratos de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y radiológicos.

Finalmente, es necesario incluir en la planificación financiera el pago de **tasas municipales y permisos locales** (patente, uso de suelo, inspección de seguridad), así como posibles gastos asociados a solvencias laborales y tributarias que son requeridas como respaldo en procesos de recertificación.

En conjunto, estos recursos financieros internos conforman un **fondo institucional destinado a obligaciones regulatorias**, cuya ausencia pondría en riesgo la validez de las licencias y, por tanto, la operatividad de la clínica. La cuantificación de estos montos se abordará en una etapa posterior, pero su previsión resulta esencial desde el inicio para asegurar la viabilidad del proyecto.

Tabla 237. Regulaciones de contratos y servicios

Recurso financiero	Descripción	Área de la clínica vinculada
<b>Pago de licencias sanitarias (Decreto 373)</b>	Derechos de funcionamiento exigidos por el CSSP y Juntas de Vigilancia	Consultas médicas, laboratorio, gabinete radiológico, farmacia
<b>Pago de certificación y recertificación</b>	Procesos de inspección y validación de calidad (vigencia 5 años)	Toda la clínica
<b>Honorarios de regencia profesional</b>	Compensación económica obligatoria para regentes de cada área	Médico (consultas), laboratorio, radiología, farmacia
<b>Contrato de gestor de desechos bioinfecciosos</b>	Servicio recurrente para disposición segura de residuos biológicos, químicos y farmacéuticos	Laboratorio, radiología, farmacia
<b>Servicio de dosimetría ocupacional</b>	Monitoreo radiológico anual para personal expuesto	Gabinete radiológico
<b>Contratos de mantenimiento preventivo de equipos</b>	Revisiones periódicas de equipos biomédicos, radiológicos y de almacenamiento farmacéutico	Laboratorio, gabinete radiológico, farmacia
<b>Tasas y permisos municipales</b>	Patente, uso de suelo, inspección de seguridad, solvencias municipales	Toda la clínica
<b>Solvencias tributarias y laborales</b>	Documentos financieros requeridos en procesos de certificación	Toda la clínica

Fuente: Elaboración propia

## V. Estrategias de marketing

### A. Estrategia de servicios clínicos

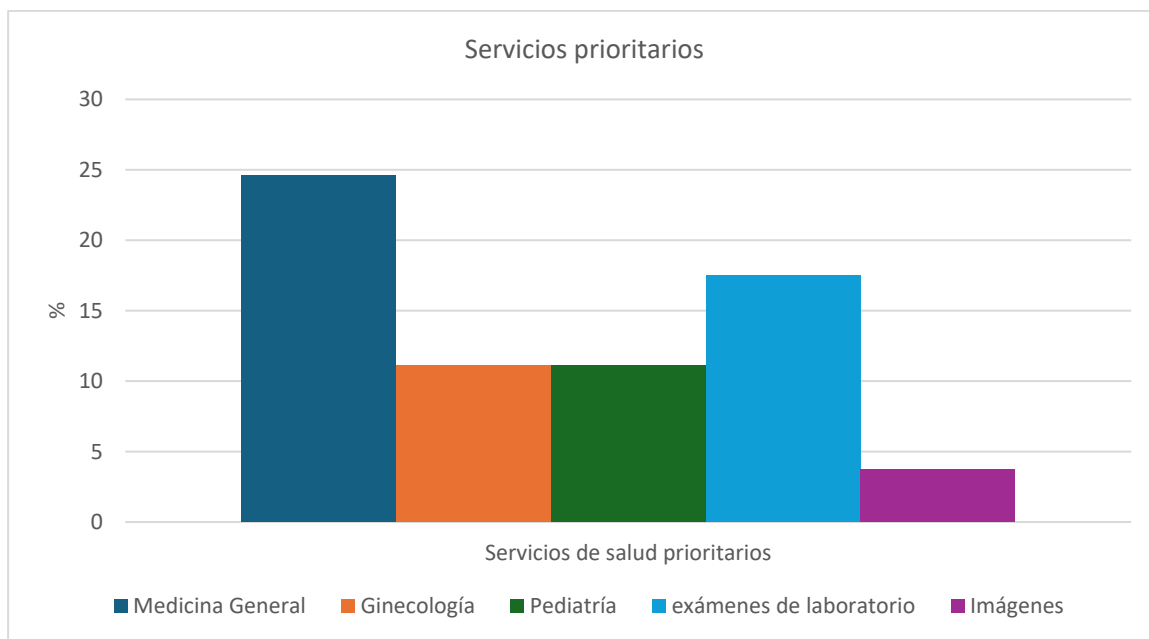
#### 1. Portafolio de servicios

El portafolio inicial de servicios de la Clínica Divina Providencia ha sido diseñado para iniciar operaciones con la totalidad de su catálogo desde el primer día, evitando fases graduales de apertura. La etapa de diseño revela que esta decisión responde tanto a la magnitud de la demanda insatisfecha detectada en el diagnóstico como a la necesidad de generar confianza institucional y posicionar la clínica como un referente resolutivo en el primer nivel de atención.

En el componente de consultas médicas, la clínica ofrecerá medicina general y cinco especialidades básicas: pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, gastroenterología y urología. El énfasis en mujeres y niños surge directamente de mantener la línea histórica con la comunidad al brindar servicios a este sector, que mostró a la medicina general (24.6%), la ginecología (11.1%) y la pediatría (11.1%) entre los servicios más prioritarios para la población encuestada. La alta disposición a utilizar los servicios se refleja en que un 47.4% de los hogares consultados respondió

afirmativamente a llevar a sus familias a la clínica y un 43.35% respondió “tal vez”, lo que demuestra un potencial de captación superior al 90% de los encuestados.

Figura 180. Servicios prioritarios para la clínica



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al **laboratorio clínico**, se sabe que incluirá pruebas de hematología (hemograma completo, hematocrito, hemoglobina), química sanguínea básica (glucosa, colesterol, triglicéridos, creatinina, urea, ácido úrico), análisis de orina y heces, microbiología limitada e inmunología mediante pruebas rápidas. El diagnóstico evidenció que más del 74% de la población está dispuesta a pagar entre \$5 y \$15 por este tipo de exámenes, con un 50.4% concentrado en el rango de \$5 a \$10, lo que garantiza su accesibilidad y alta rotación.

En el área de imagenología, el portafolio inicial incluye ultrasonografías en modalidades obstétrica, ginecológica, mamaria, abdominal, renal, prostática y testicular, además de rayos X. La etapa de diseño revela que alrededor del 70% de los encuestados ya ha pagado entre \$10 y \$25 por estudios de este tipo, lo que valida la incorporación de estos servicios como parte esencial de la clínica. Además, se estima que en el primer año podrían realizarse alrededor de 81 estudios de rayos X/ultrasonidos anuales por cada 1,000 familias, cifra que crecería de forma progresiva conforme aumente la confianza en la institución.

Finalmente, la farmacia institucional funcionará bajo autorización de la Dirección Nacional de Medicamentos y con un regente farmacéutico responsable. De la etapa de diseño se sabe que medicamentos de uso común como el paracetamol 500 mg (20 tabletas) se comercializan en promedio a \$1.40, el ibuprofeno 400 mg (20 tabletas) a \$2.00, y la amoxicilina 500 mg (20 cápsulas) a \$2.90. Estos precios permiten proyectar una oferta

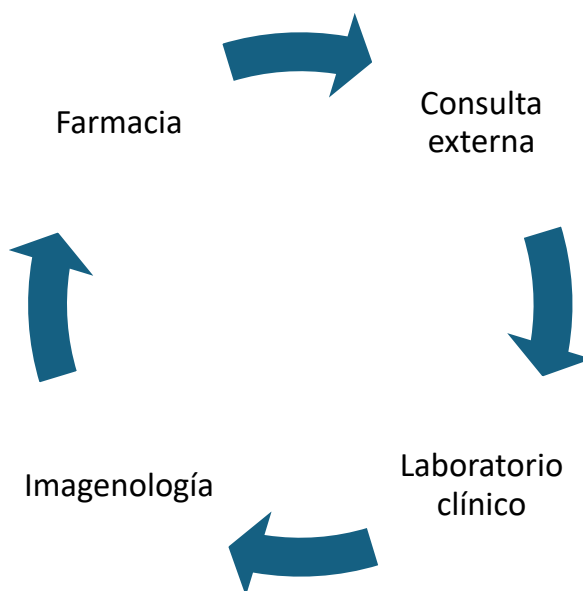
competitiva que asegure continuidad en la atención, ya que el usuario podrá acceder al diagnóstico y al tratamiento en un mismo punto de servicio.

La amplitud y diversidad de este portafolio consultas médicas, laboratorio, imagenología y farmacia responde directamente a las preferencias declaradas en el diagnóstico y a la proyección de demanda: en un escenario conservador de captación del 20% de la población meta, se estiman 21,422 usuarios anuales, mientras que en un escenario optimista del 55% la cifra asciende a 58,911 usuarios. Estos datos refuerzan la pertinencia de iniciar operaciones con un modelo completo que prioriza la atención de mujeres y niños, al tiempo que asegura cobertura para la población general del área de influencia.

## 2. Diseño de la mezcla de servicios

La mezcla de servicios de la Clínica Divina Providencia se configura como el conjunto estructurado de prestaciones que estarán disponibles para la población desde la apertura. De la etapa de diseño se sabe que este portafolio ha sido concebido con criterios con el fin de responder a la diversidad de necesidades de salud identificadas en el diagnóstico y al mismo tiempo garantizar la complementariedad entre los distintos componentes.

*Figura 181. Retroalimentación de los servicios*



*Fuente: Elaboración propia*

En cuanto a la **amplitud**, la clínica inicia con cuatro grandes líneas de servicios: consultas médicas generales y especializadas, laboratorio clínico, imagenología y farmacia institucional. Estas cuatro líneas constituyen la base para ofrecer una cobertura amplia en el primer nivel de atención. El diagnóstico evidenció que la mayor parte de la demanda de la población se concentra precisamente en estas áreas, siendo consultas médicas (24.6%) y exámenes de laboratorio (23.2%) los más solicitados, seguidos por ginecología y pediatría (11.1% cada uno) y los estudios de imagen (3.7%). La amplitud definida asegura que la clínica pueda responder de forma inmediata a las necesidades más frecuentes sin derivar al usuario hacia instituciones externas.

La **profundidad** de la mezcla se refleja en la variedad de servicios ofrecidos dentro de cada línea. En consultas, por ejemplo, no se limita a medicina general, sino que se incorporan pediatría, ginecología, medicina interna, gastroenterología y urología, con un énfasis especial en la atención a mujeres y niños. En el laboratorio, la profundidad se evidencia en la disponibilidad de pruebas de hematología, química sanguínea, orina, heces, microbiología e inmunología rápida, abarcando desde exámenes básicos hasta pruebas específicas de detección. La imagenología también se presenta con profundidad, al incluir múltiples modalidades de ultrasonografía y rayos X, lo que permite un abordaje diagnóstico integral. Finalmente, la farmacia contará con una gama de medicamentos esenciales de uso frecuente, lo que complementa el proceso de atención.

En lo que respecta a la **consistencia**, la etapa de diseño revela que las distintas líneas de servicios guardan una relación directa entre sí y se complementan en el proceso de atención. Las consultas médicas se vinculan con la necesidad de solicitar exámenes de laboratorio o estudios de imagen, cuyos resultados retroalimentan la decisión clínica. A su vez, la farmacia se integra como la fase final del proceso, al facilitar el acceso inmediato al tratamiento prescrito. Esta consistencia asegura que la clínica no funcione como un conjunto de servicios aislados, sino como un sistema integrado que reduce la fragmentación de la atención, mejora la continuidad del cuidado y optimiza la experiencia del paciente.

Tabla 238. Servicios de la clínica

Línea de servicio	Amplitud	Ejemplos de profundidad	Consistencia
<b>Consultas médicas</b>	Medicina general + 5 especialidades	General, pediatría, ginecología, medicina interna, gastroenterología, urología	Se vinculan con laboratorio e imagenología; derivación a farmacia
<b>Laboratorio clínico</b>	5 grupos de pruebas diagnósticas	Hematología, química sanguínea, orina, heces, inmunología rápida	Soporte directo al diagnóstico en consultas; complementa imagenología
<b>Imagenología</b>	2 modalidades principales	Ultrasonografías (obstétrica, ginecológica, mamaria, abdominal, renal, prostática, testicular), Rayos X	Complementa diagnóstico de consultas; integrado con resultados de laboratorio
<b>Farmacia</b>	Medicamentos esenciales de uso común	Analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, antipiréticos	Cierra el proceso de atención; garantiza continuidad del tratamiento

Fuente: *Elaboración propia*

La organización de la mezcla de servicios, al combinar amplitud, profundidad y consistencia, coloca a la clínica en una posición estratégica para responder a la demanda insatisfecha identificada en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa. Además, fortalece la visión de un modelo integral de primer

nivel, en el que cada línea de servicio no solo tiene valor individual, sino también sinergia con el resto de la oferta.

### **3. Priorización y ciclo de vida de los servicios**

La definición de prioridades dentro del portafolio de servicios clínicos constituye un paso esencial en la estrategia de producto, pues permite organizar la oferta según el nivel de relevancia que cada servicio tiene para la población meta y para la sostenibilidad operativa de la clínica. La identificación de prioridades no se realizó de manera arbitraria, sino que estuvo respaldada por los resultados del diagnóstico de mercado, el cual recogió información de 383 familias distribuidas en los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa. Este insumo reveló con claridad cuáles son los servicios más demandados y cuáles pueden desempeñar un papel complementario dentro de la atención.

Con base en estos hallazgos, los servicios de la clínica pueden organizarse en cuatro categorías estratégicas: líderes, de atracción, de estabilidad y tácticos.

#### **Servicios líderes.**

Son aquellos que concentran la mayor preferencia de la población y que, por tanto, deben ser el eje de la operación clínica. En este grupo se encuentran la medicina general (24.6% de preferencia declarada), la ginecología (11.1%) y la pediatría (11.1%). El énfasis en mujeres y niños se ve reflejado aquí de manera directa, ya que las necesidades de salud materno-infantil y pediátrica constituyen la línea histórica del hospital. La etapa de diseño revela que estos servicios no solo son los más solicitados, sino también los que tienen mayor potencial para fidelizar usuarios, pues representan atenciones recurrentes a lo largo del ciclo vital.

#### **Servicios de atracción.**

Se consideran en este grupo aquellos que, sin estar entre los más demandados en términos absolutos, poseen la capacidad de atraer nuevos usuarios hacia la clínica y de complementar los servicios líderes. Aquí destacan las pruebas rápidas de laboratorio (VIH, hepatitis B, VPH, entre otras) y la ultrasonografía obstétrica. El diagnóstico mostró que cerca del 70% de la población hace uso de ellos al menos una vez, lo cual convierte a este servicio en un incentivo para captar pacientes, particularmente mujeres en edad reproductiva. Su inclusión fortalece el posicionamiento de la clínica como una alternativa integral y moderna en el primer nivel.

#### **Servicios de estabilidad.**

Son los que, si bien no encabezan la lista de preferencias, garantizan un flujo constante de usuarios. El laboratorio clínico básico ocupa esta categoría, ya que más del 74% de los encuestados manifestó necesitar ese servicio. Estos servicios suelen acompañar tanto a la medicina general como a las especialidades, lo que asegura una demanda sostenida y transversal. Su función es aportar continuidad en el volumen de atenciones y consolidar la percepción de la clínica como un centro diagnóstico confiable.

### Servicios tácticos.

Se incluyen aquí aquellos que aportan valor estratégico, aunque su demanda inicial sea más reducida. Entre ellos se encuentran los rayos X y las consultas de urología y gastroenterología. El diagnóstico reveló que apenas un 3.7% de la población mencionó rayos X y ultrasonidos como servicios prioritarios, sin embargo, su presencia en el portafolio permite diferenciar a la clínica frente a competidores que no ofrecen estas prestaciones. Estos servicios funcionan como un complemento de la oferta y proyectan una imagen de integralidad, lo que contribuye a reforzar la propuesta de valor de la institución.

Figura 182. Clasificación de los servicios



Fuente: Elaboración propia

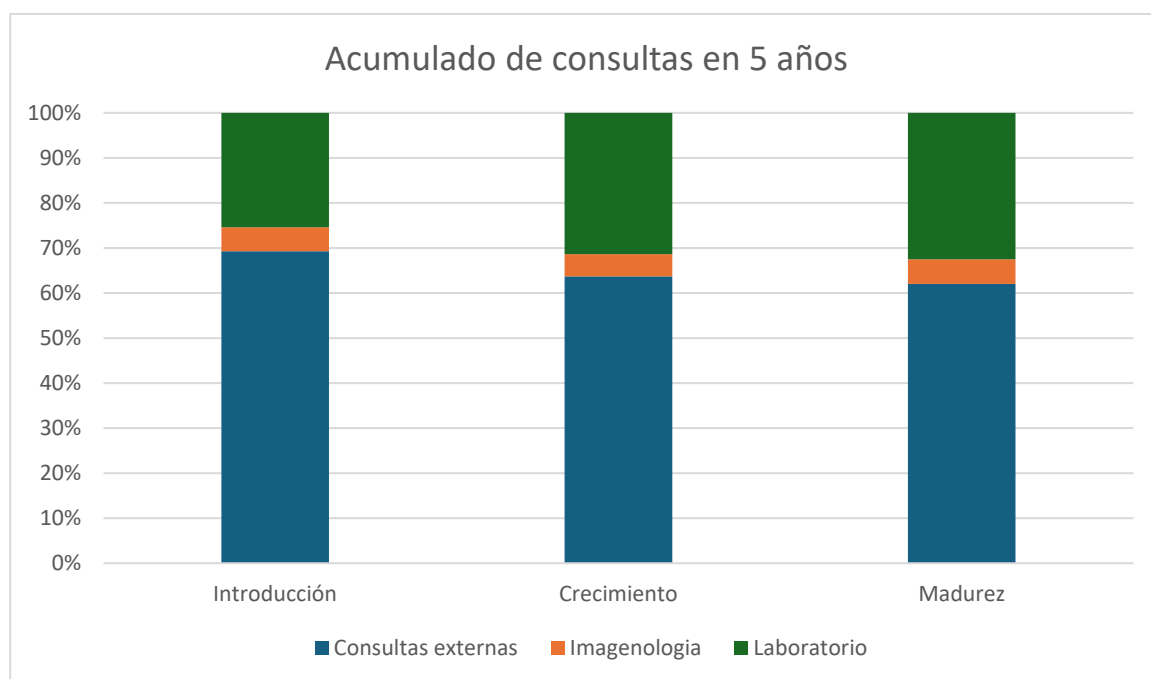
Una vez definida esta clasificación, resulta necesario examinar el comportamiento esperado de los servicios a lo largo del tiempo bajo la lógica del ciclo de vida. De la etapa de diseño se sabe que la demanda fue proyectada en un escenario conservador de 21,422 usuarios anuales y un escenario optimista de hasta 58,911 usuarios anuales, lo que permite prever el ritmo de evolución de cada servicio.

En la fase de introducción (primer año de operación), los servicios líderes como medicina general, ginecología y pediatría absorberán la mayor parte de la demanda inicial, pues corresponden a necesidades inmediatas y de alta frecuencia. Durante este periodo, los servicios de atracción como las ultrasonografías obstétricas requerirán un esfuerzo adicional de divulgación dentro de la comunidad para ganar visibilidad y consolidar su uso regular.

En la fase de crecimiento (años dos a cuatro), se espera una expansión de la demanda en los servicios de laboratorio e imagenología, en la medida que los usuarios confirmen la confiabilidad de la clínica. El laboratorio clínico, al estar directamente vinculado con consultas médicas de todo tipo, tendrá un aumento sostenido en su volumen de atenciones. Del mismo modo, las ultrasonografías y los rayos X comenzarán a consolidarse como opciones preferentes en comparación con otros proveedores de la zona.

La fase de madurez se proyecta hacia el quinto año de operación, cuando la mayoría de servicios habrá alcanzado un nivel estable de utilización. En este momento, los servicios líderes seguirán siendo la base del portafolio, los de atracción estarán consolidados, y los tácticos se habrán convertido en un elemento diferenciador sostenido. Es importante mencionar que, al finalizar el quinto año, se ha previsto la realización de un nuevo estudio para determinar si es factible evaluar la reconversión de la clínica hacia un hospital de segundo nivel. Esta evaluación se concibe únicamente como una etapa posterior y no forma parte de los alcances del presente estudio.

Figura 183. Evolución de los servicios en 5 años



Fuente: Elaboración propia

La priorización de servicios y su proyección a lo largo del ciclo de vida permite a la clínica no solo atender la demanda actual, sino también anticipar la evolución futura de la población usuaria. Con ello se logra un diseño estratégico que equilibra servicios de alta rotación, de atracción progresiva, de estabilidad constante y de diferenciación táctica, todos integrados dentro de un modelo que privilegia la atención de mujeres y niños como grupos prioritarios.

#### **4. Propuesta de valor y diferenciación del servicio**

La propuesta de valor de la Clínica Divina Providencia se fundamenta en tres pilares: la integralidad del portafolio de servicios, la accesibilidad territorial y económica para la población del área de influencia, y la prioridad en la atención a mujeres y niños. De la etapa de diseño se sabe que la decisión de abrir con la totalidad de servicios desde el inicio responde a la necesidad de ofrecer una solución inmediata y confiable a las necesidades más sentidas de la comunidad, sin obligar a los usuarios a buscar servicios complementarios en otros establecimientos.

El primer elemento diferenciador es la integralidad del servicio en un mismo punto de atención. El diagnóstico evidenció que, en la mayoría de casos, los pacientes deben desplazarse a distintos centros para completar una atención: un lugar para la consulta, otro para exámenes y, finalmente, farmacias externas para adquirir los medicamentos. En contraste, la clínica articula consultas médicas generales y especializadas, pruebas de laboratorio, estudios de imagenología y farmacia institucional, todo en un mismo establecimiento. Esta integración elimina la fragmentación del proceso de atención, disminuye costos indirectos como transporte y tiempos de espera, y genera confianza en el usuario al garantizar que el ciclo de atención se complete en un solo lugar.

El segundo componente central es la accesibilidad territorial. De la etapa de diseño se sabe que la clínica se ubica estratégicamente en Santiago Texacuangos, con cobertura prevista para Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa. Esta localización facilita el acceso a servicios de primer nivel a poblaciones que históricamente han enfrentado barreras por distancia o saturación de la red hospitalaria. La cercanía territorial constituye una ventaja competitiva frente a hospitales públicos de referencia, donde el traslado implica mayores tiempos y costos, y frente a clínicas privadas que se concentran en zonas urbanas más alejadas.

Un tercer pilar de la propuesta de valor lo constituye el énfasis en mujeres y niños como grupos prioritarios. El diagnóstico reveló que ginecología (11.1%) y pediatría (11.1%) están entre los servicios más demandados por la población, junto con medicina general. Al colocar estos servicios como eje central del portafolio, la clínica responde a las necesidades de salud reproductiva, materna e infantil, contribuyendo al cumplimiento de metas comunitarias y nacionales en salud pública. Esta orientación no solo satisface la demanda inmediata, sino que fortalece la identidad institucional como centro comprometido con la protección de los grupos más vulnerables.

Figura 184. Propuesta de valor CANVAS para la clínica



Fuente: Elaboración propia

La diferenciación de la clínica se aprecia también en comparación con la oferta existente en la zona. Frente a los hospitales públicos, la ventaja está en la reducción de tiempos de espera, la atención más personalizada y la cercanía geográfica. Frente a las clínicas privadas, la clínica se diferencia por su portafolio más amplio y articulado, que integra laboratorio, imagenología y farmacia, además de consultas de varias especialidades, todo con un enfoque comunitario. La etapa de diseño revela que muchas clínicas privadas ofrecen únicamente medicina general o una especialidad aislada, lo que limita su capacidad resolutive. La Clínica Divina Providencia, en cambio, se posiciona como una alternativa integral y con cobertura completa en el primer nivel de atención.

Finalmente, la clínica apuesta por la innovación en servicios de salud comunitarios. Aunque no se plantea la incorporación inmediata de nuevas tecnologías avanzadas, sí se prevé desde la apertura la inclusión de modalidades de telemedicina básica y la digitalización de resultados de laboratorio e imagen. Esto refuerza la propuesta de valor al brindar comodidad, agilizar procesos y garantizar mayor continuidad en el seguimiento de los pacientes.

En conjunto, la propuesta de valor se centra en ofrecer una atención integral, cercana, accesible y con énfasis en mujeres y niños, mientras que la diferenciación radica en la capacidad de integrar servicios en un mismo espacio, reducir barreras de acceso y consolidarse como una alternativa competitiva frente a la oferta existente en el territorio.

## ***B. Estrategia de precios***

### **1. Política general de precios**

La política general de precios de la Clínica Divina Providencia se concibe como un instrumento orientador que permitirá garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, la equidad en el uso de los recursos y la sostenibilidad del modelo clínico. De la etapa de diseño se sabe que la población objetivo se caracteriza por tener un nivel de ingresos limitado, lo cual obliga a establecer tarifas que, además de ser competitivas frente a la oferta existente en la zona, se mantengan dentro de rangos asequibles para las familias de los municipios del área de influencia. En este sentido, la clínica no busca fijar precios únicamente en función del costo operativo, sino establecer un esquema tarifario que combine sostenibilidad y justicia social.

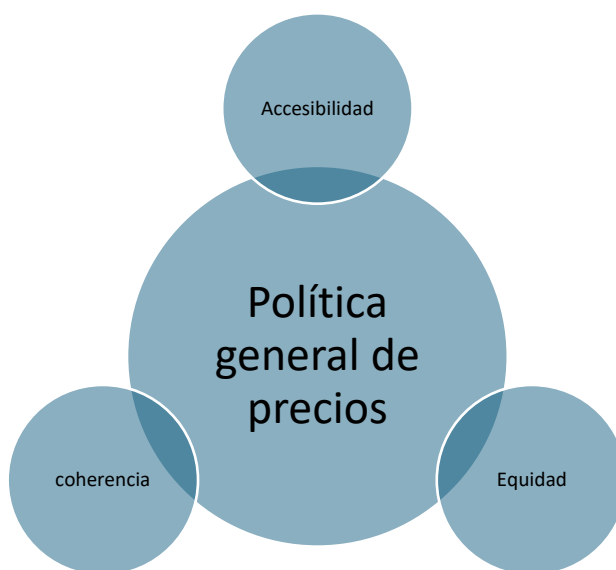
El primer lineamiento de esta política es la accesibilidad económica. El diagnóstico evidenció que la disposición de pago de la población se concentra en rangos bajos y medios: consultas generales entre \$10 y \$18, exámenes de laboratorio entre \$5 y \$15, y ultrasonografías entre \$10 y \$25. Estos datos revelan que las tarifas deben ubicarse en niveles que no representen una barrera de entrada para los hogares, sino que permitan captar la demanda insatisfecha y generar confianza desde el inicio de operaciones. La política de precios se orientará, por tanto, a mantener un equilibrio entre la viabilidad económica del servicio y la capacidad de pago de la población.

Un segundo lineamiento es la equidad en el acceso. La etapa de diseño revela que mujeres y niños constituyen los grupos de mayor prioridad en la demanda de servicios de salud. En consecuencia, la política de precios contempla que las tarifas aplicadas en

pediatría y ginecología se ubiquen en los rangos más accesibles posibles, reconociendo la importancia de atender estos sectores de forma preferente. Esta medida no solo responde a la lógica de mercado detectada en el diagnóstico, sino también a un compromiso institucional con la salud materno-infantil.

Un tercer aspecto de la política es la coherencia con el entorno competitivo. En los municipios de referencia, las clínicas privadas suelen ofrecer consultas generales en un rango de \$5 a \$15, mientras que en hospitales públicos los servicios pueden ser gratuitos o de bajo costo, aunque con limitaciones en calidad y tiempos de espera. La política de precios de la clínica se alinea con esta realidad, procurando ubicar sus tarifas dentro de un rango competitivo frente a la oferta privada, pero con un valor agregado sustentado en la integralidad del portafolio y la continuidad de la atención. Esto permitirá que la clínica se perciba como una alternativa confiable y accesible frente a ambas opciones.

*Figura 185. Componentes de las políticas de precios*



*Fuente: Elaboración propia*

La política de precios reconoce que no todos los servicios del catálogo cuentan con datos directos de investigación en el diagnóstico. En tales casos, la etapa de diseño estableció que se recurrirá a estimaciones metodológicas, tomando como referencia servicios de similar complejidad y los rangos identificados en clínicas privadas de la zona. De este modo, la fijación de precios mantiene un criterio técnico y razonado, evitando vacíos y asegurando la coherencia de todo el portafolio.

## **2. Referencias de mercado**

La definición de precios en el sector salud no puede concebirse de manera aislada de la realidad socioeconómica y competitiva en la que la clínica se inserta. Por ello, resulta indispensable revisar tanto la disposición de pago expresada por la población en el diagnóstico como los precios de referencia observados en la competencia local. Estos

dos elementos constituyen la base objetiva sobre la cual se sustenta la fijación de tarifas que resulten viables y aceptadas por la comunidad.

De la etapa de diseño se sabe que la población encuestada manifestó una clara inclinación hacia rangos de pago accesibles, con patrones diferenciados según el tipo de servicio. En el caso de la consulta médica general, el gasto más frecuente se ubica entre \$10 y \$18, lo que sugiere que la mayoría de los hogares contempla este nivel como aceptable para una atención básica. En pediatría, la tendencia se concentra aún más: un 71.1% de los encuestados indicó estar dispuesto a pagar entre \$10 y \$14, reflejando alta sensibilidad al precio en un servicio crítico para la salud infantil. En ginecología, la disposición se amplía a un rango de \$10 a \$20, con una menor aceptación de precios superiores. Para el área de emergencias, la mayor parte de la población (76.4%) expresó que podría pagar hasta \$25, siendo los tramos de \$10–15 y \$20–25 los más representativos.

En cuanto a los servicios diagnósticos, el diagnóstico mostró que más del 74% de la población está dispuesta a pagar entre \$5 y \$15 por exámenes de laboratorio, con un 50.4% concentrado en el rango de \$5 a \$10. Para ultrasonografías, aproximadamente el 70% de los encuestados reportó haber pagado entre \$10 y \$25, confirmando la relevancia de este servicio en la atención clínica. En el caso de rayos X, un 61.3% manifestó preferencia por precios entre \$9 y \$27, con mayor inclinación hacia el sub rango de \$18 a \$27. Estos hallazgos reflejan no solo la disposición de pago de la población, sino también la percepción de valor que asignan a cada servicio, lo que constituye un insumo esencial para definir tarifas realistas.

La información obtenida sobre la competencia local complementa la perspectiva del consumidor. De la etapa de diseño se sabe que las clínicas privadas de la zona ofrecen consultas médicas entre \$5 y \$15, en algunos casos incluyendo medicamentos, lo que las convierte en opciones atractivas para ciertos segmentos, aunque con limitaciones en el portafolio de servicios. En laboratorios privados, los exámenes básicos como hemograma, orina, heces, glucosa, colesterol, triglicéridos o creatinina oscilan entre \$2.50 y \$10, lo que marca un referente de precios de alta rotación en el mercado local. Estos datos evidencian que la población ya está habituada a ciertos rangos y que las clínicas competidoras han consolidado tarifas que giran alrededor de estos valores.

El contraste entre la disposición de pago y los precios de la competencia permite observar que existe un espacio de acción para la Clínica Divina Providencia. Mientras que la población encuestada se mostró dispuesta a pagar valores ligeramente superiores a los que ofrece el mercado privado en algunos servicios, también expresó sensibilidad frente a incrementos excesivos. Esta situación otorga a la clínica la posibilidad de ubicar sus tarifas en un punto intermedio: competitivas frente a la oferta privada y, al mismo tiempo, alineadas con la percepción de valor identificada en el diagnóstico.

Las referencias de mercado obtenidas del diagnóstico y de la competencia local proporcionan una base sólida para la definición de precios. Los datos confirman que la población reconoce el valor de los servicios médicos, pero requiere que las tarifas se

mantengan dentro de rangos razonables. Este panorama establece el marco sobre el cual se construirá la fijación de precios por línea de servicio en los apartados posteriores.

### **3. Fijación preliminar de tarifas por línea de servicio**

La fijación de precios en la Clínica Divina Providencia responde a un ejercicio metodológico que combina tres enfoques complementarios. Primero, se toman en cuenta los datos obtenidos en el diagnóstico respecto a la **disposición de pago de la población**. Segundo, se contrastan dichos valores con los precios vigentes en clínicas privadas y laboratorios locales mediante un ejercicio de **fijación basado en la competencia**. Finalmente, en aquellos servicios donde no se levantó información directa, se aplicó una **estimación por analogía**, considerando la complejidad del servicio en relación con otros del catálogo y los precios de referencia en servicios equivalentes.

#### ***a. Consultas médicas.***

De la etapa de diseño se sabe que las consultas generales concentran una disposición de pago entre \$10 y \$18, mientras que en clínicas privadas el rango se ubica entre \$5 y \$15. Al aplicar la lógica metodológica, se fija una tarifa de \$12, punto medio que refleja la capacidad de pago de la población y asegura competitividad. Para pediatría, la encuesta mostró que el 71.1% de los encuestados está dispuesto a pagar entre \$10 y \$14; se establece una tarifa de \$10, privilegiando la accesibilidad de un servicio esencial para la población infantil. En el caso de la ginecología, donde la disposición se ubica entre \$10 y \$20, se adopta un precio de \$12, coherente con la necesidad de priorizar la atención a mujeres. En cuanto a medicina interna, gastroenterología y urología, al no contar con datos directos, se aplica una estimación por analogía con las demás especialidades médicas de similar complejidad, fijando una tarifa de \$15 para cada una de ellas.

#### ***b. Laboratorio clínico.***

El diagnóstico mostró que más del 74% de los usuarios está dispuesto a pagar entre \$5 y \$15, con un 50.4% en el rango \$5–10. En laboratorios privados, los exámenes básicos se ubican entre \$2.50 y \$10. Bajo estas referencias, se fijan precios diferenciados: pruebas básicas como hemogramas, análisis de orina y heces en \$5–8; pruebas de química sanguínea en \$8; y pruebas rápidas de inmunología en \$10. Esta segmentación asegura accesibilidad en los servicios más comunes y sostenibilidad en los que requieren mayor tecnología.

#### ***c. Imagenología.***

La etapa de diseño revela que los ultrasonidos se pagan habitualmente entre \$10 y \$25, mientras que los rayos X tienen un rango de \$18 a \$27 en la percepción de los usuarios. En clínicas privadas locales, estos servicios mantienen tarifas similares. Por ello, las ultrasonografías en sus distintas modalidades se fijan en \$15, mientras que los rayos X se establecen en \$20. Estos valores permiten mantenerse dentro de la disposición de pago identificada, sin perder competitividad en el mercado.

#### ***d. Farmacia institucional.***

La etapa de diseño detalla precios de referencia de medicamentos esenciales, los cuales se tomarán como base de la política de la clínica. Ejemplo: paracetamol 500 mg (20

tabletas) en \$1.40, ibuprofeno 400 mg (20 tabletas) en \$2.00, amoxicilina 500 mg (20 cápsulas) en \$2.90. Estos valores guiarán la fijación de precios en la farmacia, con el compromiso de mantenerse competitivos y garantizar el acceso a los tratamientos más comunes.

Tabla 239. Tarifas preliminares para los servicios

Línea de servicio	Servicio específico	Tarifa (US\$)
<b>Consultas</b>	General	12
	Pediatría	10
	Ginecología	12
	Medicina interna	15
	Gastroenterología	15
	Urología	15
<b>Laboratorio</b>	Hematología, orina, heces	5–8
	Química sanguínea básica	8
	Inmunología rápida	10
<b>Imagenología</b>	Ultrasonografías	15
	Rayos X	20
<b>Farmacia</b>	Medicamentos esenciales	1.40– indefinido

Fuente: Elaboración propia

#### 4. Accesibilidad económica

La accesibilidad económica se evalúa contrastando las **tarifas propuestas** con los **rangos de disposición de pago** identificados en el diagnóstico y con los **puntos medios** (y, cuando conviene, cuartiles) de dichos rangos. El criterio operativo es que una tarifa será accesible cuando se ubique **dentro del rango reportado por la población** y, preferiblemente, **por debajo del punto medio** de ese rango, con énfasis especial en mujeres y niños.

##### Consultas médicas

- **Consulta general (12 US\$)**

Disposición de pago:  $([10,18]) \Rightarrow \text{puntomedio}(m = (10 + 18)/2 = 14)$

La tarifa se sitúa **por debajo del punto medio**

(12vs. 14;  $(-14.3\%)$  respecto a  $(m)$ ) y dentro del rango aceptado. Esto reduce la barrera de entrada para la atención primaria.

- **Pediatría (10 US\$)**

Disposición de pago declarada mayoritaria:  $([10,14]) \Rightarrow (m = (10 + 14)/2 = 12)$

La tarifa se fija **en el límite inferior del rango**

(10vs. 12;  $(-16.7\%)$  respecto a  $(m)$ ), priorizando el acceso de un grupo poblacional sensible y frecuente.

- **Ginecología (12 US\$)**  
Disposición de pago:  $([10,20]) \Rightarrow (m = (10 + 20)/2 = 15)$ .  
La tarifa queda **por debajo del punto medio** (12 vs. 15;  $(-20.0\%)$ ) respecto a  $(m)$ , favoreciendo la atención de mujeres en edad fértil.
- **Medicina interna / Gastroenterología / Urología (15 US\$)** Sin rango directo en encuesta para cada especialidad; se aplicó **analogía** con especialidades clínicas. El valor adoptado (15) se mantiene dentro del patrón observado para consultas especializadas y preserva coherencia con la consulta general (12) y ginecología (12), ubicándose razonablemente en el **segmento alto del mercado de consultas**, pero aún **compatible con la disposición de pago general** para atención médica ambulatoria. Se recomienda seguimiento específico de uso para recalibrar si fuese necesario.

### Laboratorio clínico

Rango de disposición de pago consolidado:  $([5,15]) \Rightarrow (m = (5 + 15)/2 = 10)$ .

- **Pruebas básicas de alta rotación (5–8 US\$)** El intervalo propuesto se ubica **por debajo del punto medio** y dentro del rango (5 – 8 vs.  $(m = 10)$ ; hasta (50%) en el extremo inferior y (20%) en el superior), lo cual mejora el acceso a estudios indispensables que acompañan la consulta.
- **Química sanguínea básica (8 US\$)**  
Referencia a mitad de camino entre la competencia y  $(m)$ :  $\left(\frac{6.25+10}{2} \approx 8.1\right) \Rightarrow 8$   
Se mantiene bajo  $(m)$  (8 vs. 10;  $(-20\%)$ ), favoreciendo el uso sin comprometer la reposición de insumos.
- **Inmunología rápida (10 US\$)**  
Tarifa alineada **con el punto medio** del rango ( $10 = m$ ), balanceando accesibilidad con la mayor complejidad relativa de estas pruebas.

### Imagenología

- **Ultrasonografías (15 US\$)**  
Disposición de pago:  $([10,25]) \Rightarrow (m = (10 + 25)/2 = 17.5)$ .  
La tarifa queda **por debajo del punto medio** (15 vs. 17.5;  $(-14.3\%)$ ), lo que facilita el acceso a estudios clave para mujeres y niños.
- **Rayos X (20 US\$)**  
Disposición de pago:  $([18,27]) \Rightarrow (m = (18 + 27)/2 = 22.5)$   
La tarifa se ubica **por debajo del punto medio** (20 vs. 22.5;  $(-11.1\%)$ ), manteniéndose dentro del rango aceptado por los usuarios.

### Emergencias

- **Atención de urgencia (15 US\$)**  
Disposición de pago:  $([10,25]) \Rightarrow (m = 17.5)$ .  
La tarifa selecciona el **tramo bajo-medio** (15 vs. 17.5;  $-14.3\%$ ), coincidente con uno de los intervalos de mayor aceptación reportados, lo que favorece la utilización temprana del servicio sin postergaciones por precio.

### **Farmacia institucional**

Los precios de referencia para medicamentos esenciales (p. ej., analgésicos y antibióticos de uso común) se mantienen **en niveles bajos y regulados**, coherentes con la accesibilidad económica del conjunto de la oferta clínica, y refuerzan la continuidad del tratamiento tras la consulta y el diagnóstico.

### **Lectura global de accesibilidad.**

El patrón de fijación resultante muestra tarifas **dentro** de los rangos declarados por la población y, en la mayoría de los casos, **por debajo del punto medio** de cada rango. Este diseño reduce la probabilidad de exclusión por precio, prioriza mujeres y niños en consultas clave, y sostiene el uso de servicios diagnósticos de apoyo que incrementan la resolutivez del primer nivel. Para las especialidades estimadas por analogía, el valor adoptado es consistente con la estructura general y permite monitorear comportamiento de la demanda para futuros ajustes técnicos.

## ***C. Estrategia de distribución y accesibilidad***

### **1. Cobertura territorial**

La cobertura territorial de la Clínica Divina Providencia se fundamenta en los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico, donde se encuestaron **383 familias distribuidas en cuatro municipios: Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa**. Este levantamiento permitió identificar el área de influencia real de la clínica, más allá de su ubicación física, y establecer que el impacto de sus servicios trasciende los límites municipales inmediatos.

De la etapa de diagnóstico se sabe que la disposición de uso es elevada: un **47.4% de los encuestados manifestó que sí llevaría a su familia a la clínica** y un **43.35% respondió que tal vez**, lo que significa que más del 90% de la población estaría abierta a utilizar los servicios de la institución. Este nivel de aceptación se traduce en un potencial de captación significativo que justifica el diseño de un portafolio integral desde el inicio.

El diagnóstico también permitió estimar la demanda en distintos escenarios estos valores confirman que la clínica no atenderá únicamente a la población de Santiago Texacuangos, sino que funcionará como un centro de referencia regional en el sur de San Salvador.

El apartado de macro localización revela que la clínica se ubica en un punto estratégico del municipio de Santiago Texacuangos, con conexión directa a la carretera antigua a Zacatecoluca y a la autopista a Comalapa. Esta ubicación garantiza accesibilidad tanto para los residentes locales como para los habitantes de Santo Tomás, Olocuilta y San

Luis Talpa, reduciendo los tiempos de traslado y facilitando la llegada de pacientes desde distintos puntos del territorio. Asimismo, el análisis de localización señala que la capacidad instalada del inmueble permite atender aproximadamente **12,000 consultas anuales** con la infraestructura actual, lo que demuestra coherencia entre el potencial de demanda y la oferta de servicios proyectada.

La cobertura territorial de la clínica se sustenta en dos elementos complementarios: por un lado, la aceptación y demanda proyectada en el diagnóstico, y por otro, la localización estratégica confirmada en el apartado de macro localización. De esta manera, la institución se posiciona no solo como centro de atención para Santiago Texacuangos, sino como un nodo de salud comunitario para varios municipios del sur de San Salvador.

## **2. Localización y accesibilidad física**

La selección del emplazamiento físico constituye un factor decisivo en la estrategia de distribución, pues de ella dependen la capacidad de cobertura, la eficiencia en el acceso de los usuarios y la integración del establecimiento en el entorno comunitario. Del apartado de macro localización se sabe que la Clínica Divina Providencia se ubica en el municipio de Santiago Texacuangos, en un punto geográficamente estratégico debido a su cercanía con la carretera antigua a Zacatecoluca y la autopista a Comalapa. Esta condición de conectividad convierte a la clínica en un centro accesible no solo para la población local, sino también para los habitantes de Santo Tomás, Olocuilta, San Luis Talpa y otros municipios aledaños, que encuentran en este punto una alternativa cercana y de menor tiempo de traslado frente a los hospitales de referencia en la capital.

El apartado de macro localización revela que la elección de esta sede responde a criterios de accesibilidad vial, disponibilidad de transporte público y reducción de costos indirectos asociados al traslado de pacientes. La cercanía a las principales rutas de conexión hacia San Salvador y hacia el aeropuerto internacional otorga a la clínica una ventaja en términos de movilidad. Además, el terreno donde se asienta la clínica ya contaba con la infraestructura necesaria para consultas, laboratorio, imagenología y farmacia, lo que reduce los tiempos y costos de adecuación. Este factor fortalece la coherencia entre la ubicación seleccionada y la capacidad de atender a una demanda estimada en 12,000 atenciones anuales con los recursos existentes.

En lo relativo a la micro localización, el análisis evidenció que el inmueble dispone de características que facilitan la accesibilidad inmediata. El sitio cuenta con accesos vehiculares y peatonales desde la carretera principal, un área de parqueo propio y la posibilidad de adecuar rampas y señalización inclusiva para garantizar la atención a personas con movilidad reducida. El apartado de micro localización también confirma la presencia de servicios básicos esenciales, como abastecimiento de agua potable, energía eléctrica estable y un generador de respaldo, lo que asegura la continuidad de la operación clínica incluso en situaciones de contingencia. Asimismo, la seguridad del entorno y la integración con la comunidad local fueron evaluadas positivamente, destacando la aceptación del proyecto en el tejido social inmediato.

Figura 186. Cercanía de la carretera con la localización actual



Fuente: Google Maps

Otro aspecto señalado en el análisis es la compatibilidad del uso de suelo, que permite la operación de un centro de salud sin restricciones legales o urbanísticas. Esto asegura la viabilidad de las actividades proyectadas en la clínica y evita conflictos regulatorios que podrían obstaculizar el funcionamiento. De esta manera, la ubicación actual no solo responde a criterios de conveniencia geográfica, sino también a requerimientos normativos y comunitarios.

El apartado de macro y micro localización muestra además que el edificio existente, con sus consultorios, áreas de espera, laboratorio y espacios administrativos, se adapta a las exigencias del Consejo Superior de Salud Pública y a la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, siempre que se realicen ajustes menores en infraestructura y bioseguridad. Esta condición reafirma que la accesibilidad física no depende únicamente de la ubicación geográfica, sino también de la adecuación del espacio a las normas y a la experiencia del usuario.

La localización de la clínica en Santiago Texacuangos, respaldada por las conclusiones del apartado de macro localización, se convierte en un activo estratégico, pues combina conectividad regional, accesibilidad local, infraestructura preexistente y cumplimiento normativo. Todo ello contribuye a consolidar a la institución como un centro de referencia confiable y accesible en el primer nivel de atención.

### 3. Canales de prestación del servicio

El diagnóstico incluyó un estudio de mercado distribuidor con el propósito de identificar los posibles canales a través de los cuales la clínica podría ampliar su alcance y garantizar

el acceso a la población meta. Se evaluaron **seis modalidades de distribución de servicios**: la **telemedicina**, las **alianzas con clínicas locales**, los **convenios con aseguradoras**, las **farmacias comunitarias**, la **atención médica domiciliaria** y los **canales digitales de seguimiento y educación en salud**. Estos canales fueron valorados en términos de funcionalidad, aceptación comunitaria, costo de implementación y potencial de sostenibilidad.

Si bien los seis representan opciones teóricamente viables, los resultados del análisis señalaron que solo **tres de ellos muestran un nivel de factibilidad y pertinencia elevado**, convirtiéndose en los pilares de la estrategia de la clínica: **telemedicina, convenios con aseguradoras y canales digitales**.

La **telemedicina** se posiciona como un canal prioritario debido a su capacidad para superar las barreras geográficas y facilitar el acceso a consultas médicas sin necesidad de desplazamiento. Del diagnóstico se sabe que plataformas como *Mediquo* fueron evaluadas con una efectividad de cumplimiento cercana al 95%, lo que evidencia la posibilidad de integrar este tipo de soluciones tecnológicas. La incorporación de telemedicina permitirá a la clínica dar seguimiento a pacientes en control, resolver consultas de baja complejidad y mantener continuidad en la atención, todo ello con costos reducidos tanto para la institución como para los usuarios.

#### **Estrategia 1: Plataforma básica de consultas virtuales**

- La etapa de diagnóstico identificó a *Mediquo* como plataforma con un 95% de efectividad.
- La clínica puede iniciar con una solución de bajo costo que permita consultas médicas generales y de seguimiento por videollamada o chat.
- Beneficio: ofrece acceso inmediato a pacientes que viven en áreas rurales cercanas, reduce tiempos de traslado y amplía la cobertura sin necesidad de infraestructura física adicional.

#### **Estrategia 2: Seguimiento de pacientes crónicos vía teleconsultas**

- Muchos pacientes con hipertensión, diabetes o en control prenatal requieren revisiones periódicas, pero no siempre consultas presenciales.
- La telemedicina permitiría realizar ajustes en tratamientos, interpretar resultados de laboratorio enviados digitalmente y dar educación sobre autocuidado.
- Beneficio: evita la saturación de consultas presenciales, reduce costos de transporte y mantiene continuidad terapéutica.

#### **Estrategia 3: Modelo híbrido de citas**

- Se puede establecer un esquema en el que el paciente primero tenga una consulta virtual y, si el médico lo considera necesario, se agenda una visita presencial.

- Esto optimiza la programación de recursos, porque las citas presenciales se reservan para casos realmente necesarios.
- Beneficio: mejora la eficiencia del tiempo médico y ofrece mayor comodidad al paciente.

Los **convenios con aseguradoras** constituyen otro canal de alta relevancia. En el análisis del diagnóstico, *Seguros SISA* obtuvo una calificación del 97.5% en cuanto a confiabilidad y funcionalidad, situándose como un aliado estratégico para garantizar la cobertura financiera de los usuarios. Estos convenios no solo permiten ampliar la base de pacientes, sino también asegurar un flujo de ingresos constante a la clínica, ya que facilitan que personas con seguros médicos privados puedan atenderse en la institución sin barreras de pago directo. Además, fortalecen la credibilidad institucional al vincular a la clínica con actores consolidados del sistema de salud.

#### **Estrategia 1: Firma de acuerdos marco con aseguradoras líderes**

- Del diagnóstico se sabe que *Seguros SISA* obtuvo 97.5% de calificación en confiabilidad.
- La clínica puede establecer convenios que permitan que sus asegurados accedan a consultas y exámenes directamente, sin necesidad de reembolso posterior.
- Beneficio: amplía el número de usuarios que ven a la clínica como opción válida dentro de su red de servicios.

#### **Estrategia 2: Paquetes preventivos con cobertura aseguradora**

- Estos convenios pueden incluir servicios de alto impacto comunitario: controles prenatales, consultas pediátricas y paquetes de laboratorio anual.
- Al integrarse en la póliza de salud, los asegurados perciben mayor valor y la clínica gana volumen de pacientes regulares.
- Beneficio: genera ingresos constantes, fideliza usuarios y fortalece el énfasis en mujeres y niños.

Finalmente, los **canales digitales de seguimiento y educación en salud** emergieron como una de las alternativas más viables y de bajo costo. El diagnóstico reveló niveles de aceptación del 87.5% para redes sociales y del 85% para mensajería instantánea como medios de comunicación directa entre la clínica y la comunidad. Estos canales permiten difundir información preventiva, enviar recordatorios de citas, entregar resultados de laboratorio y mantener un vínculo constante con los usuarios. Su valor estratégico radica en la capacidad de construir una comunidad digital alrededor de la clínica, lo que incrementa la fidelización y la confianza de los pacientes.

#### **Estrategia 1: Uso de redes sociales para educación comunitaria**

- El diagnóstico mostró que 87.5% de los usuarios aceptan redes sociales como canal de información en salud.

- La clínica puede usar Facebook e Instagram para difundir campañas sobre vacunación, prevención de enfermedades crónicas y promoción de consultas pediátricas y ginecológicas.
- Beneficio: fortalece el rol comunitario de la clínica y educa a la población con bajo costo operativo.

### **Estrategia 2: WhatsApp Business para interacción directa**

- Se sabe que el 85% de los usuarios usa mensajería instantánea como medio de comunicación.
- A través de WhatsApp se pueden enviar recordatorios de citas, resultados de laboratorio en PDF y responder preguntas frecuentes (horarios, disponibilidad de especialistas).
- Beneficio: mejora la accesibilidad a la información y la percepción de modernidad de la clínica.

### **Estrategia 3: Educación digital personalizada**

- Con los datos de los usuarios, se pueden diseñar micro campañas segmentadas: recordatorios de vacunación infantil, alertas sobre controles prenatales o recomendaciones para pacientes crónicos.
- Estas acciones responden directamente a la alta disposición de la comunidad a recibir educación en salud mediante medios digitales.
- Beneficio: aumenta la fidelización, mejora la adherencia a tratamientos y refuerza el énfasis en mujeres y niños.

En conjunto, la estrategia de canales de prestación de la Clínica Divina Providencia se centrará en los tres mecanismos identificados como más robustos: **telemedicina, convenios con aseguradoras y canales digitales**. Estos garantizan no solo una mayor cobertura territorial, sino también una diversificación de los puntos de contacto con la población, lo que amplía el acceso a los servicios clínicos y refuerza la posición de la institución en la red de salud comunitaria.

## **4. Conveniencia para el usuario**

La conveniencia del servicio es un factor determinante en la decisión de los usuarios para elegir un centro de salud. De la etapa de diagnóstico se sabe que una de las principales limitantes señaladas por la población frente a los hospitales públicos es el tiempo de espera prolongado y la necesidad de desplazarse a varios lugares para completar una atención médica. Por ello, la estrategia de conveniencia de la Clínica Divina Providencia busca garantizar eficiencia, continuidad del servicio y facilidad en el acceso a la atención.

Uno de los elementos centrales es la **organización de los horarios de atención**. La clínica operará de lunes a viernes en una jornada de 8 horas matutinas y los sábados en una jornada de 4 horas, también por la mañana. La decisión de trabajar en horario

matutino responde a criterios de demanda observados en el diagnóstico, donde la mayor parte de la población manifestó recurrir a servicios de salud en horas de la mañana. Esta organización asegura la disponibilidad de atención durante los días laborales, facilita la asistencia de madres con hijos pequeños y adultos mayores, y permite programar actividades complementarias como brigadas o teleconsultas en horarios no presenciales.

Otro aspecto clave de conveniencia se relaciona con los **sistemas de citas y control de tiempos de espera**. La clínica implementará un modelo de programación de citas presenciales, complementado con la posibilidad de agendar consultas y seguimientos a través de mensajería digital, de acuerdo con lo recomendado en el diagnóstico respecto al uso de canales digitales (85% de aceptación). Esto reducirá las filas de espera habituales en hospitales públicos y ofrecerá mayor seguridad en la planificación del tiempo de los pacientes.

La **integración de servicios en un mismo espacio** constituye otro eje de conveniencia. Del apartado de macro localización se sabe que la clínica dispone de la infraestructura para albergar consultas médicas, laboratorio clínico, imagenología y farmacia en un mismo edificio. Esta característica elimina la fragmentación que enfrentan los usuarios cuando deben trasladarse a distintas instituciones para completar diagnóstico y tratamiento. El paciente podrá recibir consulta, realizar exámenes, obtener resultados y adquirir medicamentos en un solo lugar, lo que implica ahorro de tiempo y de costos asociados al transporte.

Asimismo, la **digitalización de resultados** de laboratorio e imagenología se incorpora como práctica de conveniencia. El diagnóstico evidenció la aceptación de canales digitales de información en la población bajo esta lógica, los resultados podrán entregarse en formato físico en la clínica, pero también ser enviados por correo electrónico o WhatsApp, facilitando el seguimiento médico y reduciendo la necesidad de traslados adicionales.

Finalmente, la conveniencia se refuerza con el **enfoque en grupos prioritarios**. Mujeres y niños, identificados en el diagnóstico como los segmentos con mayor necesidad de servicios, contarán con horarios de consulta ajustados a su disponibilidad y con prioridad en la programación de citas. Esto significa que los controles pediátricos y ginecológicos podrán agendarse de manera recurrente y con tiempos de atención reducidos, evitando postergaciones que afecten la continuidad de cuidados.

La combinación de horarios definidos, sistemas de citas eficientes, integración de servicios en un mismo lugar, entrega digital de resultados y atención prioritaria a grupos vulnerables, permite consolidar un modelo de conveniencia que responde directamente a las expectativas y limitaciones identificadas en el diagnóstico, y que aprovecha las condiciones descritas en el apartado de macro localización.

Tabla 240. Conveniencia para el usuario

Dimensión	Elemento implementado	Beneficio para el usuario
<b>Horarios de atención</b>	Lunes a viernes: jornada matutina de 8 horas. Sábado: jornada matutina de 4 horas.	Disponibilidad en horarios de mayor demanda, adecuados a la rutina de la mayoría de familias.
<b>Sistema de citas</b>	Programación presencial y digital (WhatsApp Business).	Reducción de tiempos de espera y mayor facilidad para agendar consultas y seguimientos.
<b>Integración de servicios</b>	Consulta, laboratorio, imagenología y farmacia en un mismo lugar.	Eliminación de traslados múltiples; continuidad de la atención en un solo establecimiento.
<b>Entrega de resultados</b>	Resultados en formato físico y digital (correo, WhatsApp).	Mayor comodidad, reducción de desplazamientos y fortalecimiento del seguimiento médico.
<b>Atención a grupos prioritarios</b>	Programación diferenciada para mujeres y niños en ginecología y pediatría.	Acceso preferente a servicios esenciales para los grupos más vulnerables de la población.

Fuente: Elaboración propia

## D. Estrategia de promoción

### 1. Objetivos de comunicación

Los objetivos de comunicación de la Clínica Divina Providencia deben construirse a partir de las condiciones detectadas en la etapa de diagnóstico, las cuales revelan tanto la disposición de la población a utilizar la clínica como los principales retos que enfrenta la oferta de servicios de salud en el territorio. El diagnóstico mostró que más del 90% de la población tiene una predisposición positiva hacia la reapertura del establecimiento. Este hallazgo constituye la base para orientar los esfuerzos de comunicación hacia el **fortalecimiento de la confianza comunitaria** y la consolidación de la clínica como una opción válida y cercana para la atención en salud.

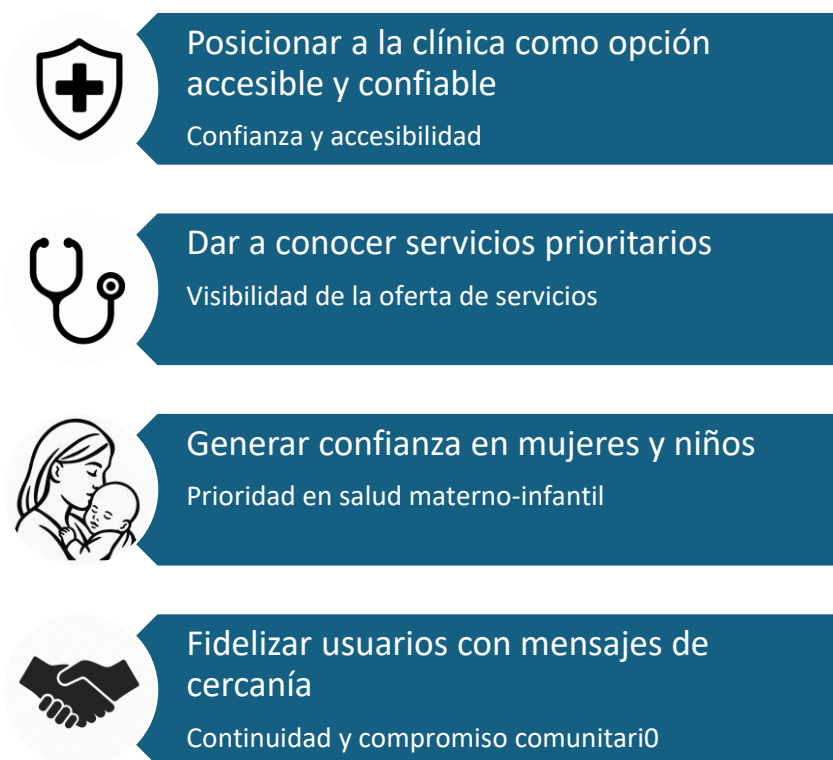
Un primer objetivo de comunicación es **posicionar a la clínica como la alternativa más accesible y confiable dentro de la zona de influencia**. El diagnóstico reveló que las principales barreras de acceso que enfrentan los usuarios son las largas esperas en hospitales públicos y los costos elevados en clínicas privadas. La comunicación institucional deberá destacar que la clínica ofrece servicios de calidad en un rango de precios acorde a la disposición de pago de la población, así como la conveniencia de acceder a un modelo integral en un solo lugar. Este objetivo busca que los mensajes transmitidos corrijan percepciones previas de inaccesibilidad y destaquen el valor agregado del servicio.

Un segundo objetivo es dar a conocer la disponibilidad de los servicios más prioritarios identificados en la encuesta. La población destacó la medicina general (24.6%), el laboratorio clínico (23.2%), las emergencias (17.1%), la ginecología (11.1%) y la pediatría

(11.1%) como las áreas de mayor necesidad. La comunicación deberá enfatizar que estos servicios estarán disponibles desde la apertura, con horarios definidos y capacidad instalada suficiente para responder a la demanda. De esta manera, se busca garantizar que los usuarios perciban la clínica como una institución resolutoria y capaz de atender sus necesidades más frecuentes.

Un tercer objetivo es **generar confianza en los grupos poblacionales más sensibles: mujeres y niños**. El diagnóstico evidenció que estos sectores son los que concentran una parte importante de la demanda insatisfecha en el territorio. La comunicación institucional deberá transmitir mensajes claros sobre la atención especializada en ginecología, obstetricia y pediatría, así como sobre el compromiso de la clínica con la salud materno-infantil. Este énfasis no solo responde a los datos cuantitativos de la encuesta, sino también a la estrategia institucional de priorizar la atención a los grupos más vulnerables.

Figura 187. Objetivos de la comunicación



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, un objetivo transversal de la comunicación es **fidelizar a los usuarios mediante la transmisión constante de confianza, cercanía y compromiso comunitario**. Aunque la clínica parte de un nivel elevado de aceptación potencial, será necesario mantener un flujo continuo de información sobre los servicios, resultados y beneficios de la atención. Este enfoque busca que los pacientes no perciban la clínica

únicamente como un espacio de atención puntual, sino como un referente de salud estable en el tiempo.

## 2. Ejes de la comunicación

La estrategia de comunicación se organiza en tres ejes complementarios: **relaciones comunitarias**, **marketing digital** (Facebook, Instagram, WhatsApp Business y sitio web informativo) y **publicidad tradicional de bajo costo** (afiches, perifoneo, radio comunitaria). El estudio de mercado distribuidor confirmó la **alta aceptación de redes sociales y mensajería** como medios de contacto con la población, lo que respalda el énfasis digital de este plan.

Figura 188. Ejes de la comunicación



Fuente: Elaboración propia

### a. Relaciones comunitarias (ferias, charlas y alianzas locales)

**Objetivo operativo.** Establecer presencia territorial y confianza mediante actividades regulares en los cuatro municipios encuestados, priorizando contenidos de salud materno-infantil y primer nivel de atención (coherentes con los servicios más demandados en el diagnóstico).

#### Cómo se llevará a cabo.

- **Mapeo de actores locales.** Identificación y calendario de coordinación con alcaldías, unidades de salud, centros escolares, iglesias y ADESCOS. Contacto formal con carta de presentación y "ficha de actividad" (lugar, fecha, responsables, servicios que se informan o demuestran).
- **Ferias de salud trimestrales por municipio.** Puestos de orientación en: controles prenatales y puerperio, crecimiento y desarrollo infantil, esquema de

vacunación, y uso correcto de servicios de primer nivel. Flujo recomendado: registro rápido → consejería breve (5–7 min por familia) → entrega de material educativo → derivación programada a la clínica cuando aplique.

- **Ciclos de charlas educativas (30–40 min).** Temas priorizados según diagnóstico (demanda en medicina general, laboratorio, ginecología y pediatría): signos de alarma en niñas y niños; controles prenatales; prevención de infecciones; “cuándo acudir a consulta” para evitar saturación hospitalaria.
- **Alianzas operativas.** Acuerdos con alcaldías para cesión de espacios y difusión por radio local; coordinación con escuelas para jornadas de charlas a madres/padres; participación de líderes comunitarios como “puntos de referencia” que canalicen consultas hacia los canales formales (teléfono/WhatsApp de la clínica).

**Protocolos y resguardos.** Listas de asistencia resguardadas; consentimiento informado para cualquier tamizaje que se realice en campo; derivaciones por escrito cuando se requiera consulta presencial.

**Mensajes clave coherentes con el diagnóstico.** “Atención integral en un solo lugar” y “prioridad para mujeres y niños”, alineados con la preferencia observada por ginecología, pediatría, medicina general y laboratorio (servicios destacados por la población).

#### ***b. Marketing digital (Facebook, Instagram, WhatsApp Business y web)***

El estudio de mercado distribuidor mostró **alta aceptación de redes sociales y mensajería** como canales de interacción clínica-comunidad, lo que convierte a este eje en prioridad operativa.

#### **Facebook e Instagram (difusión y educación en salud).**

1. **Parrilla editorial mensual.** Tres líneas de contenido:
  1. **Informativa de servicio:** horarios, especialidades disponibles, cómo sacar cita;
  2. **Educativa:** piezas breves sobre cuidados prenatales, lactancia, vacunas, signos de alarma pediátrica;
  3. **Comunitaria:** cobertura de ferias/charlas y alianzas locales.
2. **Frecuencia recomendada.** 3 publicaciones por semana (lu-mi-vi), más historias en días de actividad comunitaria.
3. **Formatos.** Imagen + texto breve; carruseles para “paso a paso” (ej. cómo agendar cita); videos cortos ( $\leq 30$  s) con médicos explicando temas sencillos de alto interés.
4. **Interacción.** Respuesta a comentarios y mensajes en  $\leq 24$  h en días hábiles; derivación a WhatsApp Business para agendar o resolver casos individuales.
5. **Tono y encuadre.** Lenguaje claro, no clínico; foco en beneficios prácticos (cercanía, continuidad, disponibilidad matutina). En piezas materno-infantiles, incluir recordatorios de control prenatal y pediátrico, coherentes con servicios priorizados en el diagnóstico.

### WhatsApp Business (agenda, recordatorios y resultados digitales).

- **Configuración.** Perfil verificado con logo, horario oficial (lu-vi 8 h mañana; sáb 4 h mañana), catálogo de servicios (consultas, laboratorio, imagenología) y mensajes automáticos de bienvenida/fuera de horario.
- **Flujos operativos.**
  - **Agendamiento:** el usuario envía “CITA”; el sistema devuelve formulario breve (nombre, DUI opcional, motivo, especialidad); el operador ofrece horarios disponibles.
  - **Recordatorios de cita:** mensaje 24 h antes y 2 h antes.
  - **Resultados digitales:** envío de PDF de laboratorio/imagenología tras validación de identidad (p. ej., fecha de nacimiento y número de expediente).
- **Política de consentimiento.** Inclusión/actualización del consentimiento para comunicaciones por WhatsApp en el expediente del paciente; listas de difusión solo para quienes acepten.
- **Tiempos de respuesta.** ≤2 h dentro del horario de atención; derivación inmediata a llamada si hay signos de alarma.

### Sitio web informativo (landing).

- **Contenido mínimo viable.** Servicios y horarios, ubicación con mapa, botones de contacto (teléfono, WhatsApp), formulario simple de consulta, sección de preguntas frecuentes.
- **Utilidad práctica.** Centraliza información “oficial” y actúa como destino de las campañas de redes; facilita encontrar cómo y cuándo atenderse sin depender de terceros.

### *c. Publicidad tradicional de bajo costo (afiches, perifoneo y radio comunitaria)*

#### Afiches y avisos impresos.

- **Piezas por municipio.** Afiches en alcaldías, unidades de salud, escuelas, iglesias y comercios de alto tránsito.
- **Contenido esencial.** Nombre y logo; servicios clave (medicina general, ginecología, pediatría, laboratorio, imagenología, farmacia); **horarios matutinos** (lunes a viernes 8 h, sábado 4 h); dirección abreviada y QR a WhatsApp Business.
- **Reposición.** Revisión mensual para mantener piezas en buen estado y actualizadas.

#### Perifoneo focalizado (aperturas y ferias).

- **Uso puntual.** Días previos a ferias de salud o a hitos (apertura, nueva especialidad).
- **Guion de 20–30 s.** Mensaje claro sobre qué servicio, dónde y cuándo; invitación a llevar control prenatal y pediátrico; cierre con número/WhatsApp.

### Radio comunitaria.

- **Cuñas de 20–30 s** en franjas matutinas (coherentes con el horario de atención) durante 2–3 semanas al inicio de cada ciclo de actividades comunitarias. Puede hacerse uso de radios con línea católica en el país como: Radio luz y radio paz
- **Guion base.** Presentación de la clínica; disponibilidad de servicios priorizados; énfasis en “atención integral en un solo lugar”; indicación de contacto (teléfono y WhatsApp).
- **Participaciones en programa de salud.** Espacios mensuales de 10–15 min para educación básica (prenatal, cuidados del lactante, prevención de infecciones), conectando con la parrilla digital para reforzar mensajes.

### Coordinación operativa mínima

- **Responsables.**
  - Relaciones comunitarias: trabajador/a social o promotor/a de salud + médico referente.
  - Digital: “community” administrativo con supervisión de dirección médica para contenidos.
  - Tradicional: enlace con alcaldías/radios y logística de materiales.
- **Calendario.** Plan trimestral integrando: 1 feria por municipio, 8–10 publicaciones/mes, 2–3 cuñas radiales por ciclo, perifoneo solo en hitos.
- **Coherencia con hallazgos previos.** El uso intensivo de redes y mensajería responde a la **alta aceptación documentada** en el estudio de mercado distribuidor; el enfoque temático prioriza servicios que el diagnóstico identificó como más demandados (medicina general, laboratorio, ginecología y pediatría).

## 3. Evaluación de impacto

La evaluación de impacto de la estrategia de comunicación y posicionamiento es un componente indispensable, ya que permite determinar si los objetivos planteados confianza, accesibilidad, visibilidad de los servicios prioritarios y fidelización de usuarios se cumplen en la práctica. El diseño de indicadores debe responder a tres principios básicos: **medibilidad, pertinencia y continuidad en el tiempo**. Con este enfoque, se propone un sistema de seguimiento compuesto por cinco indicadores principales: **notoriedad institucional, captación de pacientes, fidelización, interacción digital y participación comunitaria**.

### 1. Notoriedad institucional

Este indicador mide el grado en que la población reconoce la existencia y los atributos de la clínica. La etapa de diagnóstico mostró que más del 90% de los encuestados estaba predispuesto a utilizar la clínica, pero al momento de la reapertura será necesario comprobar que este nivel de conocimiento se mantiene o se incrementa. Para medirlo se pueden utilizar encuestas comunitarias anuales que incluyan preguntas como: “¿Conoce usted la Clínica Divina Providencia?” y “¿Cuáles servicios sabe que ofrece?”. El impacto

positivo se reflejará en un aumento progresivo de respuestas afirmativas y en la capacidad de los usuarios para identificar los servicios prioritarios de la clínica (medicina general, pediatría, ginecología, laboratorio e imagenología).

## **2. Captación de pacientes**

Este indicador evalúa el número de nuevos usuarios que acuden a la clínica en relación con la población objetivo definida en el diagnóstico. De la etapa de diagnóstico se sabe que el escenario conservador proyecta 21,422 usuarios anuales y el optimista hasta 58,911. Estos valores sirven como referencia para contrastar la demanda real con las estimaciones. El registro de pacientes atendidos en cada línea de servicio permitirá calcular el porcentaje de captación efectiva y ajustar estrategias de promoción cuando existan desviaciones significativas respecto a lo esperado.

## **3. Fidelización de usuarios**

Más allá de captar nuevos pacientes, es fundamental asegurar que los usuarios regresen y se conviertan en pacientes habituales de la clínica. Este indicador se mide a través de la proporción de pacientes que utilizan la clínica en más de una ocasión durante el año, especialmente en servicios recurrentes como pediatría, ginecología y laboratorio. Los sistemas de registro interno (expedientes y base de datos de citas) permitirán identificar la frecuencia de uso y analizar si los grupos prioritarios (mujeres y niños) mantienen continuidad en la atención. Una tasa creciente de usuarios recurrentes reflejará que la clínica ha logrado consolidarse como la opción preferente de la población.

## **4. Interacción digital**

El estudio de mercado distribuidor reveló que un 87.5% de los encuestados aceptaba el uso de redes sociales y un 85% la mensajería instantánea como canales de comunicación en salud. Por tanto, resulta esencial medir el impacto de la estrategia digital en términos de alcance y participación. Entre los indicadores específicos se incluyen: número de seguidores en Facebook e Instagram, promedio de interacciones (me gusta, comentarios, compartidos), tasa de respuesta en WhatsApp Business y número de resultados de laboratorio entregados en formato digital. Estos valores permiten comprobar si la comunidad adopta efectivamente los canales digitales como vías de contacto con la clínica y si la comunicación logra sostenerse de manera activa en el tiempo.

## **5. Participación comunitaria**

El diagnóstico destacó la importancia de la integración comunitaria como elemento de confianza. Por ello, debe medirse la asistencia y el nivel de participación en ferias de salud, charlas educativas y actividades extramuros. Indicadores concretos incluyen el número de ferias realizadas por año, el promedio de asistentes por actividad y la cantidad de alianzas operativas con alcaldías, escuelas e iglesias. Estos datos muestran si la clínica se mantiene presente en el territorio y si la comunidad reconoce su rol más allá de la atención clínica.

El seguimiento sistemático de estos indicadores proporcionará información valiosa para la toma de decisiones estratégicas. En caso de que la notoriedad institucional no aumente, se deberán reforzar las campañas de difusión; si la captación de pacientes no alcanza los niveles proyectados, será necesario evaluar barreras de acceso; si la fidelización es baja, se revisará la experiencia de usuario y la calidad percibida en la atención. De este modo, la evaluación de impacto no se concibe únicamente como una medición numérica, sino como una herramienta de gestión que retroalimenta el proceso de comunicación y asegura la coherencia entre la estrategia diseñada y la realidad de la población atendida.

Tabla 241. Indicadores de logros.

Indicador	Fórmula	Fuente de datos principal	Interpretación esperada
<b>Notoriedad institucional</b>	$\frac{\text{personas que conocen la clínica}}{\text{personas encuestadas}} \times 100$	Encuestas comunitarias	Nivel de reconocimiento de la clínica en la población.
<b>Captación de pacientes</b>	$\frac{\text{Pacientes nuevos en el año}}{\text{Población objetivo estimada}} \times 100$	Registros clínicos + diagnóstico	Grado de atracción de la población meta.
<b>Fidelización de usuarios</b>	$\frac{\text{Pacientes recurrentes} (\geq 2 \text{ visitas})}{\text{pacientes totales en el año}} \times 1000$	Base de datos de pacientes	Nivel de continuidad y confianza en los servicios.
<b>Interacción digital</b>	$\frac{\text{mensajes o interacciones respondidas}}{\text{mensajes o interacciones recibidas}} \times 100$	Redes sociales y WhatsApp Business	Efectividad del contacto y respuesta digital.
<b>Participación comunitaria</b>	$\frac{\text{Asistentes a ferias y charlas}}{\text{convocados o estimados}} \times 100$	Listas de asistencia y registros de eventos	Grado de involucramiento de la comunidad en actividades.

Fuente: Elaboración propia

**E. Brief de lanzamiento**



**Brief de lanzamiento**

2025

## Antecedentes

La Clínica Divina Providencia fue fundada en 1971 por las Hermanas Agustinas de San Nicolás, inicialmente como una clínica parroquial destinada a responder a la necesidad de servicios médicos en el municipio de Santiago Texacuangos y comunidades aledañas. Desde sus orígenes, la institución mantuvo un enfoque comunitario y solidario,



caracterizándose por atender a la población de escasos recursos, apoyada en parte por cooperación externa y voluntariado médico.

Durante décadas, la clínica se consolidó como un referente de atención en salud de primer nivel para la población local, con énfasis en mujeres y niños. Sin embargo, en 2024 se vio obligada a cesar operaciones debido a deficiencias estructurales,

financieras y normativas. Una inspección del Consejo Superior de Salud Pública detectó fallas en las áreas quirúrgicas, lo que llevó a la suspensión total de los servicios.

El cierre representó una fuerte limitante para el acceso a la salud en la zona. Los hospitales públicos de referencia se encuentran saturados y presentan tiempos de espera prolongados, mientras que las clínicas privadas ofrecen servicios con costos elevados que resultan inaccesibles para gran parte de la población.

Con el fin de evaluar la viabilidad de una reapertura, se desarrolló un estudio de factibilidad que incluyó encuestas a 383 familias de los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, además de entrevistas, observación de campo y análisis documental. Los resultados mostraron una **alta disposición comunitaria (más del 90%) a utilizar nuevamente los servicios de la clínica** si esta retoma operaciones. Asimismo, se identificaron brechas en infraestructura, equipamiento, gestión administrativa y cumplimiento normativo que deben ser solventadas para garantizar un modelo sostenible.

A partir de estos hallazgos, se plantea la reapertura bajo un modelo de **clínica asistencial de primer nivel**, con un portafolio integral que incluye consultas médicas generales y especializadas, laboratorio clínico, imagenología y farmacia institucional. El énfasis seguirá puesto en la atención materno-infantil, línea histórica de la institución y principal demanda de la población diagnosticada.

especializadas, laboratorio clínico, imagenología y farmacia institucional. El énfasis seguirá puesto en la atención materno-infantil, línea histórica de la institución y principal demanda de la población diagnosticada.

## Objetivos del lanzamiento

### Objetivo general

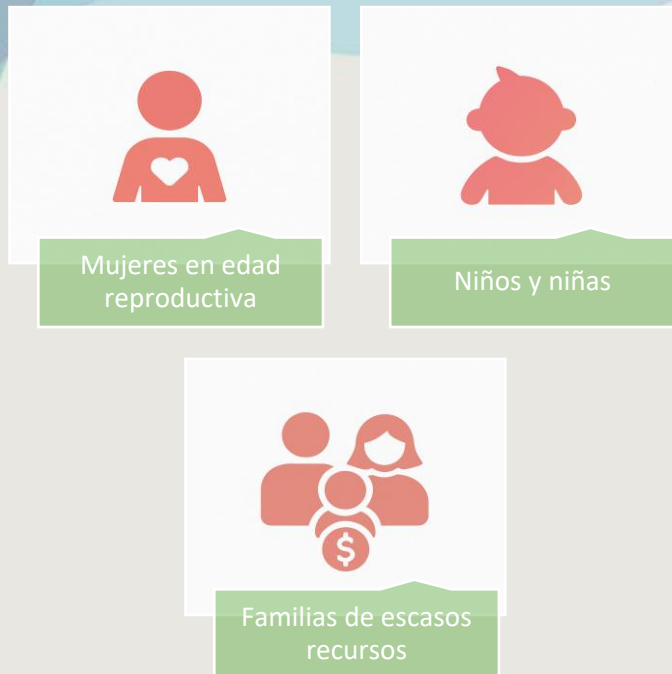
Reabrir la Clínica Divina Providencia como un centro de salud de primer nivel accesible, confiable y sostenible, priorizando la atención materno-infantil y garantizando servicios integrales para la población de Santiago Texacuangos y municipios aledaños.

### Objetivos específicos

1. **Garantizar infraestructura y equipamiento adecuados** que cumplan con la normativa de salud y aseguren calidad en la atención.
2. **Ofrecer un portafolio completo de servicios médicos** (consultas generales y especializadas, laboratorio, imagenología y farmacia) desde el inicio de operaciones.
3. **Asegurar accesibilidad económica** mediante tarifas coherentes con la capacidad de pago de la población meta.
4. **Implementar canales de atención innovadores** (telemedicina, convenios con aseguradoras y comunicación digital) para ampliar cobertura y conveniencia.
5. **Posicionar a la clínica como referente comunitario en salud**, mediante estrategias de comunicación, promoción y relaciones locales.
6. **Evaluar continuamente el impacto del lanzamiento** con indicadores de captación, fidelización e interacción comunitaria.

## Público objetivo

La Clínica Divina Providencia orientará sus servicios principalmente hacia la población de los municipios de Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, identificados en el estudio de mercado como su área de influencia.



El público objetivo de la Clínica Divina Providencia está compuesto por **familias de bajos ingresos que requieren servicios médicos integrales, cercanos y accesibles**, con un énfasis particular en **salud materno-infantil**.

## Propuesta de valor

La Clínica Divina Providencia se relanza con una propuesta de valor basada en tres ejes:

**Integralidad en un solo lugar:** consultas generales y especializadas, laboratorio, imagenología y farmacia, evitando que los pacientes tengan que desplazarse a distintos centros.

**Accesibilidad territorial y económica:** ubicada en Santiago Texacuangos con cobertura a Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa, con precios dentro de la capacidad de pago de las familias

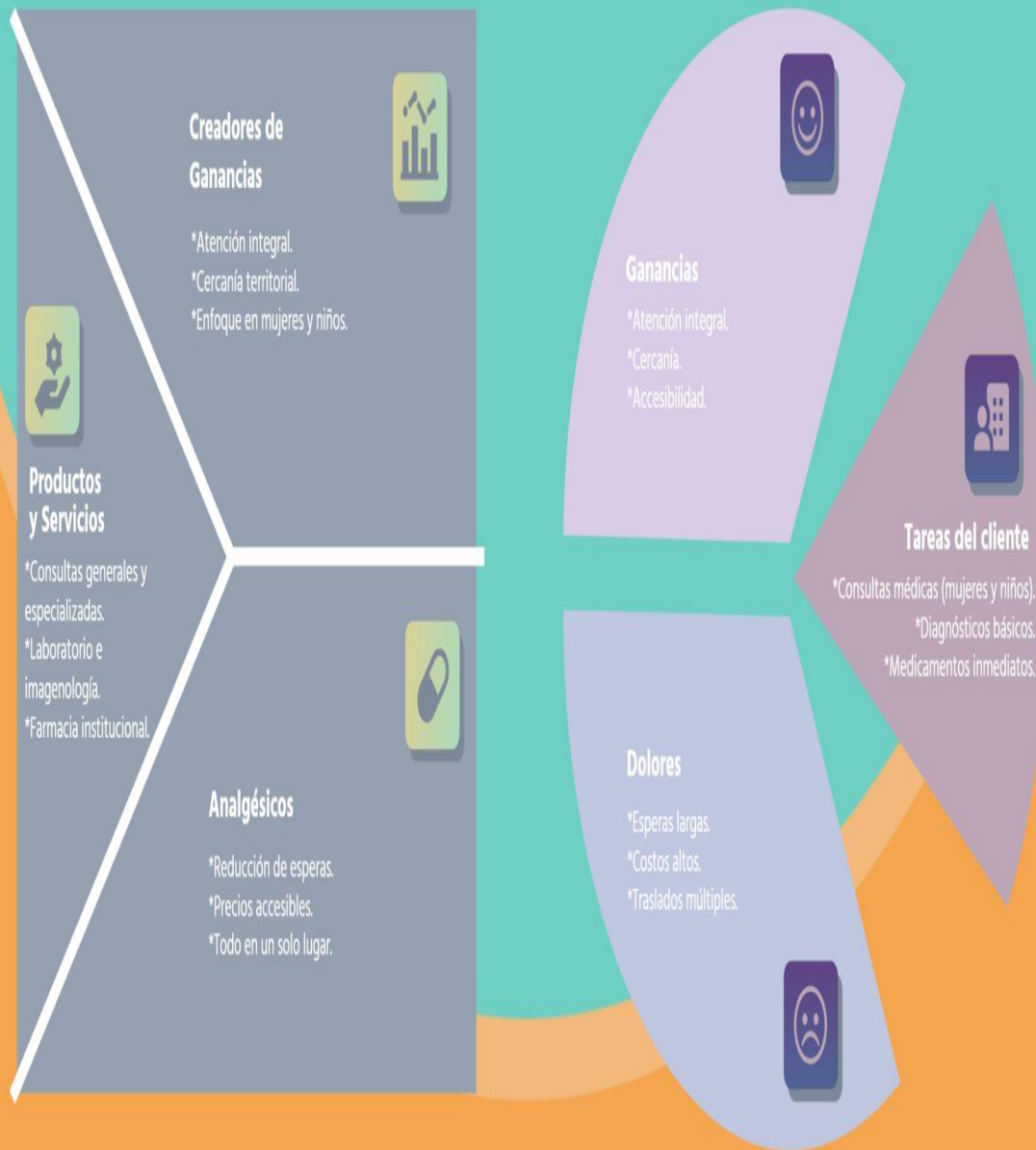
**Énfasis en mujeres y niños:** ginecología y pediatría como ejes prioritarios, respondiendo a la mayor necesidad detectada en el diagnóstico.

**Diferenciación clave:** un modelo integral, cercano y accesible.

# Propuesta de Valor para Clínica Asistencial Divina Providencia

## Propuesta de valor

## Segmento de clientes



## Servicios

La Clínica Divina Providencia iniciará operaciones con un **portafolio integral** desde el primer día, en respuesta a la demanda insatisfecha identificada en el diagnóstico.

### Líneas de servicio

- **Consultas médicas:** medicina general y cinco especialidades básicas (pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, gastroenterología y urología).
- **Laboratorio clínico:** pruebas de hematología, química sanguínea básica, análisis de orina y heces, microbiología limitada e inmunología rápida.
- **Imagenología:** ultrasonografías (obstétrica, ginecológica, mamaria, abdominal, renal, prostática y testicular) y rayos X.
- **Farmacia institucional:** medicamentos esenciales de uso común, con precios regulados y competitivos.



### Priorización de servicios:

- **Líderes:** medicina general, ginecología y pediatría
- **De atracción:** pruebas rápidas de laboratorio y ultrasonografía obstétrica.
- **De estabilidad:** laboratorio clínico básico

- **Tácticos:** rayos X, urología y gastroenterología, como servicios diferenciadores frente a competidores.

## Estrategia de distribución



Cobertura territorial



Localización estratégica



Accesibilidad física



Canales de prestación

- **Cobertura territorial:** más del 90% de la población encuestada manifestó disposición de uso
- **Localización estratégica:** la clínica se ubica en Santiago Texacuangos, con acceso directo a la carretera antigua a Zacatecoluca y la autopista a Comalapa, lo que garantiza conectividad y cercanía.
- **Accesibilidad física:** cuenta con parqueo propio, accesos peatonales y vehiculares, posibilidad de rampas inclusivas, servicios básicos (agua, energía y respaldo eléctrico) y cumplimiento normativo.

## Canales de prestación

- **Presencial:** consultas, laboratorio, imagenología y farmacia en un mismo espacio.
- **Telemedicina:** consultas virtuales y seguimiento de pacientes.
- **Convenios con aseguradoras:** alianzas estratégicas
- **Canales digitales:** WhatsApp Business y redes sociales para agendar citas, entregar resultados y educar en salud.

## Estrategia de comunicación y promoción

La comunicación de la Clínica Divina Providencia se enfocará en **fortalecer la confianza comunitaria** y dar a conocer los servicios prioritarios desde la reapertura.

## Objetivos de comunicación

- Posicionar la clínica como opción **accesible y confiable** frente a hospitales públicos saturados y clínicas privadas de alto costo.
- Informar sobre la disponibilidad de los servicios más demandados: medicina general, laboratorio clínico, ginecología y pediatría.
- Generar confianza en mujeres y niños, principales grupos de atención.
- Fidelizar a los usuarios mediante comunicación continua y cercana.

## Ejes de comunicación



## **VI. Sistemas de apoyo operativo**

### **A. Sistema de adquisición de medicamento**

El sistema de abastecimiento farmacéutico constituye uno de los pilares operativos de la Clínica Divina Providencia. Su adecuada implementación garantiza la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y la sostenibilidad financiera de la institución.

#### **Planificación del abastecimiento**

Para el abastecimiento se tiene como propósito garantizar que la clínica disponga continuamente de medicamentos e insumos médicos en las cantidades necesarias, al menor costo posible y bajo condiciones normativas, sin interrupciones en la atención al paciente.

El abastecimiento incluye las fases de planificación, adquisición, recepción, verificación y registro de los productos que ingresan al sistema farmacéutico institucional.

#### **Etapas del proceso de abastecimiento**

##### **Etapa 1: Identificación de necesidades**

1. La farmacia revisará semanalmente los niveles de inventario en el sistema informático.
2. Si las existencias de un producto llegan al punto de pedido, el sistema generará una alerta de reposición automática.
3. El jefe de farmacia elaborará una solicitud de abastecimiento (requisición interna) con el listado de medicamentos o insumos necesarios, cantidades y justificación.
4. Dicha solicitud será enviada a la administración para su validación presupuestaria.

##### **Etapa 2: Revisión y aprobación presupuestaria**

1. El administrador verifica la disponibilidad de fondos asignados al rubro de medicamentos e insumos.
2. Si la compra es regular, se aprueba dentro del presupuesto operativo mensual; si es urgente o extraordinaria, requiere autorización directa de la dirección médica o administrativa.
3. Una vez aprobada, la solicitud se convierte en orden de compra interna.

##### **Etapa 3: Cotización y selección de proveedor**

1. El área de compras (en el caso de la clínica sería el mismo regente de farmacia) contactará al menos tres proveedores certificados por la DNM y CSSP.
2. Se solicitarán cotizaciones formales que incluyan: nombre del producto, presentación, precio unitario, fecha de entrega y condiciones de pago.
3. Las ofertas se compararán en una matriz de evaluación con criterios técnicos y económicos:
- 4.

Tabla 242. Criterios de selección de proveedor

Criterio	Peso (%)	Detalle
<b>Cumplimiento normativo (DNM, CSSP)</b>	30	Licencias, registros, control de calidad
<b>Precio unitario</b>	25	Costo más competitivo
<b>Tiempo de entrega</b>	20	Plazo menor a 7 días hábiles
<b>Historial de cumplimiento</b>	15	Entregas sin retraso ni devoluciones
<b>Capacidad logística</b>	10	Vehículo propio, cobertura nacional

Fuente: Elaboración propia

#### **Etapas 4: Emisión de la orden de compra**

1. Se genera una orden de compra formal que incluye:
  - Código del producto.
  - Nombre genérico y comercial.
  - Cantidad solicitada.
  - Fecha de entrega.
  - Condiciones de pago.
  - Términos de garantía y sanción por incumplimiento.
2. La orden se envía por escrito y correo electrónico al proveedor seleccionado.
3. Se registra en el sistema de control de compras para seguimiento.

#### **Etapas 5: Recepción de productos**

1. El proveedor entrega los medicamentos o insumos en el área de farmacia en el plazo acordado.
2. El personal de farmacia realiza una verificación exhaustiva:
  - Coincidencia entre pedido y entrega (cantidad, lote, presentación).
  - Fecha de vencimiento (mínimo 12 meses de vida útil).
  - Integridad de envases y embalaje.
  - Certificado de registro sanitario (emitido por la DNM).
3. Si todo está conforme, se firma el Acta de Recepción y se ingresa la mercadería al sistema digital de inventarios.
4. En caso de discrepancias o daños, se elabora un Informe de No Conformidad y el producto queda en zona de cuarentena hasta su reposición.

### **Etapas 6: Almacenamiento y registro**

1. Los medicamentos se almacenan según su clasificación:
  - **Cadena de frío (2–8°C):** vacunas, insulina, antibióticos inyectables.
  - **Temperatura ambiente (15–25°C):** tabletas, cápsulas, jarabes.
  - **Área controlada:** psicotrópicos, estupefacientes.
2. Cada ingreso se documenta digitalmente:
  - Fecha de ingreso.
  - Código de producto y lote.
  - Fecha de vencimiento.
  - Proveedor y factura.
  - Ubicación en estantería.
3. Se genera una etiqueta con código QR o código de barras para su trazabilidad interna (esto si la clínica dispone del recurso para llevar el control de esta manera).

### **Etapas 7: Control y retroalimentación**

1. El encargado de farmacia revisa semanalmente las entregas recibidas y el comportamiento de consumo.
2. Si se detectan errores, retrasos o productos defectuosos, se reporta al proveedor.
3. Se actualiza la base de datos de desempeño de proveedores, que se usará en futuras compras.
4. Al cierre de cada trimestre, se evalúan los indicadores de desempeño del sistema:
  - Nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales.
  - Porcentaje de entregas a tiempo.
  - Porcentaje de devoluciones o no conformidades.

### **Plan de contingencia para el abastecimiento**

La clínica contará con un Protocolo de Abastecimiento Alternativo, que se activará en caso de emergencia o desabastecimiento.

#### **Estrategias contempladas:**

1. **Proveedores de respaldo:** mínimo tres proveedores alternativos precalificados (Farmavida, Laboratorios López, PISA, Integral).

Para garantizar continuidad operativa en situaciones imprevistas, es necesario prever algunos escenarios posibles, los cuales se presentan de forma breve a continuación:

Tabla 243. Escenarios del plan de contingencia

Escenario	Medida inmediata	Acción alternativa	Responsable
<b>Proveedor sin existencia</b>	Comunicación inmediata a Compras y Comité.	Activar proveedor de respaldo del catálogo (Farmavida, PISA, López, Santa Lucía, DIFAR).	Jefe de Farmacia.
<b>Retraso en entrega</b>	Verificar plazo contractual.	Adquisición temporal a proveedor local o convenio con otra clínica (préstamo interinstitucional).	Administración.
<b>Producto suspendido por DNM</b>	Retiro inmediato de existencia.	Sustituto terapéutico avalado por Dirección Médica.	Farmacia y Comité Técnico.
<b>Emergencia epidemiológica</b>	Solicitud de compra directa urgente.	Adquisición inmediata con autorización de Dirección y CSSP.	Dirección Administrativa.

Fuente: Elaboración propia

2. **Compras de emergencia:** autorización inmediata sin necesidad de cotización múltiple, solo con verificación sanitaria.
3. **Intercambio interinstitucional:** convenios con hospitales o clínicas cercanas para préstamos de medicamentos críticos. Para este caso la clínica cuenta con una buena relación con el hospital Guadalupano.
4. **Sustitución terapéutica:** validada por el director médico (por ejemplo, cambio de ceftriaxona a cefotaxima si hay escasez).
5. **Stock de seguridad extendido:** mantener reserva mínima de 45 días en medicamentos esenciales.
6. **Sistemas de apoyo:** la clínica cuenta con el sistema de control de inventarios, indicadores, formatos (requisición interna, orden de compra, acta de recepción, hoja de control de proveedor, informe de no conformidad).

## **Metodología de Control de Inventarios de Medicamentos e Insumos**

El control de inventarios farmacéuticos tiene como finalidad asegurar la exactitud, disponibilidad y trazabilidad de todos los productos que ingresan, permanecen y salen de la farmacia de la Clínica Divina Providencia.

Este control debe ser continuo, documentado y apoyado en herramientas tecnológicas que garanticen la transparencia y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución (BPA y BPD).

La metodología adoptada combinará controles físicos, administrativos y digitales, con el objetivo de prevenir pérdidas, evitar desabastecimientos y garantizar la utilización racional de los recursos.

### **Aplicación del sistema PEPS (Primero en Entrar, Primero en Salir)**

El método PEPS es la política básica de rotación de inventarios farmacéuticos. Su propósito es garantizar que los productos que ingresan primero al almacén sean los primeros en salir, evitando el vencimiento o deterioro de medicamentos almacenados por períodos prolongados.

#### **Procedimiento:**

1. **Al ingreso:** cada producto se registra con su fecha de entrada, número de lote y fecha de vencimiento.
2. **Al almacenamiento:** los productos se colocan físicamente en las estanterías de forma ordenada, colocando al frente los lotes más antiguos y atrás los más recientes.
3. **Durante la dispensación:** el personal de farmacia debe seleccionar siempre el medicamento de la parte frontal del estante o refrigerador, garantizando que se utilicen primero los lotes más antiguos.
4. **Revisión semanal:** se inspeccionan los estantes para asegurar que la rotación física coincide con la secuencia cronológica de ingreso.

#### **Beneficios:**

- Reduce significativamente la pérdida por vencimiento.
- Facilita la trazabilidad en caso de retiro de lotes defectuosos.
- Mantiene un flujo lógico y seguro de consumo.
- Cumple con los requerimientos de la DNM y las auditorías del CSSP.

### **Conteos cíclicos (verificación física periódica)**

Los conteos cíclicos son revisiones físicas sistemáticas que se realizan de manera planificada para confirmar que las existencias reales coincidan con las registradas en el sistema informático.

A diferencia del inventario anual general, este control se realiza cada semana, por categorías de producto.

**Procedimiento:**

1. **Planificación:** el encargado de farmacia elaborará un cronograma de conteos rotativos que cubra todo el inventario en un periodo máximo de un mes.
  - Semana 1: medicamentos esenciales (analgésicos, antibióticos).
  - Semana 2: insumos médicos (jeringas, guantes, suturas).
  - Semana 3: soluciones intravenosas y productos refrigerados.
  - Semana 4: productos de baja rotación o especiales.
2. **Ejecución:** dos personas realizan el conteo físico y lo registran en una hoja de control.
3. **Comparación:** se contrasta la cantidad contada con la registrada en el sistema digital.

**3. Conciliación mensual de inventarios**

La **conciliación mensual** es un proceso administrativo que integra los resultados de los conteos físicos con la información registrada en el sistema de gestión farmacéutica. Su propósito es **garantizar la integridad de la información contable y operativa** relacionada con el inventario.

**Procedimiento:**

1. **Consolidación:** el encargado de farmacia recopila todos los movimientos del mes (entradas, salidas, devoluciones, ajustes).
2. **Comparación:** se generan reportes automáticos del sistema y se comparan con los registros de conteos físicos.
3. **Análisis de diferencias:**
  - Si hay exceso en sistema, se debe revisar errores de registro o devoluciones no procesadas.
  - Si hay faltante, se debe investigar posibles errores humanos, deterioro, caducidad o robo.
4. **Validación:** los resultados se presentan a administración y se levantan las Actas de Conciliación, firmadas por el encargado de farmacia, administrador y auditor interno.
5. **Archivo:** toda la documentación se resguarda como parte del expediente mensual de gestión de inventarios.

### **Registro de pérdidas, deterioro o caducidad**

Toda pérdida o salida no programada de medicamentos debe documentarse de forma inmediata.

Esto garantiza transparencia, trazabilidad y cumplimiento normativo, evitando sanciones o inconsistencias durante las auditorías del CSSP o la DNM.

#### **Procedimiento:**

1. **Identificación:** cuando se detecta un producto dañado, contaminado, vencido o extraviado, el encargado lo retira de la zona de almacenamiento y lo coloca en un área de cuarentena, claramente identificada.
2. **Evaluación:** el jefe de farmacia verifica el estado del producto y determina si es apto para devolución al proveedor o eliminación.
3. **Documentación:** se elabora un Acta de Pérdida o Caducidad, la cual incluirá:
  - Nombre del producto.
  - Lote y fecha de vencimiento.
  - Causa de pérdida o deterioro.
  - Cantidad afectada y valor monetario.
  - Responsable del hallazgo y firma de validación.
4. **Autorización:** el acta debe ser firmada por el encargado de farmacia, el administrador y el auditor interno.
5. **Disposición final:** los productos declarados como no utilizables se gestionan según el protocolo de desechos farmacéuticos peligrosos (incineración o encapsulado con empresa autorizada por el MARN).

### ***B. Sistema de seguridad y salud ocupacional***

La prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención demanda la implementación de un Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional (SSO) que garantice condiciones de trabajo seguras, saludables y alineadas con las disposiciones normativas aplicables al sector sanitario. Dado que la Clínica Asistencial Divina Providencia operará como un establecimiento ambulatorio, su dinámica de trabajo integra actividades de consulta médica, procedimientos diagnósticos de laboratorio clínico, servicios de imagenología y dispensación farmacéutica, todas ellas asociadas a riesgos ocupacionales específicos que deben gestionarse mediante un enfoque preventivo y sistemático.

La naturaleza del trabajo en un establecimiento de salud implica la exposición del personal a agentes biológicos, sustancias químicas, radiaciones ionizantes, riesgos ergonómicos y factores de estrés laboral derivados del contacto directo con usuarios y de la gestión clínica cotidiana. A esto se suma la necesidad de mantener ambientes higiénicos, seguros y funcionales, tal como se plantea en el documento de Diseño, el cual establece lineamientos de bioseguridad, manejo de desechos, protección radiológica y organización interna que requieren ser integrados dentro de un sistema formal de

prevención de riesgos. En este contexto, la adopción de un SSO constituye un elemento fundamental para garantizar que las operaciones se desarrollen conforme a estándares técnicos, en un ambiente seguro tanto para el personal como para los pacientes.

El sistema se concibe como un conjunto de políticas, procedimientos, prácticas y responsabilidades que permiten identificar peligros, evaluar y controlar riesgos, y promover una cultura institucional orientada a la protección de la salud y el bienestar del recurso humano. Este enfoque es coherente con el marco de gestión administrativa planteado en el Diseño, en el cual la clínica opera bajo un modelo organizativo compacto, con personal multidisciplinario y un flujo de trabajo diseñado para asegurar eficiencia y calidad. En un establecimiento de estas características, el SSO se convierte en una herramienta indispensable para ordenar, estandarizar y controlar las actividades que potencialmente generan impactos en la salud ocupacional.

Además, la implementación de un SSO fortalece la sostenibilidad del proyecto, ya que permite reducir accidentes, minimizar interrupciones operativas y optimizar el uso de los recursos, lo cual es especialmente relevante en una clínica que opera con un tamaño óptimo ajustado tal como se ha definido para cumplir con la demanda prevista sin incurrir en sobrecostos estructurales o de personal. Un sistema de seguridad adecuado genera un entorno de trabajo más estable, disminuye la rotación de personal y contribuye a consolidar un servicio clínico confiable para sus usuarios.

### **1. fundamento legal y normativo aplicable**

El Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional (SSO) de la Clínica Asistencial Divina Providencia se sustenta en un marco jurídico integral que regula tanto la prevención de riesgos laborales como las condiciones establecidas para el funcionamiento de establecimientos de salud en El Salvador. Este marco normativo garantiza que la gestión de la seguridad ocupacional no solo se oriente a la protección del personal y los usuarios, sino que además se encuentre plenamente articulada con los lineamientos técnicos y operativos definidos para la categoría de clínica asistencial de primer nivel.

En primer lugar, el Código de Salud establece que todos los establecimientos dedicados a la atención sanitaria deben cumplir con estándares de higiene, seguridad, control de riesgos y prevención de enfermedades profesionales. Este ordenamiento legal atribuye al Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) la responsabilidad de autorizar y supervisar el funcionamiento de los centros de atención médica, considerando aspectos de infraestructura, equipamiento, regencias profesionales y condiciones de bioseguridad. En este sentido, la clínica debe operar bajo las exigencias que corresponden al nivel de atención declarado, asegurando que los riesgos asociados a la práctica asistencial se gestionen mediante controles adecuados y verificables.

La Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y su Reglamento constituyen la base normativa específica en materia de seguridad y salud ocupacional en el país. Esta ley establece las obligaciones del patrono, entre las cuales se incluyen la identificación de peligros, la evaluación y control de riesgos, la capacitación del personal, el establecimiento de medidas preventivas y correctivas, y la implementación de sistemas

de gestión para minimizar accidentes y enfermedades laborales. En el contexto de una clínica asistencial, estas disposiciones cobran una relevancia particular debido a la presencia de agentes biológicos, químicos, radiológicos y ergonómicos vinculados a los servicios que la institución provee.

Asimismo, los Requerimientos Técnico-Administrativos emitidos por las Juntas de Vigilancia del CSSP definen las condiciones mínimas para la operación de servicios como consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y farmacia. Estos lineamientos incluyen elementos directamente vinculados a la seguridad ocupacional: condiciones de infraestructura, control de contaminación, manejo de desechos, accesibilidad, ventilación, radio protección, señalización, equipamiento mínimo y roles profesionales autorizados. Siendo la clínica un establecimiento de primer nivel, la incorporación de estas disposiciones al SSO resulta obligatoria y coherente con la naturaleza del proyecto.

Por otra parte, marcos internacionales como ISO 45001:2018, proporcionan una referencia sólida para estructurar un sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional basado en principios de mejora continua, participación del personal, liderazgo institucional y enfoque preventivo.

El cumplimiento de estos marcos legales y técnicos no solo garantiza la operación segura del establecimiento, sino que también respalda el proceso de recategorización institucional y asegura la coherencia con el nivel de atención ambulatorio para el cual la clínica fue diseñada. La correcta aplicación de las disposiciones normativas contribuye a minimizar los riesgos inherentes a la atención sanitaria, promueve la calidad del servicio y consolida un entorno laboral que protege la integridad física y mental del personal, en consonancia con los estándares exigidos por la autoridad sanitaria.

## **2. identificación de peligros y evaluación de riesgos**

La identificación de peligros y evaluación de riesgos (IPER) constituye uno de los componentes centrales del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional, ya que permite reconocer de manera sistemática las fuentes de daño presentes en las actividades clínicas, diagnósticas y administrativas, así como valorar su impacto potencial sobre el personal y los usuarios. Dado que la Clínica Asistencial Divina Providencia opera bajo un modelo de atención ambulatoria de primer nivel, el análisis de riesgos debe enfocarse en los procesos característicos de los servicios de consulta externa, laboratorio clínico, imagenología básica y farmacia, así como en las actividades transversales asociadas a recepción, atención al usuario y gestión administrativa.

El proceso de IPER se desarrolla siguiendo un enfoque preventivo basado en la identificación de peligros, la estimación de la probabilidad y severidad de los daños, y la determinación de controles de ingeniería, administrativos y de protección personal. Este enfoque es coherente con las disposiciones de la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, así como con los lineamientos técnicos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia para la operación segura de los servicios asistenciales.

### **a. principales categorías de peligros en la clínica**

Los peligros identificados en el establecimiento pueden clasificarse en las siguientes categorías:

#### **a) Peligros biológicos**

Asociados principalmente al contacto con pacientes, muestras biológicas, secreciones, fluidos y residuos infecciosos. Se encuentran presentes en:

- Consultorios médicos (exposición directa a pacientes sintomáticos).
- Laboratorio clínico (procesamiento de muestras, manipulación de reactivos biológicos).
- Área de imagenología (contacto indirecto durante la preparación del paciente).
- Farmacia (manipulación secundaria de medicamentos biológicos).
- Áreas comunes (sala de espera, sanitarios).

#### **b) Peligros químicos**

Relacionados con la manipulación de sustancias utilizadas en los procesos de laboratorio y limpieza:

- Reactivos clínicos.
- Sustancias para tinción o fijación de muestras.
- Desinfectantes hospitalarios y soluciones de limpieza.
- Medicamentos y productos controlados.

#### **c) Peligros físicos**

Presentes especialmente en los servicios diagnósticos:

- Radiación ionizante en el área de imagenología (radiografías convencionales).
- Ruido ambiental por equipos médicos.
- Iluminación inadecuada en áreas de consulta y archivo.
- Temperaturas elevadas por uso de equipos o deficiencias en ventilación.

#### **d) Peligros ergonómicos**

Frecuentes por la dinámica de trabajo:

- Posturas prolongadas en consulta médica y toma de datos.
- Manipulación de cargas livianas en farmacia y archivo clínico.
- Movimientos repetitivos en digitación, registro y procesamiento de muestras.
- Estaciones de trabajo no ajustadas a la antropometría del personal.

#### **e) Peligros mecánicos**

Relacionados con el uso de equipos clínicos y mobiliario:

- Golpes, cortaduras o atrapamientos con mobiliario o instrumental.
- Uso inadecuado de equipos eléctricos o biomédicos.
- Caídas por falta de orden o superficies resbalosas.

### **f) Peligros psicosociales**

Asociados a la interacción con usuarios y condiciones del entorno de trabajo:

- Sobrecarga laboral en momentos de alta demanda.
- Atención a usuarios con comportamientos agresivos o situaciones de conflicto.
- Estrés por toma de decisiones clínicas.
- Tareas administrativas paralelas a responsabilidades asistenciales.

### **g) Peligros externos**

Relacionados con factores ambientales y de seguridad pública:

- Sismos y desastres naturales.
- Interrupciones del suministro eléctrico.
- Actos de violencia externa o riesgo público.

#### ***b. evaluación de riesgos según áreas operativas***

La evaluación de riesgos se realiza mediante una matriz que considera probabilidad, severidad y nivel de riesgo. De manera general, los riesgos más relevantes por área son:

#### **Consultorios médicos**

- Riesgo biológico por contacto directo con pacientes.
- Riesgo ergonómico por posturas mantenidas.
- Riesgo de agresión verbal por interacción con usuarios.
- Riesgo físico por iluminación o ventilación deficiente.

#### **Laboratorio clínico**

- Riesgo biológico alto por manipulación de muestras.
- Riesgo químico bajo a moderado por reactivos clínicos.
- Riesgo ergonómico por repetitividad de movimientos.
- Riesgo de derrames y exposición accidental.

#### **Imagenología**

- Riesgo por radiación ionizante controlada.
- Riesgo físico por equipos eléctricos.
- Riesgo ergonómico por movilización del paciente.
- Riesgo administrativo si se incumple la dosimetría.

#### **Farmacia**

- Riesgo químico por medicamentos controlados.
- Riesgo ergonómico por manipulación repetitiva.
- Riesgo físico por almacenamiento inadecuado.
- Riesgo psicosocial por presión del flujo de usuarios.

### Áreas comunes (recepción, espera, circulaciones)

- Riesgo biológico por concentración de usuarios.
- Riesgo de caídas por superficies húmedas.
- Riesgo psicosocial por alta demanda.

#### *c. priorización de riesgos*

Tras la evaluación, se priorizan los riesgos que requieren control inmediato, los cuales corresponden a:

1. Exposición biológica en laboratorio clínico y consultorios.
2. Riesgo por radiación ionizante en imagenología.
3. Riesgos ergonómicos en áreas clínicas y administrativas.
4. Manejo inadecuado de desechos bioinfecciosos.
5. Factores psicosociales relacionados con la atención al usuario.

#### *d. controles recomendados*

Los controles deben implementarse siguiendo la jerarquía establecida:

- **Controles de ingeniería:** barreras físicas, campanas de bioseguridad, blindaje radiológico, ventilación.
- **Controles administrativos:** protocolos de bioseguridad, pausas activas, turnos organizados, manuales operativos.
- **Equipos de protección personal:** guantes, mascarillas, gafas, delantales, dosímetros personales.

### 3. estructura organizativa para la seguridad y salud ocupacional

Debido a que la clínica funciona bajo un modelo de atención ambulatoria y cuenta con un equipo de trabajo de tamaño óptimo, la organización del SSO debe adecuarse a esta escala, asignando funciones específicas sin generar cargas administrativas excesivas o estructuras sobredimensionadas.

#### *a. Responsabilidades de la Dirección Técnica*

La Dirección Técnica del establecimiento constituye la máxima autoridad en materia de seguridad y salud ocupacional. Entre sus responsabilidades principales se encuentran:

- Garantizar la implementación, mantenimiento y mejora continua del SSO.
- Velar por el cumplimiento de la normativa sanitaria y laboral aplicable.
- Aprobar los programas, procedimientos y medidas preventivas establecidos.
- Promover la asignación de recursos necesarios para la gestión del SSO.
- Evaluar los informes periódicos de riesgos, incidentes y medidas de control.
- Facilitar la coordinación con el CSSP, Juntas de Vigilancia y otras entidades reguladoras.

Esta función es coherente con las atribuciones del director técnico señaladas en los Requerimientos Técnico-Administrativos para clínicas asistenciales.

### ***b. Encargado o Comité de Seguridad y Salud Ocupacional***

Dada la dimensión del establecimiento, se recomienda la designación de un Encargado de SSO, figura que puede ser asumida por un profesional de apoyo con formación o capacitación en prevención de riesgos y procesos asistenciales. Sus responsabilidades incluyen:

- Coordinar la ejecución de los programas de SSO.
- Realizar inspecciones periódicas en áreas clínicas y administrativas.
- Supervisar el uso adecuado del equipo de protección personal.
- Mantener actualizados los registros de incidentes, capacitaciones y acciones correctivas.
- Apoyar la elaboración del IPER y la aplicación de controles operativos.
- Servir como enlace técnico entre la Dirección Técnica y el personal operativo.

En establecimientos pequeños, esta figura puede formar parte de un comité básico, integrado de manera mínima por representantes de áreas clave como consulta, laboratorio y administración.

### ***c. Responsabilidades del personal asistencial y de apoyo***

Cada unidad operativa debe asumir compromisos específicos que contribuyan a la prevención de riesgos. Entre las principales responsabilidades se encuentran:

#### **Consultorios médicos**

- Cumplir protocolos de bioseguridad y desinfección.
- Identificar condiciones de riesgo en la atención directa al usuario.
- Notificar incidentes o exposiciones accidentales.

#### **Laboratorio clínico**

- Aplicar técnicas seguras en la manipulación de muestras.
- Segregar adecuadamente residuos bioinfecciosos.
- Verificar el estado de los equipos de protección y dispositivos de seguridad.

#### **Área de imagenología**

- Cumplir procedimientos de radio protección.
- Verificar el uso del dosímetro personal.
- Asegurar el funcionamiento correcto de la señalización de riesgo.

#### **Farmacia**

- Mantener buenas prácticas en manejo de medicamentos y sustancias químicas.
- Controlar orden y ergonomía en las actividades repetitivas.
- Garantizar la gestión segura de medicamentos controlados.

#### **Personal administrativo y de apoyo**

- Mantener orden y limpieza en áreas comunes.

- Prevenir riesgos ergonómicos y de atención al usuario.
- Facilitar el flujo seguro de pacientes y documentos clínicos.

#### ***d. Mecanismos de reportes y comunicación***

Para garantizar la operatividad del SSO, la clínica adoptará los siguientes mecanismos:

- Registro interno de incidentes, casi-incidentes y condiciones inseguras.
- Notificación inmediata al Encargado de SSO de cualquier evento relevante.
- Comunicación periódica de acciones correctivas y preventivas.
- Reuniones breves de seguimiento integradas a la rutina operativa.
- Asesoría continua del director técnico para decisiones que involucren riesgo crítico.

### **4. programas operativos de seguridad y salud ocupacional**

Los programas operativos constituyen el componente funcional del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional, ya que articulan las acciones específicas que permiten prevenir, controlar y mitigar los riesgos identificados en la clínica.

#### ***a. Programa de bioseguridad clínica***

El programa de bioseguridad tiene como finalidad establecer prácticas seguras que reduzcan el riesgo de transmisión de agentes biológicos entre pacientes y personal. Considera los siguientes componentes:

##### **a) Medidas universales de bioseguridad**

- Lavado de manos antes y después de cada atención.
- Uso obligatorio de mascarilla en áreas clínicas.
- Guantes para procedimientos con riesgo de contacto directo.
- Eliminación inmediata de material punzocortante en contenedores rígidos.

##### **b) Control de superficies y mobiliario**

- Desinfección de camillas, escritorios y equipos entre paciente y paciente.
- Limpieza terminal diaria en consultorios y laboratorio.
- Uso de productos desinfectantes aprobados para uso en establecimientos de salud.

##### **c) Buenas prácticas de manipulación**

- Prohibición de reencapsulado de agujas.
- Traslado seguro de muestras biológicas en contenedores cerrados.
- Señalización de áreas con riesgo biológico.

##### **d) Capacitación del personal**

- Inducción y formación periódica en bioseguridad.
- Simulaciones de exposición accidental y protocolos de respuesta.

### ***b. Programa de gestión de residuos bioinfecciosos***

Este programa responde a los lineamientos técnicos exigidos para laboratorios, consultorios y clínicas asistenciales.

#### **a) Segregación en la fuente**

- Rojo: residuos bioinfecciosos.
- Amarillo: punzocortantes.
- Negro: desechos comunes.

#### **b) Almacenamiento temporal**

- Área designada y ventilada para desechos infecciosos.
- Acceso restringido y protección contra fauna.

#### **c) Manejo seguro**

- Transporte interno con contenedores cerrados.
- Cierre de bolsas al alcanzar  $\frac{3}{4}$  de su capacidad.
- Registro de generación diaria en laboratorio y consultorios.

#### **d) Disposición final**

- Contrato con empresa autorizada para recolección y tratamiento.
- Archivo de manifiestos como parte del expediente de cumplimiento legal.

### ***c. Programa de prevención de riesgos ergonómicos***

Considerando que la clínica opera con personal reducido y carga asistencial constante, este programa aborda riesgos derivados de posturas, tareas repetitivas y manipulación de cargas.

#### **a) Diagnóstico ergonómico por área**

- Posturas prolongadas en consulta externa.
- Manipulación de muestras en laboratorio.
- Digitación intensiva en registros clínicos.
- Movilización de pacientes en imagenología.
- Orden y almacenamiento en farmacia.

#### **b) Medidas preventivas**

- Ajuste de sillas, escritorios y superficies de trabajo.
- Reubicación de material para evitar torsiones o alcances innecesarios.
- Uso de carros o bandejas para traslado de equipos livianos.

#### **c) Pausas activas**

- Rutina de estiramientos cada 2–3 horas.
- Micro descansos programados en labores repetitivas.

#### **d) Capacitación**

- Levantamiento seguro de cargas livianas.
- Higiene postural y ergonomía aplicada a la actividad clínica.

#### ***d. Programa de seguridad radiológica***

Debido a que el servicio de imagenología opera con radiación ionizante, este programa se ajusta a los requisitos mínimos establecidos para clínicas con gabinete radiológico.

##### **a) Controles de ingeniería**

- Blindaje plomado en área de disparo.
- Puerta con protección radiológica certificada.
- Ventanas plomadas o visor con equivalencia.

##### **b) Procedimientos de radio protección**

- Tiempo, distancia y blindaje como principios básicos de seguridad.
- Prohibición de ingreso de personas no autorizadas durante la exposición.
- Señalización visible de “Riesgo por radiación ionizante”.

##### **c) Dosimetría**

- Dosímetro personal para el técnico operador.
- Lecturas periódicas y archivo de reportes.
- Retiro inmediato de personal si se detectan niveles superiores a los permitidos.

##### **d) Formación y responsabilidades**

- Capacitación anual en radio protección.
- Designación del responsable de protección radiológica según normativa.

#### ***e. Programa de emergencias y respuesta ante desastres***

Este programa garantiza la capacidad de respuesta ante eventos naturales, accidentes internos o situaciones de riesgo público.

##### **a) Organización**

- Brigada básica: evacuación, primeros auxilios y extinción inicial.
- Señalización de rutas de evacuación y puntos de encuentro.
- Plano de emergencia visible para usuarios y personal.

##### **b) Procedimientos**

- Protocolo de respuesta ante incendio.
- Evacuación ordenada en caso de sismo.
- Procedimiento para derrames biológicos o químicos.

##### **c) Equipamiento**

- Extintores ubicados según normativa.
- Botiquín de uso interno en áreas designadas.
- Luces de emergencia en zonas críticas.

#### **d) Simulacros**

- Ejecución semestral con participación obligatoria del personal.
- Registro de tiempos y áreas de mejora.

#### **f. Programa de capacitación permanente**

La formación continua garantiza la actualización del personal respecto a riesgos y procedimientos.

#### **a) Inducción inicial**

- Bioseguridad, manejo de residuos, ergonomía, EPP, rutas de evacuación.

#### **b) Capacitación anual**

- Actualización en prevención de riesgos laborales.
- Manejo de emergencias y primeros auxilios.
- Seguridad radiológica (si corresponde).

#### **c) Entrenamiento específico por servicio**

- Laboratorio: manejo de muestras y reactivos.
- Imagenología: controles radiológicos.
- Farmacia: manipulación de medicamentos controlados.
- Consulta externa: prevención de infecciones y trato seguro al paciente.

#### **d) Registro y evaluación**

- Lista de asistencia.
- Exámenes cortos de verificación.
- Indicadores de cumplimiento.

### **5. Control operacional y medidas preventivas**

El control operacional constituye el conjunto de acciones, procedimientos y mecanismos mediante los cuales la Clínica Asistencial Divina Providencia garantiza que las actividades asistenciales, diagnósticas y administrativas se desarrollen bajo condiciones seguras y conforme a los estándares normativos.

#### **a. Procedimientos seguros para actividades críticas**

Las actividades consideradas críticas por su potencial de generar daño deben ejecutarse siguiendo procedimientos estandarizados. Entre las principales se incluyen:

#### **a) Manipulación de muestras biológicas**

- Recolección, etiquetado y transporte interno con recipientes cerrados.
- Procesamiento exclusivo en el área definida del laboratorio.
- Eliminación inmediata de material punzocortante en contenedores rígidos.

#### **b) Administración y manejo de sustancias químicas**

- Almacenamiento en áreas ventiladas y con señalización.

- Preparación de reactivos siguiendo fichas técnicas y hojas de seguridad (MSDS).
- Prohibición de mezclar sustancias sin autorización técnica.

### **c) Exposición a radiación ionizante**

- Ingreso permitido únicamente al personal autorizado.
- Uso obligatorio de dosímetro personal.
- Operación de equipos conforme a parámetros de protección radiológica.

### **d) Atención directa al usuario**

- Aplicación estricta de precauciones universales.
- Desinfección de superficies entre consultas.
- Gestión adecuada de pacientes sintomáticos o potencialmente contagiosos.

#### ***b. Controles de ingeniería***

Los controles de ingeniería permiten reducir la exposición al riesgo mediante modificaciones físicas o estructurales. En la clínica incluyen:

- Blindaje plomado en el área de imagenología.
- Campanas de bioseguridad o elementos equivalentes en procesos de manipulación de muestras.
- Extractores o mecanismos de ventilación en áreas críticas.
- Superficies lavables y de fácil desinfección en consultorios y laboratorio.
- Lavamanos operativos y accesibles en áreas clínicas.
- Iluminación adecuada en espacios de atención y administración.

Estos elementos se encuentran alineados con los requisitos técnico–administrativos establecidos para clínicas médicas asistenciales.

#### ***c. Controles administrativos***

Los controles administrativos orientan las actividades del personal mediante normas internas, organización del trabajo y procedimientos.

Incluyen:

### **a) Manuales y protocolos**

- Protocolos de bioseguridad.
- Procedimientos de limpieza y desinfección.
- Normas para almacenamiento seguro de medicamentos y reactivos.
- Procedimientos en caso de incidentes o accidentes laborales.

### **b) Organización del trabajo**

- Distribución equilibrada de cargas laborales.
- Turnos definidos para reducir fatiga y riesgos ergonómicos.
- Limitación del ingreso a áreas restringidas.

### **c) Registros obligatorios**

- Bitácoras de limpieza.
- Registro de residuos bioinfecciosos.
- Control de dosimetría.
- Reporte de incidentes y condiciones inseguras.

### **d. Equipo de protección personal (EPP)**

El uso de equipo de protección personal complementa los controles anteriores y es obligatorio según el riesgo de cada área:

#### **Consultorios médicos**

- Mascarilla, guantes para procedimientos, bata lavable.

#### **Laboratorio clínico**

- Mascarilla, guantes, bata impermeable o de laboratorio, gafas de protección.

#### **Imagenología**

- Dosímetro personal, delantal plomado si aplica, guantes en preparación del paciente.

#### **Farmacia**

- Guantes para manipulación de medicamentos, mascarilla en horarios de alta afluencia.

#### **Áreas administrativas**

- Mascarilla y ajustes ergonómicos para trabajo prolongado en estaciones de digitación.

El uso de EPP debe ser supervisado por el Encargado de SSO, quien verificará la disponibilidad y estado de los insumos.

### **e. Supervisión y verificación interna**

Para asegurar el cumplimiento de los controles operativos, la clínica mantiene un mecanismo de supervisión continua que incluye:

- Inspecciones programadas en consultorios, laboratorio, imagenología y farmacia.
- Verificación del cumplimiento de EPP y protocolos.
- Retroalimentación inmediata a responsables de área.
- Registro de hallazgos y acciones correctivas.

## **6. Monitoreo, evaluación y mejora continua**

La implementación efectiva del Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional requiere mecanismos permanentes de seguimiento y evaluación que permitan verificar el cumplimiento de las medidas preventivas, identificar desviaciones y establecer acciones correctivas oportunas. En la Clínica Asistencial Divina Providencia, estos procesos

forman parte de la gestión administrativa global y son esenciales para garantizar que las condiciones de trabajo se mantengan alineadas con los estándares técnicos y legales aplicables al primer nivel de atención.

#### ***a. Auditorías internas de seguridad y salud ocupacional***

Las auditorías internas son evaluaciones sistemáticas orientadas a comprobar el grado de implementación del SSO. En la clínica se realizarán de manera semestral e incluirán:

- Inspección física de áreas clínicas y administrativas.
- Verificación de cumplimiento de procedimientos de bioseguridad, radio protección y ergonomía.
- Revisión documental de registros, bitácoras y reportes de incidentes.
- Entrevistas breves al personal para identificar necesidades de mejora.

Los resultados serán presentados a la Dirección Técnica y servirán como base para la toma de decisiones.

#### ***b. Indicadores de desempeño del SSO***

Para evaluar la eficacia de las medidas preventivas se establecerán indicadores medibles que permitan analizar tendencias y priorizar acciones. Los principales indicadores incluyen:

##### **a) Indicadores de incidentes**

- Número de incidentes y casi-incidentes reportados por periodo.
- Tasa de accidentes por área operativa.
- Número de exposiciones biológicas accidentales.

##### **b) Indicadores de cumplimiento**

- Porcentaje de adherencia al uso de EPP.
- Cumplimiento de capacitaciones obligatorias.
- Cumplimiento de procedimientos de limpieza y desinfección.
- Tiempos de respuesta ante emergencias simuladas.

##### **c) Indicadores de gestión documental**

- Actualización del IPER.
- Vigencia de contratos de desechos bioinfecciosos y dosimetría.
- Registros completos de residuos y bitácoras de mantenimiento.

Estos indicadores se revisarán trimestralmente para evaluar progresos y detectar necesidades de ajuste.

#### ***c. Investigación de incidentes y acciones correctivas***

Todo incidente, accidente o condición insegura debe ser analizado para identificar sus causas inmediatas y subyacentes. La clínica desarrollará un procedimiento de investigación que incluirá:

- Registro detallado del evento.
- Identificación de causas técnicas, organizativas y conductuales.
- Implementación de acciones correctivas y preventivas.
- Verificación posterior para asegurar que la medida fue efectiva.

Este proceso refuerza la cultura de reporte y mejora continua dentro del establecimiento.

#### ***d. Retroalimentación y comunicación de resultados***

Los resultados de auditorías, indicadores y acciones correctivas se comunicarán al personal mediante:

- Reuniones breves de retroalimentación.
- Cartelera interna o medios digitales.
- Capacitación específica cuando se identifiquen áreas de riesgo elevado.

Un sistema de comunicación eficiente fortalece la participación del personal y garantiza que todos conozcan las medidas preventivas actualizadas.

#### ***e. Revisión anual del Sistema de SSO***

La Dirección Técnica realizará una revisión integral del sistema al finalizar cada año operativo, considerando:

- Cambios en la carga de trabajo o portafolio de servicios.
- Modificaciones en infraestructura o equipamiento.
- Resultados globales de auditorías e indicadores.
- Necesidad de ajustar políticas, procedimientos o programas.

### ***C. Sistema de mantenimiento***

El sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia constituye un elemento esencial de los sistemas de apoyo operativo, ya que permite garantizar la continuidad, seguridad y calidad de los servicios ambulatorios que se brindan a la población. Su propósito principal es asegurar que la infraestructura física, los equipos médicos, y los equipos de diagnóstico por laboratorio y ultrasonografía, permanezcan en condiciones óptimas de funcionamiento, cumpliendo con la normativa vigente del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) para establecimientos asistenciales de primer nivel.

Dado que la clínica ofrece servicios de consulta médica general y especializada, laboratorio clínico básico y pruebas especiales, además de estudios de ultrasonografía en diversas áreas, el sistema de mantenimiento debe adaptarse a las características técnicas de estos equipos y a la intensidad de uso que requiere la atención ambulatoria.

En este contexto, el sistema de mantenimiento abarca:

- Áreas de consulta y atención médica, incluyendo camillas, equipo médico, mobiliario clínico y computadoras.
- Equipos del laboratorio clínico, mobiliario y requerimientos del área.

- Equipos de ultrasonografía, que requieren cuidados específicos como verificación de sondas, calibraciones básicas, limpieza técnica y control de software.
- Sistema de farmacia, incluyendo refrigeración para medicamentos de cadena fría, estanterías y mobiliario.
- Infraestructura física esencial, como iluminación, red eléctrica, tomacorrientes clínicos, aire acondicionado, ventilación, instalaciones hidráulicas y sanitarias.

La gestión del mantenimiento se fundamenta en un enfoque preventivo, que prioriza inspecciones programadas, registros estructurados y la atención temprana de hallazgos; complementado por mantenimiento correctivo oportuno para evitar fallas que comprometan la seguridad del paciente, la calidad diagnóstica o la continuidad de los servicios.

### **1. Propósito del sistema de mantenimiento**

El objetivo del sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia es asegurar la operación continua, segura y eficiente de la infraestructura, los equipos médicos, los equipos de laboratorio clínico, los equipos de ultrasonografía y los sistemas de soporte técnico necesarios para la prestación de servicios ambulatorios.

El sistema busca garantizar que todas las áreas clínicas, incluyendo consulta médica general y especializada, laboratorio, ultrasonografía y farmacia, cuenten con condiciones físicas y equipos en óptimo estado, reduciendo la ocurrencia de fallas, evitando interrupciones en la atención y cumpliendo con los requerimientos técnicos y administrativos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

En términos específicos, el objetivo es:

- Preservar la funcionalidad y prolongar la vida útil de los equipos médicos y de diagnóstico utilizados diariamente.
- Mantener la infraestructura y los sistemas electromecánicos esenciales en condiciones seguras y adecuadas para el personal y los pacientes.
- Minimizar riesgos operativos asociados a fallas de equipos o deterioro de instalaciones.
- Garantizar la confiabilidad de los resultados de laboratorio y estudios de ultrasonografía mediante equipos correctamente mantenidos.
- Asegurar un entorno clínico ordenado, higiénico y técnicamente apto para la prestación de los servicios asistenciales de primer nivel.

### **2. Alcance del mantenimiento**

El alcance del sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia comprende todas las actividades necesarias para conservar en óptimas condiciones la infraestructura física, los equipos médicos de consulta, los equipos de laboratorio clínico, los equipos de ultrasonografía y los sistemas de soporte operativo que permiten la continuidad de los servicios ambulatorios.

Este sistema incluye intervenciones preventivas, correctivas y, cuando sea pertinente, predictivas sobre los distintos componentes de la clínica, asegurando que cada área

funcione de acuerdo con los estándares técnicos y sanitarios establecidos para establecimientos asistenciales de primer nivel.

El alcance abarca los siguientes elementos:

- a) Infraestructura física
  - Consultorios de medicina general y especialidades.
  - Sala de espera y recepción.
  - Área de laboratorio clínico.
  - Área de ultrasonografía.
  - Área de procedimientos menores (si aplica).
  - Servicios sanitarios para pacientes y personal.
  - Farmacia y área de almacenamiento.
  - Zonas administrativas.

Incluye reparaciones menores, pintura, mobiliario y adecuaciones necesarias para garantizar un ambiente seguro y funcional.

- b) Equipamiento médico de servicios de consulta.
  - Mobiliario.
  - Equipo médico básico.
  - Insumos sujetos a mantenimiento.
- c) Equipos del laboratorio clínico.
  - Microscopios, centrifugas y equipos de hematología manual.
  - Refrigeradores para conservación de reactivos y pruebas sensibles.
  - Equipos para pruebas rápidas y dispositivos de medición.
  - Insumos reutilizables sujetos a mantenimiento (portaobjetos, pipetas automáticas).
- d) Equipos de ultrasonografía
  - Consolas de ultrasonido.
  - Transductores y sondas especializadas.
  - Sistemas de visualización y almacenamiento de imágenes.
  - Limpieza técnica, revisión de cables y conectores, y verificación funcional.
- e) Sistemas electromecánicos esenciales
  - Sistema eléctrico: tomacorrientes, paneles, iluminación, puntos críticos de consulta y equipos.
  - Aire acondicionado y ventilación en áreas clínicas y diagnósticas.
  - Sistemas hidráulicos y sanitarios: red de agua, lavamanos clínicos, desagües.
- f) Servicios de apoyo operativo
  - Equipo informático de administración y registro clínico.
  - Comunicaciones internas básicas.
  - Señalización y elementos de seguridad física.

### **3. Tipos de mantenimiento**

El sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia se estructura en dos categorías principales: mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo. Cada

uno cumple funciones específicas para garantizar la continuidad operativa de los servicios de consulta, laboratorio clínico, ultrasonografía y farmacia.

#### **a. Mantenimiento preventivo**

El mantenimiento preventivo corresponde al conjunto de actividades planificadas que se realizan de manera periódica para evitar fallas, desgaste prematuro o interrupciones en el funcionamiento de los equipos e instalaciones.

Incluye:

- Limpieza técnica y verificación funcional de equipos médicos en general.
- Revisión y limpieza de aire acondicionado en consultorios, laboratorio y ultrasonido.
- Inspección semestral de la red eléctrica, tomacorrientes y puntos críticos para equipos biomédicos.
- Calibraciones básicas de pipetas automáticas y verificación óptica de microscopios.
- Revisión rutinaria de centrifugas, termómetros y equipos de conservación en laboratorio.
- Mantenimiento programado del equipo de ultrasonografía: limpieza de sondas, revisión de conectores, actualización de software y pruebas de calidad de imagen.
- Limpieza profunda y revisión de refrigeradores de reactivos y medicamentos.
- Inspección de instalaciones hidráulicas y sanitarias en áreas clínicas.

#### **b. Mantenimiento correctivo**

El mantenimiento correctivo comprende las actividades realizadas para reparar fallas o restablecer el funcionamiento de equipos, sistemas o instalaciones que presentan daños o deterioro inesperado.

Se aplica cuando un componente deja de funcionar correctamente o representa un riesgo para la seguridad del paciente o del personal.

Incluye:

- Reparación de equipo médico general.
- Sustitución de piezas dañadas en equipos del laboratorio.
- Reparación de fallas en refrigeración para medicamentos o reactivos.
- Intervención inmediata ante fallas eléctricas o problemas de iluminación.
- Reparación de fugas de agua, problemas de desagüe o sanitarios.
- Atención a fallas en los equipos de ultrasonografía (pérdida de señal, ruido en la imagen, fallos en sondas).

### **4. Plan de mantenimiento preventivo**

El Plan de Mantenimiento Preventivo (PMP) de la Clínica Asistencial Divina Providencia establece las actividades programadas necesarias para conservar en óptimas condiciones la infraestructura, los equipos médicos de consulta, los equipos del

laboratorio clínico, los equipos de ultrasonografía y los sistemas electromecánicos esenciales. El propósito del PMP es reducir la ocurrencia de fallas, prolongar la vida útil del equipamiento y garantizar la continuidad operativa de los servicios ambulatorios.

El plan se organiza por frecuencias (mensual, trimestral, semestral y anual), de acuerdo con la criticidad y el nivel de uso de cada componente. Todas las actividades deben quedar documentadas en registros internos que permitan evidenciar el cumplimiento del programa ante inspecciones del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

#### ***a. Frecuencias y actividades programadas***

##### **a) Actividades mensuales**

- Limpieza técnica y verificación funcional de equipos de consulta.
- Revisión de iluminación y tomacorrientes en todas las áreas clínicas.
- Limpieza técnica y revisión de centrifugas y microscopios del laboratorio.
- Verificación del estado y temperatura de refrigeradores de medicamentos y reactivos.
- Revisión de lavamanos clínicos, llaves, drenajes y sistema sanitario en consultorios y laboratorio.
- Limpieza técnica de sondas de ultrasonografía y verificación básica de imagen.

##### **b) Actividades trimestrales**

- Revisión del sistema eléctrico: tableros, breakers y líneas que abastecen equipos clínicos.
- Pruebas de funcionamiento y balanceo de equipos del laboratorio (centrífuga, microscopio, incubadora si aplica).
- Limpieza profunda del sistema de aire acondicionado (turbinas, bandejas, serpentines).
- Revisión de mobiliario clínico: camillas, mesas ginecológicas, escritorios, sillas.
- Verificación del sistema de cómputo, red interna y respaldo de software.
- Revisión técnica de la consola de ultrasonografía y actualización de software si es necesario.

##### **c) Actividades semestrales**

- Calibración básica y verificación óptica completa de microscopios.
- Limpieza profunda y desinfección de refrigeradores y congeladores biomédicos.
- Mantenimiento preventivo del sistema hidráulico y sanitario: revisión de tuberías, tanques y válvulas.
- Evaluación del rendimiento del aire acondicionado mediante lectura de presión y consumo.
- Inspección integral de la infraestructura: pintura, paredes, pisos, puertas y ventanas.

##### **d) Actividades anuales**

- Evaluación completa del equipo de ultrasonografía: calidad de imagen, funcionamiento de transductores y calibración por proveedor especializado (si aplica).

- Limpieza de filtros y verificación del funcionamiento del aire acondicionado en consultorios, laboratorio y sala de ultrasonografía.
- Revisión estructural general del edificio: humedades, cornisas, techos, filtraciones.
- Revisión anual del cableado eléctrico y capacidad de carga en áreas críticas.
- Actualización del inventario de equipos y plan de reemplazo programado (de ser necesario).

## 5. Registro y control del mantenimiento

La ejecución del PMP debe quedar documentada mediante:

- Bitácoras de mantenimiento por área (consultorios, laboratorio, ultrasonografía, farmacia).
- Órdenes de trabajo preventivas y correctivas.
- Registros de calibración y limpieza técnica de equipos.
- Reportes mensuales de seguimiento.
- Fichas técnicas de equipos con historial de intervenciones.

Estos registros aseguran trazabilidad y constituyen evidencia para auditorías del CSSP o unidades de salud correspondientes.

## 6. Procedimientos Operativos del Sistema de Mantenimiento

### a) Procedimiento para reportes de fallas

Este procedimiento establece el flujo para notificar cualquier falla, daño o irregularidad en equipos, mobiliario o infraestructura.

Pasos:

1. Identificación del problema: El personal detecta una falla o funcionamiento anómalo.
2. Registro inmediato: Se completa un formulario o reporte de falla indicando:
  - Área de ocurrencia
  - Equipo o componente afectado
  - Descripción del problema
  - Persona que reporta
  - Fecha y hora
3. Notificación al responsable de mantenimiento: El reporte se entrega a la persona encargada de mantenimiento interno o a la administración (si el mantenimiento es subcontratado).
4. Evaluación inicial: El responsable revisa la falla para determinar si la intervención es inmediata o si puede incluirse en una orden de trabajo programada.
5. Clasificación de la falla
  - Crítica: afecta servicios esenciales (ultrasonido, laboratorio, electricidad, agua).
  - Moderada: afecta el funcionamiento, pero no detiene el servicio.
  - Menor: reparaciones que no comprometen la operación.

6. Generación de orden de trabajo: Se documenta la acción requerida y los tiempos de respuesta.

b) Procedimiento de intervención técnica

Este procedimiento define cómo se ejecutan las acciones preventivas o correctivas sobre equipos e infraestructura.

Pasos:

1. Apertura de orden de trabajo: Se asigna un número correlativo y se detalla el equipo, actividad y prioridad.
2. Verificación de seguridad: Antes de intervenir, el técnico confirma que el equipo puede manipularse sin riesgo (desconexión eléctrica, aislamiento del área, etc.).
3. Ejecución del mantenimiento: Incluye limpieza técnica, ajuste, reparación, sustitución de piezas o calibración básica, según corresponda.
4. Pruebas de funcionamiento: El técnico verifica que el equipo o sistema opere correctamente después de la intervención.
5. Cierre de orden de trabajo: Se documenta:  
Actividad realizada
  - Insumos utilizados
  - Estado final
  - Responsable de la intervención
  - Fecha y hora
6. Comunicación al área usuaria: Se informa al personal que el equipo está nuevamente disponible.

c) Procedimiento para equipos fuera de servicio

Se aplica cuando un equipo no puede utilizarse de forma segura o confiable.

Pasos:

1. Etiquetado inmediato: Se coloca un rótulo visible con la leyenda *“Equipo fuera de servicio”*.
2. Retiro del área clínica (si es posible): Para evitar su uso accidental.
3. Registro formal en la bitácora: Se documenta la falla, fecha, área y responsable.
4. Evaluación técnica: El técnico determina si el equipo es reparable o requiere reemplazo.
5. Gestión de proveedor externo: Si el equipo requiere intervención especializada, se contacta a un técnico certificado.
6. Reincorporación o baja
  - Si se repara, se retira la etiqueta después de pruebas.
  - Si no es reparable, se gestiona su baja y reposición.

d) Procedimiento para calibraciones

Se aplica principalmente a equipos del laboratorio clínico y equipos de ultrasonografía.

Pasos:

1. Programación: La administración define la frecuencia de calibración según el fabricante o normativa.
2. Selección del proveedor autorizado: Debe estar calificado para trabajar con equipos biomédicos.
3. Ejecución de calibración: El proveedor realiza ajustes y verificación funcional.
4. Emisión de certificado de calibración: Documento que debe incluir:
  - Equipo calibrado
  - Parámetros de medición
  - Fecha de calibración
  - Fecha de próxima calibración
  - Firma del técnico
5. Archivo del certificado: Se resguarda en el expediente del equipo, disponible para inspecciones.

## 7. Roles y responsabilidades

La correcta gestión del sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia requiere la participación coordinada de distintos actores internos y externos. Esta sección establece las funciones y responsabilidades de cada uno de ellos, con el fin de garantizar el cumplimiento del Plan de Mantenimiento Preventivo, la atención oportuna de fallas y la adecuada trazabilidad de todas las intervenciones realizadas en la clínica.

### **a. Responsable de mantenimiento**

Es la persona o entidad encargada de coordinar, ejecutar o supervisar todas las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo.

#### **Responsabilidades principales:**

1. Ejecutar las actividades programadas en el Plan de Mantenimiento Preventivo.
2. Atender reportes de fallas e intervenir conforme al procedimiento establecido.
3. Realizar inspecciones de infraestructura, equipos médicos y sistemas electromecánicos.
4. Documentar todas las intervenciones en bitácoras y órdenes de trabajo.
5. Mantener actualizado el inventario de equipos y sus fichas técnicas.
6. Coordinar calibraciones y mantenimientos especializados con proveedores externos.
7. Informar a la administración sobre necesidades de reparación mayor o reemplazo.
8. Velar por la seguridad técnica durante las intervenciones.

### **b. Personal administrativo**

El personal administrativo cumple funciones de apoyo en la gestión de mantenimiento y asegura la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y documentales.

**Responsabilidades principales:**

1. Recibir y registrar los reportes de fallas emitidos por el personal clínico o usuarios.
2. Gestionar órdenes de trabajo y dar seguimiento a su ejecución.
3. Contratar proveedores externos para mantenimiento especializado cuando sea necesario.
4. Mantener actualizados los archivos, certificados de calibración y documentos de soporte.
5. Garantizar la adquisición de insumos, repuestos y materiales necesarios.
6. Supervisar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.
7. Preparar documentación requerida para inspecciones del CSSP u otras autoridades.

***c. Personal asistencial***

Son los principales usuarios de los equipos clínicos y, por lo tanto, actores clave para identificar fallas o desgastes en etapas tempranas.

**Responsabilidades principales:**

1. Utilizar los equipos conforme a los protocolos establecidos por la clínica y el fabricante.
2. Realizar limpieza rutinaria y cuidados básicos de los equipos bajo su responsabilidad.
3. Reportar inmediatamente cualquier falla, anomalía o situación de riesgo.
4. Retirar de uso equipos que presenten señales de deterioro o fallas evidentes.
5. Colaborar durante inspecciones y verificaciones funcionales.
6. Resguardar adecuadamente el equipamiento asignado a cada área.

***d. Proveedores técnicos externos***

Se contratan cuando los equipos requieren intervenciones especializadas (ultrasonografía, calibraciones avanzadas, reparación de equipos de laboratorio, mantenimiento mayor de aire acondicionado).

**Responsabilidades principales:**

1. Realizar intervenciones técnicas conforme a estándares biomédicos y especificaciones del fabricante.
2. Emitir certificados de calibración, mantenimiento o reparación cuando corresponda.
3. Garantizar la funcionalidad y seguridad del equipo intervenido.
4. Capacitar al personal cuando se trate de nuevos equipos o funcionalidades.
5. Informar sobre la vida útil, estado real del equipo o recomendaciones de reemplazo.

***e. Dirección de la Clínica***

Aunque no participa directamente en la ejecución, la dirección tiene un rol estratégico en la supervisión y aseguramiento del sistema.

### **Responsabilidades principales:**

1. Aprobar el Plan de Mantenimiento Preventivo y sus actualizaciones.
2. Asignar recursos económicos para reparaciones, repuestos y contrataciones técnicas.
3. Verificar el cumplimiento de la normativa del CSSP relacionada con infraestructura y equipos.
4. Tomar decisiones sobre la baja, sustitución o adquisición de nuevos equipos.
5. Supervisar el cumplimiento de indicadores del sistema de mantenimiento.

## **8. Cumplimiento normativo**

El sistema de mantenimiento de la Clínica Asistencial Divina Providencia debe operar en conformidad con los lineamientos técnicos y administrativos establecidos por las autoridades regulatorias del sector salud en El Salvador. Estos lineamientos garantizan que la infraestructura, los equipos médicos y los sistemas de apoyo se mantengan en condiciones adecuadas, seguras y funcionales para la prestación de servicios asistenciales de primer nivel.

El cumplimiento normativo constituye un elemento esencial para la autorización, funcionamiento continuo y renovación del permiso sanitario del establecimiento.

### ***a. Requerimientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)***

El mantenimiento debe asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Requerimiento Técnico Administrativo (RTA) aplicable a los establecimientos de salud ambulatorios, especialmente aquellos vinculados a:

- Infraestructura física:
  - Ambientes en buen estado de conservación: paredes, pisos, techos y puertas.
  - Iluminación y ventilación adecuadas en consultorios, laboratorio, farmacia y ultrasonografía.
  - Servicios sanitarios en condiciones higiénicas y funcionales.
  - Accesos seguros, señalización básica y mobiliario en buen estado.
- Equipamiento médico y de diagnóstico:
  - Equipos funcionales y calibrados según la naturaleza del servicio.
  - Mantenimiento periódico de dispositivos utilizados en laboratorio y ultrasonido.
  - Disponibilidad operativa de equipos esenciales para consulta ambulatoria.
- Sistemas esenciales:
  - Funcionamiento adecuado del sistema eléctrico, incluyendo tomacorrientes clínicos.
  - Aire acondicionado en áreas donde la norma lo exige (laboratorio, ultrasonido, consultorios).
  - Abastecimiento de agua potable y adecuado sistema de desagüe.
  - Refrigeración para medicamentos y reactivos, con control y monitoreo de temperatura.
- Documentación:
  - Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo.

- Registros de calibraciones y certificaciones técnicas.
- Inventario actualizado de equipos.
- Registros de inspección interna.

Estos elementos son verificados durante inspecciones del CSSP para otorgar o renovar el permiso de funcionamiento.

***b. Requerimientos del Ministerio de Salud (MINSAL)***

Aunque la clínica se encuentra regulada directamente por el CSSP, el sistema de mantenimiento debe garantizar condiciones alineadas con:

- Normas de bioseguridad para ambientes clínicos y de laboratorio.
- Condiciones adecuadas de control ambiental (temperatura, ventilación, humedad).
- Correcto manejo y conservación de reactivos y medicamentos que requieren frío.
- Funcionamiento adecuado de lavamanos clínicos y puntos de higiene.
- Condiciones de infraestructura que aseguren ambientes limpios y seguros.

En áreas como laboratorio y ultrasonido, estas prácticas son esenciales para asegurar calidad diagnóstica.

***c. Documentación requerida para auditorías e inspecciones***

Para demostrar el cumplimiento normativo, la clínica debe mantener disponibles los siguientes documentos:

- Plan de Mantenimiento Preventivo actualizado.
- Formularios de reporte de fallas y órdenes de trabajo.
- Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo por área.
- Certificados de calibración de equipos del laboratorio y ultrasonografía (si aplica).
- Expedientes individuales de cada equipo con historial de intervenciones.
- Registros de control de temperatura de refrigeradores biomédicos.
- Evidencia de mantenimiento de aire acondicionado y sistemas eléctricos.
- Contratos o registros de proveedores técnicos externos.
- Informes internos de inspecciones de infraestructura.

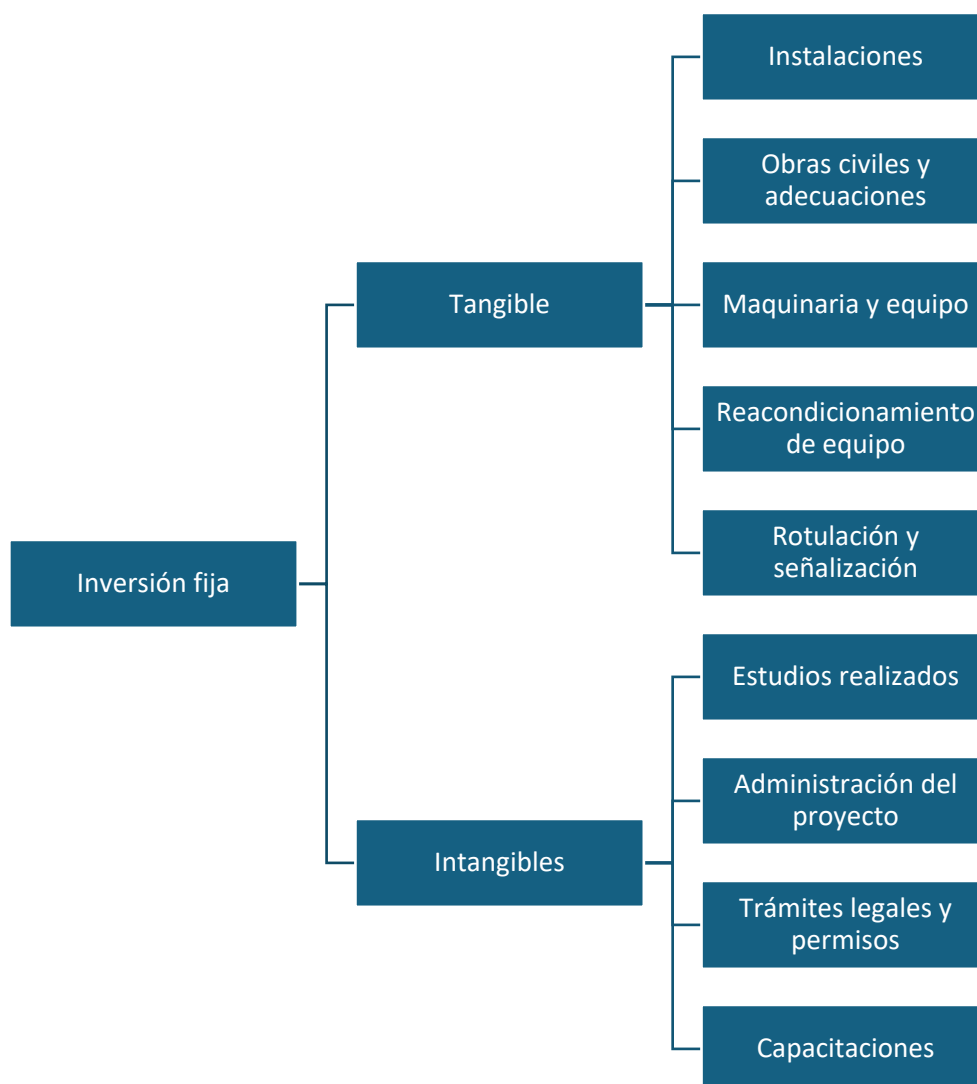
La adecuada organización y conservación de estos documentos facilita el proceso de auditoría sanitaria y respalda la operación continua de la Clínica Asistencial Divina Providencia.

## Capítulo 4: Evaluaciones

### I. Inversiones en el proyecto

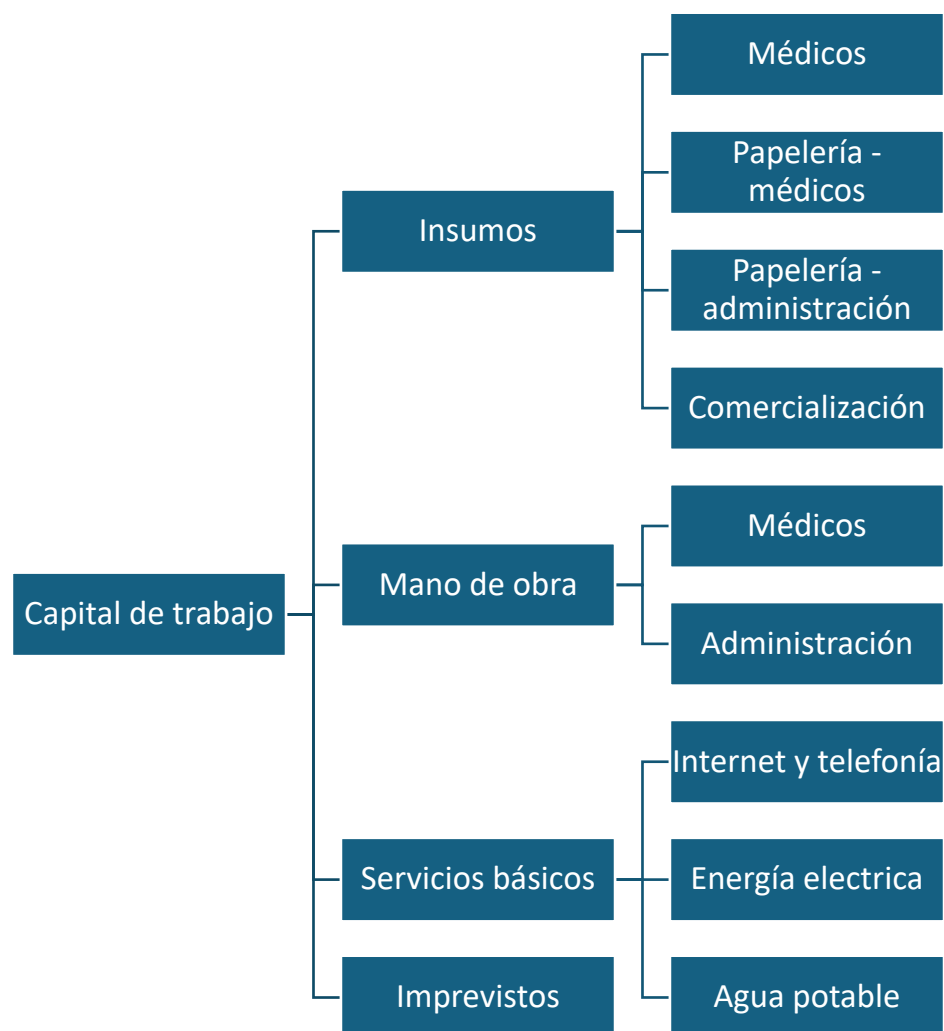
Las inversiones constituyen uno de los componentes fundamentales dentro del estudio de factibilidad, ya que permiten identificar y estimar los recursos económicos necesarios para la puesta en marcha de la clínica. En este apartado se presentan las inversiones iniciales requeridas para la reapertura de la Clínica Divina Providencia, la cual operará como centro de atención de primer nivel, abarcando tanto las inversiones fijas tangibles e intangibles como el capital de trabajo destinado a garantizar la continuidad operativa durante los primeros meses de funcionamiento. Estos se desglosan de la siguiente manera:

Figura 189. Inversiones en el proyecto



Fuente: Elaboración propia

Figura 190. Capital de trabajo del proyecto



Fuente: Elaboración propia

### **A. Inversión fija**

Las inversiones fijas comprenden los activos tangibles e intangibles necesarios para la puesta en marcha de la Clínica Divina Providencia como centro de atención de primer nivel. En esta etapa, se consideran aquellas adquisiciones, adecuaciones y gestiones que permitirán el inicio de operaciones bajo los estándares técnicos y sanitarios exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Es importante destacar que la clínica ya cuenta con el terreno propio donde se desarrollarán las actividades asistenciales, por lo que no se contempla un costo por adquisición o arrendamiento de terreno. Asimismo, se dispone de parte del equipamiento médico y mobiliario existente, el cual fue adquirido durante su funcionamiento previo como hospital. Dichos activos se registran como recursos institucionales disponibles, pero no se incluyen dentro del monto de inversión fija, ya que no implican un desembolso adicional.

De igual forma, los sistemas informáticos y programas de gestión clínica que se emplearán son de código abierto y licencia gratuita, por lo que no generan costos asociados a licencias o suscripciones.

Por lo tanto, las inversiones fijas consideradas en este estudio corresponden únicamente a las adecuaciones de infraestructura, mantenimiento de equipos existentes, adquisición de mobiliario complementario, actualización tecnológica y trámites administrativos o normativos requeridos para la reapertura oficial de la clínica.

### **1. Inversiones fijas tangibles**

Las inversiones fijas tangibles comprenden todos los activos físicos de larga duración que serán utilizados de manera permanente en las operaciones de la Clínica Divina Providencia. Estos bienes representan la base material del proyecto y son indispensables para el funcionamiento adecuado de las áreas de atención médica, administrativas y de apoyo técnico.

En el caso de la clínica, estas inversiones incluyen las adecuaciones de infraestructura física, necesarias para adaptar los espacios existentes a los requerimientos normativos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP); el mantenimiento de equipos médicos y mobiliario existente, a fin de asegurar su correcto desempeño y prolongar su vida útil; la adquisición de mobiliario complementario para consultorios, sala de espera, área administrativa y farmacia; así como la incorporación de equipos informáticos que faciliten la gestión clínica y administrativa.

Adicionalmente, se contempla la instalación de señalización y rotulación interna, que garantice la orientación de los usuarios y el cumplimiento de los lineamientos de seguridad hospitalaria. Cabe destacar que los programas y sistemas de gestión que se implementarán son de código abierto y licencia gratuita, por lo que no generan costos asociados a software.

Estas inversiones tangibles permiten establecer las condiciones físicas y operativas mínimas requeridas para la reapertura y funcionamiento eficiente de la clínica, asegurando ambientes adecuados, equipamiento funcional y una gestión administrativa ordenada, en concordancia con las exigencias técnicas de un establecimiento de salud de primer nivel.

#### **a. Instalaciones**

##### **1. Terreno**

El inmueble donde se desarrollará la Clínica Divina Providencia se encuentra ubicado en el municipio de San Salvador Sur, distrito de Santiago Texacuangos. El proyecto contempla la reapertura y adecuación de las instalaciones del antiguo hospital para su funcionamiento como clínica, manteniendo la permanencia en el terreno actualmente utilizado por la institución, el cual ha demostrado ser funcional y apropiado para la prestación de servicios de salud. El acceso a las instalaciones es adecuado y se encuentra en buen estado, debido a su proximidad a vías principales y a rutas de transporte público. Asimismo, su localización resulta estratégica, al

encontrarse cerca de comercios locales, puntos de abastecimiento y paradas de autobús, lo que facilita la llegada de pacientes, visitantes y personal. El estudio técnico preliminar confirma que la continuidad en la ubicación original constituye la alternativa más favorable para el proyecto, considerando la infraestructura existente y la vinculación histórica con la comunidad.

**Valor de Adquisición del terreno: \$161,466.17**

## 2. Infraestructura

Este apartado comprende la infraestructura física existente del proyecto, la cual incluye el edificio principal y las instalaciones internas y externas de la Clínica Divina Providencia. Para efectos del presente estudio, se ha considerado el valor de las instalaciones existentes, proporcionado por la contraparte, como parte de la inversión correspondiente a este rubro.

*Tabla 244. Infraestructura del proyecto*

<b>Infraestructura</b>	<b>Valor</b>
<b>Edificio</b>	\$438,143.79
<b>Instalaciones</b>	\$77,413.40

*Fuente: Elaboración propia*

**Con ello tenemos una inversión de \$677,023.36 referente a instalaciones**

### ***b. Obras civiles y adecuaciones***

Este rubro incluye las obras físicas y de mantenimiento menor necesarias para la adecuación funcional de siete salones clínicos y áreas complementarias de la Clínica Divina Providencia, a fin de cumplir con las condiciones técnicas, higiénicas y de accesibilidad establecidas por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL) para establecimientos de primer nivel.

Las adecuaciones comprenden la construcción de una rampa de acceso universal en la entrada principal para facilitar el ingreso de pacientes con movilidad reducida, así como el ajuste y redistribución de tomacorrientes en los siete salones, garantizando seguridad eléctrica y conexión a tierra en áreas médicas. También se contempla la instalación de luminarias LED de bajo consumo en cada espacio clínico, asegurando una iluminación adecuada y uniforme conforme a los requerimientos hospitalarios.

También se incluye la construcción Rampa de acceso universal (3m x 1m, pendiente  $\leq 8$  %, acabado antideslizante, pasamanos sencillo).

Adicionalmente, se ejecutará la remodelación de cielo falso modular en los siete salones, haciendo uso de Loseta vinil blanco (medidas de 1.22 m x 0.61 m), que contribuyen a mejorar el confort térmico, la estética y el aislamiento acústico (sin embargo, será en menos de la mitad del espacio requerido, tomando en cuenta entonces 49 m<sup>2</sup>). Finalmente, se realizará la demolición de dos paredes internas (de 4 m de largo por 3 m

de altura cada una) para ampliar los espacios de circulación y optimizar la distribución interna de las áreas de atención médica.

Estas intervenciones, aunque de carácter correctivo y menor, resultan indispensables para garantizar bioseguridad, accesibilidad y funcionalidad, favoreciendo la atención médica segura y confortable dentro de la clínica.

Tabla 245. Costos de obra civil y adecuación

Descripción	Unidad	Cantidad venta	Cantidad requerida	Precio unitario	Total
Rampa de acceso universal	M <sup>2</sup>	1	1	\$111.00	\$111.00
Instalación de tomacorrientes	ud	1	15	\$3.70	\$55.50
Luminaria LED empotrada	ud	1	7	\$15.25	\$106.75
Cielo falso	M <sup>2</sup>	0.72	49	\$2.50	\$170.14
Demolición de pared interior	M <sup>2</sup>	1	24	\$6.50	\$156.00
Pintura grado hospitalario en áreas intervenidas	M <sup>2</sup>	150	100	\$47.25	\$47.25
<b>Total</b>					<b>\$646.64</b>

Fuente: Elaboración propia

**Con ello tenemos una inversión de \$646.64 referente a obras civiles y adecuaciones**

### c. Mobiliario y equipo

En este rubro se consideran el mobiliario y el equipo existente destinado al funcionamiento de la Clínica Divina Providencia. Dichos bienes comprenden los muebles, equipos médicos, equipos administrativos y accesorios actualmente disponibles en las instalaciones, los cuales han sido identificados y valorados como parte del aporte institucional para el desarrollo del proyecto.

Tabla 246. Equipo requerido por servicio.

Equipo requerido				
Servicio de consulta				
Equipo	Cantidad	Vida útil	Costo unitario	Costo total
Aire acondicionado	6	10	\$ 923.99	\$ 5,543.94
Monitor de signos vitales	1	10	\$ 8,970.00	\$ 8,970.00
Autoclave	3	10	\$ 2,500.00	\$ 7,500.00
Electrocardiógrafo	3	10	\$ 750.00	\$ 2,250.00
Tanques de oxígeno	6	10	\$ 217.00	\$ 1,302.00
Oto-oftalmoscopio de pared	1	10	\$ 600.00	\$ 600.00

Pistola de crioterapia	1	10	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
Lampara cielitica	1	10	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
Ultrasonic Scaler	1	5	\$ 300.00	\$ 300.00
Concentrador de oxigeno	1	10	\$ 800.00	\$ 800.00
Compresor de terapia	1	10	\$ 70.00	\$ 70.00
Bomba de infusión	1	5	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Bomba enteral pump	1	10	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00
Monitor	6	5	\$ 120.00	\$ 720.00
UPS	6	5	\$ 61.46	\$ 368.76
CPU	6	5	\$ 125.00	\$ 750.00
Balanza	2	10	\$ 100.00	\$ 200.00
Impresora	6	5	\$ 139.03	\$ 834.18
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 37,208.88</b>
<b>Laboratorio Clínico</b>				
Centrifugadora	1	10	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00
Analizador de electrolitos	1	5	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
ESR analyzer	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00
Equipo de coagulación	1	10	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
Equipo de hematología	1	10	\$ 7,500.00	\$ 7,500.00
Equipo de química FOTOMETRO	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00
Equipo de pruebas especiales (analizador de inmunología)	1	5	\$ 7,522.12	\$ 7,522.12
Microscopio	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Rotador para pruebas	1	5	\$ 125.00	\$ 125.00
colorímetro	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00
Pipetas automáticas	1	5	\$ 350.00	\$ 350.00
Contador de células de 7 ceros	1	10	\$ 154.87	\$ 154.87
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99
Impresora para resultados de hematología	1	5	\$ 121.89	\$ 2,000.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 25,901.01</b>
<b>Imagenología</b>				
Aparato de USG	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00

Equipo de ultrasonografía	1	9	\$43,805.31	\$ 43,805.31
Ultra sonógrafo	1	10	\$13,000.00	\$ 13,000.00
Equipo de mamografía	1	10	\$22,600.00	\$ 22,600.00
Negatoscopio de 3 cuerpos	1	5	\$ 500.00	\$ 500.00
Negatoscopio de 1 cuerpo	1	5	\$ 206.00	\$ 206.00
Negatoscopio de 2 cuerpo	1	5	\$ 452.00	\$ 452.00
procesadora afp imaging	1	10	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00
Monitor y software	1	5	\$ 90.00	\$ 90.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99
Planta eléctrica	1	10	\$10,000.00	\$ 10,000.00
Computadoras	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00
UPS	2	5	\$ 80.00	\$ 160.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 98,382.33</b>
<b>Farmacia</b>				
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 1,499.02</b>
<b>Oficinas administrativas</b>				
Aire acondicionado	2	10	\$ 629.99	\$ 1,259.98
Monitor	4	10	\$ 150.00	\$ 600.00
UPS	4	5	\$ 80.00	\$ 320.00
CPU	4	10	\$ 500.00	\$ 2,000.00
Impresora	2	5	\$ 139.03	\$ 278.06
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 4,458.04</b>
<b>Archivo e inscripción</b>				
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 1,499.02</b>
<b>Sala de espera</b>				
Pantalla LCD	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 250.00</b>
<b>Total</b>				<b>\$ 169,198.30</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 247. Mobiliario requerido por servicio

<b>Mobiliario requerido</b>				
<b>Consulta</b>				
<b>Mobiliario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Vida útil</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
Escritorio	6	10	\$ 200.00	\$ 1,200.00
Estante	12	10	\$ 138.42	\$ 1,661.04
Silla de ruedas	6	10	\$ 200.00	\$ 1,200.00
Silla	18	5	\$ 105.00	\$ 1,890.00
Colchón hospitalario	6	10	\$ 150.00	\$ 900.00
Camilla hospitalaria/transporte	6	10	\$ 1,650.00	\$ 9,900.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 16,751.04</b>
<b>Laboratorio Clínico</b>				
Mesa/ mueble	1	10	\$ 350.00	\$ 350.00
Mesa mayo	1	10	\$ 100.00	\$ 100.00
Atril/atril doble	1	10	\$ 100.00	\$ 100.00
Estante	1	10	\$ 140.00	\$ 140.00
Vitrina	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Silla	2	10	\$ 175.00	\$ 350.00
Banco	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
Armario	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Carrito/ varios usos	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00
Gradilla	1	10	\$ 180.00	\$ 180.00
Gabetero	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
Locker	1	5	\$ 200.00	\$ 200.00
Lavamanos acero inoxidable	1	5	\$ 190.00	\$ 190.00
Transportador de ropa metálico	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00
Soporte	1	10	\$ 110.00	\$ 110.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 3,120.00</b>
<b>Imagenología</b>				
Camilla hospitalaria/transporte	2	10	\$ 250.00	\$ 500.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00
Banco	2	5	\$ 60.00	\$ 120.00
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Archivador	1	10	\$ 250.00	\$ 250.00

Estante	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Biombo de 2 cuerpos	1	5	\$ 110.00	\$ 110.00
Delantales plomados	2	5	\$ 60.00	\$ 120.00
Armario	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00
Fuente de luz	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00
Colchón hospitalario	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00
Estante	2	10	\$ 120.00	\$ 240.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 2,575.00</b>
<b>Farmacia</b>				
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Estante	12	10	\$ 200.00	\$ 2,400.00
Vitrina	4	5	\$ 90.00	\$ 360.00
Silla de ruedas	6	10	\$ 300.00	\$ 1,800.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 4,865.00</b>
<b>Oficinas administrativas</b>				
Escritorio	4	10	\$ 200.00	\$ 800.00
Estante	4	10	\$ 200.00	\$ 800.00
Archivador	4	5	\$ 200.00	\$ 800.00
Silla	4	10	\$ 105.00	\$ 420.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 2,820.00</b>
<b>Archivo e inscripción</b>				
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00
Estante	2	10	\$ 200.00	\$ 400.00
Archivador	2	5	\$ 200.00	\$ 400.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 1,105.00</b>
<b>Sala de espera</b>				
Silla de espera	12	5	\$ 36.00	\$ 432.00
<b>Subtotal</b>				<b>\$ 432.00</b>
<b>Total</b>				<b>\$ 31,668.04</b>

Fuente: Elaboración propia

Con ello tenemos una inversión de \$200,866.34 referente a mobiliario y equipo.

#### **d. Reacondicionamiento de equipo**

El reacondicionamiento de los equipos constituye un componente esencial, ya que asegura que los recursos tecnológicos y biomédicos existentes en la Clínica Divina Providencia se encuentren en óptimas condiciones para su utilización en la reapertura.

Dado que parte del equipamiento proviene de su etapa como hospital, resulta necesario verificar su correcto funcionamiento y seguridad operativa.

Este proceso contempla labores de limpieza técnica, calibración, ajuste mecánico y reparación menor, ejecutadas por personal especializado, con el propósito de cumplir las exigencias establecidas por el Consejo Superior de Salud Pública y las buenas prácticas de mantenimiento biomédico. Además, se incluye la atención preventiva a los sistemas de aire acondicionado, considerados fundamentales para mantener ambientes controlados en las áreas asistenciales y de laboratorio, garantizando la calidad del aire y la comodidad de pacientes y personal.

En conjunto, esta inversión permite optimizar los recursos existentes, reducir costos asociados a la sustitución de equipos y asegurar que los dispositivos clínicos y de apoyo ambiental operen de manera eficiente, segura y conforme a los lineamientos técnicos aplicables al primer nivel de atención en salud.

Los costos de inversión involucrados son:

Tabla 248. Reacondicionamiento de equipos

Categoría	Equipos incluidos	Actividades de mantenimiento	proveedor	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Equipos de ultrasonografía e imagenología básica	Ecógrafo o equipo de ultrasonido, monitor y accesorios	Limpieza técnica, calibración de transductores, revisión de consola, pruebas de imagen y fuente de poder	BIOS Soluciones Biomédicas / S.T. Medic	\$350.00	2	\$700.00
Equipos médicos básicos	Camillas, lámparas, balanzas clínicas, tensiómetros, estetoscopios digitales	Limpieza, calibración, ajuste mecánico y revisión de partes móviles	BIOS Soluciones Biomédicas.	\$60.00	6	\$360.00
Equipos de laboratorio clínico básico	Microscopio, centrífuga, refrigerador clínico, hemoglobínometro, balanza analítica	Calibración óptica, limpieza técnica, verificación eléctrica, reemplazo de componentes menores	BIOS Soluciones Biomédicas.	\$110.00	1	\$110.00
Sistemas de aire acondicionado	10 unidades tipo mini Split (consultorios, laboratorio, áreas administrativas y sala de espera)	Limpieza de serpentines, revisión de gases refrigerantes, cambio de filtros, prueba de funcionamiento	ECASAL EI Salvador.	\$50.00	10	\$500.00
Materiales y mano de obra general	Insumos de limpieza técnica, lubricantes y etiquetas de calibración	Reemplazo de componentes menores, ajuste final de equipos y emisión de certificados	BIOS Soluciones Biomédicas / Técnico local.	\$200.00	1	\$200.00
<b>Total</b>						<b>\$ 1,870.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### e. Rotulación y señalización

Este componente comprende la instalación y actualización de rótulos informativos, preventivos y direccionales dentro de las instalaciones de la Clínica Divina Providencia, con el propósito de garantizar una adecuada orientación a los usuarios, el cumplimiento de las normas de seguridad ocupacional y bioseguridad, y la identificación clara de las áreas asistenciales y administrativas. La rotulación incluye señales de identificación de servicios, rutas de evacuación, zonas restringidas, normas de higiene y seguridad, así como avisos obligatorios exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y por el Ministerio de Salud (MINSAL).

Este rubro también contempla el diseño visual coherente con la identidad institucional, asegurando uniformidad y legibilidad en todos los espacios de la clínica.

Tabla 249. Rotulación y señalización.

Tipo de señalización	Descripción	Tipo de material / formato	Proveedor	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Identificación institucional externa	Rótulo principal con nombre y logotipo de la clínica en fachada	Acrílico/Aluminio compuesto + iluminación opcional	Rotulex S.A. de C.V.	1	\$ 80.00	\$ 80.00
Croquis general y planos de evacuación	Mapas con rutas de salida y puntos de encuentro	Impresión digital laminada tamaño A2, plastificada	ImprimaEnLinea / DisenArte	2	\$ 10.00	\$ 20.00
Identificación de servicios médicos	Rótulos para consultorios médicos (6 especialidades)	PVC 3 mm con vinil impreso	Rotulex S.A. de C.V.	6	\$ 3.00	\$ 18.00
Identificación de áreas complementarias	Rótulos para laboratorio, imagenología, farmacia, sanitarios y comedor	PVC 3 mm con vinil impreso	Rotulex S.A. de C.V.	6	\$ 3.00	\$ 18.00
Rótulos direccionales y de orientación	Flechas e indicaciones hacia recepción, laboratorio, etc.	PVC 3 mm con vinil impreso	Rotulex S.A. de C.V.	10	\$ 3.00	\$ 30.00

Tipo de señalización	Descripción	Tipo de material / formato	Proveedor	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Señales de seguridad y bioseguridad	Lavado de manos, uso de mascarilla, no fumar, zona restringida	PVC 3 mm con vinil impreso	Ferreterías EPA / DisenArte	15	\$ 3.00	\$ 45.00
Rutas de evacuación	Señales de salida y puntos de encuentro	PVC 3 mm con vinil impreso	Rotulex S.A. de C.V.	3	\$ 3.00	\$ 9.00
Normas internas y reglamentos visibles	Paneles con reglamentos, misión y visión	Lona impresa tamaño A2 plastificada	Rotulex S.A. de C.V.	3	\$ 15.00	\$ 45.00
<b>Total</b>				<b>\$ 265.00</b>		

Fuente: Elaboración propia

### **f. Equipo para alquiler**

Como parte de las estrategias para optimizar el uso de los activos disponibles y fortalecer la sostenibilidad financiera del proyecto de reapertura del Hospital Divina Providencia bajo la modalidad de clínica, se ha considerado la implementación de un esquema de alquiler de equipos médicos que anteriormente formaban parte de la operación hospitalaria.

Dado que el nuevo modelo de atención no contempla la prestación de servicios hospitalarios, ciertos equipos médicos no serán utilizados directamente en la operación clínica; sin embargo, estos mantienen condiciones técnicas y funcionales que permiten su aprovechamiento mediante el alquiler a otras instituciones de salud, clínicas, hospitales o profesionales del sector, generando ingresos complementarios para la entidad.

A continuación, se detallan los equipos médicos que serán destinados al alquiler, describiendo su uso general y su contribución al fortalecimiento económico del proyecto.

*Tabla 250. Equipos para alquiler*

<b>Equipo para alquiler</b>				
<b>Equipo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Vida útil</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>
Aspirador quirúrgico	4	5	\$ 1,800.00	\$ 7,200.00
Autoclave	1	10	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00
Autoclave	1	10	\$ 13,500.00	\$ 13,500.00
Autoclave	1	10	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00
Autoclave	1	10	\$ 25,000.00	\$ 25,000.00
Autoclave	1	10	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Autoclave	1	10	\$ 3,500.00	\$ 3,500.00
Autoclave	1	10	\$ 13,500.00	\$ 13,500.00
Bomba de infusión	2	5	\$ 600.00	\$ 1,200.00
Bomba de succión	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Centrifugadora	1	5	\$ 137.68	\$ 137.68
Centrifugadora	1	10	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00
Centrifugadora de 6 tubos	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Colposcopio	1	10	\$ 3,200.00	\$ 3,200.00
Concentrador de oxígeno	1	10	\$ 800.00	\$ 800.00
Cuna térmica	1	10	\$ 3,920.00	\$ 3,920.00
Desfibrilador	1	5	\$ 264.00	\$ 264.00
Dispositivo de alimentación enteral	5	5	\$ 439.82	\$ 2,199.10
Electrocardiógrafo	2	10	\$ 750.00	\$ 1,500.00
Electrocauterio	6	5	\$ 600.00	\$ 3,600.00
ESR analyzer	2	5	\$ 82.50	\$ 165.00
Incubadora neonatal	1	5	\$ 4,125.00	\$ 4,125.00
Lámpara cielítica	2	10	\$ 6,100.00	\$ 12,200.00
Laparoscopia	1	5	\$ 123.60	\$ 123.60
Máquina de anestesia	3	10	\$ 15,000.00	\$ 45,000.00
Microscopio Oftalmológico	1	10	\$ 8,475.00	\$ 8,475.00

Equipo para alquilar				
Monitor de signos vitales	8	10	\$ 8,970.00	\$ 71,760.00
Monitor fetal	2	10	\$ 500.00	\$ 1,000.00
Rotador	1	5	\$ 500.00	\$ 500.00
Rotador para pruebas	1	10	\$ 75.00	\$ 75.00
Ultrasonic Scaler	2	5	\$ 165.00	\$ 330.00
<b>Total</b>				<b>\$ 278,974.38</b>

Fuente: Elaboración propia

### g. Reacondicionamiento de equipo para alquilar

Con el fin de garantizar que los equipos médicos destinados al alquiler cumplan con las condiciones técnicas, funcionales y de seguridad exigidas por la normativa vigente del sector salud, se contempla la ejecución de un proceso de reacondicionamiento previo a su puesta en servicio. Este proceso es fundamental para asegurar la operatividad óptima de los equipos, prolongar su vida útil y minimizar riesgos asociados a fallas técnicas durante su utilización por terceros.

El reacondicionamiento comprende una serie de actividades orientadas a la inspección técnica, mantenimiento preventivo y correctivo, calibración, limpieza especializada y verificación del cumplimiento normativo, de acuerdo con el tipo de equipo y su nivel de complejidad. Asimismo, este proceso permite certificar que los equipos se encuentran en condiciones adecuadas para ser alquilados a otras instituciones de salud, clínicas, hospitales o profesionales del área médica.

A continuación, se describen las principales actividades de reacondicionamiento consideradas para los equipos médicos destinados al alquiler, así como los costos asociados a dicho proceso.

Tabla 251. Reacondicionamiento de equipo para alquilar.

Reacondicionamiento de equipo para alquilar						
Categoría	Equipos incluidos	Actividades de mant.	Proveedor	Costo unitario	Cantidad	Costo total
<b>Equipos médicos eléctricos básicos</b>	Aspiradores quirúrgicos, electrocauterios, bombas de succión, concentradores de oxígeno, electrocardiógrafos, Ultrasonic Scaler	Limpieza técnica interna, cambio de filtros, revisión de bombas, calibración eléctrica y pruebas funcionales	BIOS Soluciones Biomédicas / Técnico local	\$ 75	16	\$ 1,200.00
<b>Equipos de monitoreo y reanimación</b>	Monitores de signos vitales, desfibrilador,	Verificación eléctrica, pruebas de	BIOS Soluciones	\$ 150	11	\$ 1,650.00

<b>Reacondicionamiento de equipo para alquiler</b>						
	monitores fetales	carga/descarga, calibración de sensores, actualización de firmware, pruebas de alarmas	Biomédicas			
<b>Equipos de quirófano</b>	Máquinas de anestesia, lámparas cirúrgicas, colposcopio, microscopio oftalmológico, equipo de laparoscopia	Ajuste mecánico, calibración de potencia, revisión de gases, pruebas de flujo, mantenimiento de brazos articulados	S.T. Medic / BIOS Soluciones Biomédicas	<b>\$ 220</b>	<b>8</b>	<b>\$ 1,760.00</b>
<b>Equipos de soporte vital neonatal</b>	Cuna térmica, incubadora neonatal	Limpieza profunda, revisión de resistencias, calibración de sensores térmicos, verificación de flujo y alarmas	BIOS Soluciones Biomédicas	<b>\$ 180</b>	<b>2</b>	<b>\$ 360.00</b>
<b>Equipos de terapia y administración</b>	Bombas de infusión, dispositivos enterales	Cambio de batería, calibración de volúmenes, revisión de rodillos, pruebas de seguridad	BIOS Soluciones Biomédicas	<b>\$ 90</b>	<b>7</b>	<b>\$ 630.00</b>
<b>Equipos de laboratorio</b>	ESR Analyzer, centrifugas, rotadores	Limpieza técnica, lubricación de rotor, prueba de balance, calibración óptica/mecánica	BIOS Soluciones Biomédicas	<b>\$ 85</b>	<b>7</b>	<b>\$ 595.00</b>

Reacondicionamiento de equipo para alquiler						
<b>Equipos de esterilización</b>	Autoclaves (7 unidades)	Cambio de juntas, limpieza de cámara, pruebas de presión, calibración de temperatura, revisión de válvulas	Técnico local / BIOS Soluciones Biomédicas	\$ 95	7	\$ 665.00
<b>Materiales y mano de obra general</b>	Etiquetas de calibración, lubricantes, consumibles y reactivos	Reemplazo de componentes menores, pruebas finales y emisión de certificados	BIOS Soluciones Biomédicas / Técnico local	\$ 200	1	\$ 200.00
<b>Total</b>					<b>\$ 7,060.00</b>	

Fuente: Elaboración propia

#### **h. Consolidado de inversión fija tangible**

Tabla 252. Consolidado de inversión fija tangible.

Consolidado	
Concepto	Costo
Instalaciones	\$ 677,023.36
Obras civiles y adecuaciones	\$ 646.64
Mobiliario y equipo	\$ 200,866.34
Reacondicionamiento de equipo	\$ 1,870.00
Equipo para alquiler	\$ 278,974.38
Reacondicionamiento de equipo para alquiler	\$ 7,060.00
Rotulación y señalización	\$ 265.00
Imprevistos	\$ 5,000.00
<b>Total</b>	<b>\$ 1,171,705.72</b>

Fuente: Elaboración propia

## **2. Inversiones fijas intangibles**

Las inversiones fijas intangibles corresponden a todos aquellos gastos necesarios para la formulación, gestión y puesta en marcha del proyecto, que no se materializan en bienes físicos, pero que son indispensables para garantizar su viabilidad técnica, legal y administrativa. En el caso de la Clínica Divina Providencia, estas inversiones incluyen los costos asociados a los estudios preliminares, honorarios profesionales, trámites legales,

permisos sanitarios y administrativos, así como los gastos operativos iniciales requeridos durante la fase de implementación del proyecto.

Este tipo de inversión representa el soporte técnico y normativo que permite al proyecto cumplir con los requerimientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), la Alcaldía Municipal, el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN) y demás instituciones competentes. A continuación, se detallan los principales rubros considerados dentro de las inversiones fijas intangibles:

#### **a. Estudios realizados**

Este rubro incluye los costos asociados a la elaboración de los estudios técnicos, administrativos y financieros que sustentan la reapertura del Hospital Divina Providencia (ahora como figura de Clínica Divina Providencia). Comprende las etapas de anteproyecto, diagnóstico, diseño detallado y evaluaciones finales, las cuales permiten definir la viabilidad técnica, operativa y económica del proyecto, asegurando el cumplimiento de las normativas establecidas por el CSSP y el MINSAL.

1. Honorarios: Se refiere al pago de los analistas y de asesor de trabajo para la realización de este, los cuales se detallan a continuación:
  - Honorarios de analistas: El cálculo se basa en un salario mensual de \$408.80, considerando una jornada laboral estándar de 44 horas semanales y un mes compuesto por cuatro semanas. A partir de estos parámetros, se determina un salario por hora de \$2.3227. Sin embargo, dado que la dedicación efectiva al proyecto será de aproximadamente 16 horas semanales en lugar de las 44 horas estándar, el salario semanal ajustado se estima en \$34.84, resultando en un salario mensual de \$ 139.36. A continuación se detallan dichos cálculos:

*Tabla 253. Honorarios de analista*

<b>Concepto</b>	<b>Valor</b>
Salario base	\$ 408.80
Horas/semana base	44
Semanas/mes base	4
Total, de horas/mes base	176
<b>Salario x Hora base</b>	<b>\$ 2.32</b>
# Analistas	3
Horas/semanas reales	15
Semanas/meses reales	4
Total, de horas/meses reales (individual)	60
Total, de horas/meses reales (Equipo)	180
<b>Total</b>	<b>\$ 418.09</b>

*Fuente: Elaboración propia*

- Honorarios de Asesor: Los honorarios del asesor se establecen en función del tiempo dedicado a consultas dentro del desarrollo del proyecto. Cada sesión de asesoría personalizada tiene una duración de una hora y un costo de \$20.00. Se estima la realización de dos sesiones mensuales, con el objetivo de resolver dudas, optimizar el avance del estudio y garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos. En consecuencia, el costo total de la asesoría asciende a \$40.00 mensuales.

Tabla 254. Honorarios de asesor

Concepto	Valor
Honorarios/hora	\$ 20.00
Horas/semana base	1
Semanas/mes real base	2
Total, de horas/mes base	2
<b>Honorarios mensuales</b>	<b>\$ 40.00</b>

Fuente: Elaboración propia

- Resumen de honorarios al mes:

Tabla 255. Resumen de honorarios

Concepto	Valor
Honorarios de analistas	\$ 418.09
Honorarios de asesor	\$ 40.00
<b>Total</b>	<b>\$ 458.09</b>

Fuente: Elaboración propia

2. Impresiones: Para este apartado se incluye el costo de impresión para los ejemplares, en donde se incluye el costo de impresión por página, así como el anillado de los mismos:

Tabla 256. Costos de ploteo de documentos

Concepto	Valor
Impresión por hoja	\$0.04
Anillados por tomo	\$4.50
Ploteo A1 B/N	\$1.13
Ploteo A1 Color	\$2.26
Ploteo A2 Color	\$1.41
Ploteo A3 Color	\$0.85

Fuente: Servicio de ploteo COMPLIT

3. Servicios básicos: para los estudios de igual forma, se necesitó del uso de servicios básicos necesarios para la realización de los documentos, como lo son: energía eléctrica e internet.

Tabla 257. Costo de internet residencial

Concepto	Valor
Internet residencial	\$ 25.00
Cantidad	3
<b>Total</b>	<b>\$ 75.00</b>

Fuente: Claro El Salvador

Tabla 258. Costo de energía eléctrica por kWh

Concepto	Valor
Costo kWh	\$0.17
Consumo de kWh/PC	0.15
Uso mensual (Horas)	96
Cantidad	3
<b>Total</b>	<b>\$7.34</b>

Fuente: Los pliegos tarifarios del suministro de energía eléctrica al consumidor final, vigentes del 15 de enero al 14 de abril de 2025

Tabla 259 Tabla resumen de recursos de internet residencial y energía eléctrica

Concepto mensual	Valor
Internet residencial	\$ 75.00
Energía eléctrica	\$ 7.34
<b>Total</b>	<b>\$ 82.34</b>

Fuente: Elaboración propia

4. Costos de estudios:

Tabla 260. Presupuesto del anteproyecto

Presupuestos del anteproyecto				
N° de visitas: 3				
Recursos	Unidad	Costo	Cantidad	Total
Transporte	Gasolina/gal	\$ 3.85	3	\$ 11.55
Alimentación	Almuerzo	\$ 2.50	9	\$ 22.50
Internet móvil	Plan	\$ 2.50	3	\$ 7.50
Honorarios de analistas	\$/mes	\$ 418.09	1	\$ 418.09
Honorarios de asesor	\$/mes	\$ 40.00	1	\$ 40.00

Presupuestos del anteproyecto				
Servicios básicos	Mes	\$ 82.34	1	\$ 82.34
Documento	Tomo	\$ 7.10	3	\$ 21.30
Gastos de defensa	-	\$ 15.00	1	\$ 15.00
<b>Total</b>				<b>\$ 618.28</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 261. Presupuesto del diagnóstico

Presupuestos del diagnóstico				
N° de visitas: 2; Trabajos de campo: 8				
Recursos	Unidad	Costo	Cantidad	Total
Transporte	Gasolina/gal	\$ 3.85	10	\$ 38.50
Alimentación	Almuerzo	\$ 2.50	40	\$ 100.00
Internet móvil	Plan	\$ 2.50	10	\$ 25.00
Honorarios de analistas	\$/mes	\$ 418.09	2.5	\$ 1,045.23
Honorarios de asesor	\$/mes	\$ 40.00	2.5	\$ 100.00
Servicios básicos	Mes	\$ 82.34	2.5	\$ 205.86
Documento	Tomo	\$ 25.22	3	\$ 75.66
Gastos de defensa	-	\$ 20.00	1	\$ 20.00
<b>Total</b>				<b>\$ 1,610.25</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 262. Presupuestos del diseño

Presupuestos del diseño				
N° de visitas: 3				
Recursos	Unidad	Costo	Cantidad	Total
Transporte	Gasolina/gal	\$ 3.85	3	\$ 11.55
Alimentación	Almuerzo	\$ 2.50	9	\$ 22.50
Internet móvil	Plan	\$ 2.50	3	\$ 7.50
Honorarios de analistas	\$/mes	\$ 418.09	3.5	\$ 1,463.32
Honorarios de asesor	\$/mes	\$ 40.00	3.5	\$ 140.00
Servicios básicos	Mes	\$ 82.34	3.5	\$ 288.20
Documento	Tomo	\$ 33.98	3	\$ 101.93
Gastos de defensa	-	\$ 20.00	1	\$ 20.00
<b>Total</b>				<b>\$ 2,055.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 263. Presupuestos de las evaluaciones y etapa final

<b>Presupuestos de las evaluaciones y etapa final</b>				
<b>N° de visitas: 2</b>				
<b>Recursos</b>	<b>Unidad</b>	<b>Costo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total</b>
Transporte	Gasolina/gal	\$ 3.85	2	\$ 7.70
Alimentación	Almuerzo	\$ 2.50	6	\$ 15.00
Internet móvil	Plan	\$ 2.50	3	\$ 7.50
Honorarios de analistas	\$/mes	\$ 418.09	2	\$ 836.18
Honorarios de asesor	\$/mes	\$ 40.00	2	\$ 80.00
Servicios básicos	Mes	\$ 82.34	2	\$ 164.69
Documento	Tomo	\$ 44.50	3	\$ 133.50
Gastos de defensa	-	\$ 20.00	1	\$ 20.00
<b>Total</b>				<b>\$ 1,264.57</b>

Fuente: Elaboración propia

#### 5. Consolidado de costos de los estudios realizados

Tabla 264. Consolidado de costos de los estudios realizados

<b>Etapas</b>	<b>Costo</b>
Anteproyecto	\$ 618.28
Diagnostico	\$ 1,610.25
Diseño	\$ 2,055.00
Evaluaciones y etapa final	\$ 1,264.57
<b>Total</b>	<b>\$ 5,548.10</b>

Fuente: Elaboración propia

#### **b. Administración de la implementación del proyecto**

Este rubro comprende los costos asociados a la gestión, control y supervisión de la fase de implementación del proyecto de reapertura de la Clínica Divina Providencia. Incluye las actividades de planificación operativa, seguimiento de cronogramas, control de recursos humanos y materiales, coordinación con contratistas y verificación del cumplimiento normativo ante el CSSP y el MINSAL.

Durante esta etapa, la administración del proyecto se encarga de monitorear el avance físico y financiero, gestionar los informes técnicos y asegurar que las adecuaciones, mantenimientos y adquisiciones se ejecuten conforme a las especificaciones establecidas.

Tabla 265. Costos de la administración de la implementación del proyecto

Concepto	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo	Total
Honorarios de coordinación técnica	Coordinador responsable de supervisar la ejecución del proyecto, cronogramas y cumplimiento normativo	mes	8	\$ 500.00	\$4,000.00
Alimentación y reuniones	Refrigerios y almuerzos en jornadas de coordinación o supervisión de campo	mes	4	\$ 25.00	\$ 100.00
Telefonía e internet	Comunicación y conexión en línea para coordinación de actividades (plan mensual)	mes	4	\$ 25.00	\$ 100.00
Papelería y suministros administrativos	Carpetas, impresión de informes, hojas membretadas y materiales de oficina	Global	4	\$ 20.00	\$ 80.00
Servicios básicos (agua, luz, limpieza de oficina)	Costos prorrateados del espacio administrativo utilizado durante la implementación	Global	4	\$ 27.35	\$ 109.40
Gastos de evento de inauguración	Costos asociados a gastos menores por evento de reapertura	Global	1	\$ 150.00	\$ 150.00
Contratación del personal	Publicación de vacantes, filtrado y evaluación básica de candidatos, y elaboración y firma económica de contratos con gastos mínimos de papelería y logística.	Global	1	\$ 150.00	\$ 150.00
Imprevistos operativos	Fondo para gastos menores no contemplados (5 %)	0	0	\$ -	\$ 234.47
<b>Total</b>					<b>\$4,923.87</b>

Fuente: Elaboración propia

**c. Trámites legales y permisos**

Tabla 266. Trámites legales y permisos.

Trámite o permiso	Descripción	Entidad	Renovación	Monto
Proceso de autorización	Proceso de inscripción de establecimiento: clínica	CSSP	Primera vez	\$ 114.29
Otorgamiento de autorización	Recepción de autorización	CSSP	Primera vez	\$ 57.13
Licencia y anualidad de funcionamiento	Derecho para operar y renovación anual	CSSP	Anual	\$ 17.14
Sello oficial del establecimiento	Documento y sello exigido por CSSP para validez de actos administrativos	CSSP	Primera vez	\$ 23.71
Inspección de Bomberos (categoría 1-M)	Inspección técnica de seguridad contra incendios	Cuerpo de Bomberos	Primera vez	\$ 122.64
Tasas municipales	Pago obligatorio a la Alcaldía por operar la clínica. Se calcula según la Ordenanza de Tasas Municipales.	Alcaldía de Santiago Texacuangos	Mensual	\$ 15.63
Solicitud de cambio de nombre de establecimiento de salud	Presentar escrito ante la CSSP solicitando que el establecimiento inscrito cambie su denominación	CSSP	Primera vez	\$ 5.71
Registro de Empresa y Establecimientos	Modificación de nombre comercial del establecimiento	CNR	Primera vez	\$ 6.00
Proceso de autorización de farmacia	Proceso de inscripción de establecimiento: farmacia	SRS	Primera vez (Luego \$200 anual)	\$ 400.00
Proceso de autorización de laboratorio clínico	Proceso de inscripción de establecimiento: laboratorio clínico	CSSP	Primera vez	\$ 114.29
Proceso de autorización de imagenología	Proceso de inscripción de establecimiento: imagenología	CSSP	Primera vez	\$ 114.29
<b>Total</b>				<b>\$ 876.54</b>

Fuente: Elaboración propia

#### d. Capacitaciones

Tabla 267. Costos de capacitaciones

Tema	Descripción	Institución	Cantidad	Costo	Total
Prevención de riesgos laborales	Capacitación para identificar y controlar riesgos en el entorno clínico, promoviendo prácticas seguras y reduciendo accidentes laborales.	Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) – Programa de Seguridad Ocupacional	1	\$ 335.00	\$ 335.00
Uso del Software Hospitalario	Formación para manejar el sistema de gestión hospitalaria: admisiones, expedientes, programación médica, inventarios y facturación.		1	\$ 160.00	\$ 160.00
Capacitación en Manejo de Desechos	Formación sobre prevención de infecciones, uso de EPP, higiene de manos y aplicación de normas de bioseguridad en las áreas clínicas.	Ministerio de Salud (MINSAL): Unidad de Bioseguridad	1	\$ 160.00	\$ 160.00
Prevención y control de incendios + evacuación hospitalaria	Capacitación para actuar ante emergencias por incendios, incluyendo uso de extintores, rutas de evacuación, puntos de reunión y participación en simulacros.	Cuerpo de Bomberos de El Salvador	1	\$ 200.00	\$ 200.00
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	Formación sobre identificación de operaciones inusuales, debida diligencia, control de registros y cumplimiento de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos para establecimientos de salud.	INSAFORP	1	\$ 200.00	\$ 200.00
<b>Total</b>					<b>\$1,055.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### e. Consolidado de inversión fija tangible

Tabla 268. Consolidado de inversión fija tangible.

Descripción	Total
Estudios realizados	\$ 5,548.10
Administración del proyecto	\$ 4,923.87
Trámites legales y permisos	\$ 876.54
Capacitaciones	\$ 1,055.00
Imprevistos	\$ 500.00
<b>Total</b>	<b>\$ 12,903.51</b>

Fuente: Elaboración propia

### B. Capital de trabajo

El capital de trabajo constituye un componente esencial dentro del estudio económico de un proyecto de inversión, ya que representa los recursos financieros necesarios para financiar las operaciones corrientes durante el ciclo operativo inicial. En términos financieros, el capital de trabajo se asocia al concepto de capital de trabajo neto, definido como la diferencia entre los activos corrientes y los pasivos corrientes, reflejando la capacidad de la empresa para cubrir sus obligaciones de corto plazo (Ross, Westerfield & Jaffe, 2019; Brealey, Myers & Allen, 2020).

Sin embargo, en el ámbito de la formulación y evaluación de proyectos, el capital de trabajo se entiende como la inversión adicional requerida para financiar inventarios, cuentas por cobrar y caja mínima necesarios para iniciar y sostener la operación hasta que el proyecto genere ingresos suficientes (Sapag Chain, 2014; Baca Urbina, 2010). En este sentido, no se limita a una medida contable de liquidez, sino que constituye una inversión económica que debe incluirse dentro del monto total del proyecto, al implicar la inmovilización temporal de recursos financieros.

Desde la perspectiva de la administración financiera, el capital de trabajo está directamente vinculado con el ciclo de conversión de efectivo, el cual mide el tiempo que transcurre entre el desembolso de efectivo para cubrir costos operativos y la recuperación del efectivo proveniente de las ventas (Gitman & Zutter, 2012). Por tanto, su adecuada determinación es fundamental para evitar problemas de iliquidez en la etapa de arranque.

Podemos definir entonces el capital de trabajo como el conjunto de recursos financieros necesarios para garantizar la operación continua de la clínica durante su etapa inicial. Representa el capital adicional, distinto de las inversiones fijas tangibles e intangibles, que permite cubrir los costos operativos corrientes antes de que la clínica genere ingresos suficientes para sostenerse por sí misma.

#### 1. Métodos

- Método del Capital de Trabajo Neto: Se calcula como la diferencia entre activos corrientes y pasivos corrientes. Es un enfoque contable utilizado principalmente para medir liquidez (Ross et al., 2019).

- Método del Desfase o Ciclo de Conversión de Efectivo: Determina el capital requerido en función del tiempo que transcurre entre el pago a proveedores y el cobro de ingresos. Se estima multiplicando el costo operativo diario por los días del ciclo operativo (Gitman & Zutter, 2012; Brealey et al., 2020).
- Método del Porcentaje sobre Ventas: Proyecta el capital de trabajo como una proporción de las ventas estimadas, útil en estudios preliminares cuando no se dispone de información detallada (Sapag Chain, 2014).
- Método por Componentes: Consiste en identificar y cuantificar de manera desagregada los recursos necesarios para cubrir inventarios, cuentas por cobrar, caja mínima y obligaciones operativas durante el período inicial (Baca Urbina, 2010; Sapag Chain, 2014). Este método es ampliamente utilizado en estudios de factibilidad por su precisión y capacidad de adaptación a las características específicas del proyecto.

## **2. Método aplicado a la clínica**

El capital de trabajo del proyecto se ha determinado mediante el método por componentes, el cual consiste en identificar y cuantificar de manera desagregada los recursos financieros necesarios para garantizar la operación continua durante la etapa inicial del proyecto. De acuerdo con la teoría de evaluación de proyectos, el capital de trabajo forma parte de la inversión inicial y comprende los fondos requeridos para financiar las operaciones corrientes hasta que el proyecto alcance un nivel de ingresos suficiente para sostenerse por sí mismo (Sapag Chain, 2014; Baca Urbina, 2010). Este concepto no se limita únicamente a la disponibilidad de efectivo, sino que integra todos los recursos necesarios para cubrir el ciclo operativo, tales como inventarios, cuentas por cobrar y caja mínima, los cuales constituyen elementos esenciales para la estabilidad financiera en la fase de arranque. Asimismo, desde la perspectiva de la presupuestación de capital, el capital de trabajo neto representa una inversión adicional que debe incorporarse dentro del análisis financiero, ya que implica la inmovilización temporal de recursos en efectivo e inventarios necesarios para iniciar y mantener la operación del proyecto (Ross, Westerfield & Jaffe, 2019; Gitman & Zutter, 2012).

En el caso específico de la Clínica Divina Providencia, el capital de trabajo se estructuró considerando las características propias del sector salud, donde la prestación del servicio requiere disponibilidad permanente de insumos médicos, personal calificado y servicios básicos continuos, independientemente del ritmo de recuperación de ingresos. Por ello, se incluyeron como componentes principales el inventario inicial de insumos médicos y administrativos, las planillas del personal asistencial y administrativo, los servicios básicos indispensables para la operación (energía eléctrica, agua, telecomunicaciones) y una provisión para imprevistos operativos. Esta metodología permite reflejar de forma realista las necesidades de liquidez asociadas al ciclo operativo inicial, considerando que los costos fijos, particularmente las planillas y los servicios esenciales, deben cubrirse desde el primer mes de funcionamiento. De esta manera, el monto estimado no responde a un criterio arbitrario, sino a la cuantificación de los recursos mínimos necesarios para asegurar la continuidad asistencial, mantener la calidad del servicio y cumplir con las

obligaciones laborales y contractuales durante el período de estabilización financiera del proyecto.

En términos prácticos, el capital de trabajo está conformado por los fondos que la Clínica Divina Providencia requiere para financiar su funcionamiento cotidiano, tales como la adquisición de insumos médicos y farmacéuticos, el pago de planillas de personal asistencial y administrativo, la cancelación de servicios básicos (agua, energía eléctrica, telefonía e internet), y la disponibilidad de efectivo en caja y bancos para atender pagos menores o imprevistos. En el presente estudio, el capital de trabajo se ha estructurado con base en los siguientes componentes:

- Inventario inicial de insumos y medicamentos.
- Planillas del personal.
- Servicios básicos.
- Imprevistos

Estos elementos permitirán asegurar la operatividad ininterrumpida de la clínica durante la etapa inicial de funcionamiento, garantizando la disponibilidad de recursos para atender a los pacientes, mantener la calidad del servicio y cumplir con las obligaciones financieras y laborales.

### 3. Inventario inicial de insumos y medicamentos

Retomando los resultados obtenidos en la etapa de diseño, tenemos los siguientes insumos médicos requeridos para el inicio de operaciones (año 1) con los que deberá de contar farmacia y los insumos necesarios para satisfacer las necesidades de las demás áreas médica:

#### a. Insumos médicos requeridos

Tabla 269. Insumos médicos requeridos.

Año 1					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
<b>Paracetamol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$1.40	27.80%	3336	\$ 4,670.40
<b>Ibuprofeno 400 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$2.00	17.60%	2112	\$ 4,224.00
<b>Amoxicilina 500 mg</b>	Caja de 20 cápsulas	\$2.90	7.10%	852	\$ 2,470.80
<b>Metronidazol 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$2.50	1.90%	228	\$ 570.00

Año 1					
<b>Omeprazol 20 mg</b>	Caja de 14 cápsulas	\$2.80	4.60%	552	\$ 1,545.60
<b>Loratadina 10 mg</b>	Caja de 10 tabletas	\$1.30	2.40%	288	\$ 374.40
<b>Ácido fólico 5 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$1.20	1.20%	144	\$ 172.80
<b>Metformina 850 mg</b>	Caja de 30 tabletas	\$3.00	1.50%	180	\$ 540.00
<b>Enalapril 10 mg</b>	Caja de 30 tabletas	\$2.70	2.40%	288	\$ 777.60
<b>Diclofenaco 50 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$2.00	0.60%	72	\$ 144.00
<b>Suero oral en polvo</b>	Sobre individual	\$0.35	11.00%	1320	\$ 462.00
<b>Salbutamol (inhalador)</b>	Unidad	\$7.00	1.30%	156	\$ 1,092.00
<b>Multivitamínicos</b>	Frasco de 30 tabletas	\$3.80	1.00%	120	\$ 456.00
<b>Suplementos de hierro</b>	Caja de 20 tabletas	\$2.30	2.00%	240	\$ 552.00
<b>Vitamina C 500 mg</b>	Caja de 20 tabletas	\$1.80	0.20%	24	\$ 43.20
<b>Adrenalina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	\$2.50	0.10%	12	\$ 30.00
<b>Atropina 1 mg/mL</b>	Ampolla de 1 mL	\$2.00	0.30%	36	\$ 72.00
<b>Diazepam 10 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	\$2.00	0.50%	60	\$ 120.00
<b>Midazolam 5 mg/3 mL</b>	Ampolla	\$3.50	0.50%	60	\$ 210.00
<b>Fentanilo 0.05 mg/mL</b>	Ampolla de 2 mL	\$5.50	0.20%	24	\$ 132.00

Año 1					
<b>Ketamina 50 mg/mL</b>	Ampolla de 10 mL	\$7.20	0.50%	60	\$ 432.00
<b>Propofol 1%</b>	Frasco 20 mL	\$9.00	1.00%	120	\$ 1,080.00
<b>Furosemida 20 mg/2 mL</b>	Ampolla de 2 mL	\$1.10	1.00%	120	\$ 132.00
<b>Glucosa al 50%</b>	Ampolla de 20 mL	\$1.40	3.00%	360	\$ 504.00
<b>Glucosa al 5%</b>	Bolsa 1,000 mL	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
<b>Dextrosa 10% + electrolitos</b>	Bolsa 1,000 mL	\$2.80	2.00%	240	\$ 672.00
<b>Cloruro de potasio 10%</b>	Ampolla de 10 mL	\$1.90	10.00%	1200	\$ 2,280.00
<b>Solución salina al 0.9%</b>	Bolsa de 500 mL	\$1.00	10.00%	1200	\$ 1,200.00
<b>Solución salina 0.9%</b>	Bolsa 1,000 mL	\$1.40	10.00%	1200	\$ 1,680.00
<b>Solución Hartmann</b>	Bolsa de 500 mL	\$1.45	5.00%	600	\$ 870.00
<b>Solución Hartmann (1,000 mL)</b>	Bolsa 1,000 mL	\$1.60	2.00%	240	\$ 384.00
<b>Ceftriaxona 1 g</b>	Frasco vial inyectable	\$2.80	0.50%	60	\$ 168.00
<b>Meropenem 1 g</b>	Frasco vial inyectable	\$17.50	1.00%	120	\$ 2,100.00
<b>Piperacilina/Tazobactam 4.5 g</b>	Frasco vial inyectable	\$14.80	1.00%	120	\$ 1,776.00
<b>Vancomicina 500 mg</b>	Frasco vial inyectable	\$9.50	0.50%	60	\$ 570.00
<b>Aminoven 5%</b>	Bolsa 500 mL	\$11.00	0.50%	60	\$ 660.00
<b>Lipoven 10%</b>	Bolsa 500 mL	\$14.00	1.00%	120	\$ 1,680.00

Año 1					
<b>Ensure Advance (neutro)</b>	Lata 400 g	\$9.50	2.00%	240	\$ 2,280.00
<b>Jeringas desechables</b>	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6000	\$ 900.00
<b>Mascarillas quirúrgicas</b>	Caja de 50 unidades	\$3.00	8.00%	960	\$ 2,880.00
<b>Guantes estériles</b>	Par individual	\$0.80	20.00%	2400	\$ 1,920.00
<b>Tubos capilares sin heparina</b>	Frasco de 100 unidades	\$4.00	30.00%	36	\$ 144.00
<b>Tubos vacutainer con EDTA</b>	Caja de 100 unidades	\$20.00	10.00%	12	\$ 240.00
<b>Tubos vacutainer con citrato</b>	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
<b>Tubos vacutainer con heparina</b>	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
<b>Lancetas desechables / punción capilar</b>	Caja de 100 unidades	\$6.00	20.00%	24	\$ 144.00
<b>Glucómetros / Glucómetro digital</b>	Unidad	\$23.00	1.00%	120	\$ 2,760.00
<b>Tiras reactivas para glucosa</b>	Caja de 50 unidades	\$18.00	1.30%	3.12	\$ 56.16
<b>Pruebas rápidas de embarazo</b>	Unidad	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
<b>Alcohol isopropílico al 70%</b>	Frasco de 500 mL	\$2.50	0.50%	60	\$ 150.00
<b>Total</b>					\$48,000.96

Fuente: Elaboración propia

### b. Insumos administrativos

Al igual que los insumos médicos, será necesario entonces realizar un estimado de los recursos administrativos requeridos para el inicio de operaciones: formularios, papelería básica, tinta, material de oficina. Etc. Con lo cual tenemos el siguiente global, tomando en cuenta que la mayoría de procesos serán digitales, el gasto en papelería debería de ser menor, además de tomar en cuenta que se espera una demanda de 12,000 pacientes en el año y siguiendo los parámetros del estudio del análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el instituto salvadoreño del seguro social, realizado por la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) de 1.66 exámenes de laboratorio por consulta y 0.14 exámenes de laboratorio por consulta (con una demanda de 17541 exámenes de laboratorio y 1530 estudios de imagenología). Tenemos:

Tabla 270. Insumos médicos administrativos.

Papelería - Médicos	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	120	recetario	100	\$ 2.00	\$ 240.00
Recetarios doble copia (farmacia)	120	recetario	100	\$ 3.00	\$ 360.00
Formularios de laboratorio	8771	hojas	1	\$ 0.05	\$ 438.55
Reportes de imagenología	1530	hojas	1	\$ 0.05	\$ 76.50
Etiquetas (expedientes y muestras)	54	unidad	160	\$ 9.9	\$ 534.60
<b>Total</b>					<b>\$ 1,649.65</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 271. Insumos administrativos.

Papelería – administración	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	20	Rema	500	\$ 4.50	\$ 90.00
Cartuchos de tinta	8	cartucho	1	\$ 10.90	\$ 87.20
Porta documentos	25	unidad	1	\$ 0.35	\$ 8.75
<b>Total</b>					<b>\$ 185.95</b>

Fuente: Elaboración propia

### c. Insumos de comercialización

Se refiere a los medios en los que se va a utilizar para comercializar o distribuir los servicios, los cuales se detallan a continuación:

Tabla 272. Insumos de comercialización.

Recurso de comercialización	Costo/Mes	Cantidad	Total/ mes 1	Total/ mes 2-12	Total/ Año
Mediquo	\$ 27.00	1	\$ 27.00	\$ 27.00	\$ 324.00
Instagram	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
Facebook	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
WhatsApp business	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
Teléfono (fotografías)	\$ 464.00	1	\$ 464.00	\$ -	\$ 464.00
Fondos para campañas	\$ -	0	\$ -	\$ 200.00	\$ 200.00
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 25.00	7	\$ 175.00	\$ -	\$ 175.00
Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 10.50	7	\$ 73.50	\$ -	\$ 73.50
<b>Total</b>			\$ 769.50	\$ 257.00	\$ 1,596.50

Fuente: Elaboración propia

## 4. Planillas del personal

Este apartado comprende los recursos destinados al pago del personal médico, técnico y administrativo que intervendrá en las operaciones iniciales de la Clínica Divina Providencia. El objetivo de esta inversión es garantizar la disponibilidad de recursos humanos capacitados y remunerados durante el período de arranque, asegurando la prestación continua y eficiente de los servicios asistenciales.

La estructura del personal se ha determinado según las necesidades propias de una clínica de primer nivel, considerando el volumen de atención previsto, los horarios de servicio y las funciones operativas esenciales. En consecuencia, las planillas contemplan los honorarios según salarios promedios en el mercado, así como la relación del salario devengado por el profesional anteriormente a su cierre. Para las plazas fijas se ha realizado el cálculo del pago de ISSS y AFP patronal. A continuación, se detallan los pagos destinados para cada profesional al mes:

Tabla 273. Planilla del personal

Profesional	Salario/Honorarios mensual	ISS Patronal	AFP Patronal	Total
Administrador General	\$ 1,000.00	\$ 70.00	\$ 77.50	\$ 1,147.50
Agente de Vigilancia	\$ 365.00	\$ 25.55	\$ 28.29	\$ 418.84
Auxiliar de Enfermería	\$ 408.80	\$ 28.62	\$ 31.68	\$ 469.10
Contador	\$ 900.00	\$ 63.00	\$ 69.75	\$ 1,032.75
Encargado de Aseo	\$ 365.00	\$ 25.55	\$ 28.29	\$ 418.84
Encargado de Comunicaciones Institucionales	\$ 500.00	\$ 35.00	\$ 38.75	\$ 573.75
Encargado de Recursos Humanos	\$ 800.00	\$ 56.00	\$ 62.00	\$ 918.00
Enfermera jefa	\$ 600.00	\$ 42.00	\$ 46.50	\$ 688.50
Médico Gastroenterólogo	\$ 110.13	\$ -	\$ -	\$ 110.13
Médico General	\$ 528.63	\$ -	\$ -	\$ 528.63
Médico Ginecólogo	\$ 247.79	\$ -	\$ -	\$ 247.79
Médico Internista	\$ 881.04	\$ -	\$ -	\$ 881.04
Médico Pediatra	\$ 688.86	\$ -	\$ -	\$ 688.86
Médico Urólogo	\$ 82.60	\$ -	\$ -	\$ 82.60
Regente de Gabinete Radiológico	\$ 660.78	\$ -	\$ -	\$ 660.78
Regente de Laboratorio Clínico	\$ 660.78	\$ -	\$ -	\$ 660.78
Regente Farmacéutico	\$ 408.80	\$ 28.62	\$ 31.68	\$ 469.10
Secretaria/Recepcionista	\$ 408.80	\$ 28.62	\$ 31.68	\$ 469.10
<b>Total</b>				<b>\$ 10,466.08</b>

Fuente: Elaboración propia

El detalle del cálculo de los honorarios se ha realizado por hora, según el registro de la *Ley de Salarios 2025 Hospital Nacional Rosales*:

Tabla 274. Honorarios del personal de salud

Profesional	días	horas	Horas totales	Horas/mes total	Salario	Horas/ mes base	Salario/ hora	Honorarios
Médico Gastroenterólogo	2	2	4	16	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 110.13
Médico General	4	6	24	96	\$ 969.15	176	\$ 5.51	\$ 528.63
Médico Ginecólogo	3	3	9	36	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 247.79
Médico Internista	4	8	32	128	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 881.04
Médico Pediatra	6	4.17	25.02	100	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 688.86
Médico Urólogo	3	1	3	12	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 82.60
Regente de Gabinete Radiológico	6	4	24	96	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 660.78
Regente de Laboratorio Clínico	6	4	24	96	\$ 1,211.43	176	\$ 6.88	\$ 660.78

Fuente: Elaboración propia

Además, se toma en cuenta el pago de aguinaldo para el primer año y el pago de vacaciones correspondientemente: (en base a 12 meses o un año):

Tabla 275. Planilla del personal.

Profesional	Total, salario anual	Vacaciones	Aguinaldo	Total, anual
Administrador General	\$ 13,770.00	\$ 150.00	\$ 500.00	\$ 14,420.00
Agente de Vigilancia	\$ 5,026.05	\$ 54.75	\$ 182.50	\$ 5,263.30
Auxiliar de Enfermería	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
Contador	\$ 12,393.00	\$ 135.00	\$ 450.00	\$ 12,978.00
Encargado de Aseo	\$ 5,026.05	\$ 54.75	\$ 182.50	\$ 5,263.30
Encargado de Comunicaciones Institucionales	\$ 6,885.00	\$ 75.00	\$ 250.00	\$ 7,210.00
Encargado de Recursos Humanos	\$ 11,016.00	\$ 120.00	\$ 400.00	\$ 11,536.00
Enfermera jefa	\$ 8,262.00	\$ 90.00	\$ 300.00	\$ 8,652.00
Médico Gastroenterólogo	\$ 1,321.56	\$ -	\$ -	\$ 1,321.56
Médico General	\$ 6,343.53	\$ -	\$ -	\$ 6,343.53
Médico Ginecólogo	\$ 2,973.51	\$ -	\$ -	\$ 2,973.51
Médico Internista	\$ 10,572.48	\$ -	\$ -	\$ 10,572.48
Médico Pediatra	\$ 8,266.36	\$ -	\$ -	\$ 8,266.36
Médico Urólogo	\$ 991.17	\$ -	\$ -	\$ 991.17
Regente de Gabinete Radiológico	\$ 7,929.36	\$ -	\$ -	\$ 7,929.36
Regente de Laboratorio Clínico	\$ 7,929.36	\$ -	\$ -	\$ 7,929.36
Regente Farmacéutico	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
Secretaria/Recepcionista	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
<b>Total</b>	<b>\$ 125,592.95</b>	<b>\$ 863.46</b>	<b>\$2,878.20</b>	<b>\$ 129,334.61</b>

Fuente: Elaboración propia

**Con ello tenemos un costo total anual de \$ 129,334.61**

## 5. Servicios básicos

Este rubro comprende los gastos mensuales recurrentes destinados al funcionamiento operativo de la Clínica Divina Providencia, incluyendo energía eléctrica, agua potable, internet y telefonía fija o móvil institucional.

El objetivo es asegurar el suministro constante de servicios esenciales, tanto para la atención de pacientes como para las labores administrativas. Estos costos forman parte del capital de trabajo operativo, ya que deben cubrirse desde el inicio de las actividades antes de que se generen ingresos suficientes para sostenerlos de forma regular.

Los valores estimados se calcularon tomando como referencia los promedios de consumo mensual para una clínica de pequeña a mediana capacidad (7 consultorios, laboratorio clínico, imagenología y área administrativa):

### a. Internet y línea fija:

Según la información pública por algunos distribuidores nacionales (Claro), el plan para optar tendrá un costo de \$103.80 mensuales que incluye conexión de fibra óptica y línea fija (la cual es la más adecuada para la cantidad de personal de la clínica según estándares promedios). Por lo tanto, tenemos:

Tabla 276. Servicios de internet y línea fija

Servicio	Costo/Mes	Total, anual
Internet + Línea fija	\$ 103.80	\$ 1,245.60

Fuente: Claro El Salvador

**Costo anual: \$ 1,245.60**

**b. Energía eléctrica:**

Tabla 277. Costo del servicio de energía eléctrica

Año 1							
Equipo/sistema	Cantidad	kWh	Horas/semana	W/Semana	\$kWh	kWh/mes	\$ Mes
Lámparas LED	20	0.009	860.08	7.7	\$ 0.190757	31.0	\$ 5.91
Equipo de ultrasonografía	1	0.4	18	7.2	\$ 0.190757	28.8	\$ 5.49
Centrífuga	1	0.3	40.2	12.06	\$ 0.190757	48.24	\$ 9.20
Microscopio	1	0.3	40.2	12.06	\$ 0.190757	48.24	\$ 9.20
Hematología	1	0.15	40.2	6.03	\$ 0.190757	24.12	\$ 4.60
Química básica	1	0.25	40.2	10.05	\$ 0.190757	40.2	\$ 7.67
Autoclave pequeña	1	1.4	40.2	56.28	\$ 0.190757	225.12	\$ 42.94
Refrigerador clínico	1	0.15	40.2	6.03	\$ 0.190757	24.12	\$ 4.60
computadoras	16	0.15	624	93.61	\$ 0.190757	374.448	\$ 71.43
Teléfonos	18	0.002	624	1.248	\$ 0.190757	4.99264	\$ 0.95
Aire acondicionado	11	1.2	624	748.9	\$ 0.190757	2995.584	\$ 571.43
<b>Sub total</b>						3844.8	\$ 733.43
<b>Cargo Fijo</b>							\$ 0.868
<b>Total</b>							\$ 734.30
<b>Total, anual</b>							<b>\$ 8,811.55</b>

Fuente: Los pliegos tarifarios del suministro de energía eléctrica al consumidor final, vigentes del 15 de enero al 14 de abril de 2025

**Costo anual: \$ 8,811.55**

### c. Agua potable

Según históricos compartidos por el hospital (ahora clínica) y según históricos de consumos publicados por el Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Salud, y ANDA, tenemos un consumo promedio de 20.02 m<sup>3</sup> mensual. Según el acuerdo No. 1279 establece las siguientes tarifas por el servicio (Art.4.2.):

$$\text{Factura mensual} = m^3 \times \text{tarifa de acueducto} + \text{tarifa de alcantarillado}$$

Tabla 278. Costo de agua potable

Rango de consumo (m <sup>3</sup> )	Tarifica de acueducto \$/m <sup>3</sup>	Tarifa de alcantarillado	Consumo real	Costo/mes	Costo anual
De 21 a 30 m <sup>3</sup>	1.2	\$5.00	20.02	\$29.02	\$ 348.29

Fuente: Tarifas vigentes Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados ANDA

**Costo anual: \$ 348.29**

## 6. Imprevistos

En caso de presentarse un escenario de descapitalización temporal, la Clínica Divina Providencia deberá priorizar la cobertura de los rubros esenciales que garantizan la continuidad de los servicios de salud. Los componentes de mayor impacto en la operación son las planillas del personal y los servicios básicos, los cuales permiten mantener la atención médica, la integridad de los equipos y las condiciones sanitarias adecuadas.

El pago de salarios constituye el principal compromiso financiero mensual, dado que el recurso humano representa el eje fundamental en la prestación de los servicios asistenciales. De igual manera, el cumplimiento de los servicios básicos como energía eléctrica, agua potable, telefonía e internet es indispensable para asegurar la funcionalidad de los consultorios, laboratorio e imagenología.

Por otra parte, los insumos médicos y medicamentos pueden adquirirse mediante acuerdos de crédito con proveedores especializados, lo que permite sostener el abastecimiento sin comprometer la liquidez inmediata. Dichos costos deben registrarse contablemente en cuentas por pagar, de manera que el flujo de efectivo de Caja y Bancos se destine principalmente a las obligaciones prioritarias de corto plazo: salarios, servicios básicos y reposición de insumos críticos.

En conjunto, estos rubros representan el capital operativo mensual necesario para mantener las actividades asistenciales de la clínica en condiciones normales de funcionamiento. El total estimado de dichos egresos asciende a \$ 95,586.56, monto que constituye la base mínima para garantizar la continuidad de los servicios médicos durante un ciclo anual:

Tabla 279. Imprevistos

Descripción	Monto	Porcentaje	Amortización
Insumos	\$ 51,433.06	50%	\$ 25,716.53
Mano de obra	\$ 129,334.61	50%	\$ 64,667.31
Servicios básicos	\$ 10,405.44	50%	\$ 5,202.72
<b>Total</b>			<b>\$ 95,586.56</b>

Fuente: Elaboración propia

**a. Consolidado de Capital de trabajo**

Tabla 280. Consolidado de capital de trabajo

Concepto	Costo
<b>Insumos</b>	\$ 51,433.06
<b>Mano de obra</b>	\$ 129,334.61
<b>Servicios básicos</b>	\$ 10,405.44
<b>Imprevistos</b>	\$ 95,586.56
<b>Total</b>	<b>\$ 286,759.67</b>

Fuente: Elaboración propia

### C. Resumen de inversiones

#### 1. Consolidado de inversiones

Tabla 281. Resumen de inversiones.

Inversión	Rubro	Clasificación	Costo	Consolidado	Total
Inversión fija	Tangibles	Instalaciones	\$ 677,023.36	\$ 1,171,705.72	\$ 1,471,368.90
		Obras civiles y adecuaciones	\$ 646.64		
		Mobiliario y equipo	\$ 200,866.34		
		Reacondicionamiento de equipo	\$ 1,870.00		
		Equipo para alquiler	\$ 278,974.38		
		Reacondicionamiento de equipo para alquiler	\$ 7,060.00		
		Rotulación y señalización	\$ 265.00		
		Imprevistos	\$ 5,000.00		
	Intangibles	Estudios realizados	\$ 5,548.10	\$ 12,903.51	
		Administración del proyecto	\$ 4,923.87		
		Trámites legales y permisos	\$ 876.54		
		Capacitaciones	\$ 1,055.00		
		Imprevistos	\$ 500.00		
Capital de trabajo	Insumos	\$ 51,433.06	\$ 286,759.67		
	Mano de obra	\$ 129,334.61			
	Servicios básicos	\$ 10,405.44			
	Imprevistos	\$ 95,586.56			

Fuente: Elaboración propia

La inversión requerida para el proyecto es entonces de \$1,471,368.90

## 2. Inversión a financiar

La institución actualmente cuenta con un fondo de \$30,000 para inversión, de igual forma cuenta con el equipo, mobiliario e instalaciones requeridas para iniciar operaciones, por ende, se reduce el monto a financiar. Este desglose requerido se plantea a continuación:

Tabla 282. Inversión a financiar

Inversión	Rubro	Clasificación	Costo	Consolidado	Total
Inversión fija	Tangibles	Obras civiles y adecuaciones	\$ 646.64	\$ 14,841.64	\$ 314,504.82
		Reacondicionamiento de equipo	\$ 1,870.00		
		Reacondicionamiento de equipo para alquiler	\$ 7,060.00		
		Rotulación y señalización	\$ 265.00		
		Imprevistos	\$ 5,000.00		
	Intangibles	Estudios realizados	\$ 5,548.10	\$ 12,903.51	
		Administración del proyecto	\$ 4,923.87		
		Trámites legales y permisos	\$ 876.54		
		Capacitaciones	\$ 1,055.00		
		Imprevistos	\$ 500.00		
Capital de trabajo	Insumos		\$ 51,433.06	\$ 286,759.67	
	Mano de obra		\$ 129,334.61		
	Servicios básicos		\$ 10,405.44		
	Imprevistos		\$ 95,586.56		
Fondos disponibles para inversión					\$ 30,000.00
Total, a financiar					\$ 284,504.82

Fuente: Elaboración propia

### 3. Inversión final

Tabla 283. Resumen de inversión final

Concepto	total
Inversión requerida	\$1,471,368.90
Inversión real a aportar	\$ 314,504.82
Inversión a financiar	\$ 284,504.82

Fuente: Elaboración propia

### 4. Justificación de la inversión

La evaluación financiera del proyecto considera la inversión total de \$1,471,368.90, integrando tanto los activos existentes (terreno, instalaciones y equipo) como la inversión nueva requerida, debido a que, conforme a la teoría de formulación y evaluación de proyectos, deben incluirse todos los recursos necesarios para la operación, independientemente de que ya estén en poder de la entidad, ya que constituyen capital comprometido y poseen un costo de oportunidad (Sapag Chain, 2014; Baca Urbina, 2010). En la presupuestación, los costos de oportunidad son flujos relevantes que deben incorporarse aun cuando no impliquen un desembolso actual, puesto que reflejan el valor económico del mejor uso alternativo al que se renuncia (Ross, Westerfield & Jaffe, 2019; Brealey, Myers & Allen, 2020; Gitman & Zutter, 2012). Asimismo, la literatura especializada en evaluación económica indica que excluir activos preexistentes distorsiona los indicadores financieros como la VAN y la TIR al subestimar el capital total invertido y sobreestimar artificialmente la rentabilidad del proyecto (Sapag Chain, 2014). En el contexto hospitalario, donde la infraestructura y el equipamiento representan una proporción significativa del capital necesario para operar, su valoración económica es indispensable para reflejar correctamente la magnitud de los recursos comprometidos y la capacidad real de generación de valor. Por consiguiente, aunque únicamente se gestionará financiamiento por \$284,504.82 y la entidad aportará \$30,000, los activos previamente adquiridos forman parte de la inversión económica total, ya que podrían destinarse a usos alternativos; omitirlos implicaría evaluar solo la necesidad de financiamiento y no la rentabilidad integral del proyecto, contrariando los principios de análisis financiero y de costo de oportunidad establecidos en la literatura especializada.

## II. Financiamiento del proyecto

### A. Fuentes de financiamiento

El financiamiento constituye un elemento esencial para la ejecución y sostenibilidad del proyecto de reapertura de la Clínica Divina Providencia, ya que permitirá disponer de los recursos económicos necesarios para cubrir los costos de inversión inicial, equipamiento médico, adecuación de infraestructura, capital de trabajo y gastos operativos iniciales.

Un crédito o financiamiento se define como la cantidad de dinero que una entidad financiera o institución coloca a disposición de un solicitante, bajo determinadas condiciones de plazo, tasa de interés y forma de pago. En el caso de este proyecto, la elección de la fuente de financiamiento debe basarse en la estabilidad del flujo de caja, la capacidad de endeudamiento y la rentabilidad esperada del servicio médico.

Un financiamiento será considerado favorable cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Otorgue el mayor plazo posible, dado que en proyectos del sector salud la liquidez inicial tiene un mayor impacto que el costo financiero del interés.
- Tenga una tasa de interés fija, que reduzca riesgos asociados a inflación, devaluación o fluctuaciones económicas.
- Minimice los riesgos de incumplimiento, mediante una planificación de pagos ajustada al flujo operativo de la clínica.

#### 1. Fuentes del sector financiero formal

En el sistema financiero formal de El Salvador, existen diversas instituciones que pueden ofrecer alternativas de financiamiento a proyectos del sector salud, entre las que se incluyen la banca comercial tradicional, cooperativas de ahorro y crédito, y organismos públicos o de cooperación internacional.

- Banca comercial: Está constituida por bancos fiscalizados por la Superintendencia del Sistema Financiero (SSF), los cuales ofrecen créditos a corto, mediano y largo plazo. Algunos bancos, como Banco Agrícola, Davivienda, BAC Credomatic y Banco de América Central, disponen de productos específicos para pequeñas y medianas empresas del sector servicios, incluyendo clínicas privadas y centros médicos especializados.
- Instituciones financieras de microcrédito: Dirigidas principalmente a pequeñas empresas o proyectos de salud comunitaria. Estas instituciones ofrecen montos más bajos que la banca tradicional, pero con requisitos de acceso más flexibles.
- Instituciones públicas de financiamiento: El Banco de Desarrollo de El Salvador (BANDESAL), antes BMI, cuenta con programas de crédito orientados a proyectos productivos del sector salud, incluyendo modernización de clínicas, adquisición de equipo médico y capital de trabajo para servicios de salud privada.
- Organismos de cooperación internacional: Entidades como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Unión Europea (UE) pueden ofrecer líneas de asistencia técnica y financiera para proyectos enfocados en la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud.

## 2. Fuentes internas

Las fuentes internas de financiamiento corresponden a los aportes provenientes de los propios promotores o socios de la clínica, así como de recursos generados por su operación futura. Estas fuentes son preferibles cuando se busca reducir el nivel de endeudamiento y mantener la autonomía financiera del proyecto.

## 3. Fuentes externas

Las fuentes externas de financiamiento son aquellas provenientes de entidades ajenas al proyecto, tales como instituciones bancarias, financieras o proveedores. Se utilizan cuando los recursos internos no son suficientes para cubrir la inversión inicial, y el proyecto presenta una rentabilidad esperada que justifica el costo del crédito.

Entre las principales fuentes externas se destacan:

- Proveedores: Los proveedores pueden otorgar crédito comercial a corto plazo para la compra de materiales de laboratorio o medicamentos, mediante acuerdos de pago diferido. Esta modalidad reduce la presión sobre el flujo de caja inicial.
- Créditos bancarios: Son la fuente de financiamiento más utilizada para clínicas privadas. Los bancos ofrecen créditos a corto, mediano y largo plazo, según la naturaleza del gasto:
  - Créditos a corto plazo: para capital de trabajo o reposición de inventario médico.
  - Créditos a mediano o largo plazo: para remodelación, ampliación o adquisición de equipo hospitalario de alta tecnología.

El monto aprobado depende de la capacidad de pago, garantías reales (como bienes inmuebles o equipos) y la proyección de ingresos del proyecto.

- Formas de crédito disponibles
  - Líneas de crédito rotativas: para gastos recurrentes o compra de insumos.
  - Créditos comerciales: otorgados para la adquisición de equipos, mobiliario o remodelación.
  - Descuento de facturas o facturan: mecanismo que permite obtener liquidez inmediata sobre cuentas por cobrar (por ejemplo, convenios con aseguradoras).
  - Cartas de crédito: utilizadas para importación de equipo médico o reactivos de laboratorio.
  - Leasing o arrendamiento financiero: opción que permite utilizar equipos médicos de alto valor sin necesidad de comprarlos, pagando una cuota mensual.

### ***B. Tipos de crédito***

Para la ejecución del proyecto de reapertura de la Clínica Divina Providencia, se analizan las principales modalidades de crédito que ofrecen las instituciones financieras salvadoreñas al sector privado. La selección del tipo de crédito dependerá del monto requerido, el destino de los fondos, la capacidad de pago proyectada y el plazo de recuperación de la inversión.

### **1. Créditos de consumo**

Corresponden a los préstamos otorgados por las instituciones financieras a personas naturales o profesionales independientes, con el fin de cubrir necesidades personales o gastos específicos.

En el contexto de la clínica, este tipo de crédito puede ser utilizado por los médicos propietarios o socios fundadores para financiar parcialmente su aporte al proyecto, cubrir gastos de formalización o adquirir equipo menor para la puesta en marcha.

Normalmente, este tipo de crédito se pacta para ser pagado en el corto o mediano plazo (de 1 a 4 años), con cuotas mensuales fijas y tasas de interés ligeramente superiores a las de los créditos comerciales.

### **2. Créditos comerciales**

Son los créditos que las instituciones bancarias otorgan a empresas o entidades del sector productivo y de servicios, con el objetivo de financiar su capital de trabajo, la adquisición de bienes, el pago de servicios esenciales o la modernización de infraestructura.

Para el caso de la Clínica Divina Providencia, este tipo de crédito resulta el más adecuado, ya que permite financiar la adquisición de equipo médico especializado, mobiliario clínico, adecuaciones de infraestructura, compra de medicamentos e insumos médicos, así como cubrir los gastos iniciales de operación.

Este financiamiento puede pactarse a corto o mediano plazo (de 1 a 5 años), dependiendo del monto solicitado y de la proyección del flujo de caja de la clínica. La mayoría de bancos comerciales ofrecen líneas de crédito específicas para micro, pequeñas y medianas empresas del sector salud, respaldadas con garantías reales o hipotecarias.

### **3. Créditos hipotecarios**

Son préstamos otorgados por las instituciones financieras para la adquisición, ampliación o construcción de bienes inmuebles, bajo la garantía de una hipoteca sobre el bien financiado.

En el caso del presente proyecto, la clínica podría optar por un crédito hipotecario a mediano o largo plazo (de 8 a 20 años) en caso de requerir la compra o remodelación del edificio donde operará el centro médico, asegurando así una infraestructura adecuada que cumpla con los requerimientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las normas técnicas vigentes para establecimientos de salud.

### ***C. Opciones de crédito***

A continuación, se presenta un cuadro de las posibles entidades que podrían financiar el proyecto, con sus respectivas tasas efectivas, bajo el plazo de más de un año para el crédito (Créditos para Actividades Productivas):

Tabla 284. Opciones de crédito

Institución	Tasa nominal	Tasa efectiva
BANCO AGRÍCOLA, S.A.	20%	22%
BANCO CUSCATLÁN DE EL SALVADOR, S.A.	15%	19%
BANCO DAVIVIENDA SALVADOREÑO, S.A.	21%	66%
BANCO HIPOTECARIO DE EL SALVADOR, S.A.	21%	35%
CITIBANK, N.A. SUC. EL SALVADOR	17%	22%
BANCO DE FOMENTO AGROPECUARIO	20%	39%
BANCO G&T CONTINENTAL EL SALVADOR, S.A.	27%	28%
BANCO PROMÉRICA, S.A.	22%	26%
BANCO DE AMÉRICA CENTRAL, S. A	22%	36%
BANCO ABANK, S.A.	21%	34%
BANCO INDUSTRIAL EL SALVADOR, S.A.	14%	17%
BANCO AZUL DE EL SALVADOR, S.A.	20%	39%
BANCO ATLÁNTIDA, S.A.	36%	38%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO, APOYO INTEGRAL, S.A.	37%	38%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO CREDICOMER, S.A.	45%	83%
SOCIEDAD DE AHORRO Y CRÉDITO, CONSTELACIÓN, S. A	30%	43%

Fuente: Instituciones bancarias/Elaboración propia

## 1. Banco Cuscatlán de El Salvador S.A.

### a. Requisitos mínimos

Para acceder a los productos de financiamiento empresarial que ofrece el Banco Cuscatlán, se deben cumplir los siguientes criterios generales:

- Contar con un mínimo de 2 años de operación comercial.
- Registrar ventas anuales mínimas de US \$100,000 en los últimos ejercicios.
- La empresa debe presentar estados financieros que reflejen su situación económica.
- Presentar las declaraciones fiscales correspondientes (renta e IVA).
- Para ciertos productos también se exige la lista actualizada de accionistas de la empresa.
- Aplica tanto para personas jurídicas como para personas naturales con negocio propio que cumplan con los requisitos anteriores.

### b. Documentación requerida

A continuación, los documentos típicamente solicitados por Banco Cuscatlán para evaluar un crédito empresarial:

- Formulario de solicitud debidamente completado o carta de solicitud formal.
- Estados financieros de los últimos dos ejercicios fiscales (o el historial requerido por el banco).
- Declaraciones del impuesto sobre la renta, y las correspondientes al IVA, cuando aplique.
- Nómina de accionistas actualizada con sus porcentajes de participación.
- Comprobante de ventas anuales (facturación u otro documento aceptado) que acredite el mínimo requerido.
- Copia de la escritura de constitución de la empresa y modificaciones registradas en el Registro de Comercio, si aplica.
- Documentación legal de la empresa: NIT, Registro Fiscal, matrícula de comercio, actas societarias si hay junta directiva u órgano equivalente.
- Información relativa al destino del crédito: si es para inversión en activos, remodelación, capital de trabajo, etc.
- En el caso de garantías reales (hipoteca o prenda), se requerirá valúo reciente del bien, documentación de propiedad, y demás conforme a política interna del banco (aunque este punto puede requerir confirmación directa con Banco Cuscatlán).
- Otros documentos adicionales específicos según el producto: por ejemplo, proyección de flujo de caja si es un crédito decreciente, o análisis de factibilidad si la empresa es de reciente constitución.

### c. Condiciones del crédito

A continuación, se presentan las condiciones de financiamiento propuestas por el Banco Cuscatlán de El Salvador, aplicables a la reapertura del Hospital Divina Providencia (Ahora clínica):

- Suponiendo un 100% del financiamiento:
  - Monto a financiar: \$ 284,504.82
  - Tasa efectiva anual: 19.00%
  - Plazo: 10 años

#### 1. Cálculo de cuota

$$R = \frac{P * i}{1 - (1 + i)^{-10}}$$

Done:

- R = cuota constante anual
- P = monto del préstamo
- i = tasa de interés anual (19% = 0.19)
- n = número total de años (10)

$$R = \frac{(284,504.82) * 0.19}{1 - (1.19)^{-10}} = 65,570.20$$

#### 2. Cálculo de interés (Inicial)

$$i = \text{Saldo inicial} \times i$$

$$i = 284,504.82 \times 0.19 = \$54,055.92$$

### 1. Amortización (Año 1)

$$\text{Amortización} = 65,570.20 - 54,055.92 = 11,514.28$$

Anualidades a pagar de \$ 65,570.20 repartida en los doce meses del año:

Tabla 285. Anualidades Banco Cuscatlán

BANCO CUSCATLÁN DE EL SALVADOR, S.A.				19%
Año	Cuota	Pago intereses	Abono a capital	Saldo final
0	-	-	-	\$ 284,504.82
1	\$ 65,570.20	\$ 54,055.92	\$ 11,514.28	\$ 272,990.53
2	\$ 65,570.20	\$ 51,868.20	\$ 13,702.00	\$ 259,288.54
3	\$ 65,570.20	\$ 49,264.82	\$ 16,305.38	\$ 242,983.16
4	\$ 65,570.20	\$ 46,166.80	\$ 19,403.40	\$ 223,579.76
5	\$ 65,570.20	\$ 42,480.15	\$ 23,090.05	\$ 200,489.71
6	\$ 65,570.20	\$ 38,093.05	\$ 27,477.15	\$ 173,012.56
7	\$ 65,570.20	\$ 32,872.39	\$ 32,697.81	\$ 140,314.74
8	\$ 65,570.20	\$ 26,659.80	\$ 38,910.40	\$ 101,404.34
9	\$ 65,570.20	\$ 19,266.82	\$ 46,303.38	\$ 55,100.97
10	\$ 65,570.07	\$ 10,469.18	\$ 55,100.97	\$ 0.00

Fuente: Elaboración propia. Información del Banco Cuscatlán de El Salvador S.A.

## 2. Citibank N.A. SUC. El Salvador

### a. Créditos empresariales

Citibank, N.A. Sucursal El Salvador ofrece soluciones financieras diseñadas para atender las necesidades específicas de capital de trabajo, inversión y expansión de las empresas. Su línea de créditos empresariales está orientada a proporcionar alternativas de financiamiento flexibles y adaptadas al perfil de cada organización, con el objetivo de optimizar su rentabilidad y liquidez. A través de su portafolio de productos financieros, las empresas pueden fortalecer su capacidad operativa, incrementar su productividad y mejorar su posición competitiva en el mercado nacional e internacional.

### b. Facilidades crediticias

Dentro de las principales facilidades crediticias que ofrece la institución se incluyen:

- Créditos decrecientes.
- Líneas de crédito rotativo.
- Fianzas.
- Descuento de letras.
- Líneas de sobregiro en cuenta corriente.
- Arrendamiento financiero (*leasing*).
- Factoraje.
- Tarjetas de crédito empresarial.

### c. Requisitos

Para optar a las líneas de financiamiento empresarial que ofrece Citibank, N.A. Sucursal El Salvador, el solicitante deberá cumplir con los siguientes requisitos generales:

- Presentar la solicitud de crédito debidamente completada, la cual puede obtenerse en las agencias Roosevelt, San Luis y Caribe.
- Acreditar ventas anuales mínimas de \$150,000.00.
- Presentar estados financieros actualizados que reflejen la situación económica y patrimonial de la empresa.
- Adjuntar declaraciones de renta e IVA correspondientes al último ejercicio fiscal.
- El crédito aplica tanto para personas jurídicas como para personas naturales con negocio propio.
- Contar con un mínimo de dos años de operación comercial continua, que respalde la estabilidad y solvencia de la empresa solicitante.

A continuación, se detallan las condiciones generales del crédito ofrecido por Citibank El Salvador, aplicables a las empresas interesadas en financiar sus operaciones o proyectos de inversión.

- Suponiendo un 100% del financiamiento:
  - Monto a financiar: \$ 284,504.82
  - Tasa efectiva: 22%
  - Plazo: 10 años

#### 2. Cálculo de cuota

$$R = \frac{P * i}{1 - (1 + i)^{-10}}$$

Donde:

- R = cuota constante anual
- P = monto del préstamo
- i = tasa de interés anual (22% = 0.22)
- n = número total de años (10)

$$R = \frac{(284,504.82) * 0.22}{1 - (1.22)^{-10}} = \$ 72,518.85$$

#### 3. Cálculo de interés (Inicial)

$$i = \text{Saldo inicial} \times i$$

$$i = 284504.81 \times 0.22 = 62,591.06$$

#### 4. Amortización (Año 1)

$$\text{Amortización} = 72,518.85 - 62,591.06 = \$ 9,927.79$$

Anualidades a pagar de \$ 72,518.85 repartida en los doce meses del año

Tabla 286. Anualidades Citibank

CITIBANK, N.A. SUC. EL SALVADOR				22%
Año	Cuota	Pago intereses	Abono a capital	Saldo final
0	-	-	-	\$ 284,504.82
1	\$ 72,518.85	\$ 62,591.06	\$ 9,927.79	\$ 274,577.03
2	\$ 72,518.85	\$ 60,406.95	\$ 12,111.90	\$ 262,465.12
3	\$ 72,518.85	\$ 57,742.33	\$ 14,776.52	\$ 247,688.60
4	\$ 72,518.85	\$ 54,491.49	\$ 18,027.36	\$ 229,661.24
5	\$ 72,518.85	\$ 50,525.47	\$ 21,993.38	\$ 207,667.87
6	\$ 72,518.85	\$ 45,686.93	\$ 26,831.92	\$ 180,835.95
7	\$ 72,518.85	\$ 39,783.91	\$ 32,734.94	\$ 148,101.01
8	\$ 72,518.85	\$ 32,582.22	\$ 39,936.63	\$ 108,164.38
9	\$ 72,518.85	\$ 23,796.16	\$ 48,722.69	\$ 59,441.69
10	\$ 72,518.79	\$ 13,077.17	\$ 59,441.70	\$ 0.00

Fuente: Elaboración propia. Información de Citibank, N.A

### 3. Banco Industrial El Salvador, S.A.

#### a. Requisitos

- Para aplicar a un crédito empresarial con el Banco Industrial de El Salvador, el solicitante debe cumplir con los siguientes criterios mínimos establecidos por la institución financiera:
- Poseer calificación de riesgo A1, A2 o B, según la evaluación crediticia vigente.
- Contar con un mínimo de dos años de operación comercial continua.
- En caso de presentar garantía real (hipoteca o prenda), esta deberá respaldarse con un valúo reciente, con una antigüedad no mayor a seis meses, elaborado por un perito acreditado por el Banco Industrial.
- Presentar la documentación mínima requerida para la evaluación del crédito, conforme a las políticas internas de la entidad.

#### b. Documentación necesaria

La documentación exigida varía según el tipo de cliente (corporativo o empresarial), debiendo presentarse como mínimo la siguiente:

- Clientes corporativos: Carta de solicitud emitida por la empresa.
- Clientes empresariales: Formulario de solicitud debidamente completado o, en su defecto, carta formal de solicitud.
- Estados financieros de los dos últimos ejercicios fiscales, coincidentes con los presentados al Registro de Comercio.
- Para solicitudes superiores a US\$100,000.00, los estados financieros deberán estar auditados por un Contador Público Autorizado, con dictamen registrado ante el Consejo de Vigilancia de la Profesión de Contaduría Pública y Auditoría.
- Estados financieros de comprobación con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de la solicitud, incluyendo sus anexos.

- En créditos decrecientes con plazo mayor a un año, deberá presentarse el flujo de caja operacional proyectado para todo el período de financiamiento, con las premisas de respaldo.
- La proyección financiera deberá presentarse mensual para el primer año fiscal y anual para los siguientes.
- Listado actualizado de accionistas y su respectivo porcentaje de participación.
- Documentación legal y fiscal:
  - NIT y Registro Fiscal de la empresa.
  - DUI y NIT del Representante Legal (o pasaporte vigente y carné de residente si es extranjero).
  - Escritura de constitución y modificaciones inscritas en el Registro de Comercio.
  - Certificación del punto de acta, cuando se requiera aprobación de la Junta Directiva.
  - Credenciales vigentes de la Junta Directiva y del Representante Legal.
  - Declaración del impuesto sobre la renta del último ejercicio fiscal.
  - Matrícula de Comercio vigente.
- Declaración Jurada conforme al Decreto Legislativo No. 498, Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos y su reglamento.
- Para solicitudes superiores a US\$30,000.00, el solicitante deberá encontrarse solvente con el fisco.
- Recibo reciente de agua, luz o teléfono (no mayor a un mes) del inmueble donde opera la empresa.
- Formularios y cartas requeridas por el Banco, entre ellas:
  - Formulario de Protección al Consumidor.
  - Carta de aceptación de pago de comisiones.
  - Carta de designación de notario.
  - Carta de aceptación de cargo en cuenta.
  - Carta de designación de aseguradora (si aplica).
- Para empresas de reciente constitución, sin historial financiero, deberá presentarse un estudio de viabilidad del negocio, que incluya análisis mercadológico, técnico y financiero del proyecto.

### **c. Condiciones del crédito**

A continuación, se presentan las condiciones de financiamiento propuestas por el Banco Industrial de El Salvador, aplicables a la reapertura del Hospital Divina Providencia (Ahora clínica):

- Suponiendo un 100% del financiamiento:
  - Monto a financiar: \$ 284,504.82
  - Tasa efectiva anual: 17.00%
  - Plazo: 10 años

#### 1. Cálculo de cuota

$$R = \frac{P * i}{1 - (1 + i)^{-10}}$$

Done:

- R = cuota constante anual
- P = monto del préstamo
- i = tasa de interés anual (22% = 0.22)
- n = número total de años (10)

$$R = \frac{(284504.82) * 0.17}{1 - (1.17)^{-10}} = \$61,070.84$$

2. Cálculo de interés (Inicial)

$$i = \text{Saldo inicial} \times i$$

$$i = 284504.82 \times 0.17 = \$48,365.82$$

Amortización (Año 1)

$$\text{Amortización} = 61,070.84 - 48,365.82 = \$12,705.02$$

Anualidades a pagar de \$ 61,070.84 repartida en los doce meses del año:

Tabla 287. Anualidades Banco Industrial

BANCO INDUSTRIAL EL SALVADOR, S.A.				17%
Año	Cuota	Pago intereses	Abono a capital	Saldo final
0	-	-	-	\$ 284,504.82
1	\$61,070.84	\$ 48,365.82	\$ 12,705.02	\$ 271,799.80
2	\$61,070.84	\$ 46,205.97	\$ 14,864.87	\$ 256,934.92
3	\$61,070.84	\$ 43,678.94	\$ 17,391.90	\$ 239,543.02
4	\$61,070.84	\$ 40,722.31	\$ 20,348.53	\$ 219,194.49
5	\$61,070.84	\$ 37,263.06	\$ 23,807.78	\$ 195,386.72
6	\$61,070.84	\$ 33,215.74	\$ 27,855.10	\$ 167,531.62
7	\$61,070.84	\$ 28,480.38	\$ 32,590.46	\$ 134,941.15
8	\$61,070.84	\$ 22,940.00	\$ 38,130.84	\$ 96,810.31
9	\$61,070.84	\$ 16,457.75	\$ 44,613.09	\$ 52,197.22
10	\$61,070.75	\$ 8,873.53	\$ 52,197.22	\$ 0.00

Fuente: Elaboración propia. Información del Banco Industrial El Salvador S.A.

### III. Costos del proyecto

#### A. Establecimiento del sistema de costos

El sistema de costos a emplear en el presente proyecto comprende el conjunto de procedimientos, registros y métodos contables diseñados para determinar el costo unitario de los servicios médicos que ofrecerá la Clínica Divina Providencia, controlar las operaciones que se desarrollarán en sus distintas áreas y generar información confiable que permita la toma de decisiones técnicas, financieras y administrativas.

En este estudio, el sistema de costos tiene como finalidad identificar y cuantificar los recursos económicos necesarios para la prestación de servicios de salud como consulta general, especialidades médicas, laboratorio clínico, imagenología y farmacia, con el objetivo de determinar la rentabilidad de cada uno y garantizar la sostenibilidad operativa de la clínica.

Se ha determinado que el sistema más apropiado es el **costeo por absorción**, ya que este método permite incorporar todos los costos del proceso, tanto directos (como personal médico, medicamentos, reactivos y materiales clínicos) como indirectos (servicios básicos, mantenimiento, limpieza, depreciaciones y administración), cumpliendo con los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) y con la normativa vigente en El Salvador aplicable a instituciones de salud supervisadas por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).

Dado que la Clínica Divina Providencia ofrecerá distintos servicios interrelacionados, se implementará un sistema de costos absorbente por procesos, el cual permitirá asignar los costos a cada unidad operativa según su participación en la atención médica (por ejemplo: laboratorio, consulta externa, imagenología, farmacia y administración). Este sistema es ideal para centros de salud que manejan diversos tipos de servicios, ya que posibilita un control eficiente del gasto y una adecuada evaluación de la productividad.

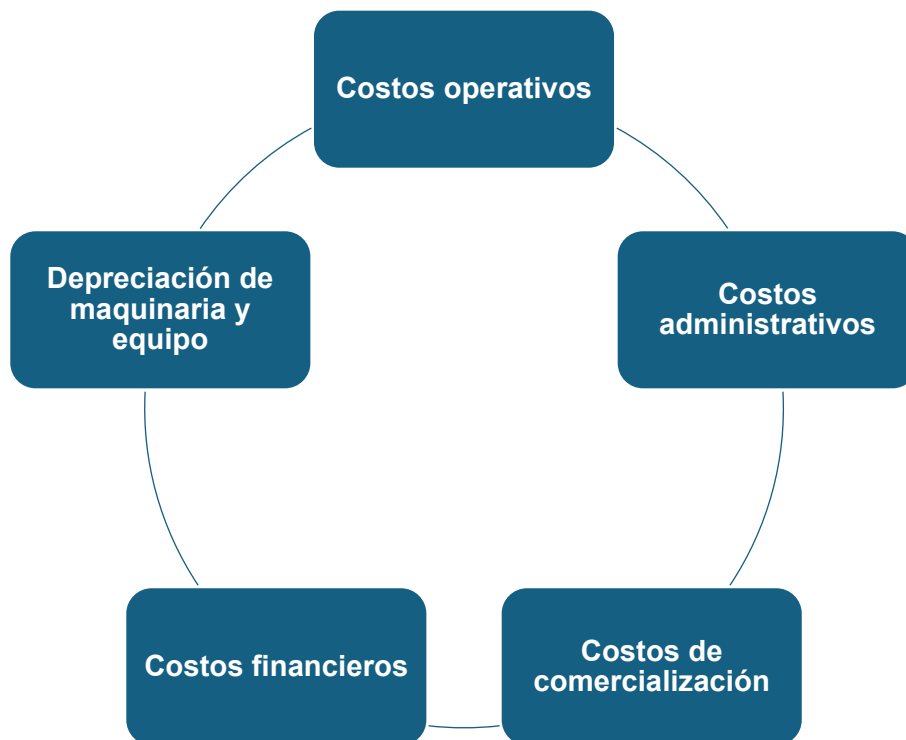
Los principales rubros considerados dentro del sistema de costos son los siguientes:

1. Costos operativos: Comprenden los costos directos e indirectos asociados con la atención médica, laboratorio clínico, farmacia, imagenología, mantenimiento de equipos y demás actividades operativas necesarias para la atención del paciente.
2. Costos administrativos: Incluyen los gastos vinculados a la dirección médica, recursos humanos, contabilidad, limpieza, seguridad, papelería y servicios básicos.
3. Costos de comercialización: Corresponden a la promoción de los servicios clínicos, señalización, campañas informativas, publicidad y convenios con instituciones o aseguradoras.
4. Costos financieros: Abarcan intereses de préstamos, comisiones bancarias, seguros, y otros gastos asociados a la obtención y administración de los recursos económicos para la reapertura y funcionamiento de la clínica.

La aplicación del sistema de costos absorbente por procesos permitirá determinar el costo integral de cada servicio médico, identificar las áreas con mayor incidencia en el gasto y establecer tarifas realistas y sostenibles, asegurando la viabilidad económica y financiera de la Clínica Divina Providencia.

A continuación, se presenta detalladamente cada uno de los anteriores.

Figura 191. Costos del proyecto



Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que dentro de los costos asociados se ha aplicado el crecimiento de la demanda del 2% (debido al consumo de los mismos) y según reportes de “Trading Economics” establece lo siguiente:

*“La tasa de inflación en El Salvador aumentó a 0.94 por ciento en octubre desde 0.36 por ciento en septiembre de 2025. La tasa de inflación en El Salvador se espera que sea del 1.20 por ciento para el final de este trimestre, según los modelos macroeconómicos globales de Trading Economics y las expectativas de los analistas. A largo plazo, se proyecta que la tasa de inflación en El Salvador se mantendrá alrededor del 2.70 por ciento en 2026”*

Por lo tanto, también se considera la inflación para el aumento de los costos (cuando aplique) en un 2.7%. Además, para el cálculo de los costos nos basaremos en los resultados obtenidos para las inversiones. Por lo tanto, a continuación, tenemos el siguiente desglose:

## B. Costos operativos

### 1. Costos de insumos médicos

#### a. Insumos médicos y medicamentos

Tabla 288. Insumos médicos y medicamentos para el año 1

Año 1					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.40	27.80%	3336	\$ 4,670.40
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.00	17.60%	2112	\$ 4,224.00
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.90	7.10%	852	\$ 2,470.80
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.50	1.90%	228	\$ 570.00
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.80	4.60%	552	\$ 1,545.60
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.30	2.40%	288	\$ 374.40
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.20	1.20%	144	\$ 172.80
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.00	1.50%	180	\$ 540.00
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.70	2.40%	288	\$ 777.60
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.00	0.60%	72	\$ 144.00
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.35	11.00%	1320	\$ 462.00
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.00	1.30%	156	\$ 1,092.00
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.80	1.00%	120	\$ 456.00
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.30	2.00%	240	\$ 552.00
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.80	0.20%	24	\$ 43.20

Año 1					
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.50	0.10%	12	\$ 30.00
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.00	0.30%	36	\$ 72.00
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.00	0.50%	60	\$ 120.00
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.50	0.50%	60	\$ 210.00
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.50	0.20%	24	\$ 132.00
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.20	0.50%	60	\$ 432.00
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.00	1.00%	120	\$ 1,080.00
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.10	1.00%	120	\$ 132.00
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.40	3.00%	360	\$ 504.00
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.80	2.00%	240	\$ 672.00
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.90	10.00%	1200	\$ 2,280.00
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.00	10.00%	1200	\$ 1,200.00
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.40	10.00%	1200	\$ 1,680.00
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.45	5.00%	600	\$ 870.00
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.60	2.00%	240	\$ 384.00
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.80	0.50%	60	\$ 168.00
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.50	1.00%	120	\$ 2,100.00

Año 1					
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$14.80	1.00%	120	\$ 1,776.00
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.50	0.50%	60	\$ 570.00
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.00	0.50%	60	\$ 660.00
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.00	1.00%	120	\$ 1,680.00
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.50	2.00%	240	\$ 2,280.00
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6000	\$ 900.00
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.00	8.00%	960	\$ 2,880.00
Guantes estériles	Par individual	\$0.80	20.00%	2400	\$ 1,920.00
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.00	30.00%	36	\$ 144.00
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.00	10.00%	12	\$ 240.00
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.00	20.00%	24	\$ 480.00
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.00	20.00%	24	\$ 144.00
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.00	1.00%	120	\$ 2,760.00
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.00	1.30%	3.12	\$ 56.16

Año 1					
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.50	2.00%	240	\$ 360.00
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	\$2.50	0.50%	60	\$ 150.00
Total					\$48,000.96

Fuente: Elaboración propia

Tabla 289. Insumos médicos y medicamentos para el año 2

Año 2					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.44	27.80%	3403	\$ 4,892.43
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	17.60%	2154	\$ 4,424.81
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.98	7.10%	869	\$ 2,588.26
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.57	1.90%	233	\$ 597.10
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.88	4.60%	563	\$ 1,619.08
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.34	2.40%	294	\$ 392.20
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.23	1.20%	147	\$ 181.01
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.08	1.50%	184	\$ 565.67
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.77	2.40%	294	\$ 814.57

Año 2					
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	0.60%	73	\$ 150.85
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.36	11.00%	1346	\$ 483.96
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.19	1.30%	159	\$ 1,143.91
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.90	1.00%	122	\$ 477.68
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.36	2.00%	245	\$ 578.24
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.85	0.20%	24	\$ 45.25
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.57	0.10%	12	\$ 31.43
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.05	0.30%	37	\$ 75.42
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.05	0.50%	61	\$ 125.70
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.59	0.50%	61	\$ 219.98
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.65	0.20%	24	\$ 138.28
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.39	0.50%	61	\$ 452.54
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.24	1.00%	122	\$ 1,131.34
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.13	1.00%	122	\$ 138.28
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.44	3.00%	367	\$ 527.96
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.54	2.00%	245	\$ 377.11
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.88	2.00%	245	\$ 703.95
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.95	10.00%	1224	\$ 2,388.39

Año 2					
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.03	10.00%	1224	\$ 1,257.05
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.44	10.00%	1224	\$ 1,759.87
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.49	5.00%	612	\$ 911.36
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.64	2.00%	245	\$ 402.26
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.88	0.50%	61	\$ 175.99
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.97	1.00%	122	\$ 2,199.83
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$15.20	1.00%	122	\$ 1,860.43
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.76	0.50%	61	\$ 597.10
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.30	0.50%	61	\$ 691.38
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.38	1.00%	122	\$ 1,759.87
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.76	2.00%	245	\$ 2,388.39
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6120	\$ 942.79
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.08	8.00%	979	\$3,016.92
Guantes estériles	Par individual	\$0.82	20.00%	2448	\$ 2,011.28
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.11	30.00%	37	\$ 150.85

Año 2					
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.54	10.00%	12	\$ 251.41
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	24	\$ 502.82
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	24	\$ 502.82
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.16	20.00%	24	\$ 150.85
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.62	1.00%	122	\$ 2,891.21
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.49	1.30%	3	\$ 58.83
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.54	2.00%	245	\$ 377.11
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	\$2.57	0.50%	61	\$ 157.13
<b>Total</b>					<b>\$ 50,282.93</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 290. Insumos médicos y medicamentos para el año 3

Año 3					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.44	27.80%	3471	\$ 5,125.02
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	17.60%	2197	\$ 4,635.16
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.98	7.10%	886	\$ 2,711.31

Año 3					
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.57	1.90%	237	\$ 625.48
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.88	4.60%	574	\$ 1,696.05
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.34	2.40%	300	\$ 410.84
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.23	1.20%	150	\$ 189.62
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.08	1.50%	187	\$ 592.56
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.77	2.40%	300	\$ 853.29
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	0.60%	75	\$ 158.02
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.36	11.00%	1373	\$ 506.97
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.19	1.30%	162	\$ 1,198.30
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.90	1.00%	125	\$ 500.39
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.36	2.00%	250	\$ 605.73
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.85	0.20%	25	\$ 47.41
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.57	0.10%	12	\$ 32.92
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.05	0.30%	37	\$ 79.01
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.05	0.50%	62	\$ 131.68
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.59	0.50%	62	\$ 230.44

Año 3					
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.65	0.20%	25	\$ 144.85
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.39	0.50%	62	\$ 474.05
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.24	1.00%	125	\$1,185.13
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.13	1.00%	125	\$ 144.85
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.44	3.00%	375	\$ 553.06
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.54	2.00%	250	\$ 395.04
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.88	2.00%	250	\$ 737.41
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.95	10.00%	1248	\$ 2,501.94
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.03	10.00%	1248	\$ 1,316.81
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.44	10.00%	1248	\$ 1,843.53
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.49	5.00%	624	\$ 954.69
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.64	2.00%	250	\$ 421.38
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.88	0.50%	62	\$ 184.35
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.97	1.00%	125	\$ 2,304.41
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$15.20	1.00%	125	\$ 1,948.88
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.76	0.50%	62	\$ 625.48
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.30	0.50%	62	\$ 724.24

Año 3					
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.38	1.00%	125	\$ 1,843.53
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.76	2.00%	250	\$ 2,501.94
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6242	\$ 987.61
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.08	8.00%	999	\$ 3,160.34
Guantes estériles	Par individual	\$0.82	20.00%	2497	\$ 2,106.89
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.11	30.00%	37	\$ 158.02
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.54	10.00%	12	\$ 263.36
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	25	\$ 526.72
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	25	\$ 526.72
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.16	20.00%	25	\$ 158.02
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.62	1.00%	125	\$ 3,028.66
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.49	1.30%	3	\$ 61.63
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.54	2.00%	250	\$ 395.04
Alcohol isopropílico 70%	Frasco de 500 mL	\$2.57	0.50%	62	\$ 164.60
Total					<b>\$ 52,673.38</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 291. Insumos médicos y medicamentos para el año 4

Año 4					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.44	27.80%	3540	\$ 5,368.66
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	17.60%	2241	\$ 4,855.52
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.98	7.10%	904	\$ 2,840.20
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.57	1.90%	242	\$ 655.22
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.88	4.60%	586	\$ 1,776.68
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.34	2.40%	306	\$ 430.38
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.23	1.20%	153	\$ 198.63
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.08	1.50%	191	\$ 620.73
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.77	2.40%	306	\$ 893.86
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	0.60%	76	\$ 165.53
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.36	11.00%	1401	\$ 531.07
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.19	1.30%	166	\$ 1,255.26
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.90	1.00%	127	\$ 524.18

Año 4					
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.36	2.00%	255	\$ 634.53
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.85	0.20%	25	\$ 49.66
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.57	0.10%	13	\$ 34.49
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.05	0.30%	38	\$ 82.76
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.05	0.50%	64	\$ 137.94
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.59	0.50%	64	\$ 241.40
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.65	0.20%	25	\$ 151.74
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.39	0.50%	64	\$ 496.59
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.24	1.00%	127	\$ 1,241.47
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.13	1.00%	127	\$ 151.74
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.44	3.00%	382	\$ 579.35
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.54	2.00%	255	\$ 413.82
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.88	2.00%	255	\$ 772.47
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.95	10.00%	1273	\$ 2,620.88
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.03	10.00%	1273	\$ 1,379.41
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.44	10.00%	1273	\$ 1,931.17
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.49	5.00%	637	\$ 1,000.07
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.64	2.00%	255	\$ 441.41

Año 4					
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.88	0.50%	64	\$ 193.12
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.97	1.00%	127	\$ 2,413.97
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$15.20	1.00%	127	\$ 2,041.53
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.76	0.50%	64	\$ 655.22
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.30	0.50%	64	\$ 758.68
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.38	1.00%	127	\$ 1,931.17
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.76	2.00%	255	\$ 2,620.88
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6367	\$ 1,034.56
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.08	8.00%	1019	\$ 3,310.58
Guantes estériles	Par individual	\$0.82	20.00%	2547	\$ 2,207.05
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.11	30.00%	38	\$ 165.53
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.54	10.00%	13	\$ 275.88
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	25	\$ 551.76
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	25	\$ 551.76

Año 4					
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.16	20.00%	25	\$ 165.53
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.62	1.00%	127	\$ 3,172.64
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.49	1.30%	3	\$ 64.56
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.54	2.00%	255	\$ 413.82
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	\$2.57	0.50%	64	\$ 172.43
Total					<b>\$ 55,177.47</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 292. Insumos médicos y medicamentos para el año 5

Año 5					
Medicamento	Formato	Costo	Prescripción (probabilidad)	Demanda esperada	Costo total
Paracetamol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.44	27.80%	3611	\$ 5,623.89
Ibuprofeno 400 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	17.60%	2286	\$ 5,086.35
Amoxicilina 500 mg	Caja de 20 cápsulas	\$2.98	7.10%	922	\$ 2,975.23
Metronidazol 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.57	1.90%	247	\$ 686.37
Omeprazol 20 mg	Caja de 14 cápsulas	\$2.88	4.60%	598	\$ 1,861.14
Loratadina 10 mg	Caja de 10 tabletas	\$1.34	2.40%	312	\$ 450.84

Año 5					
Ácido fólico 5 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.23	1.20%	156	\$ 208.08
Metformina 850 mg	Caja de 30 tabletas	\$3.08	1.50%	195	\$ 650.24
Enalapril 10 mg	Caja de 30 tabletas	\$2.77	2.40%	312	\$ 936.35
Diclofenaco 50 mg	Caja de 20 tabletas	\$2.05	0.60%	78	\$ 173.40
Suero oral en polvo	Sobre individual	\$0.36	11.00%	1429	\$ 556.32
Salbutamol (inhalador)	Unidad	\$7.19	1.30%	169	\$ 1,314.94
Multivitamínicos	Frasco de 30 tabletas	\$3.90	1.00%	130	\$ 549.09
Suplementos de hierro	Caja de 20 tabletas	\$2.36	2.00%	260	\$ 664.69
Vitamina C 500 mg	Caja de 20 tabletas	\$1.85	0.20%	26	\$ 52.02
Adrenalina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.57	0.10%	13	\$ 36.12
Atropina 1 mg/mL	Ampolla de 1 mL	\$2.05	0.30%	39	\$ 86.70
Diazepam 10 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$2.05	0.50%	65	\$ 144.50
Midazolam 5 mg/3 mL	Ampolla	\$3.59	0.50%	65	\$ 252.87
Fentanilo 0.05 mg/mL	Ampolla de 2 mL	\$5.65	0.20%	26	\$ 158.95
Ketamina 50 mg/mL	Ampolla de 10 mL	\$7.39	0.50%	65	\$ 520.20
Propofol 1%	Frasco 20 mL	\$9.24	1.00%	130	\$ 1,300.49
Furosemida 20 mg/2 mL	Ampolla de 2 mL	\$1.13	1.00%	130	\$ 158.95

Año 5					
Glucosa al 50%	Ampolla de 20 mL	\$1.44	3.00%	390	\$ 606.89
Glucosa al 5%	Bolsa 1,000 mL	\$1.54	2.00%	260	\$ 433.50
Dextrosa 10% + electrolitos	Bolsa 1,000 mL	\$2.88	2.00%	260	\$ 809.19
Cloruro de potasio 10%	Ampolla de 10 mL	\$1.95	10.00%	1299	\$ 2,745.47
Solución salina al 0.9%	Bolsa de 500 mL	\$1.03	10.00%	1299	\$ 1,444.99
Solución salina 0.9%	Bolsa 1,000 mL	\$1.44	10.00%	1299	\$ 2,022.98
Solución Hartmann	Bolsa de 500 mL	\$1.49	5.00%	649	\$ 1,047.62
Solución Hartmann (1,000 mL)	Bolsa 1,000 mL	\$1.64	2.00%	260	\$ 462.40
Ceftriaxona 1 g	Frasco vial inyectable	\$2.88	0.50%	65	\$ 202.30
Meropenem 1 g	Frasco vial inyectable	\$17.97	1.00%	130	\$ 2,528.73
Piperacilina/Tazobactam 4.5 g	Frasco vial inyectable	\$15.20	1.00%	130	\$ 2,138.58
Vancomicina 500 mg	Frasco vial inyectable	\$9.76	0.50%	65	\$ 686.37
Aminoven 5%	Bolsa 500 mL	\$11.30	0.50%	65	\$ 794.74
Lipoven 10%	Bolsa 500 mL	\$14.38	1.00%	130	\$ 2,022.98
Ensure Advance (neutro)	Lata 400 g	\$9.76	2.00%	260	\$ 2,745.47
Jeringas desechables	Diversas capacidades	\$0.15	50.00%	6495	\$ 1,083.74

Año 5					
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	\$3.08	8.00%	1039	\$ 3,467.97
Guantes estériles	Par individual	\$0.82	20.00%	2598	\$ 2,311.98
Tubos capilares sin heparina	Frasco de 100 unidades	\$4.11	30.00%	39	\$ 173.40
Tubos vacutainer con EDTA	Caja de 100 unidades	\$20.54	10.00%	13	\$ 289.00
Tubos vacutainer con citrato	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	26	\$ 577.99
Tubos vacutainer con heparina	Caja de 100 unidades	\$20.54	20.00%	26	\$ 577.99
Lancetas desechables / punción capilar	Caja de 100 unidades	\$6.16	20.00%	26	\$ 173.40
Glucómetros / Glucómetro digital	Unidad	\$23.62	1.00%	130	\$ 3,323.47
Tiras reactivas para glucosa	Caja de 50 unidades	\$18.49	1.30%	3	\$ 67.63
Pruebas rápidas de embarazo	Unidad	\$1.54	2.00%	260	\$ 433.50
Alcohol isopropílico al 70%	Frasco de 500 mL	\$2.57	0.50%	65	\$ 180.62
Total					<b>\$ 57,800.61</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Papelería - Médicos**

Tabla 293. Costos de papelería para área médica año 1

Año 1					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	120	recetario	100	\$ 2.00	\$ 240.00
Recetarios doble copia (farmacia)	120	recetario	100	\$ 3.00	\$ 360.00
Formularios de laboratorio	8771	hojas	1	\$ 0.05	\$ 438.55
Reportes de imagenología	1530	hojas	1	\$ 0.05	\$ 76.50
Etiquetas (expedientes y muestras)	54	unidad	160	\$ 9.9	\$ 534.60
Total					<b>\$ 1,649.65</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 294. Costos de papelería para área médica año 2

Año 2					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	122	recetario	100	\$ 2.05	\$ 251.41
Recetarios doble copia (farmacia)	122	recetario	100	\$ 3.08	\$ 377.11
Formularios laboratorio	8946	hojas	1	\$ 0.05	\$ 459.40
Reportes de imagenología	1561	hojas	1	\$ 0.05	\$ 80.14
Etiquetas (expedientes y muestras)	55	unidad	160	\$ 10.17	\$ 560.01
Total					<b>\$ 1,728.07</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 295. Costos de papelería para área médica año 3

Año 3					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	125	recetario	100	\$ 2.11	\$ 263.36
Recetarios doble copia (farmacia)	125	recetario	100	\$ 3.16	\$ 395.04
Formularios laboratorio	9125	hojas	1	\$ 0.05	\$ 481.24
Reportes de imagenología	1592	hojas	1	\$ 0.05	\$ 83.95
Etiquetas (expedientes y muestras)	56	unidad	160	\$ 10.44	\$ 586.64
Total					<b>\$ 1,810.23</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 296. Costos de papelería para área médica año 4

Año 4					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	127	recetario	100	\$ 2.17	\$ 275.88
Recetarios doble copia (farmacia)	127	recetario	100	\$ 3.25	\$ 413.82
Formularios laboratorio	9308	hojas	1	\$ 0.05	\$ 504.12
Reportes de imagenología	1624	hojas	1	\$ 0.05	\$ 87.94
Etiquetas (expedientes y muestras)	57	unidad	160	\$ 10.72	\$ 614.53
Total					<b>\$ 1,896.29</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 297. Costos de papelería para área médica año 5

Año 5					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Recetarios médicos	130	recetario	100	\$ 2.22	\$ 289.00
Recetarios doble copia (farmacia)	130	recetario	100	\$ 3.34	\$ 433.50
Formularios laboratorio	9494	hojas	1	\$ 0.06	\$ 528.08
Reportes de imagenología	1656	hojas	1	\$ 0.06	\$ 92.12
Etiquetas (expedientes y muestras)	58	unidad	160	\$ 11.01	\$ 643.74
Total					<b>\$ 1,986.43</b>

Fuente: Elaboración propia

**c. Total, de insumos**

Tabla 298. Resumen de insumos médicos - papelería

Insumos	Costo / Año 1	Costo / Año 2	Costo / Año 3	Costo / Año 4	Costo / Año 5
Médicos	\$ 48,000.96	\$ 50,282.93	\$ 52,673.38	\$ 55,177.47	\$ 57,800.61
Papelería	\$ 1,649.65	\$ 1,728.07	\$ 1,810.23	\$ 1,896.29	\$ 1,986.43
<b>Total</b>	<b>\$ 49,650.61</b>	<b>\$ 52,011.00</b>	<b>\$ 54,483.60</b>	<b>\$ 57,073.75</b>	<b>\$ 59,787.04</b>

Fuente: Elaboración propia

**2. Costos de mano de obra operativa**  
**a. Salarios de profesionales operativos**

Tabla 299. Mano de obra operativa

Profesional	Total, salario anual	Vacaciones	Aguinaldo	Total, anual
Auxiliar de Enfermería	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
Enfermera jefa	\$ 8,262.00	\$ 90.00	\$ 300.00	\$ 8,652.00
Médico Gastroenterólogo	\$ 1,321.56	\$ -	\$ -	\$ 1,321.56
Médico General	\$ 6,343.53	\$ -	\$ -	\$ 6,343.53
Médico Ginecólogo	\$ 2,973.51	\$ -	\$ -	\$ 2,973.51
Médico Internista	\$ 10,572.48	\$ -	\$ -	\$ 10,572.48
Médico Pediatra	\$ 8,266.36	\$ -	\$ -	\$ 8,266.36
Médico Urólogo	\$ 991.17	\$ -	\$ -	\$ 991.17
Regente de Gabinete Radiológico	\$ 7,929.36	\$ -	\$ -	\$ 7,929.36
Regente de Laboratorio Clínico	\$ 7,929.36	\$ -	\$ -	\$ 7,929.36
Regente Farmacéutico	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
Secretaria/Recepcionista	\$ 5,629.18	\$ 61.32	\$ 204.40	\$ 5,894.90
<b>Total</b>				<b>\$72,664.01</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Total, de mano de obra operativa**

Tabla 300. Mano de obra operativa costo anual

Mano de obra operativa	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Auxiliar de Enfermería	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90
Enfermera jefa	\$ 8,652.00	\$ 8,652.00	\$ 8,652.00	\$ 8,652.00	\$ 8,652.00
Médico Gastroenterólogo	\$ 1,321.56	\$ 1,321.56	\$ 1,321.56	\$ 1,321.56	\$ 1,321.56
Médico General	\$ 6,343.53	\$ 6,343.53	\$ 6,343.53	\$ 6,343.53	\$ 6,343.53
Médico Ginecólogo	\$ 2,973.51	\$ 2,973.51	\$ 2,973.51	\$ 2,973.51	\$ 2,973.51
Médico Internista	\$ 10,572.48	\$ 10,572.48	\$ 10,572.48	\$ 10,572.48	\$ 10,572.48
Médico Pediatra	\$ 8,266.36	\$ 8,266.36	\$ 8,266.36	\$ 8,266.36	\$ 8,266.36
Médico Urólogo	\$ 991.17	\$ 991.17	\$ 991.17	\$ 991.17	\$ 991.17
Regente de Gabinete Radiológico	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36
Regente de Laboratorio Clínico	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36	\$ 7,929.36
Regente Farmacéutico	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90
Secretaria/Recepcionista	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90	\$ 5,894.90
<b>Total</b>	<b>\$ 72,664.01</b>	<b>\$ 72,664.01</b>	<b>\$ 72,664.01</b>	<b>\$ 72,664.01</b>	<b>\$ 72,664.01</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Costos de servicios básicos

La proporción correspondiente del costo de los servicios de la parte operativa es del (63%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo (El costo se considera que se mantiene en los 5 años de implementación):

**a. Desglose de servicios**

*Tabla 301. Servicios básicos área operativa*

Descripción	Costo
Energía eléctrica	\$ 5,565.19
Agua potable	\$ 219.97
Internet + Línea fija	\$ 786.69
<b>Total</b>	<b>\$ 6,571.86</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Total, de servicios básicos**

*Tabla 302. Conglomerado de costos de servicios básicos para área operativa*

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Energía eléctrica	\$ 5,565.19	\$ 5,565.19	\$ 5,565.19	\$ 5,565.19	\$ 5,565.19
Agua potable	\$ 219.97	\$ 219.97	\$ 219.97	\$ 219.97	\$ 219.97
Internet + Línea fija	\$ 786.69	\$ 786.69	\$ 786.69	\$ 786.69	\$ 786.69
<b>Total</b>	<b>\$ 6,571.86</b>	<b>\$ 6,571.86</b>	<b>\$ 6,571.86</b>	<b>\$ 6,571.86</b>	<b>\$ 6,571.86</b>

Fuente: Elaboración propia

**4. Costos de capacitación**

La proporción correspondiente del costo de capacitación de la parte operativa es del (63%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo:

**a. Desglose de capacitaciones**

Tabla 303. Costos de capacitación área operativa

Capacitación	Costo
Prevención de riesgos laborales	\$ 211.58
Uso del Software Hospitalario	\$ 101.05
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 101.05
Prevención y control de incendios + evacuación hospitalaria	\$ 126.32
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 126.32
<b>Total</b>	<b>\$ 666.32</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Total, de capacitaciones**

Tabla 304. Conglomerado de costos de capacitación área operativa

Capacitación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Prevención de riesgos laborales	\$ 211.58	\$ 211.58	\$ 211.58	\$ 211.58	\$ 211.58
Uso del Software Hospitalario	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05	\$ 101.05
Prevención y control de incendios + evacuación hospitalaria	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32	\$ 126.32
<b>Total</b>	<b>\$ 666.32</b>	<b>\$ 666.32</b>	<b>\$ 666.32</b>	<b>\$ 666.32</b>	<b>\$ 666.32</b>

Fuente: Elaboración propia

## 5. Costos de mantenimiento

Los costos de mantenimiento se refieren a aquellos que se ven involucrados en realizar medidas preventivas al equipo médico, así como medidas correctivas de los mismos.

### a. Desglose de mantenimientos

Tabla 305. Costos de mantenimiento área operativa

Mantenimiento de equipos de operaciones			
Categoría	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Equipos de ultrasonografía e imagenología básica	\$ 350.00	2	\$ 700.00
Equipos médicos básicos	\$ 60.00	6	\$ 360.00
Equipos de laboratorio clínico básico	\$ 110.00	1	\$ 110.00
Sistemas de aire acondicionado	\$ 50.00	9	\$ 450.00
Materiales y mano de obra general	\$ 100.00	1	\$ 100.00
<b>Total</b>			<b>\$ 1,720.00</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 306. Costos de mantenimiento de equipos de área operativa

Equipo para alquiler				
Equipo	Cantidad	Vida útil	Costo de mantenimiento / Unitario	Costo de mantenimiento total
Aspirador quirúrgico	4	5	\$ 75.00	\$ 300.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Autoclave	1	10	\$ 95.00	\$ 95.00
Bomba de infusión	2	5	\$ 90.00	\$ 180.00
Bomba de succión	1	10	\$ 75.00	\$ 75.00
Centrifugadora	1	5	\$ 85.00	\$ 85.00
Centrifugadora	1	10	\$ 85.00	\$ 85.00
Centrifugadora de 6 tubos	1	10	\$ 85.00	\$ 85.00
Colposcopio	1	10	\$ 220.00	\$ 220.00
Concentrador de oxígeno	1	10	\$ 75.00	\$ 75.00
Cuna térmica	1	10	\$ 180.00	\$ 180.00
Desfibrilador	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00
Dispositivo de alimentación enteral	5	5	\$ 90.00	\$ 450.00

Electrocardiógrafo	2	10	\$ 75.00	\$ 150.00
Electrocauterio	6	5	\$ 75.00	\$ 450.00
ESR analyzer	2	5	\$ 85.00	\$ 170.00
Incubadora neonatal	1	5	\$ 180.00	\$ 180.00
Lampara cielitica	2	10	\$ 220.00	\$ 440.00
Laparoscopia	1	5	\$ 220.00	\$ 220.00
Máquina de anestesia	3	10	\$ 220.00	\$ 660.00
Microscopio Oftalmológico	1	10	\$ 220.00	\$ 220.00
Monitor de signos vitales	8	10	\$ 150.00	\$ 1,200.00
Monitor fetal	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00
Rotador	1	5	\$ 85.00	\$ 85.00
Rotador para pruebas	1	10	\$ 85.00	\$ 85.00
Ultrasonic Scaler	2	5	\$ 75.00	\$ 150.00
<b>Total</b>			<b>\$ 3,715.00</b>	<b>\$ 6,860.00</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Total, de mantenimientos**

Tabla 307. Costos de mantenimiento de área operativa proyectados para 5 años

Mantenimiento de equipos					
Categoría	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Equipo operativo	\$ 1,720.00	\$1,720.00	\$1,720.00	\$1,720.00	\$1,720.00
Equipo de alquiler	\$ 6,860.00	\$6,860.00	\$6,860.00	\$6,860.00	\$6,860.00
<b>Total</b>	<b>\$ 8,580.00</b>	<b>\$8,580.00</b>	<b>\$8,580.00</b>	<b>\$8,580.00</b>	<b>\$8,580.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 6. Conglomerado de costos operativos

Tabla 308. Conglomerado de costos operativos.

<b>Categoría</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
Insumos	\$ 49,650.61	\$ 52,011.00	\$ 54,483.60	\$ 57,073.75	\$ 59,787.04
Mano de obra operativa	\$ 72,664.01	\$ 72,664.01	\$ 72,664.01	\$ 72,664.01	\$ 72,664.01
Servicios básicos	\$ 6,571.86	\$ 6,571.86	\$ 6,571.86	\$ 6,571.86	\$ 6,571.86
Capacitaciones	\$ 666.32	\$ 666.32	\$ 666.32	\$ 666.32	\$ 666.32
Mantenimiento	\$ 1,720.00	\$ 1,720.00	\$ 1,720.00	\$ 1,720.00	\$ 1,720.00
Depreciaciones	\$ 22,073.17	\$ 22,073.17	\$ 22,073.17	\$ 22,073.17	\$ 22,073.17
Amortizaciones	\$ 7,955.02	\$ 7,955.02	\$ 7,955.02	\$ 7,955.02	\$ 7,955.02
Amortizaciones alquiler	\$ 4,231.40	\$ 4,231.40	\$ 4,231.40	\$ 4,231.40	\$ 4,231.40
Mantenimiento de equipo para alquiler	\$ 6,860.00	\$ 6,860.00	\$ 6,860.00	\$ 6,860.00	\$ 6,860.00
Depreciaciones de equipo para alquiler	\$ 29,881.88	\$ 29,881.88	\$ 29,881.88	\$ 29,881.88	\$ 29,881.88
<b>Total</b>	<b>\$ 202,274.26</b>	<b>\$ 204,634.65</b>	<b>\$ 207,107.26</b>	<b>\$ 209,697.41</b>	<b>\$ 212,410.69</b>

Fuente: Elaboración propia

### C. Costos administrativos

#### 1. Costos de insumos de oficina

##### a. Desglose de insumos

Tabla 309. Costos de insumos de oficina año 1

Año 1					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	20	Rema	500	\$ 4.50	\$ 90.00
Cartuchos de tinta	8	cartucho	1	\$ 10.90	\$ 87.20
Porta documentos	25	unidad	1	\$ 0.35	\$ 8.75
Total					<b>\$ 185.95</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 310. Costos de insumos de oficina año 2

Año 2					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	20	Rema	500	\$ 4.62	\$ 94.28
Cartuchos de tinta	8	cartucho	1	\$ 11.19	\$ 91.35
Porta documentos	26	unidad	1	\$ 0.36	\$ 9.17
Total					<b>\$ 194.79</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 311. Costos de insumos de oficina año 3

Año 3					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	21	Rema	500	\$ 4.75	\$ 98.76
Cartuchos de tinta	8	cartucho	1	\$ 11.50	\$ 95.69
Porta documentos	26	unidad	1	\$ 0.37	\$ 9.60
Total					<b>\$ 204.05</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 312. Costos de insumos de oficina año 4

Año 4					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	21	Rema	500	\$ 4.87	\$ 103.46
Cartuchos de tinta	8	cartucho	1	\$ 11.81	\$ 100.24
Porta documentos	27	unidad	1	\$ 0.38	\$ 10.06
Total					<b>\$ 213.75</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 313. Costos de insumos de oficina año 5

Año 5					
Insumo	Cantidad estimada	Unidad	Cantidad por unidad	Costo unitario (US\$)	Costo total (US\$)
Papel bond tamaño carta (resma)	22	Rema	500	\$ 5.01	\$ 108.37
Cartuchos de tinta	9	cartucho	1	\$ 12.13	\$ 105.00
Porta documentos	27	unidad	1	\$ 0.39	\$ 10.54
Total					<b>\$ 223.91</b>

Fuente: Elaboración propia

**b. Total, de insumos**

Tabla 314. Conglomerado de Costo de insumos de oficina

Insumo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Papelería - administración	\$185.95	\$194.79	\$204.05	\$213.75	\$223.91
<b>Total</b>	<b>\$185.95</b>	<b>\$194.79</b>	<b>\$204.05</b>	<b>\$213.75</b>	<b>\$223.91</b>

Fuente: Elaboración propia

## 2. Costo de mano de obra administrativa

### a. Salario de profesionales administrativos

Tabla 315. Costos de mano de obra administrativa

Profesional	Total, salario anual	Vacaciones	Aguinaldo	Total, anual
Administrador General	\$ 13,770.00	\$ 150.00	\$ 500.00	\$ 14,420.00
Agente de Vigilancia	\$ 5,026.05	\$ 54.75	\$ 182.50	\$ 5,263.30
Contador	\$ 12,393.00	\$ 135.00	\$ 450.00	\$ 12,978.00
Encargado de Aseo	\$ 5,026.05	\$ 54.75	\$ 182.50	\$ 5,263.30
Encargado de Recursos Humanos	\$ 11,016.00	\$ 120.00	\$ 400.00	\$ 11,536.00
<b>Total</b>				<b>\$ 49,460.60</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total, de mano de obra administrativa

Tabla 316. Conglomerado de mano de obra administrativa

Profesional	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Administrador General	\$ 14,420.00	\$ 14,420.00	\$ 14,420.00	\$ 14,420.00	\$ 14,420.00
Agente de Vigilancia	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30
Contador	\$ 12,978.00	\$ 12,978.00	\$ 12,978.00	\$ 12,978.00	\$ 12,978.00
Encargado de Aseo	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30	\$ 5,263.30
Encargado de Recursos Humanos	\$ 11,536.00	\$ 11,536.00	\$ 11,536.00	\$ 11,536.00	\$ 11,536.00
<b>Total</b>	<b>\$ 49,460.60</b>	<b>\$ 49,460.60</b>	<b>\$ 49,460.60</b>	<b>\$ 49,460.60</b>	<b>\$ 49,460.60</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Costos de servicios básicos

La proporción correspondiente del costo de los servicios de la parte operativa es del (32%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo (El costo se considera que se mantiene en los 5 años de implementación):

#### a. Desglose de servicios

Tabla 317. Costos de servicios básicos

Descripción	Costo
Energía eléctrica	\$ 2,782.59
Agua potable	\$ 109.99
Internet + Línea fija	\$ 393.35
<b>Total</b>	<b>\$3,285.93</b>

Fuente: Elaboración propia

#### b. Total, de servicios

Tabla 318. Conglomerado de costos de servicios básicos

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Energía eléctrica	\$ 2,782.59	\$ 2,782.59	\$ 2,782.59	\$ 2,782.59	\$ 2,782.59
Agua potable	\$ 109.99	\$ 109.99	\$ 109.99	\$ 109.99	\$ 109.99
Internet + Línea fija	\$ 393.35	\$ 393.35	\$ 393.35	\$ 393.35	\$ 393.35
<b>Total</b>	<b>\$ 3,285.93</b>	<b>\$ 3,285.93</b>	<b>\$ 3,285.93</b>	<b>\$ 3,285.93</b>	<b>\$ 3,285.93</b>

Fuente: Elaboración propia

#### 4. Costos de capacitación

La proporción correspondiente del costo de capacitación de la parte operativa es del (32%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo:

##### a. Desglose de capacitaciones

Tabla 319. Costos de capacitaciones

Capacitación	Costo
Prevención de riesgos laborales	\$ 105.79
Uso del Software Hospitalario	\$ 50.53
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 50.53
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 63.16
<b>Total</b>	<b>\$ 270.00</b>

Fuente: Elaboración propia

##### b. Total, de capacitaciones

Y ya que se impartirán una sola vez, tenemos entonces:

Tabla 320. Desglose de costos de capacitaciones

Capacitación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Prevención de riesgos laborales	\$ 105.79	\$ 105.79	\$ 105.79	\$ 105.79	\$ 105.79
Uso del Software Hospitalario	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53	\$ 50.53
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 63.16	\$ 63.16	\$ 63.16	\$ 63.16	\$ 63.16
<b>Total</b>	<b>\$ 270.00</b>	<b>\$ 270.00</b>	<b>\$ 270.00</b>	<b>\$ 270.00</b>	<b>\$ 270.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 5. Costos de mantenimiento

Nos referimos a aquellos que se encargan de las medidas correctivas y preventivas del equipo utilizado por el personal administrativo.

### a. Desglose de mantenimiento

Tabla 321. Costos de mantenimiento de equipos

Mantenimiento de equipos			
Categoría	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Sistemas de aire acondicionado	\$ 50.00	1.5	\$ 75.00
Materiales y mano de obra general	\$ 100.00	0.75	\$ 75.00
<b>Total</b>			<b>\$ 150.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de mantenimiento

Tabla 322. Conglomerado de costo de mantenimiento de equipos

Mantenimiento de equipos					
Categoría	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sistemas de aire acondicionado	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00
Materiales y mano de obra general	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 75.00
<b>Total</b>	<b>\$ 150.00</b>	<b>\$ 150.00</b>	<b>\$ 150.00</b>	<b>\$ 150.00</b>	<b>\$ 150.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 6. Conglomerado de costos administrativos

Tabla 323. Conglomerado de costos administrativos

<b>Categoría</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
Insumos	\$ 185.95	\$ 194.79	\$ 204.05	\$ 213.75	\$ 223.91
Mano de obra administrativa	\$ 49,460.60	\$ 49,460.60	\$ 49,460.60	\$ 49,460.60	\$ 49,460.60
Servicios básicos	\$ 3,285.93	\$ 3,285.93	\$ 3,285.93	\$ 3,285.93	\$ 3,285.93
Capacitaciones	\$ 270.00	\$ 270.00	\$ 270.00	\$ 270.00	\$ 270.00
Mantenimiento	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 150.00
Depreciación	\$ 650.71	\$ 650.71	\$ 650.71	\$ 650.71	\$ 650.71
<b>Total</b>	<b>\$ 54,003.19</b>	<b>\$ 54,012.03</b>	<b>\$ 54,021.29</b>	<b>\$ 54,030.99</b>	<b>\$ 54,041.15</b>

Fuente: Elaboración propia

## D. Costos de comercialización

### 1. Costo de insumos de comercialización

#### a. Desglose de insumos

Tabla 324. Costos de comercialización año 1

Año 1					
Recurso	Costo/Mes	Cantidad	Total/mes 1	Total/mes 2 - 12	Total/Año
Mediquo	\$ 27.00	1	\$ 27.00	\$ 27.00	\$ 324.00
Instagram	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
Facebook	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
WhatsApp business	\$ 10.00	1	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 120.00
Teléfono (fotografías)	\$ 464.00	1	\$ 464.00	\$ -	\$ 464.00
Fondos para campañas	\$ -	0	\$ -	\$ 200.00	\$ 200.00
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 25.00	7	\$ 175.00	\$ -	\$ 175.00
Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 10.50	7	\$ 73.50	\$ -	\$ 73.50
<b>Total</b>			<b>\$ 769.50</b>	<b>\$ 257.00</b>	<b>\$ 1,596.50</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 325. Costos de comercialización año 2

Año 2				
Recurso	Costo/Mes	Cantidad	Total/mes	Total/Año
Mediquo	\$ 27.73	1	\$ 27.73	\$ 332.75
Instagram	\$ 10.27	1	\$ 10.27	\$ 123.24
Facebook	\$ 10.27	1	\$ 10.27	\$ 123.24
WhatsApp business	\$ 10.27	1	\$ 10.27	\$ 123.24
Fondos para campañas	\$ 60.00	1	\$ 60.00	\$ 720.00
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 25.68	7	\$ 179.73	\$ 179.73
Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 10.78	7	\$ 75.48	\$ 75.48
<b>Total</b>			<b>\$ 58.54</b>	<b>\$ 1,677.68</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 326. Costos de comercialización año 3

Año 3				
Recurso	Costo/Mes	Cantidad	Total/mes	Total/Año
Mediaco	\$ 28.48	1	\$ 28.48	\$ 341.73
Instagram	\$ 10.55	1	\$ 10.55	\$ 126.57
Facebook	\$ 10.55	1	\$ 10.55	\$ 126.57
WhatsApp business	\$ 10.55	1	\$ 10.55	\$ 126.57
Fondos para campañas	\$ 61.62	1	\$ 61.62	\$ 739.44
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 26.37	7	\$ 184.58	\$ 184.58
Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 11.07	7	\$ 77.52	\$ 77.52
<b>Total</b>			<b>\$ 383.84</b>	<b>\$ 1,722.97</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 327. Costos de comercialización año 4

Año 4				
Recurso	Costo/Mes	Cantidad	Total/mes	Total/Año
Mediaco	\$ 29.25	1	\$ 29.25	\$ 350.96
Instagram	\$ 10.83	1	\$ 10.83	\$ 129.98
Facebook	\$ 10.83	1	\$ 10.83	\$ 129.98
WhatsApp business	\$ 10.83	1	\$ 10.83	\$ 129.98
Fondos para campañas	\$ 63.28	1	\$ 63.28	\$ 759.40
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 27.08	7	\$ 189.56	\$ 189.56
Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 11.37	7	\$ 79.62	\$ 79.62
<b>Total</b>			<b>\$ 61.74</b>	<b>\$ 1,769.50</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 328. Costos de comercialización año 5

Año 5				
Recurso	Costo/Mes	Cantidad	Total/mes	Total/Año
Mediaco	\$ 30.04	1	\$ 30.04	\$ 360.43
Instagram	\$ 11.12	1	\$ 11.12	\$ 133.49
Facebook	\$ 11.12	1	\$ 11.12	\$ 133.49
WhatsApp business	\$ 11.12	1	\$ 11.12	\$ 133.49
Fondos para campañas	\$ 64.99	1	\$ 64.99	\$ 779.91
Alquiler de vehículo para perifoneo (anual)	\$ 27.81	7	\$ 194.68	\$ 194.68

Insumos por perifoneo (combustible + propaganda al año)	\$ 11.68	7	\$ 81.77	\$ 81.77
<b>Total</b>			<b>\$ 63.41</b>	<b>\$ 1,817.27</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de insumos

Tabla 329. Conglomerado de costos de comercialización

Recurso	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Insumos de comercialización	\$ 1,596.50	\$ 1,677.68	\$ 1,722.97	\$ 1,769.50	\$ 1,817.27
<b>Total</b>	<b>\$ 1,596.50</b>	<b>\$ 1,677.68</b>	<b>\$ 1,722.97</b>	<b>\$ 1,769.50</b>	<b>\$ 1,817.27</b>

Fuente: Elaboración propia

## 2. Costos de mano de obra de comercialización

### a. Desglose de mano de obra de comercialización

Tabla 330. Costos de mano de obra de comercialización

Profesional	Total salario anual	Vacaciones	Aguinaldo	Total anual
Encargado de Comunicaciones Institucionales	\$ 6,885.00	\$ 75.00	\$ 250.00	\$ 7,210.00
<b>Total</b>				<b>\$ 7,210.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de mano de obra de comercialización

Tabla 331. Conglomerado de costos de mano de obra de comercialización

Profesional	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Encargado de Comunicaciones Institucionales	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00
<b>Total</b>	<b>\$ 7,210.00</b>	<b>\$ 7,210.00</b>	<b>\$ 7,210.00</b>	<b>\$ 7,210.00</b>	<b>\$ 7,210.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 3. Costos de servicios básicos

La proporción correspondiente del costo de los servicios de la parte operativa es del (5%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo (El costo se considera que se mantiene en los 5 años de implementación):

### a. Desglose de servicios básicos

Tabla 332. Costos de servicios básicos de comercialización

Descripción	Costo
Energía eléctrica	\$ 463.77
Agua potable	\$ 18.33
Internet + Línea fija	\$ 65.56
<b>Total</b>	<b>\$ 547.65</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de servicios básicos

Tabla 333. Conglomerado de costos de servicios básicos de comercialización

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Energía eléctrica	\$ 463.77	\$ 463.77	\$ 463.77	\$ 463.77	\$ 463.77
Agua potable	\$ 18.33	\$ 18.33	\$ 18.33	\$ 18.33	\$ 18.33
Internet + Línea fija	\$ 65.56	\$ 65.56	\$ 65.56	\$ 65.56	\$ 65.56
<b>Total</b>	<b>\$ 547.65</b>	<b>\$ 547.65</b>	<b>\$ 547.65</b>	<b>\$ 547.65</b>	<b>\$ 547.65</b>

Fuente: Elaboración propia

## 4. Costos de capacitación

La proporción correspondiente del costo de capacitación de la parte operativa es del (5%) en función de la cantidad del personal y del costo total del mismo:

### a. Desglose de capacitaciones

Tabla 334. Costo de capacitaciones de capacitación

Capacitación	Costo
Prevención de riesgos laborales	\$ 17.63
Uso del Software Hospitalario	\$ 8.42
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 8.42
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 10.53
<b>Total</b>	<b>\$ 45.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de capacitaciones

Tabla 335. Conglomerado de costos de capacitación de comercialización

Capacitación	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Prevención de riesgos laborales	\$ 17.63	\$ 17.63	\$ 17.63	\$ 17.63	\$ 17.63
Uso del Software Hospitalario	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42
Capacitación en Manejo de Desechos	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42	\$ 8.42
Capacitación en Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo	\$ 10.53	\$ 10.53	\$ 10.53	\$ 10.53	\$ 10.53
<b>Total</b>	<b>\$ 45.00</b>	<b>\$ 45.00</b>	<b>\$ 45.00</b>	<b>\$ 45.00</b>	<b>\$ 45.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 5. Costos de mantenimiento

Nos referimos a aquellos que se encargan de las medidas correctivas y preventivas del equipo utilizado por el personal de comercialización:

### a. Desglose de mantenimiento

Tabla 336. Costos de mantenimiento de comercialización

Mantenimiento de equipos			
Categoría	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Sistemas de aire acondicionado	\$ 50.00	0.5	\$ 25.00
Materiales y mano de obra general	\$ 100.00	0.25	\$ 25.00
<b>Total</b>			<b>\$ 50.00</b>

Fuente: Elaboración propia

### b. Total de mantenimiento

Tabla 337. Conglomerado de costos de mantenimiento de equipos

Mantenimiento de equipos					
Categoría	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sistemas de aire acondicionado	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00
Materiales y mano de obra general	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00	\$ 25.00
<b>Total</b>	<b>\$ 50.00</b>	<b>\$ 50.00</b>	<b>\$ 50.00</b>	<b>\$ 50.00</b>	<b>\$ 50.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 6. Conglomerado de costos de comercialización

Tabla 338. Conglomerado de costos de comercialización.

Categoría	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Insumos	\$ 1,596.50	\$ 1,677.68	\$ 1,722.97	\$ 1,769.50	\$ 1,817.27
Mano de obra de comercialización	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00
Servicios básicos	\$ 547.65	\$ 547.65	\$ 547.65	\$ 547.65	\$ 547.65
Capacitaciones	\$ 45.00	\$ 45.00	\$ 45.00	\$ 45.00	\$ 45.00
Mantenimiento	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 50.00
Depreciación	\$ 216.90	\$ 216.90	\$ 216.90	\$ 216.90	\$ 216.90
Amortizaciones	\$ 677.02	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00	\$ 7,210.00
<b>Total</b>	\$ 10,343.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85

Fuente: Elaboración propia

## ***E. Depreciaciones***

La depreciación corresponde a la pérdida de valor que experimentan los bienes, maquinaria e instalaciones utilizadas en las operaciones productivas, como resultado del uso, el paso del tiempo, la obsolescencia o el agotamiento de su vida útil.

El cálculo de la depreciación de la maquinaria, equipo y edificaciones se realizará conforme a lo estipulado en el Artículo 30 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, el cual establece que:

“La deducción procede por la pérdida de valor que sufren los bienes e instalaciones por el uso, la acción del tiempo, la obsolescencia, la incosteabilidad de su operación o el agotamiento. El valor sujeto a depreciación será el costo total del bien y se distribuirá mediante cuotas iguales durante los plazos mínimos establecidos por la ley: 20 años para edificaciones, 5 años para maquinaria y 2 años para otros bienes muebles.”

De acuerdo con este marco legal, la depreciación anual será determinada siguiendo los plazos y lineamientos establecidos, garantizando así el registro contable adecuado de la pérdida de valor de los activos fijos del proyecto.

El método empleado comúnmente para determinar la depreciación, tanto en la práctica contable de las empresas como en la formulación de proyectos, es el método de línea recta. Este método parte del supuesto de que los activos fijos se deterioran de manera uniforme durante cada período contable. Para realizar su cálculo, el costo total de adquisición del activo se divide entre los años estimados de vida útil, y el resultado se incorpora como parte de los costos anuales de producción.

El propósito de incluir este costo es generar una provisión que permita reemplazar los equipos una vez finalizada su vida útil, garantizando así la conservación del capital de trabajo inicial. La estimación de la depreciación de la maquinaria y del equipo se determina considerando las características técnicas establecidas en el estudio correspondiente, siguiendo el procedimiento señalado a continuación.

En consecuencia, la depreciación de los activos se calculará aplicando el método de línea recta, y los valores obtenidos se detallan en la tabla siguiente:

Tabla 339. Depreciación: Equipo requerido

<b>Equipo requerido</b>					
<b>Servicio de consulta</b>					
<b>Equipo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Vida útil</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>	<b>Depreciación anual</b>
Aire acondicionado	6	10	\$ 923.99	\$ 5,543.94	\$ 554.39
Monitor de signos vitales	1	10	\$ 8,970.00	\$ 8,970.00	\$ 897.00
Autoclave	3	10	\$ 2,500.00	\$ 7,500.00	\$ 750.00
Electrocardiógrafo	3	10	\$ 750.00	\$ 2,250.00	\$ 225.00
Tanques de oxígeno	6	10	\$ 217.00	\$ 1,302.00	\$ 130.20
Oto-oftalmoscopio de pared	1	10	\$ 600.00	\$ 600.00	\$ 60.00
Pistola de crioterapia	1	10	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00	\$ 150.00
Lampara cielitica	1	10	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00	\$ 300.00
Ultrasonic Scaler	1	5	\$ 300.00	\$ 300.00	\$ 60.00
Concentrador de oxígeno	1	10	\$ 800.00	\$ 800.00	\$ 80.00
Compresor de terapia	1	10	\$ 70.00	\$ 70.00	\$ 7.00
Bomba de infusión	1	5	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 200.00
Bomba enteral pump	1	10	\$ 1,500.00	\$ 1,500.00	\$ 150.00
Monitor	6	5	\$ 120.00	\$ 720.00	\$ 144.00
UPS	6	5	\$ 61.46	\$ 368.76	\$ 73.75
CPU	6	5	\$ 125.00	\$ 750.00	\$ 150.00
Balanza	2	10	\$ 100.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Impresora	6	5	\$ 139.03	\$ 834.18	\$ 166.84
<b>Subtotal</b>					\$ 4,118.18
<b>Laboratorio Clínico</b>					
Centrifugadora	1	10	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00	\$ 120.00
Analizador de electrolitos	1	5	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 200.00
ESR analyzer	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 30.00

Equipo de coagulación	1	10	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00	\$ 300.00
Equipo de hematología	1	10	\$ 7,500.00	\$ 7,500.00	\$ 750.00
Equipo de química FOTOMETRO	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 30.00
Equipo de pruebas especiales (analizador de inmunología)	1	5	\$ 7,522.12	\$ 7,522.12	\$ 1,504.42
Microscopio	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 100.00
Rotador para pruebas	1	5	\$ 125.00	\$ 125.00	\$ 25.00
colorímetro	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00	\$ 50.00
Pipetas automáticas	1	5	\$ 350.00	\$ 350.00	\$ 70.00
Contador de células de 7 ceros	1	10	\$ 154.87	\$ 154.87	\$ 15.49
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 16.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 50.00
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99	\$ 63.00
Impresora para resultados de hematología	1	5	\$ 121.89	\$ 2,000.00	\$ 400.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03	\$ 27.81
<b>Subtotal</b>					\$ 3,766.72
<b>Imagenología</b>					
Aparato de USG	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 100.00
Equipo de ultrasonografía	1	9	\$ 43,805.31	\$ 43,805.31	\$ 4,867.26
Ultra sonógrafo	1	10	\$ 13,000.00	\$ 13,000.00	\$ 1,300.00
Equipo de mamografía	1	10	\$ 22,600.00	\$ 22,600.00	\$ 2,260.00
Negatoscopio de 3 cuerpos	1	5	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 100.00
Negatoscopio de 1 cuerpo	1	5	\$ 206.00	\$ 206.00	\$ 41.20
Negatoscopio de 2 cuerpo	1	5	\$ 452.00	\$ 452.00	\$ 90.40
procesadora afp imaging	1	10	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00	\$ 500.00
Monitor y software	1	5	\$ 90.00	\$ 90.00	\$ 18.00

CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 50.00
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99	\$ 63.00
Planta eléctrica	1	10	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00	\$ 1,000.00
Computadoras	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00	\$ 30.00
UPS	2	5	\$ 80.00	\$ 160.00	\$ 32.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03	\$ 27.81
<b>Subtotal</b>					\$ 10,479.66
<b>Farmacia</b>					
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99	\$ 63.00
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 16.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 50.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03	\$ 27.81
<b>Subtotal</b>					\$ 171.81
<b>Oficinas administrativas</b>					
Aire acondicionado	2	10	\$ 629.99	\$ 1,259.98	\$ 126.00
Monitor	4	10	\$ 150.00	\$ 600.00	\$ 60.00
UPS	4	5	\$ 80.00	\$ 320.00	\$ 64.00
CPU	4	10	\$ 500.00	\$ 2,000.00	\$ 200.00
Impresora	2	5	\$ 139.03	\$ 278.06	\$ 55.61
<b>Subtotal</b>					\$ 505.61
<b>Archivo e inscripción</b>					
Aire acondicionado	1	10	\$ 629.99	\$ 629.99	\$ 63.00
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
UPS	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 16.00
CPU	1	10	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 50.00
Impresora	1	5	\$ 139.03	\$ 139.03	\$ 27.81

<b>Subtotal</b>					\$ 171.81
<b>Sala de espera</b>					
Pantalla LCD	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00	\$ 50.00
<b>Subtotal</b>					\$ 50.00
<b>Total</b>					\$ 19,263.78

Fuente: Elaboración propia

Tabla 340. Depreciación: Mobiliario requerido

<b>Mobiliario requerido</b>					
<b>Consulta</b>					
<b>Mobiliario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Vida útil</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total</b>	<b>Depreciación anual</b>
Escritorio	6	10	\$ 200.00	\$ 1,200.00	\$ 120.00
Estante	12	10	\$ 138.42	\$ 1,661.04	\$ 166.10
Silla de ruedas	6	10	\$ 200.00	\$ 1,200.00	\$ 120.00
Silla	18	5	\$ 105.00	\$ 1,890.00	\$ 378.00
Colchón hospitalario	6	10	\$ 150.00	\$ 900.00	\$ 90.00
Camilla hospitalaria/transporte	6	10	\$ 1,650.00	\$ 9,900.00	\$ 990.00
<b>Subtotal</b>					\$ 1,864.10
<b>Laboratorio Clínico</b>					
Mesa/ mueble	1	10	\$ 350.00	\$ 350.00	\$ 35.00
Mesa mayo	1	10	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 10.00
Atril/atril doble	1	10	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 10.00
Estante	1	10	\$ 140.00	\$ 140.00	\$ 14.00
Vitrina	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00	\$ 30.00
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Silla	2	10	\$ 175.00	\$ 350.00	\$ 35.00

Banco	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
Armario	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Carrito/ varios usos	1	5	\$ 250.00	\$ 250.00	\$ 50.00
Gradilla	1	10	\$ 180.00	\$ 180.00	\$ 18.00
Gabetero	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
Locker	1	5	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 40.00
Lavamanos acero inoxidable	1	5	\$ 190.00	\$ 190.00	\$ 38.00
Transportador de ropa metálico	1	5	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 30.00
Soporte	1	10	\$ 110.00	\$ 110.00	\$ 11.00
<b>Subtotal</b>					\$ 391.00
<b>Imagenología</b>					
Camilla hospitalaria/transporte	2	10	\$ 250.00	\$ 500.00	\$ 50.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00	\$ 10.50
Banco	2	5	\$ 60.00	\$ 120.00	\$ 24.00
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Archivador	1	10	\$ 250.00	\$ 250.00	\$ 25.00
Estante	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Biombo de 2 cuerpos	1	5	\$ 110.00	\$ 110.00	\$ 22.00
Delantales plomados	2	5	\$ 60.00	\$ 120.00	\$ 24.00
Armario	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Monitor	1	10	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 15.00
Fuente de luz	1	5	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 16.00
Colchón hospitalario	2	10	\$ 150.00	\$ 300.00	\$ 30.00
Estante	2	10	\$ 120.00	\$ 240.00	\$ 24.00
<b>Subtotal</b>					\$ 300.50

<b>Farmacia</b>					
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Estante	12	10	\$ 200.00	\$ 2,400.00	\$ 240.00
Vitrina	4	5	\$ 90.00	\$ 360.00	\$ 72.00
Silla de ruedas	6	10	\$ 300.00	\$ 1,800.00	\$ 180.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00	\$ 10.50
<b>Subtotal</b>					\$ 522.50
<b>Oficinas administrativas</b>					
Escritorio	4	10	\$ 200.00	\$ 800.00	\$ 80.00
Estante	4	10	\$ 200.00	\$ 800.00	\$ 80.00
Archivador	4	5	\$ 200.00	\$ 800.00	\$ 160.00
Silla	4	10	\$ 105.00	\$ 420.00	\$ 42.00
<b>Subtotal</b>					\$ 362.00
<b>Archivo e inscripción</b>					
Escritorio	1	10	\$ 200.00	\$ 200.00	\$ 20.00
Estante	2	10	\$ 200.00	\$ 400.00	\$ 40.00
Archivador	2	5	\$ 200.00	\$ 400.00	\$ 80.00
Silla	1	10	\$ 105.00	\$ 105.00	\$ 10.50
<b>Subtotal</b>					\$ 150.50
<b>Sala de espera</b>					
Silla de espera	12	5	\$ 36.00	\$ 432.00	\$ 86.40
<b>Subtotal</b>					\$ 86.40
<b>Total</b>					\$ 3,677.00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 341. Valor de la infraestructura

Instalaciones			
Concepto	Años	Valor	Depreciación anual
Edificio	40	\$ 438,143.79	\$ 10,953.59
Infraestructura	40	\$ 77,413.40	\$ 1,935.34
Terreno	40	161,466.17	\$ 4,036.65
<b>Total</b>			<b>\$ 16,925.58</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 342. Depreciación: Equipo para alquiler.

Equipo para alquiler						
Equipo	Cantidad	Vida útil	Costo unitario	Costo total	Depreciación anual / Unitario	Depreciación anual total
Aspirador quirúrgico	4	5	\$ 1,800.00	\$ 7,200.00	\$ 360.00	\$ 1,440.00
Autoclave	1	10	\$25,000.00	\$ 25,000.00	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Autoclave	1	10	\$13,500.00	\$ 13,500.00	\$ 1,350.00	\$ 1,350.00
autoclave	1	10	\$25,000.00	\$ 25,000.00	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Autoclave	1	10	\$25,000.00	\$ 25,000.00	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Autoclave	1	10	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00	\$ 250.00	\$ 250.00
Autoclave	1	10	\$ 3,500.00	\$ 3,500.00	\$ 350.00	\$ 350.00
Autoclave	1	10	\$13,500.00	\$ 13,500.00	\$ 1,350.00	\$ 1,350.00
Bomba de infusión	2	5	\$ 600.00	\$ 1,200.00	\$ 120.00	\$ 240.00
Bomba de succión	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 100.00	\$ 100.00
Centrifugadora	1	5	\$ 137.68	\$ 137.68	\$ 27.54	\$ 27.54

Centrifugadora	1	10	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00	\$ 120.00	\$ 120.00
Centrifugadora de 6 tubos	1	10	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00	\$ 100.00	\$ 100.00
Colposcopio	1	10	\$ 3,200.00	\$ 3,200.00	\$ 320.00	\$ 320.00
Concentrador de oxigeno	1	10	\$ 800.00	\$ 800.00	\$ 80.00	\$ 80.00
Cuna térmica	1	10	\$ 3,920.00	\$ 3,920.00	\$ 392.00	\$ 392.00
Desfibrilador	1	5	\$ 264.00	\$ 264.00	\$ 52.80	\$ 52.80
Dispositivo de alimentación enteral	5	5	\$ 439.82	\$ 2,199.10	\$ 87.96	\$ 439.82
Electrocardiógrafo	2	10	\$ 750.00	\$ 1,500.00	\$ 75.00	\$ 150.00
Electrocauterio	6	5	\$ 600.00	\$ 3,600.00	\$ 120.00	\$ 720.00
ESR analyzer	2	5	\$ 82.50	\$ 165.00	\$ 16.50	\$ 33.00
Incubadora neonatal	1	5	\$ 4,125.00	\$ 4,125.00	\$ 825.00	\$ 825.00
Lampara cielitica	2	10	\$ 6,100.00	\$ 12,200.00	\$ 610.00	\$ 1,220.00
Laparoscopia	1	5	\$ 123.60	\$ 123.60	\$ 24.72	\$ 24.72
Máquina de anestesia	3	10	\$15,000.00	\$ 45,000.00	\$ 1,500.00	\$ 4,500.00
Microscopio Oftalmológico	1	10	\$ 8,475.00	\$ 8,475.00	\$ 847.50	\$ 847.50
Monitor de signos vitales	8	10	\$ 8,970.00	\$ 71,760.00	\$ 897.00	\$ 7,176.00
Monitor fetal	2	10	\$ 500.00	\$ 1,000.00	\$ 50.00	\$ 100.00
Rotador	1	5	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 100.00	\$ 100.00
Rotador para pruebas	1	10	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 7.50	\$ 7.50
Ultrasonic Scaler	2	5	\$ 165.00	\$ 330.00	\$ 33.00	\$ 66.00
<b>Total</b>				<b>\$278,974.38</b>		<b>\$29,881.88</b>

Fuente: Elaboración propia

**a. Desglose de depreciaciones**

*Tabla 343. Desglose de depreciaciones.*

<b>Área</b>	<b>Equipo</b>	<b>mobiliario</b>	<b>Instalaciones</b>	<b>Total/área</b>
<b>Operativa</b>	\$18,758.17	\$ 3,315.00	\$ 7,955.02	\$ 32,763.02
<b>Administrativa</b>	\$ 379.21	\$ 271.50	\$ 4,062.14	\$ 5,995.63
<b>Comercialización</b>	\$ 126.40	\$ 90.50	\$ 677.02	\$ 1,107.72
<b>Alquiler</b>	-	-	\$ 4,231.40	\$ 4,231.40
<b>Total</b>	<b>\$19,263.78</b>	<b>\$ 3,677.00</b>	<b>\$ 16,925.58</b>	<b>\$ 39,866.37</b>

*Fuente: Elaboración propia*

## F. Costos financieros

En este espacio se plantean los costos asociados al financiamiento de los fondos, en este caso planteando los escenarios donde el financiamiento sea al 100% y al 50% y nos referimos al costo asociado al cargo de los intereses. En este caso se optará por el financiamiento a través del “Banco Industrial El Salvador, S.A.” ya que posee la menor tasa de interés. Por lo tanto, tenemos los siguientes escenarios:

1. Financiamiento al 100%
  - Monto a financiar: \$ 284,504.82
  - Tasa: 17.00%
  - Plazo: 10 años

Tabla 344. Costos financieros: Banco Industrial El Salvador S.A

BANCO INDUSTRIAL EL SALVADOR, S.A.				17%
Año	Cuota	Pago intereses	Abono a capital	Saldo final
0				\$ 284,504.82
1	\$ 61,070.84	\$ 48,365.82	\$ 12,705.02	\$ 271,799.80
2	\$ 61,070.84	\$ 46,205.97	\$ 14,864.87	\$ 256,934.92
3	\$ 61,070.84	\$ 43,678.94	\$ 17,391.90	\$ 239,543.02
4	\$ 61,070.84	\$ 40,722.31	\$ 20,348.53	\$ 219,194.49
5	\$ 61,070.84	\$ 37,263.06	\$ 23,807.78	\$ 195,386.72
6	\$ 61,070.84	\$ 33,215.74	\$ 27,855.10	\$ 167,531.62
7	\$ 61,070.84	\$ 28,480.38	\$ 32,590.46	\$ 134,941.15
8	\$ 61,070.84	\$ 22,940.00	\$ 38,130.84	\$ 96,810.31
9	\$ 61,070.84	\$ 16,457.75	\$ 44,613.09	\$ 52,197.22
10	\$ 61,070.75	\$ 8,873.53	\$ 52,197.22	\$ 0.00

Fuente: Elaboración propia

## G. Costos fijos y variables del proyecto

Tabla 345. Costos fijos y variables.

Año		Año 1		Año 2		Año 3	
Área	Rubro	CV	CF	CV	CF	CV	CF
Operativo	Insumos	\$ 49,650.61		\$ 52,011.00		\$ 54,483.60	
	Mano de obra operativa		\$ 72,664.01		\$ 72,664.01		\$ 72,664.01
	Servicios básicos	\$ 6,571.86		\$ 6,571.86		\$ 6,571.86	
	Capacitaciones		\$ 666.32		\$ 666.32		\$ 666.32
	Mantenimiento		\$ 1,720.00		\$ 1,720.00		\$ 1,720.00
	Depreciaciones		\$ 22,073.17		\$ 22,073.17		\$ 22,073.17
	Amortizaciones		\$ 7,955.02		\$ 7,955.02		\$ 7,955.02
	Amortizaciones alquiler		\$ 4,231.40		\$ 4,231.40		\$ 4,231.40
	Mantenimiento de equipo para alquiler		\$ 6,860.00		\$ 6,860.00		\$ 6,860.00
	Depreciaciones de equipo para alquiler		\$ 29,881.88		\$ 29,881.88		\$ 29,881.88
<b>Sub Total - Operativo</b>		<b>\$56,222.47</b>	<b>\$146,051.80</b>	<b>\$ 58,582.86</b>	<b>\$146,051.80</b>	<b>\$ 61,055.46</b>	<b>\$146,051.80</b>
<b>Total Operativo</b>		<b>\$</b>	<b>202,274.26</b>	<b>\$</b>	<b>204,634.65</b>	<b>\$</b>	<b>207,107.26</b>
Administración	Insumos	\$ 185.95		\$ 194.79		\$ 204.05	
	Mano de obra operativa		\$ 49,460.60		\$ 49,460.60		\$ 49,460.60

	<b>Servicios básicos</b>	\$ 3,285.93		\$ 3,285.93		\$ 3,285.93	
	<b>Capacitaciones</b>		\$ 270.00		\$ 270.00		\$ 270.00
	<b>Mantenimiento</b>		\$ 150.00		\$ 150.00		\$ 150.00
	<b>Depreciaciones</b>		\$ 650.71		\$ 650.71		\$ 650.71
	<b>Amortizaciones</b>		\$ 4,062.14		\$ 4,062.14		\$ 4,062.14
<b>Sub Total - Administración</b>		<b>\$ 3,471.88</b>	<b>\$ 54,593.45</b>	<b>\$ 3,480.72</b>	<b>\$ 54,593.45</b>	<b>\$ 3,489.98</b>	<b>\$ 54,593.45</b>
<b>Total Administración</b>		<b>\$ 58,065.33</b>		<b>\$ 58,074.17</b>		<b>\$ 58,083.43</b>	
<b>Comercialización</b>	<b>Insumos</b>	\$ 1,646.50		\$ 1,646.50		\$ 1,646.50	
	<b>Mano de obra operativa</b>		\$ 7,210.00		\$ 7,210.00		\$ 7,210.00
	<b>Servicios básicos</b>	\$ 547.65		\$ 547.65		\$ 547.65	
	<b>Capacitaciones</b>		\$ 45.00		\$ 45.00		\$ 45.00
	<b>Mantenimiento</b>		\$ 50.00		\$ 50.00		\$ 50.00
	<b>Depreciaciones</b>		\$ 216.90		\$ 216.90		\$ 216.90
	<b>Amortizaciones</b>		\$ 677.02		\$ 677.02		\$ 677.02
<b>Sub Total - Comercialización</b>		<b>\$ 2,194.15</b>	<b>\$ 8,198.93</b>	<b>\$ 2,225.33</b>	<b>\$ 8,198.93</b>	<b>\$ 2,270.63</b>	<b>\$ 8,198.93</b>
<b>Total Comercialización</b>		<b>\$ 10,393.08</b>		<b>\$ 10,424.26</b>		<b>\$ 10,469.56</b>	
<b>Financiero</b>	<b>Intereses</b>		\$ 48,365.82		\$ 46,205.97		\$ 43,678.94
<b>Sub Total</b>		<b>\$ 61,888.50</b>	<b>\$ 257,209.99</b>	<b>\$ 64,288.90</b>	<b>\$ 255,050.14</b>	<b>\$ 66,816.07</b>	<b>\$ 252,523.11</b>
<b>Total</b>		<b>\$ 319,098.49</b>		<b>\$ 319,339.04</b>		<b>\$ 319,339.17</b>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 346. Costos fijos y variables.

Área	Año	Año 4		Año 5	
		CV	CF	CV	CF
Operativo	Insumos	\$ 57,073.75		\$ 59,787.04	
	Mano de obra operativa		\$ 72,664.01		\$ 72,664.01
	Servicios básicos	\$ 6,571.86		\$ 6,571.86	
	Capacitaciones		\$ 666.32		\$ 666.32
	Mantenimiento		\$ 1,720.00		\$ 1,720.00
	Depreciaciones		\$ 22,073.17		\$ 22,073.17
	Amortizaciones		\$ 7,955.02		\$ 7,955.02
	Amortizaciones alquiler		\$ 4,231.40		\$ 4,231.40
	Mantenimiento de equipo para alquiler		\$ 6,860.00		\$ 6,860.00
	Depreciaciones de equipo para alquiler		\$ 29,881.88		\$ 29,881.88
<b>Sub Total - Operativo</b>		<b>\$ 63,645.61</b>	<b>\$ 146,051.80</b>	<b>\$ 66,358.89</b>	<b>\$ 146,051.80</b>
<b>Total Operativo</b>		<b>\$ 209,697.41</b>	<b>\$ 212,410.69</b>		
Administración	Insumos	\$ 213.75		\$ 223.91	
	Mano de obra operativa		\$ 49,460.60		\$ 49,460.60
	Servicios básicos	\$ 3,285.93		\$ 3,285.93	
	Capacitaciones		\$ 270.00		\$ 270.00
	Mantenimiento		\$ 150.00		\$ 150.00
	Depreciaciones		\$ 650.71		\$ 650.71
	Amortizaciones		\$ 4,062.14		\$ 4,062.14
<b>Sub Total - Administración</b>		<b>\$ 3,499.68</b>	<b>\$ 54,593.45</b>	<b>\$ 3,509.84</b>	<b>\$ 54,593.45</b>
<b>Total Administración</b>		<b>\$ 58,093.13</b>	<b>\$ 58,103.29</b>		
Comercialización	Insumos	\$ 1,769.50		\$ 1,817.27	

	<b>Mano de obra operativa</b>		\$ 7,210.00		\$ 7,210.00
	<b>Servicios básicos</b>	\$ 547.65		\$ 547.65	
	<b>Capacitaciones</b>		\$ 45.00		\$ 45.00
	<b>Mantenimiento</b>		\$ 50.00		\$ 50.00
	<b>Depreciaciones</b>		\$ 216.90		\$ 216.90
	<b>Amortizaciones</b>		\$ 677.02		\$ 677.02
	<b>Sub Total - Comercialización</b>	<b>\$ 2,317.15</b>	<b>\$ 8,198.93</b>	<b>\$ 2,364.93</b>	<b>\$ 8,198.93</b>
	<b>Total Comercialización</b>	<b>\$ 10,516.08</b>		<b>\$ 10,563.85</b>	
<b>Financiero</b>	<b>Intereses</b>		<b>\$ 40,722.31</b>		<b>\$ 37,263.06</b>
	<b>Sub Total</b>	<b>\$ 69,462.44</b>	<b>\$ 249,566.49</b>	<b>\$ 72,233.66</b>	<b>\$ 246,107.24</b>
	<b>Total</b>	<b>\$ 319,028.92</b>		<b>\$ 318,340.90</b>	

Fuente: Elaboración propia

## H. Costo unitario de los servicios

### 1. Determinación de participación por servicio

Para el prorrateo de los costos se utilizaron 3 factores: Pacientes/clientes (para año 1), tiempo de servicio y mano de obra. El promedio de participación de cada uno de ellos determina el porcentaje global, lo cual servirá de base para repartir los costos anteriormente planteados.

Tabla 347. Participación por servicio

Servicio	Pacientes/Clientes	%	Tiempo/Consulta	%	MOD	%	Participación
Servicio de consultas	12000	28%	24	39%	\$ 46,980.47	65%	44%
Servicio de Exámenes de laboratorio	19902	46%	6	10%	\$ 9,894.33	14%	23%
Servicio de Imagenología	1688	4%	30	48%	\$ 9,894.33	14%	22%
Servicio de Farmacia	9600	22%	2	3%	\$ 5,894.90	8%	11%
<b>Total</b>	<b>43190</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 72,664.01</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 348. Participación por servicio de alquiler parte 1

Rubro	CF- Año 1	%	CF - Año 2	%	CF - Año 3	%
<b>Servicios</b>	\$ 143,572.71	78%	\$ 141,412.85	78%	\$ 138,885.82	77%
<b>Alquiler de instalaciones</b>	\$ 4,231.40	2%	\$ 4,231.40	2%	\$ 4,231.40	2%
<b>Alquiler de equipo</b>	\$ 36,741.88	20%	\$ 36,741.88	20%	\$ 36,741.88	20%
<b>Total</b>	\$ 184,545.98	100%	\$ 182,386.13	100%	\$ 179,859.10	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 349. Participación por servicio de alquiler parte 2

Rubro	CF - Año 4	%	CF - Año 5	%
<b>Servicios</b>	\$ 135,929.20	77%	\$ 132,469.95	76%
<b>Alquiler de instalaciones</b>	\$ 4,231.40	2%	\$ 4,231.40	2%
<b>Alquiler de equipo</b>	\$ 36,741.88	21%	\$ 36,741.88	21%
<b>Total</b>	\$ 176,902.47	100%	\$ 173,443.22	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 350. Participación final por servicio

Servicio	Participación final
<b>Servicio de consultas</b>	36.96%
<b>Servicio de Exámenes de laboratorio</b>	19.32%
<b>Servicio de Imagenología</b>	18.48%
<b>Servicio de Farmacia</b>	9.24%
<b>Alquiler de instalaciones</b>	2%
<b>Alquiler de equipo</b>	14%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Con ello podemos realizar el respectivo cálculo o participación de los servicios:

## 2. Determinación de costo por tipo de servicio

Cabe destacar que a cada tipo de servicio se le asignara el costo de mano de obra según corresponda (tomando en cuenta solamente la mano de obra operativa para cada rubro o tipo de servicio)

Tabla 351. Determinación de costo por tipo de servicio parte 1

Servicio	Año 1		Año 2		Año 3	
	CV	CF	CV	CF	CV	CF
Servicio de consultas	\$ 22,880.24	\$ 102,169.32	\$ 23,786.89	\$ 101,225.12	\$ 24,721.94	\$ 100,120.40
Servicio de Exámenes de laboratorio	\$ 11,749.31	\$ 45,857.21	\$ 12,214.89	\$ 45,357.75	\$ 12,695.05	\$ 44,773.38
Servicio de Imagenología	\$ 11,749.31	\$ 43,964.41	\$ 12,214.89	\$ 43,489.88	\$ 12,695.05	\$ 42,934.67
Servicio de Farmacia	\$ 5,565.46	\$ 24,245.78	\$ 5,786.00	\$ 24,004.12	\$ 6,013.45	\$ 23,721.38
Alquiler de equipo médico	\$ 1,236.77	\$ 36,741.88	\$ 1,285.78	\$ 36,741.88	\$ 1,336.32	\$ 36,741.88
Alquiler de instalaciones	\$ 8,657.39	\$ 4,231.40	\$ 9,000.45	\$ 4,231.40	\$ 9,354.25	\$ 4,231.40
Sub total	\$ 61,838.50	\$ 257,209.99	\$ 64,288.90	\$ 255,050.14	\$ 66,816.07	\$ 252,523.11
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>319,048.49</b>	<b>\$</b>	<b>319,339.04</b>	<b>\$</b>	<b>319,339.17</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 352. Determinación de costo por tipo de servicio parte 2

Servicio	Año 4		Año 5	
	CV	CF	CV	CF
Servicio de consultas	\$ 25,701.10	\$ 98,827.88	\$ 26,726.45	\$ 97,315.63
Servicio de Exámenes de laboratorio	\$ 13,197.86	\$ 44,089.67	\$ 13,724.40	\$ 43,289.73
Servicio de Imagenología	\$ 13,197.86	\$ 42,285.09	\$ 13,724.40	\$ 41,525.07
Servicio de Farmacia	\$ 6,251.62	\$ 23,390.58	\$ 6,501.03	\$ 23,003.54
Alquiler de equipo médico	\$ 1,389.25	\$ 36,741.88	\$ 1,444.67	\$ 36,741.88
Alquiler de instalaciones	\$ 9,724.74	\$ 4,231.40	\$ 10,112.71	\$ 4,231.40
Sub total	\$ 69,462.44	\$ 249,566.49	\$ 72,233.66	\$ 246,107.24
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>319,028.92</b>	<b>\$</b>	<b>318,340.90</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Determinación de costo por servicio individual

Una vez determinados los costos asociados a cada categoría de servicios, debemos calcular el costo individual de cada uno de ellos. Para ello, consideramos la demanda proyectada de cada servicio. A continuación, se presenta el desglose correspondiente para cada tipo de servicio:

#### a. Servicios de consulta:

Tabla 353. Determinación de costo por servicio individual: Servicios de consulta

Servicio de consulta	Demanda año 1	Participación año 1	Costo	Costo por servicio año 1
Consulta médica general	4,540	38%	\$ 42,126.66	\$ 9.28
Consulta médica pediátrica	1,775	15%	\$ 22,256.46	\$ 12.54
Consulta urología	429	4%	\$ 4,372.44	\$ 10.19

Consulta medicina interna	3,629	30%	\$ 39,175.34	\$ 10.80
Consulta gastroenterólogo	540	5%	\$ 5,577.70	\$ 10.33
Consulta médica ginecológica	1,087	9%	\$ 11,540.97	\$ 10.62
<b>Total</b>	<b>12,000</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 125,049.57</b>	

Fuente: Elaboración propia

**b. Servicio de Exámenes de laboratorio**

Tabla 354. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio	Demanda año 1	Participación año 1	Costo	Costo por servicio año 1
<b>Tipo</b>	<b>Hematología</b>			
Hemograma completo	1,748	9%	\$ 5,059.60	<b>\$ 2.89</b>
Recuento de glóbulos blancos y rojos	1,345	7%	\$ 3,893.11	<b>\$ 2.89</b>
Hematocrito y hemoglobina	1,570	8%	\$ 4,544.38	<b>\$ 2.89</b>
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	1,541	8%	\$ 4,460.44	<b>\$ 2.89</b>
<b>Química sanguínea básica</b>	<b>Química sanguínea básica</b>			
Glucosa en sangre	1,570	8%	\$ 4,544.38	<b>\$ 2.89</b>
Colesterol total y triglicéridos	1,018	5%	\$ 2,946.61	<b>\$ 2.89</b>
Creatinina	1,196	6%	\$ 3,461.83	<b>\$ 2.89</b>
Urea	1,196	6%	\$ 3,461.83	<b>\$ 2.89</b>
Ácido úrico	1,018	5%	\$ 2,946.61	<b>\$ 2.89</b>
<b>Tipo</b>	<b>Exámenes de orina</b>			
Examen general de orina (EGO)	1,421	7%	\$ 4,113.10	<b>\$ 2.89</b>
Prueba de embarazo (cualitativa)	696	3%	\$ 2,014.58	<b>\$ 2.89</b>
<b>Tipo</b>	<b>Exámenes de heces</b>			
Coprológico general	1,096	6%	\$ 3,172.38	<b>\$ 2.89</b>

Coproparasitoscópico	1,096	6%	\$ 3,172.38	<b>\$ 2.89</b>
<b>Tipo</b>	<b>Microbiología (limitada)</b>			
Exudado faríngeo	798	4%	\$ 2,309.82	<b>\$ 2.89</b>
Tinción de Gram	1,023	5%	\$ 2,961.08	<b>\$ 2.89</b>
<b>Tipo</b>	<b>Inmunología</b>			
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	1,570	8%	\$ 4,544.38	<b>\$ 2.89</b>
<b>Total</b>	<b>19,902</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 57,606.52</b>	

Fuente: Elaboración propia

### c. Servicio de imagenología

Tabla 355. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de exámenes de imagenología

Servicio de imagenología	Demanda año 1	Participación año 1	Costo año	Costo por servicio año 1
Ultrasonografía obstétrica	248	15%	\$ 8,185.43	\$ 33.01
Ultrasonografía de testicular	212	13%	\$ 6,997.22	\$ 33.01
Ultrasonografía abdominal	235	14%	\$ 7,756.35	\$ 33.01
Ultrasonografía vejiga urinaria	150	9%	\$ 4,950.86	\$ 33.01
Ultrasonografía de próstata	150	9%	\$ 4,950.86	\$ 33.01
Ultrasonografía de hígado	173	10%	\$ 5,710.00	\$ 33.01
Ultrasonografía renal	212	13%	\$ 6,997.22	\$ 33.01
Ultrasonografía de mama	186	11%	\$ 6,139.07	\$ 33.01
Ultrasonografía ginecológica	122	7%	\$ 4,026.70	\$ 33.01
<b>Total</b>	<b>1,688</b>	<b>100%</b>	<b>\$ 55,713.73</b>	

Fuente: Elaboración propia

**d. Servicio de farmacia**

Tabla 356. Determinación de costo por servicio individual: Servicio de farmacia

Servicio	Costo	Costo fijo	Costo variable
Farmacia	\$ 29,811.24	\$ 24,245.78	\$ 5,565.46

Fuente: Elaboración propia

**e. Alquiler de locales**

Tabla 357. Determinación de costo por servicio individual: Alquiler de locales

Concepto	Número	m2	Participación	Costo / anual	Costo / mensual	Costo / Lote
<b>Locales</b>	7	148.54	56%	\$ 2,361.66	\$ 196.80	\$ 28.11
<b>Bodega</b>	2	56	21%	\$ 890.35	\$ 74.20	\$ 37.10
<b>Salón de capacitación</b>	1	61.6	23%	\$ 979.39	\$ 81.62	\$ 81.62
<b>Total</b>		<b>266.14</b>	<b>100%</b>	<b>\$4,231.40</b>	<b>\$ 352.62</b>	<b>\$ 146.83</b>

Fuente: Elaboración propia

**f. Alquiler de equipo**

Tabla 358. Determinación de costo por servicio individual: Alquiler de equipo

Equipo para alquiler					
Equipo	Depreciación anual / Unitario	Depreciación anual total	Costo de mantenimiento / Unitario	Costo de mantenimiento total	Costo total / Unitario
Aspirador quirúrgico	\$ 360.00	\$ 1,440.00	\$ 75.00	\$ 300.00	\$ 435.00
Autoclave	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 2,595.00
Autoclave	\$ 1,350.00	\$ 1,350.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 1,445.00
Autoclave	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 2,595.00
Autoclave	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 2,595.00

Autoclave	\$ 250.00	\$ 250.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 345.00
Autoclave	\$ 350.00	\$ 350.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 445.00
Autoclave	\$ 1,350.00	\$ 1,350.00	\$ 95.00	\$ 95.00	\$ 1,445.00
Bomba de infusión	\$ 120.00	\$ 240.00	\$ 90.00	\$ 180.00	\$ 210.00
Bomba de succión	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 175.00
Centrifugadora	\$ 27.54	\$ 27.54	\$ 85.00	\$ 85.00	\$ 112.54
Centrifugadora	\$ 120.00	\$ 120.00	\$ 85.00	\$ 85.00	\$ 205.00
Centrifugadora de 6 tubos	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 85.00	\$ 85.00	\$ 185.00
Colposcopio	\$ 320.00	\$ 320.00	\$ 220.00	\$ 220.00	\$ 540.00
Concentrador de oxígeno	\$ 80.00	\$ 80.00	\$ 75.00	\$ 75.00	\$ 155.00
Cuna térmica	\$ 392.00	\$ 392.00	\$ 180.00	\$ 180.00	\$ 572.00
Desfibrilador	\$ 52.80	\$ 52.80	\$ 150.00	\$ 150.00	\$ 202.80
Dispositivo de alimentación enteral	\$ 87.96	\$ 439.82	\$ 90.00	\$ 450.00	\$ 177.96
Electrocardiógrafo	\$ 75.00	\$ 150.00	\$ 75.00	\$ 150.00	\$ 150.00
Electrocauterio	\$ 120.00	\$ 720.00	\$ 75.00	\$ 450.00	\$ 195.00
ESR analyzer	\$ 16.50	\$ 33.00	\$ 85.00	\$ 170.00	\$ 101.50
Incubadora neonatal	\$ 825.00	\$ 825.00	\$ 180.00	\$ 180.00	\$ 1,005.00
Lámpara cielítica	\$ 610.00	\$ 1,220.00	\$ 220.00	\$ 440.00	\$ 830.00
Laparoscopia	\$ 24.72	\$ 24.72	\$ 220.00	\$ 220.00	\$ 244.72
Máquina de anestesia	\$ 1,500.00	\$ 4,500.00	\$ 220.00	\$ 660.00	\$ 1,720.00
Microscopio Oftalmológico	\$ 847.50	\$ 847.50	\$ 220.00	\$ 220.00	\$ 1,067.50
Monitor de signos vitales	\$ 897.00	\$ 7,176.00	\$ 150.00	\$ 1,200.00	\$ 1,047.00
Monitor fetal	\$ 50.00	\$ 100.00	\$ 150.00	\$ 300.00	\$ 200.00
Rotador	\$ 100.00	\$ 100.00	\$ 85.00	\$ 85.00	\$ 185.00
Rotador para pruebas	\$ 7.50	\$ 7.50	\$ 85.00	\$ 85.00	\$ 92.50
Ultrasonic Scaler	\$ 33.00	\$ 66.00	\$ 75.00	\$ 150.00	\$ 108.00
<b>Total</b>		<b>\$ 29,881.88</b>	<b>\$ 3,715.00</b>	<b>\$ 6,860.00</b>	<b>\$ 21,381.52</b>

Fuente: Elaboración propia

## g. Conglomerado de costos

Tabla 359. Conglomerado de costos por servicios

Servicio	Costo
<b>Servicio de consulta</b>	
Consulta médica general	\$ 9.28
Consulta médica pediátrica	\$ 12.54
Consulta urología	\$ 10.19
Consulta medicina interna	\$ 10.80
Consulta gastroenterólogo	\$ 10.33
Consulta médica ginecológica	\$ 10.62
<b>Exámenes de laboratorio</b>	
Hemograma completo	\$ 2.89
Recuento de glóbulos blancos y rojos	\$ 2.89
Hematocrito y hemoglobina	\$ 2.89
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	\$ 2.89
Glucosa en sangre	\$ 2.89
Colesterol total y triglicéridos	\$ 2.89
Creatinina	\$ 2.89
Urea	\$ 2.89
Ácido úrico	\$ 2.89
Examen general de orina (EGO)	\$ 2.89
Prueba de embarazo (cualitativa)	\$ 2.89
Coprológico general	\$ 2.89
Coproparasitoscópico	\$ 2.89
Exudado faríngeo	\$ 2.89
Tinción de Gram	\$ 2.89
Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr)	\$ 2.89
<b>Servicio de imagenología</b>	
Ultrasonografía obstétrica	\$ 33.01
Ultrasonografía de testicular	\$ 33.01
Ultrasonografía abdominal	\$ 33.01
Ultrasonografía vejiga urinaria	\$ 33.01
Ultrasonografía de próstata	\$ 33.01
Ultrasonografía de hígado	\$ 33.01
Ultrasonografía renal	\$ 33.01
Ultrasonografía de mama	\$ 33.01
Ultrasonografía ginecológica	\$ 33.01
<b>Servicio de farmacia</b>	
Farmacia	\$ 29,811.24

<b>Alquiler de locales</b>	
Locales	\$ 352.62
<b>Alquiler de equipos</b>	
Equipos	\$ 21,381.52

Fuente: *Elaboración propia*

## **IV. Determinación de precios de servicio**

Para determinar el precio de los servicios se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- Precios del mercado.
- Precios históricos de la entidad.
- Margen de utilidad esperado (25%).

### **1. Precios del mercado**

Para este análisis se realizó una revisión de las tarifas vigentes en clínicas privadas y servicios médicos especializados dentro del país. Esto permitió identificar los rangos de precios que actualmente pagan los usuarios por consultas generales y de especialidad, así como las variaciones entre establecimientos con distintos niveles de infraestructura y complejidad. Con esta información se obtuvo una referencia clara del costo promedio que el mercado está dispuesto a asumir, lo cual sirvió como base para definir tarifas competitivas y coherentes con el contexto nacional. Entre estos tenemos:

#### **a. Hospital Pro - Familia**

- Servicios de consulta: Según redes sociales de la entidad ofrece los servicios de consulta para cualquiera de las especialidades a un costo de \$24.15.
- Servicios de laboratorio clínico: Según su sitio web, para los servicios de laboratorio se encuentran vigentes las siguientes tarifas:
  - Hemograma completo: \$8.62
  - Recuento de glóbulos blancos y rojos: \$4.60
  - Hematocrito y hemoglobina: \$4.60
  - Velocidad de sedimentación globular (VSG): \$8.29
  - Glucosa en sangre: \$5.17
  - Colesterol total y triglicéridos: \$6.90 + \$9.20
  - Creatinina: \$6.90
  - Urea: \$5.75
  - Ácido úrico: \$6.90
  - Examen general de orina (EGO): \$5.17
  - Prueba de embarazo (cualitativa): \$13.80
  - Coprológico general: \$4.60
  - Coproparasitoscópico: \$18.40
  - Exudado faríngeo: \$18.40
  - Tinción de Gram: \$4.60
  - Pruebas rápidas (VIH, hepatitis B, malaria, herpes simple tipo 1 y 2, vph, virus de Epstein barr: \$23 (VIH), \$40.25 (Hepatitis B), \$41.40 (Herpes), \$69 (Virus de Epstein barr)

- Imagenología: Según su sitio web las tarifas vigentes para los servicios de imagenología oscila entre los \$30 - \$40 para cualquiera de las especialidades ofertadas (no se especifica el costo de cada una).

**b. Hospital de diagnóstico**

- Servicios de consulta: Según su sitio web, la consulta general tiene un costo de \$12, pediatría \$15.

**c. Hospital para vida**

- Servicios de consulta: Según sus redes sociales, la consulta general tiene un costo de \$8.99, Urología de \$20, y las demás especialidades de \$25.
- Servicios de laboratorio clínico: Según redes sociales y página web, los precios con los que cuenta son:
  - Hemograma completo: \$8.50
  - Recuento de glóbulos blancos y rojos: \$4.40
  - Hematocrito y hemoglobina: \$5.00
  - Velocidad de sedimentación globular (VSG): \$8.45
  - Glucosa en sangre: \$5.25
  - Colesterol total y triglicéridos: \$6.90
  - Creatinina: \$9.80
  - Urea: \$5.80
  - Ácido úrico: \$7.00
  - Examen general de orina (EGO): \$7.00
  - Prueba de embarazo (cualitativa): \$14.00
  - Coprológico general: \$5.00
  - Coproparasitológico: \$18.00
  - Exudado faríngeo: \$18.00
  - Tinción de Gram: \$5.00
  - VIH: \$20.00
  - Hepatitis B: \$40.00
  - Malaria: \$10.00
  - Virus de Epstein barr: \$60.00
- Servicios de imagenología: por medio de sus redes sociales se encuentran ofertas para estudios de ultrasonografía desde los \$35 hasta los \$42.50

**d. Clínicas privadas**

- Servicios de consulta: Según diversas fuentes, los costos pueden variar desde los \$10 hasta los \$30 por una consulta general, y de especialidades desde los \$15 a \$40.

**e. Laboratorios privados**

- Servicios de laboratorio clínico: Según diversas fuentes, podemos encontrar promedios o rangos por los servicios a ofertar por parte de la ahora clínica. Entre estos tenemos:
  - Hemograma completo: \$8.00
  - Recuento de glóbulos blancos y rojos: \$5.00
  - Hematocrito y hemoglobina: \$5.00

- Velocidad de sedimentación globular (VSG): \$8.00
- Glucosa en sangre: \$5.00
- Colesterol tota: \$6.00
- Triglicéridos: \$6.00
- Creatinina: \$6.00
- Urea: \$6.00
- Ácido úrico: \$6.00
- Examen general de orina (EGO): \$5.00
- Prueba de embarazo (cualitativa): \$10.00
- Coprológico general: \$5.00
- Coproparasitoscópico: \$15.00
- Exudado faríngeo: \$15.00
- Tinción de Gram: \$5.00
- VIH: \$20.00
- Hepatitis: \$20.00
- Malaria: \$10.00
- Herpes: \$30.00
- VPH: \$25.00
- Virus de Epstein Barr: \$60.00

## **2. Precios históricos del Hospital Divina Providencia**

A continuación se presenta el listado de precios de los servicios que solía ofrecer el Hospital Divina Providencia:

- Servicios de consulta:
  - Consulta médica general: \$10.00
  - Consulta médica pediátrica: \$10.00
  - Consulta urología: \$16.00
  - Consulta medicina interna: \$18.00
  - Consulta gastroenterólogo: \$14.00
  - Consulta médica ginecológica: \$10.00
- Servicios de laboratorio clínico:
  - Hemograma completo: \$8.00
  - Recuento de glóbulos blancos y rojos: \$5.50
  - Hematocrito y hemoglobina: \$12.00
  - Velocidad de sedimentación globular (VSG): \$8.00
  - Glucosa en sangre: \$4.50
  - Colesterol total: \$6.60
  - Triglicéridos: \$6.60
  - Creatinina: \$5.50
  - Urea: \$7.65
  - Ácido úrico: \$5.00
  - Examen general de orina (EGO): \$2.50
  - Prueba de embarazo (cualitativa): \$10.00
  - Coprológico general: \$2.50
  - Coproparasitoscópico: \$9.00
  - Exudado faríngeo: \$22.00

- Tinción de Gram: \$6.25
- VIH: \$15.00
- Hepatitis B: \$50.00
- Malaria: \$10.00
- Virus de Epstein barr: \$17.00
- Imagenología:
  - Ultrasonografía obstétrica: \$15.00
  - Ultrasonografía de testicular: \$26.00
  - Ultrasonografía abdominal: \$26.00
  - Ultrasonografía vejiga urinaria: \$26.00
  - Ultrasonografía de próstata: \$26.00
  - Ultrasonografía de hígado: \$26.00
  - Ultrasonografía renal: \$26.00
  - Ultrasonografía de mama: \$26.00
  - Ultrasonografía ginecológica: \$15.00

### 3. Margen de utilidad esperado

El margen de utilidad del 25% se establece considerando tanto la propuesta estratégica de la contraparte como su fundamentación técnico-financiera, en coherencia con los principios de la formulación y evaluación de proyectos, los cuales establecen que el precio de venta debe cubrir los costos totales e incorporar una prima de rentabilidad acorde al nivel de riesgo asumido por la inversión (Sapag Chain, 2014; Baca Urbina, 2010). Desde la teoría financiera, Gitman (2012) y Ross, Westerfield y Jaffe (2019) sostienen que proyectos con riesgo operativo medio-alto deben generar rendimientos superiores al promedio para compensar la incertidumbre, especialmente cuando implican alta inversión fija y exposición a variaciones en la demanda. En el sector hospitalario, la estructura de costos se caracteriza por una elevada proporción de costos fijos que pueden representar entre el 60% y 75% del costo total operativo, infraestructura, equipamiento médico especializado, personal permanente, sistemas de respaldo eléctrico y operación como clínica mientras que los costos variables oscilan entre 25% y 40%, lo que incrementa la sensibilidad financiera ante fluctuaciones en la ocupación hospitalaria (Gapenski & Pink, 2015; Cleverley, Cleverley & Song, 2018). En este contexto, un margen inferior al 20% podría resultar insuficiente para cubrir depreciaciones anuales estimadas entre 5% y 10% del valor del equipo médico, provisiones por incobrables de 2% a 5%, gastos financieros derivados de capital de trabajo y cargas tributarias que pueden alcanzar el 25%-30% sobre la utilidad antes de impuestos, reduciendo significativamente la capacidad de reinversión y sostenibilidad institucional. Por el contrario, la literatura en finanzas hospitalarias y economía de la salud indica que los márgenes operativos en hospitales privados suelen situarse en rangos que oscilan entre 15% y 30%, dependiendo del nivel de complejidad, la estructura organizativa y el entorno competitivo (Gapenski & Pink, 2015; Cleverley et al., 2018; Folland, Goodman & Stano, 2017), por lo que un 25% se encuentra dentro de un intervalo razonable y técnicamente respaldado. Asimismo, considerando que el proyecto de reapertura debe cumplir con exigencias regulatorias estrictas y requerimientos técnicos establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública, lo cual puede implicar inversiones correctivas y costos adicionales imprevistos, resulta necesario incorporar una prima de rentabilidad que permita absorber estos riesgos sin comprometer la continuidad del servicio. En consecuencia, el 25% propuesto por la contraparte no responde a un criterio arbitrario de maximización de lucro, sino a la necesidad de garantizar sostenibilidad financiera, capacidad de reinversión tecnológica, estabilidad ante escenarios adversos y cumplimiento normativo, equilibrando

adecuadamente rentabilidad, competitividad y responsabilidad social en la prestación de servicios de salud. Con respecto al servicio de farmacia se espera un beneficio del 30% sobre el total de los insumos o medicamentos adquiridos (margen que la entidad sugiere y está dispuesta a aceptar).

Tabla 360. Determinación de precio por servicio parte 1

Servicio	Hospital Pro - Familia	Hospital de diagnóstico	Hospital para vida	Clínicas privadas	Laboratorios privados	Hospital Divina Providencia
Consulta médica general	\$ 24.15	\$ 12.00	\$ 8.99	\$ 20.00	\$ -	\$ 10.00
Consulta médica pediátrica	\$ 24.15	\$ 15.00	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ -	\$ 10.00
Consulta urología	\$ 24.15	\$ -	\$ 20.00	\$ 35.00	\$ -	\$ 16.00
Consulta medicina interna	\$ 24.15	\$ -	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ -	\$ 18.00
Consulta gastroenterólogo	\$ 24.15	\$ -	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ -	\$ 14.00
Consulta médica ginecológica	\$ 24.15	\$ -	\$ 25.00	\$ 35.00	\$ -	\$ 10.00
Hemograma completo	\$ 8.62	\$ -	\$ 8.50	\$ -	\$ 8.00	\$ 8.00
Recuento de glóbulos blancos y rojos	\$ 4.60	\$ -	\$ 4.40	\$ -	\$ 5.00	\$ 5.50
Hematocrito y hemoglobina	\$ 4.60	\$ -	\$ 5.00	\$ -	\$ 5.00	\$ 12.00
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	\$ 8.29	\$ -	\$ 8.45	\$ -	\$ 8.00	\$ 8.00
Glucosa en sangre	\$ 5.17	\$ -	\$ 5.25	\$ -	\$ 5.00	\$ 4.50
Colesterol total y triglicéridos	\$ 6.90	\$ -	\$ 6.90	\$ -	\$ 6.00	\$ 6.60
Creatinina	\$ 9.20	\$ -	\$ 9.80	\$ -	\$ 6.00	\$ 6.60

<b>Urea</b>	\$ 5.75	\$ -	\$ 5.80	\$ -	\$ 6.00	\$ 7.65
<b>Ácido úrico</b>	\$ 6.90	\$ -	\$ 7.00	\$ -	\$ 6.00	\$ 5.00
<b>Examen general de orina (EGO)</b>	\$ 5.17	\$ -	\$ 7.00	\$ -	\$ 5.00	\$ 2.50
<b>Prueba de embarazo (cualitativa)</b>	\$ 13.80	\$ -	\$ 14.00	\$ -	\$ 10.00	\$ 10.00
<b>Coprológico general</b>	\$ 4.60	\$ -	\$ 5.00	\$ -	\$ 5.00	\$ 2.50
<b>Coproparasitoscópico</b>	\$ 18.40	\$ -	\$ 18.00	\$ -	\$ 15.00	\$ 9.00
<b>Exudado faríngeo</b>	\$ 18.40	\$ -	\$ 18.00	\$ -	\$ 15.00	\$ 22.00
<b>Tinción de Gram</b>	\$ 4.60	\$ -	\$ 5.00	\$ -	\$ 5.00	\$ 6.25
<b>VIH</b>	\$ 23.00	\$ -	\$ 20.00	\$ -	\$ 20.00	\$ 15.00
<b>Hepatitis B</b>	\$ 40.25	\$ -	\$ 40.00	\$ -	\$ 20.00	\$ 50.00
<b>Malaria</b>	\$ -	\$ -	\$ 10.00	\$ -	\$ 10.00	\$ 10.00
<b>Virus de Epstein barr</b>	\$ 69.00	\$ -	\$ 60.00	\$ -	\$ 60.00	\$ 17.00
<b>Ultrasonografía obstétrica</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 15.00
<b>Ultrasonografía de testicular</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía abdominal</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía vejiga urinaria</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía de próstata</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía de hígado</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía renal</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía de mama</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 26.00
<b>Ultrasonografía ginecológica</b>	\$ 40.00	\$ -	\$ 42.50	\$ -	\$ -	\$ 15.00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 361. Determinación de precio por servicio parte 2

Servicio	Máximo	Mínimo	Promedio	Mar. Máx.	Mar. promedio	Mar. Esp.	Costos	Precio de venta	Margen real	Utilidad
Consulta médica general	\$ 24.15	\$ 8.99	\$ 14.38	66%	43%	25%	\$ 9.28	\$ 15.00	38%	\$ 5.72
Consulta médica pediátrica	\$ 35.00	\$ 10.00	\$ 18.33	67%	38%	25%	\$12.54	\$ 17.00	26%	\$ 4.46
Consulta urología	\$ 35.00	\$ 16.00	\$ 22.33	74%	59%	25%	\$10.19	\$ 20.00	49%	\$ 9.81
Consulta medicina interna	\$ 35.00	\$ 18.00	\$ 23.67	72%	59%	25%	\$10.80	\$ 20.00	46%	\$ 9.20
Consulta gastroenterólogo	\$ 35.00	\$ 14.00	\$ 21.00	74%	56%	25%	\$10.33	\$ 20.00	48%	\$ 9.67
Consulta médica ginecológica	\$ 35.00	\$ 10.00	\$ 18.33	73%	48%	25%	\$10.62	\$ 17.00	38%	\$ 6.38
Hemograma completo	\$ 8.62	\$ 8.00	\$ 8.21	70%	69%	25%	\$ 2.89	\$ 8.00	64%	\$ 5.11
Recuento de glóbulos blancos y rojos	\$ 5.50	\$ 4.40	\$ 5.13	53%	50%	25%	\$ 2.89	\$ 5.50	47%	\$ 2.61
Hematocrito y hemoglobina	\$ 12.00	\$ 4.60	\$ 9.53	79%	73%	25%	\$ 2.89	\$ 10.00	71%	\$ 7.11
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	\$ 8.45	\$ 8.00	\$ 8.15	70%	68%	25%	\$ 2.89	\$ 8.00	64%	\$ 5.11
Glucosa en sangre	\$ 5.25	\$ 4.50	\$ 4.75	51%	46%	25%	\$ 2.89	\$ 5.00	42%	\$ 2.11
Colesterol total y triglicéridos	\$ 6.90	\$ 6.00	\$ 6.50	63%	60%	25%	\$ 2.89	\$ 6.60	56%	\$ 3.71
Creatinina	\$ 9.80	\$ 6.00	\$ 7.47	74%	66%	25%	\$ 2.89	\$ 8.00	64%	\$ 5.11
Urea	\$ 7.65	\$ 5.75	\$ 7.02	66%	63%	25%	\$ 2.89	\$ 7.65	62%	\$ 4.76

Ácido úrico	\$ 7.00	\$ 5.00	\$ 5.67	63%	55%	25%	\$ 2.89	\$ 6.00	52%	\$ 3.11
Examen general de orina (EGO)	\$ 7.00	\$ 2.50	\$ 4.00	63%	36%	25%	\$ 2.89	\$ 5.00	42%	\$ 2.11
Prueba de embarazo (cualitativa)	\$ 14.00	\$ 10.00	\$ 11.33	82%	77%	25%	\$ 2.89	\$ 10.00	71%	\$ 7.11
Coprológico general	\$ 5.00	\$ 2.50	\$ 3.33	49%	23%	25%	\$ 2.89	\$ 4.50	36%	\$ 1.61
Coproparasitoscópico	\$ 18.40	\$ 9.00	\$ 12.13	86%	79%	25%	\$ 2.89	\$ 15.00	81%	\$12.11
Exudado faríngeo	\$ 22.00	\$ 15.00	\$ 19.67	88%	87%	25%	\$ 2.89	\$ 20.00	86%	\$17.11
Tinción de Gram	\$ 6.25	\$ 4.60	\$ 5.70	59%	55%	25%	\$ 2.89	\$ 6.25	54%	\$ 3.36
VIH	\$ 23.00	\$ 15.00	\$ 17.67	89%	85%	25%	\$ 2.89	\$ 18.00	84%	\$ 15.11
Hepatitis B	\$ 50.00	\$ 20.00	\$ 40.00	95%	94%	25%	\$ 2.89	\$ 45.00	94%	\$ 42.11
Malaria	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	74%	74%	25%	\$ 2.89	\$ 10.00	71%	\$ 7.11
Virus de Epstein barr	\$ 69.00	\$ 17.00	\$ 34.33	96%	93%	25%	\$ 2.89	\$ 20.00	86%	\$17.11
Ultrasonografía obstétrica	\$ 42.50	\$ 15.00	\$ 24.17	33%	15%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía de testicular	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía abdominal	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía vejiga urinaria	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía de próstata	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99

Ultrasonografía de hígado	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía renal	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía de mama	\$ 42.50	\$ 26.00	\$ 31.50	33%	10%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99
Ultrasonografía ginecológica	\$ 42.50	\$ 15.00	\$ 24.17	33%	15%	25%	\$33.01	\$ 40.00	17%	\$ 6.99

Fuente: Elaboración propia

Tabla 362. Precios por alquiler de locales

Concepto	Número	m2	Costo / Lote	Precio	Meses alquiler / Eventos
<b>Locales</b>	7	148.54	\$ 28.11	\$ 350.00	12
<b>Bodega</b>	2	56	\$ 37.10	\$ 200.00	12
<b>Salón de capacitación</b>	1	61.6	\$ 81.62	\$ 150.00	5
<b>Total</b>		<b>266.14</b>	<b>\$ 146.83</b>		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 363. Precios de equipo para alquiler

Equipo para alquiler					
Equipo	Cantidad	Costo total / Unitario	Precio de alquiler	Margen	Ingresos por alquiler
Aspirador quirúrgico	4	\$ 435.00	\$ 565.50	\$ 130.50	\$ 2,262.00
Autoclave	1	\$ 2,595.00	\$ 3,373.50	\$ 778.50	\$ 3,373.50
Autoclave	1	\$ 1,445.00	\$ 1,878.50	\$ 433.50	\$ 1,878.50
Autoclave	1	\$ 2,595.00	\$ 3,373.50	\$ 778.50	\$ 3,373.50
Autoclave	1	\$ 2,595.00	\$ 3,373.50	\$ 778.50	\$ 3,373.50
Autoclave	1	\$ 345.00	\$ 448.50	\$ 103.50	\$ 448.50
Autoclave	1	\$ 445.00	\$ 578.50	\$ 133.50	\$ 578.50
Autoclave	1	\$ 1,445.00	\$ 1,878.50	\$ 433.50	\$ 1,878.50

Bomba de infusión	2	\$ 210.00	\$ 273.00	\$ 63.00	\$ 546.00
Bomba de succión	1	\$ 175.00	\$ 227.50	\$ 52.50	\$ 227.50
Centrifugadora	1	\$ 112.54	\$ 146.30	\$ 33.76	\$ 146.30
Centrifugadora	1	\$ 205.00	\$ 266.50	\$ 61.50	\$ 266.50
Centrifugadora de 6 tubos	1	\$ 185.00	\$ 240.50	\$ 55.50	\$ 240.50
Colposcopio	1	\$ 540.00	\$ 702.00	\$ 162.00	\$ 702.00
Concentrador de oxígeno	1	\$ 155.00	\$ 201.50	\$ 46.50	\$ 201.50
Cuna térmica	1	\$ 572.00	\$ 743.60	\$ 171.60	\$ 743.60
Desfibrilador	1	\$ 202.80	\$ 263.64	\$ 60.84	\$ 263.64
Dispositivo de alimentación enteral	5	\$ 177.96	\$ 231.35	\$ 53.39	\$ 1,156.77
Electrocardiógrafo	2	\$ 150.00	\$ 195.00	\$ 45.00	\$ 390.00
Electrocauterio	6	\$ 195.00	\$ 253.50	\$ 58.50	\$ 1,521.00
ESR analyzer	2	\$ 101.50	\$ 131.95	\$ 30.45	\$ 263.90
Incubadora neonatal	1	\$ 1,005.00	\$ 1,306.50	\$ 301.50	\$ 1,306.50
Lampara cielitica	2	\$ 830.00	\$ 1,079.00	\$ 249.00	\$ 2,158.00
Laparoscopia	1	\$ 244.72	\$ 318.14	\$ 73.42	\$ 318.14
Máquina de anestesia	3	\$ 1,720.00	\$ 2,236.00	\$ 516.00	\$ 6,708.00
Microscopio Oftalmológico	1	\$ 1,067.50	\$ 1,387.75	\$ 320.25	\$ 1,387.75
Monitor de signos vitales	8	\$ 1,047.00	\$ 1,361.10	\$ 314.10	\$ 10,888.80
Monitor fetal	2	\$ 200.00	\$ 260.00	\$ 60.00	\$ 520.00
Rotador	1	\$ 185.00	\$ 240.50	\$ 55.50	\$ 240.50
Rotador para pruebas	1	\$ 92.50	\$ 120.25	\$ 27.75	\$ 120.25
Ultrasonic Scaler	2	\$ 108.00	\$ 140.40	\$ 32.40	\$ 280.80
<b>Total</b>		<b>\$ 21,381.52</b>	<b>\$ 27,795.98</b>	<b>\$ 6,414.46</b>	<b>\$ 47,764.44</b>

Fuente: Elaboración propia

## V. Punto de equilibrio

Tabla 364. Punto de equilibrio

Servicio	Precio de venta	Costo fijo	Costo variable Unitario	margen de contribución	margen de contribución %	Punto de equilibrio/ Consultas	Punto de equilibrio \$
Consulta médica general	\$ 15.00	\$ 33,470.30	\$ 1.91	\$ 13.09	87%	2556	\$ 38,344.34
Consulta médica pediátrica	\$ 17.00	\$ 18,872.09	\$ 1.91	\$ 15.09	89%	1250	\$ 21,256.14
Consulta urología	\$ 20.00	\$ 3,554.47	\$ 1.91	\$ 18.09	90%	196	\$ 3,929.04
Consulta medicina interna	\$ 20.00	\$ 32,255.97	\$ 1.91	\$ 18.09	90%	1783	\$ 35,655.13
Consulta gastroenterólogo	\$ 20.00	\$ 4,548.09	\$ 1.91	\$ 18.09	90%	251	\$ 5,027.37
Consulta médica ginecológica	\$ 17.00	\$ 9,468.40	\$ 1.91	\$ 15.09	89%	627	\$ 10,664.51
Hemograma completo	\$ 8.00	\$ 4,027.66	\$ 0.59	\$ 7.41	93%	544	\$ 4,348.56
Recuento de glóbulos blancos y rojos	\$ 5.50	\$ 3,099.08	\$ 0.59	\$ 4.91	89%	631	\$ 3,471.73
Hematocrito y hemoglobina	\$ 10.00	\$ 3,617.52	\$ 0.59	\$ 9.41	94%	384	\$ 3,844.48
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	\$ 8.00	\$ 3,550.70	\$ 0.59	\$ 7.41	93%	479	\$ 3,833.60
Glucosa en sangre	\$ 5.00	\$ 3,617.52	\$ 0.59	\$ 4.41	88%	820	\$ 4,101.83
Colesterol total y triglicéridos	\$ 6.60	\$ 2,345.63	\$ 0.59	\$ 6.01	91%	390	\$ 2,576.05
Creatinina	\$ 8.00	\$ 2,755.76	\$ 0.59	\$ 7.41	93%	372	\$ 2,975.33
Urea	\$ 7.65	\$ 2,755.76	\$ 0.59	\$ 7.06	92%	390	\$ 2,986.21

Ácido úrico	\$ 6.00	\$ 2,345.63	\$ 0.59	\$ 5.41	90%	434	\$ 2,601.61
Examen general de orina (EGO)	\$ 5.00	\$ 3,274.20	\$ 0.59	\$ 4.41	88%	743	\$ 3,712.54
Prueba de embarazo (cualitativa)	\$ 10.00	\$ 1,603.69	\$ 0.59	\$ 9.41	94%	170	\$ 1,704.30
Coprológico general	\$ 4.50	\$ 2,525.35	\$ 0.59	\$ 3.91	87%	646	\$ 2,906.68
Coproparasitoscópico	\$ 15.00	\$ 2,525.35	\$ 0.59	\$ 14.41	96%	175	\$ 2,628.81
Exudado faríngeo	\$ 20.00	\$ 1,838.71	\$ 0.59	\$ 19.41	97%	95	\$ 1,894.64
Tinción de Gram	\$ 6.25	\$ 2,357.15	\$ 0.59	\$ 5.66	91%	416	\$ 2,603.02
VIH	\$ 18.00	\$ 904.38	\$ 0.59	\$ 17.41	97%	52	\$ 935.01
Hepatitis B	\$ 45.00	\$ 904.38	\$ 0.59	\$ 44.41	99%	20	\$ 916.39
Malaria	\$ 10.00	\$ 904.38	\$ 0.59	\$ 9.41	94%	96	\$ 961.04
Virus de Epstein barr	\$ 20.00	\$ 904.38	\$ 0.59	\$ 19.41	97%	47	\$ 931.85
Ultrasonografía obstétrica	\$ 40.00	\$ 6,459.23	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	196	\$ 7,820.00
Ultrasonografía de testicular	\$ 40.00	\$ 5,521.60	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	167	\$ 6,684.84
Ultrasonografía abdominal	\$ 40.00	\$ 6,120.64	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	185	\$ 7,410.08
Ultrasonografía vejiga urinaria	\$ 40.00	\$ 3,906.79	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	118	\$ 4,729.84
Ultrasonografía de próstata	\$ 40.00	\$ 3,906.79	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	118	\$ 4,729.84
Ultrasonografía de hígado	\$ 40.00	\$ 4,505.83	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	136	\$ 5,455.08
Ultrasonografía renal	\$ 40.00	\$ 5,521.60	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	167	\$ 6,684.84
Ultrasonografía de mama	\$ 40.00	\$ 4,844.42	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	147	\$ 5,865.00
Ultrasonografía ginecológica	\$ 40.00	\$ 3,177.52	\$ 6.96	\$ 33.04	83%	96	\$ 3,846.94

Fuente: Elaboración propia

## VI. Presupuestos de ingresos y egresos

### A. Estimación de egresos

Tabla 365. Estimación de egresos

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Costos operativos</b>	\$ 202,274.26	\$ 204,634.65	\$ 207,107.26	\$ 209,697.41	\$ 212,410.69
<b>Costos administrativos</b>	\$ 58,065.33	\$ 58,074.17	\$ 58,083.43	\$ 58,093.13	\$ 58,103.29
<b>Costos de comercialización</b>	\$ 10,393.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85
<b>Costos financieros</b>	\$ 48,365.82	\$ 46,205.97	\$ 43,678.94	\$ 40,722.31	\$ 37,263.06
<b>Total</b>	<b>\$ 319,098.49</b>	<b>\$ 319,339.04</b>	<b>\$ 319,339.17</b>	<b>\$ 319,028.92</b>	<b>\$ 318,340.90</b>

Fuente: Elaboración propia

### B. Estimación de ingresos

Tabla 366. Estimación de ingresos

Servicio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Consulta médica general	\$ 68,100.00	\$ 69,465.00	\$ 70,860.00	\$ 72,270.00	\$ 73,710.00
Consulta médica pediátrica	\$ 30,175.00	\$ 30,770.00	\$ 31,399.00	\$ 32,011.00	\$ 32,657.00
Consulta urología	\$ 8,580.00	\$ 8,740.00	\$ 8,920.00	\$ 9,100.00	\$ 9,280.00
Consulta medicina interna	\$ 72,580.00	\$ 74,040.00	\$ 75,520.00	\$ 77,040.00	\$ 78,580.00
Consulta gastroenterólogo	\$ 10,800.00	\$ 11,020.00	\$ 11,240.00	\$ 11,460.00	\$ 11,700.00

Consulta médica ginecológica	\$ 18,479.00	\$ 18,836.00	\$ 19,210.00	\$ 19,601.00	\$ 19,992.00
Hemograma completo	\$ 13,984.00	\$ 14,264.00	\$ 14,552.00	\$ 14,840.00	\$ 15,136.00
Recuento de glóbulos blancos y rojos	\$ 7,397.50	\$ 7,546.00	\$ 7,694.50	\$ 7,848.50	\$ 8,008.00
Hematocrito y hemoglobina	\$ 15,700.00	\$ 16,010.00	\$ 16,330.00	\$ 16,660.00	\$ 16,990.00
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	\$ 12,328.00	\$ 12,576.00	\$ 12,824.00	\$ 13,080.00	\$ 13,344.00
Glucosa en sangre	\$ 7,850.00	\$ 8,005.00	\$ 8,165.00	\$ 8,330.00	\$ 8,495.00
Colesterol total y triglicéridos	\$ 6,718.80	\$ 6,850.80	\$ 6,989.40	\$ 7,128.00	\$ 7,273.20
Creatinina	\$ 9,568.00	\$ 9,760.00	\$ 9,952.00	\$ 10,152.00	\$ 10,360.00
Urea	\$ 9,149.40	\$ 9,333.00	\$ 9,516.60	\$ 9,707.85	\$ 9,906.75
Ácido úrico	\$ 6,108.00	\$ 6,228.00	\$ 6,354.00	\$ 6,480.00	\$ 6,612.00
Examen general de orina (EGO)	\$ 7,105.00	\$ 7,245.00	\$ 7,390.00	\$ 7,540.00	\$ 7,690.00
Prueba de embarazo (cualitativa)	\$ 6,960.00	\$ 7,100.00	\$ 7,240.00	\$ 7,390.00	\$ 7,530.00
Coprológico general	\$ 4,932.00	\$ 5,031.00	\$ 5,130.00	\$ 5,233.50	\$ 5,337.00
Coproparasitoscópico	\$ 16,440.00	\$ 16,770.00	\$ 17,100.00	\$ 17,445.00	\$ 17,790.00
Exudado faríngeo	\$ 15,960.00	\$ 16,280.00	\$ 16,600.00	\$ 16,940.00	\$ 17,280.00
Tinción de Gram	\$ 6,393.75	\$ 6,518.75	\$ 6,650.00	\$ 6,787.50	\$ 6,918.75
VIH	\$ 7,065.00	\$ 7,204.50	\$ 7,348.50	\$ 7,497.00	\$ 7,645.50
Hepatitis B	\$ 17,662.50	\$ 18,011.25	\$ 18,371.25	\$ 18,742.50	\$ 19,113.75
Malaria	\$ 3,925.00	\$ 4,002.50	\$ 4,082.50	\$ 4,165.00	\$ 4,247.50
Virus de Epstein barr	\$ 7,850.00	\$ 8,005.00	\$ 8,165.00	\$ 8,330.00	\$ 8,495.00
Ultrasonografía obstétrica	\$ 9,920.00	\$ 10,120.00	\$ 10,320.00	\$ 10,520.00	\$ 10,720.00

Ultrasonografía de testicular	\$ 8,480.00	\$ 8,640.00	\$ 8,840.00	\$ 9,000.00	\$ 9,160.00
Ultrasonografía abdominal	\$ 9,400.00	\$ 9,600.00	\$ 9,760.00	\$ 9,960.00	\$ 10,160.00
Ultrasonografía vejiga urinaria	\$ 6,000.00	\$ 6,120.00	\$ 6,240.00	\$ 6,360.00	\$ 6,480.00
Ultrasonografía de próstata	\$ 6,000.00	\$ 6,120.00	\$ 6,240.00	\$ 6,360.00	\$ 6,480.00
Ultrasonografía de hígado	\$ 6,920.00	\$ 7,040.00	\$ 7,200.00	\$ 7,360.00	\$ 7,480.00
Ultrasonografía renal	\$ 8,480.00	\$ 8,640.00	\$ 8,840.00	\$ 9,000.00	\$ 9,160.00
Ultrasonografía de mama	\$ 7,440.00	\$ 7,600.00	\$ 7,760.00	\$ 7,880.00	\$ 8,040.00
Ultrasonografía ginecológica	\$ 4,880.00	\$ 4,960.00	\$ 5,080.00	\$ 5,160.00	\$ 5,280.00
Farmacia	\$ 64,801.30	\$ 67,881.95	\$ 71,109.06	\$ 74,489.58	\$ 78,030.82
Alquiler de maquinaria	\$ 47,764.44	\$ 47,764.44	\$ 47,764.44	\$ 47,764.44	\$ 47,764.44
Alquiler de locales	\$ 34,950.00	\$ 34,950.00	\$ 34,950.00	\$ 34,950.00	\$ 34,950.00
<b>Total</b>	<b>\$ 586,878.22</b>	<b>\$599,079.73</b>	<b>\$611,738.78</b>	<b>\$ 624,614.41</b>	<b>\$ 637,828.24</b>

Fuente: Elaboración propia

### C. Estimación de beneficios anuales

Tabla 367 Estimación de beneficios anuales

Descripción	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Total de ingresos</b>	\$ 606,846.68	\$ 619,048.19	\$ 631,707.25	\$ 644,582.87	\$ 657,796.71
<b>Total de egresos</b>	\$ 319,098.49	\$ 319,339.04	\$ 319,339.17	\$ 319,028.92	\$ 318,340.90
<b>Beneficio</b>	\$ 287,748.20	\$ 299,709.15	\$ 312,368.07	\$ 325,553.95	\$ 339,455.81

Fuente: Elaboración propia

## VII. Estados financieros proforma

### A. Estado de flujo de efectivo

Tabla 368. Estado de flujo de efectivo parte 1

ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO									
	Rubro	Año 0		Año 1		Año 2		Año 3	
	<b>Saldo inicial</b>		<b>\$ 30,000.00</b>		<b>\$ 30,000.00</b>		<b>\$ 451,775.47</b>		<b>\$646,707.00</b>
	<b>Entradas</b>								
(+)	Ventas de contado		\$ -		\$ 606,846.68		\$ 619,048.19		\$631,707.25
(=)	<b>Ingresos por servicios</b>	<b>\$ -</b>		<b>\$ 606,846.68</b>		<b>\$ 619,048.19</b>		<b>\$ 631,707.25</b>	
	<b>Préstamo</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 233,021.76</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ -</b>
	<b>Inventario</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 51,483.06</b>		<b>\$ 53,883.47</b>		<b>\$ 56,410.63</b>
	<b>Inventario de insumos</b>	<b>\$ -</b>		\$ 51,483.06		\$ 53,883.47		\$ 56,410.63	
	<b>Total de ingresos</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 891,351.50</b>		<b>\$ 672,931.66</b>		<b>\$688,117.88</b>
(-)	<b>Costos de operación</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 202,274.26</b>		<b>\$ 204,634.65</b>		<b>\$207,107.26</b>
	Insumos	\$ -		\$ 49,650.61		\$ 52,011.00		\$ 54,483.60	
	Mano de obra	\$ -		\$ 72,664.01		\$ 72,664.01		\$ 72,664.01	
	Servicios básicos	\$ -		\$ 6,571.86		\$ 6,571.86		\$ 6,571.86	
	Capacitaciones	\$ -		\$ 666.32		\$ 666.32		\$ 666.32	
	Mantenimiento	\$ -		\$ 8,580.00		\$ 8,580.00		\$ 8,580.00	
	Depreciaciones	\$ -		\$ 51,955.05		\$ 51,955.05		\$ 51,955.05	
	Amortizaciones	\$ -		\$ 12,186.42		\$ 12,186.42		\$ 12,186.42	
(-)	<b>Costos administrativos</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 58,065.33</b>		<b>\$ 58,074.17</b>		<b>\$ 58,083.43</b>

	Insumos	\$ -		\$ 185.95		\$ 194.79		\$ 204.05	
	Mano de obra	\$ -		\$ 49,460.60		\$ 49,460.60		\$ 49,460.60	
	Servicios básicos	\$ -		\$ 3,285.93		\$ 3,285.93		\$ 3,285.93	
	Capacitaciones	\$ -		\$ 270.00		\$ 270.00		\$ 270.00	
	Mantenimiento	\$ -		\$ 150.00		\$ 150.00		\$ 150.00	
	Depreciaciones	\$ -		\$ 650.71		\$ 650.71		\$ 650.71	
	Amortizaciones	\$ -		\$ 4,062.14		\$ 4,062.14		\$ 4,062.14	
(-)	<b>Costos de comercialización</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 10,343.08</b>		<b>\$ 10,424.26</b>		<b>\$ 10,469.56</b>
	Insumos	\$ -		\$ 1,596.50		\$ 1,596.50		\$ 1,596.50	
	Mano de obra	\$ -		\$ 7,210.00		\$ 7,210.00		\$ 7,210.00	
	Servicios básicos	\$ -		\$ 547.65		\$ 547.65		\$ 547.65	
	Capacitaciones	\$ -		\$ 45.00		\$ 45.00		\$ 45.00	
	Mantenimiento	\$ -		\$ 50.00		\$ 50.00		\$ 50.00	
	Depreciaciones	\$ -		\$ 216.90		\$ 216.90		\$ 216.90	
	Amortizaciones	\$ -		\$ 677.02		\$ 677.02		\$ 677.02	
(-)	<b>Costos financieros</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 48,365.82</b>		<b>\$ 46,205.97</b>		<b>\$ 43,678.94</b>
	Intereses pagados	\$ -		\$ 48,365.82		\$ 46,205.97		\$ 43,678.94	
	<b>Total de egresos</b>		<b>\$ -</b>		<b>\$ 319,048.49</b>		<b>\$ 319,339.04</b>		<b>\$319,339.17</b>
(-)	Impuesto sobre la renta		\$ -		\$ 86,339.46		\$ 89,912.74		\$ 93,710.42
(-)	Pago a capital		\$ -		\$ 12,705.02		\$ 14,864.87		\$ 17,391.90
(-)	Inventario siguiente periodo		\$ -		\$ 51,483.06		\$ 53,883.47		\$ 56,410.63
(=)	<b>Efectivo neto disponible</b>		<b>\$ 30,000.00</b>		<b>\$ 451,775.47</b>		<b>\$ 646,707.00</b>		<b>\$847,972.75</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 369. Estado de flujo de efectivo parte 2

<b>ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO</b>					
	<b>Rubro</b>	<b>Año 4</b>		<b>Año 5</b>	
	<b>Saldo inicial</b>		<b>\$ 847,972.75</b>		<b>\$ 1,055,511.99</b>
	<b>Entradas</b>				
(+)	Ventas de contado		\$ 644,582.87		\$ 657,796.71
(=)	<b>Ingresos por servicios</b>	<b>\$ 644,582.87</b>		<b>\$ 657,796.71</b>	
	<b>Préstamo</b>		\$ -		\$ -
	<b>Inventario</b>		\$ 59,057.00		\$ 61,828.22
	<b>Inventario de insumos</b>	<b>\$ 59,057.00</b>		<b>\$ 61,828.22</b>	
	<b>Total de ingresos</b>		<b>\$ 703,639.87</b>		<b>\$ 719,624.93</b>
(-)	<b>Costos de operación</b>		<b>\$ 209,697.41</b>		<b>\$ 212,410.69</b>
	Insumos	\$ 57,073.75		\$ 59,787.04	
	Mano de obra	\$ 72,664.01		\$ 72,664.01	
	Servicios básicos	\$ 6,571.86		\$ 6,571.86	
	Capacitaciones	\$ 666.32		\$ 666.32	
	Mantenimiento	\$ 8,580.00		\$ 8,580.00	
	Depreciaciones	\$ 51,955.05		\$ 51,955.05	
	Amortizaciones	\$ 12,186.42		\$ 12,186.42	
(-)	<b>Costos administrativos</b>		<b>\$ 58,093.13</b>		<b>\$ 58,103.29</b>
	Insumos	\$ 213.75		\$ 223.91	
	Mano de obra	\$ 49,460.60		\$ 49,460.60	
	Servicios básicos	\$ 3,285.93		\$ 3,285.93	
	Capacitaciones	\$ 270.00		\$ 270.00	
	Mantenimiento	\$ 150.00		\$ 150.00	

	Depreciaciones	\$ 650.71		\$ 650.71	
	Amortizaciones	\$ 4,062.14		\$ 4,062.14	
(-)	<b>Costos de comercialización</b>		<b>\$ 10,516.08</b>		<b>\$ 10,563.85</b>
	Insumos	\$ 1,769.50		\$ 1,817.27	
	Mano de obra	\$ 7,210.00		\$ 7,210.00	
	Servicios básicos	\$ 547.65		\$ 547.65	
	Capacitaciones	\$ 45.00		\$ 45.00	
	Mantenimiento	\$ 50.00		\$ 50.00	
	Depreciaciones	\$ 216.90		\$ 216.90	
	Amortizaciones	\$ 677.02		\$ 677.02	
(-)	<b>Costos financieros</b>		<b>\$ 40,722.31</b>		<b>\$ 37,263.06</b>
	Intereses pagados	\$ 40,722.31		\$ 37,263.06	
	<b>Total de egresos</b>		<b>\$ 319,028.92</b>		<b>\$ 318,340.90</b>
(-)	Impuesto sobre la renta		\$ 97,666.18		\$ 101,836.74
(-)	Pago a capital		\$ 20,348.53		\$ 23,807.78
(-)	Inventario siguiente periodo		\$ 59,057.00		\$ 61,828.22
(=)	<b>Efectivo neto disponible</b>		<b>\$ 1,055,511.99</b>		<b>\$ 1,269,323.28</b>

Fuente: Elaboración propia

## B. Estado de resultado

Tabla 370. Estado de resultado

ESTADO DE RESULTADO							
	Rubro	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
(+)	Ventas	\$ -	\$ 524,132.25	\$ 536,333.75	\$ 548,992.81	\$ 561,868.43	\$ 575,082.27
(-)	Costos de operación	\$ -	\$ 202,274.26	\$ 204,634.65	\$ 207,107.26	\$ 209,697.41	\$ 212,410.69
=	<b>Utilidad bruta</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 321,857.98</b>	<b>\$ 331,699.10</b>	<b>\$ 341,885.55</b>	<b>\$ 352,171.02</b>	<b>\$ 362,671.57</b>
(-)	Gastos de administración	\$ -	\$ 58,065.33	\$ 58,074.17	\$ 58,083.43	\$ 58,093.13	\$ 58,103.29
(-)	Gastos de comercialización	\$ -	\$ 10,343.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85
=	<b>Utilidad de operaciones</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 253,449.58</b>	<b>\$ 263,200.67</b>	<b>\$ 273,332.57</b>	<b>\$ 283,561.82</b>	<b>\$ 294,004.43</b>
(-)	Gastos financieros	\$ -	\$ 48,365.82	\$ 46,205.97	\$ 43,678.94	\$ 40,722.31	\$ 37,263.06
(+)	Ingresos extraordinarios	\$ -	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44
=	<b>Utilidad antes de impuestos</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 287,798.20</b>	<b>\$ 299,709.15</b>	<b>\$ 312,368.07</b>	<b>\$ 325,553.95</b>	<b>\$ 339,455.81</b>
(-)	Impuestos sobre la renta	\$ -	\$ 86,339.46	\$ 89,912.74	\$ 93,710.42	\$ 97,666.18	\$ 101,836.74
(-)	Amortización de préstamo	\$ -	\$ 12,705.02	\$ 14,864.87	\$ 17,391.90	\$ 20,348.53	\$ 23,807.78
=	<b>Utilidad neta después de impuestos</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 188,753.72</b>	<b>\$ 194,931.53</b>	<b>\$ 201,265.75</b>	<b>\$ 207,539.24</b>	<b>\$ 213,811.29</b>

Fuente: Elaboración propia

### C. Balance general

Tabla 371. Balance general año 0

Balance general año 0			
Activos	Concepto	Pasivos	Concepto
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 30,000.00	Cuentas por pagar	\$ -
Inventario de materia prima y materiales	\$ -		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 30,000.00</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ -</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ -
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ -		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,156,864.08</b>	<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidad Retenida	\$ -
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 1,186,864.08</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 1,186,864.08</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 1,186,864.08</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 372. Balance general año 1

Balance general año 1			
Activos	Concepto	Pasivos	Concepto
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 455,661.67	Cuentas por pagar	\$ 271,799.80
Inventario de materia prima y materiales	\$ 51,483.06		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 507,144.73</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ 271,799.80</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ 86,339.46
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ 52,822.66		
Amortizaciones	\$ 16,925.58		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,226,612.32</b>	<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidades acumuladas	\$ 188,753.72
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 1,375,617.80</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 1,733,757.05</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 1,733,757.05</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 373. Balance general año 2

<b>Balance general año 2</b>			
<b>Activos</b>	<b>Concepto</b>	<b>Pasivos</b>	<b>Concepto</b>
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 567,152.96	Cuentas por pagar	\$ 256,934.92
Inventario de materia prima y materiales	\$ 53,883.47		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 621,036.43</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ 256,934.92</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ 89,912.74
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ 105,645.32		
Amortizaciones	\$ 33,851.17		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,296,360.57</b>	<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidades acumuladas	\$ 188,753.72
		Utilidad del ejercicio	\$ 194,931.53
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 1,570,549.32</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 1,917,396.99</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 1,917,396.99</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 374. Balance general año 3

<b>Balance general año 3</b>			
<b>Activos</b>	<b>Concepto</b>	<b>Pasivos</b>	<b>Concepto</b>
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 682,549.08	Cuentas por pagar	\$ 239,543.02
Inventario de materia prima y materiales	\$ 56,410.63		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 738,959.71</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ 239,543.02</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ 93,710.42
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ 158,467.98		
Amortizaciones	\$ 50,776.75		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,366,108.81</b>	<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidades acumuladas	\$ 383,685.24
		Utilidad del Ejercicio	\$ 201,265.75
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 1,771,815.07</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 2,105,068.52</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 2,105,068.51</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 375. Balance general año 4

<b>Balance general año 4</b>			
<b>Activos</b>	<b>Concepto</b>	<b>Pasivos</b>	<b>Concepto</b>
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 801,300.93	Cuentas por pagar	\$ 219,194.49
Inventario de materia prima y materiales	\$ 59,057.00		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 860,357.93</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ 219,194.49</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ 97,666.18
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ 211,290.64		
Amortizaciones	\$ 67,702.34		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,435,857.05</b>		
		<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidades acumuladas	\$ 584,950.99
		Utilidad del Ejercicio	\$ 207,539.24
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 1,979,354.31</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 2,296,214.98</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 2,296,214.99</b>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 376. Balance general año 5

Balance general año 5			
Activos		Pasivos	
Concepto		Concepto	
<b>Activo circulante</b>		<b>Pasivo circulante</b>	
Cajas y bancos	\$ 922,955.54	Cuentas por pagar	\$ 195,386.72
Inventario de materia prima y materiales	\$ 61,828.22		
<b>Total de activo circulante</b>	<b>\$ 984,783.76</b>	<b>Total de pasivo circulante</b>	<b>\$ 195,386.72</b>
<b>Activo fijo</b>		<b>Pasivo fijo</b>	
Edificio	\$ 438,143.79	Impuestos por pagar	\$ 101,836.74
Instalaciones	\$ 77,413.40		
Terreno	\$ 161,466.17		
Mobiliario y equipo	\$ 479,840.72		
Depreciación	\$ 264,113.30		
Amortizaciones	\$ 84,627.92		
<b>Total de activo fijo</b>	<b>\$ 1,505,605.30</b>		
		<b>Capital contable</b>	
		Capital social	\$ 1,186,864.08
		Utilidades acumuladas	\$ 792,490.23
		Utilidad del Ejercicio	\$ 213,811.29
		<b>Total capital</b>	<b>\$ 2,193,165.60</b>
<b>Total de activos</b>	<b>\$ 2,490,389.06</b>	<b>Total pasivo + capital</b>	<b>\$ 2,490,389.06</b>

Fuente: Elaboración propia

## VIII. Evaluación económica

### A. Determinación de la Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR)

La Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR) corresponde al rendimiento mínimo exigido por el inversionista para aceptar un proyecto, considerando el costo de oportunidad del capital y el nivel de riesgo asociado a la inversión (Sapag Chain & Sapag Chain, 2014; Brealey et al., 2020).

Para su determinación se emplea la siguiente expresión:

$$TMAR = I + R + IR$$

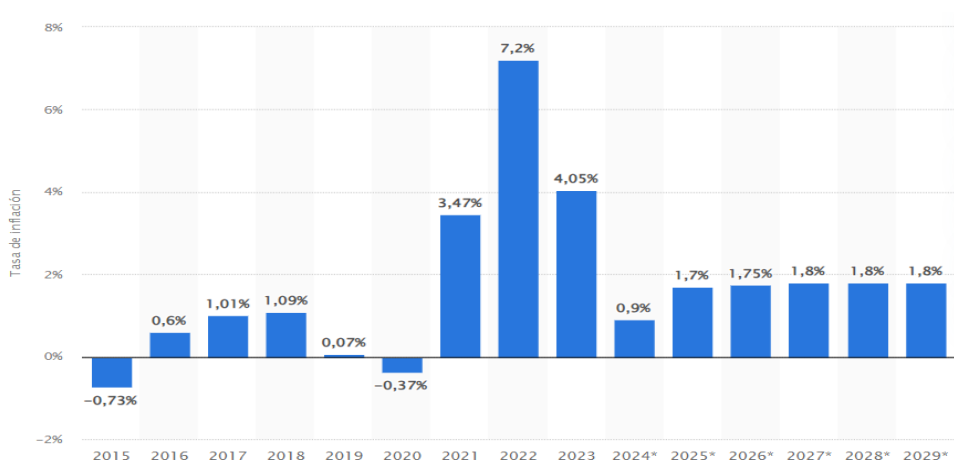
Donde:

I: Tasa de inflación R: Premio al riesgo

#### Tasa de inflación

Es la tasa a la cual aumentan los precios de los productos en un periodo de tiempo, es decir, muestra la variación porcentual en un determinado territorio. Para el caso de El Salvador, se muestran las siguientes variaciones y proyecciones

Figura 192. Tasa de inflación de El Salvador.



Fuente: [statista.com](https://www.statista.com)

## Cálculo de tasa de inflación promedio

Tabla 377. Tasa de inflación promedio de El Salvador

Año	2025	2026	2027	2028	2029
%de inflación	1.7%	1.75%	1.8%	1.8%	1.8%
%promedio	1.77%				

Fuente: Elaboración propia

La tasa de inflación refleja el incremento generalizado de los precios en un período determinado. Para el caso de El Salvador, se consideraron las proyecciones de inflación para los años 2025–2029, obteniendo un promedio estimado de 1.77 % anual.

Este valor representa la pérdida del poder adquisitivo del dinero y debe incorporarse en la tasa mínima exigida para garantizar que el proyecto mantenga el valor real de la inversión.

### Premio al riesgo

El premio al riesgo corresponde al porcentaje adicional que los inversionistas exigen por asumir la incertidumbre inherente al proyecto. Dado que la reapertura de la clínica implica riesgos operativos, financieros y de mercado, se estableció un premio al riesgo del **5.8 %**, conforme a criterios definidos por los inversionistas del proyecto.

### Cálculo de la TMAR del capital propio

Sustituyendo los valores en la fórmula:

$$TMAR = 1.77\% + 5.8\% + (5.8\% * 1.77\%)$$

$$TMAR = 7.67\%$$

Por lo tanto, el rendimiento mínimo exigido por los inversionistas sobre el capital propio es del **7.67 % anual**.

### Determinación de la TMAR Mixta (Costo Promedio Ponderado de Capital)

Dado que el proyecto contempla financiamiento mixto (capital propio y préstamo bancario), es necesario calcular una TMAR global ponderada, que represente el costo promedio del capital utilizado.

La estructura de financiamiento del proyecto es la siguiente:

- **Capital propio:** 78 % de la inversión total

- **Financiamiento bancario:** 22 % de la inversión total (tasa del 17 %)

Tabla 378. Determinación de TMAR mixta

TIPO DE FINANCIAMIENTO	APORTE	%	PONDERACION
RECURSO PROPIO	78%	7.67%	5.97%
ENTIDAD FINANCIERA	22%	17.00%	3.77%
TMAR MIXTA			<b>9.74%</b>

Fuente: Elaboración propia

la **TMAR global del proyecto es 9.74 %**, la cual será utilizada como tasa de descuento para el cálculo del VAN y demás indicadores financieros.

### **B. Valor Actual Neto (VAN)**

El Valor Actual Neto (VAN) es un criterio de evaluación que consiste en actualizar los flujos de efectivo netos futuros a una tasa de descuento determinada y compararlos con la inversión inicial, permitiendo establecer si el proyecto genera valor en términos monetarios presentes (Sapag Chain & Sapag Chain, 2014; Brealey et al., 2020). Un VAN positivo indica que el proyecto crea valor y, por tanto, es financieramente viable, a continuación, se presenta la formula:

$$VAN = -P + \frac{FNEx_1}{(i+1)^1} + \frac{FNEx_2}{(i+1)^2} + \frac{FNEx_3}{(i+1)^3} + \frac{FNEx_4}{(i+1)^4} + \frac{FNEx_5}{(i+1)^5}$$

Donde:

**FNE:** es la utilidad neta del estado de resultados

**i:** será la TMAR

**P:** inversión inicial

Inversión: -\$ 1,281,444.07

FNE1	FNE2	FNE3	FNE4	FNE5
\$188,753.72	\$194,931.53	\$201,265.75	\$207,539.24	\$213,811.29

**VAN para 5 años = -\$517,917.02**

Nota: Los cálculos se realizaron mediante la herramienta de Excel con la formula VNA.

El criterio de decisión para la comparación de alternativas es el siguiente:

- ✚ Si el VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión utilizada y el proyecto se acepta.

- ✚ Si el VAN es cero, la rentabilidad es igual a la tasa de rechazo, por lo que puede considerarse aceptable a criterio del inversionista.
- ✚ Si el VAN es negativo, la rentabilidad está por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe rechazarse.

**Análisis:** Para calcular el Valor Actual Neto (VAN), se consideró como inversión inicial el monto del financiamiento requerido para la reapertura de la clínica, equivalente a \$1,281,444.07, y una TMAR del 9.74%, que corresponde a la tasa global necesaria para ejecutar el proyecto.

Al obtener el resultado de la VAN nos genera un resultado negativo, por lo que el proyecto debe rechazarse.

#### **Análisis para 10 años:**

El Valor Actual Neto del proyecto, calculado para un horizonte de evaluación de **10 años** y una tasa de descuento del 9.74%, es de **\$36,689.02**. **Ver anexo 10. Cálculos de VAN para 10 años.**

Al ser un valor positivo, indica que los flujos de efectivo generados por la reapertura de la clínica permiten recuperar la inversión inicial y generar un excedente económico en términos de valor presente. Este resultado confirma que el proyecto es financieramente viable, aunque con un margen moderado, coherente con proyectos del sector salud cuyo objetivo principal no es la maximización de utilidades, sino la prestación de servicios esenciales a la población.

### **C. Tasa Interna de Retorno (TIR)**

La Tasa Interna de Retorno (TIR) es el indicador que determina la tasa de descuento que iguala a cero el Valor Actual Neto del proyecto, representando la rentabilidad porcentual esperada de la inversión. En términos prácticos, si la TIR es superior a la tasa mínima aceptable de rendimiento, el proyecto se considera financieramente viable (Brealey et al., 2020; Sapag Chain & Sapag Chain, 2014).

La TIR es la tasa de descuento que iguala, en el momento inicial, la corriente futura de cobros con la de pagos, generando un VAN igual a cero, es decir se ocupa la misma fórmula que la VAN, despejando la tasa de interés como se muestra a continuación.

Para el cálculo de la TIR se utiliza la siguiente fórmula:

$$0 = -P + \frac{FNEx_1}{(i+1)^1} + \frac{FNEx_2}{(i+1)^2} + \frac{FNEx_3}{(i+1)^3} + \frac{FNEx_4}{(i+1)^4} + \frac{FNEx_5}{(i+1)^5}$$

**TIR para 5 años: -7%**

**TIR para 10 años: 10%**

El criterio de rentabilidad será:

Si  $TIR \geq TMAR$ , el proyecto se acepta.

Si  $TIR \leq TMAR$ , el proyecto se rechaza.

**Análisis:** La Tasa Interna de Retorno (TIR) obtenida para un horizonte de 10 años es del 10 %, mientras que para un horizonte de 5 años fue de  $-7\%$ .

La Tasa Interna de Retorno (TIR) obtenida para un horizonte de 10 años es del 10 %, mientras que para un horizonte de 5 años fue de  $-7\%$ . En el análisis a 5 años, la TIR negativa indica que el proyecto no genera rendimientos suficientes para recuperar la inversión ni compensar el costo del capital en ese periodo, evidenciando una rentabilidad insuficiente. Sin embargo, al ampliar el horizonte de evaluación a 10 años, la TIR mejora significativamente hasta alcanzar el 10 %, lo cual demuestra que el proyecto requiere más tiempo para madurar y consolidar sus flujos de efectivo.

Al comparar la TIR del 10 % con la TMAR mixta del 9.74 %, se observa que la TIR es mayor que la TMAR ( $10\% \geq 9.74\%$ ). Por lo tanto, según el criterio de decisión, el proyecto se acepta, ya que genera un rendimiento ligeramente superior al mínimo requerido. En conclusión, el proyecto no es atractivo financieramente en un horizonte de 5 años, pero sí resulta viable y aceptable al evaluarse a 10 años, bajo la TMAR mixta establecida.

### **Razón Beneficio/Costo**

La relación Beneficio–Costo (B/C) es un indicador que se obtiene al dividir el valor presente de los beneficios entre el valor presente de los costos del proyecto. Cuando el resultado es mayor que uno, el proyecto genera beneficios superiores a sus costos en términos actualizados. En la evaluación social, este indicador debe calcularse utilizando precios sombra, ya que estos reflejan de manera más precisa las oportunidades económicas reales para la sociedad (Fontaine, 2008; Sapag Chain & Sapag Chain, 2014).

### Interpretación del Beneficio/Costo.

Si el resultado es mayor que 1, significa que los ingresos netos son superiores a los egresos netos. En otras palabras, los beneficios (ingresos) son mayores a los sacrificios (egresos) y, en consecuencia, el proyecto generará riqueza a la empresa.

Si el resultado es igual a 1, los beneficios igualan a los sacrificios sin generar riqueza alguna. Por tal razón sería indiferente ejecutar o no el proyecto.

La fórmula para calcular la razón beneficio/costo es la siguiente:

$$B/C = \frac{VAN}{Inversión\ inicial}$$

Sustituyendo se obtiene lo siguiente:

Inversión inicial	VAN (10 años)
\$1,281,444.07	\$36,689.02

**B/C para 5 años = \$0.60**

**B/C para 10 años = \$1.03**

El criterio de decisión será:

- ✚ Si  $B/C > 1$ , se acepta el proyecto
- ✚ Si  $B/C < 1$ , se rechaza el proyecto

**Análisis:** El índice Beneficio–Costo es de 1.03, lo que significa que por cada dólar invertido se obtiene un beneficio económico de \$1.03 en valor presente. Al ser mayor que 1, el proyecto resulta económicamente aceptable, aunque con una rentabilidad ajustada.

### Evaluación financiera

#### ***D. Tiempo de Retorno de la Inversión (TRI)***

El período de recuperación de la inversión (PRI), conocido también como Payback, es el indicador que mide el tiempo requerido para recuperar el capital invertido inicialmente mediante los flujos netos de efectivo generados por el proyecto. Aunque no considera el valor del dinero en el tiempo en su versión simple, constituye un criterio complementario útil para evaluar la liquidez y el riesgo asociado a la inversión (Brealey et al., 2020; Sapag Chain & Sapag Chain, 2014).

La TRI se calcula apoyándose en la siguiente tabla:

Tabla 379. Acumulado para cálculo del TRI

Año	Flujo de efectivo	Acumulado
0	-\$ 1,281,444.07	
1	\$ 172,000.84	\$ 172,000.84
2	\$ 161,864.71	\$ 333,865.55
3	\$ 152,291.27	\$ 486,156.81
4	\$ 143,100.25	\$ 629,257.07
5	\$ 134,340.16	\$ 763,597.22
6	\$ 126,024.97	\$ 889,622.19
7	\$ 118,129.14	\$1,007,751.34
8	\$ 110,592.24	\$1,118,343.58
9	\$ 103,416.10	\$1,221,759.68
10	\$ 244,652.81	\$1,466,412.49

Fuente: Elaboración propia

**Utilizamos la siguiente formula:**

TRI = (Inversión Inicial - Flujo Acumulado antes del último año) / Flujo de Efectivo del Último Año

**TRI = 9.24**

**Análisis:** El período de recuperación de la inversión (TRI) es de 9.24 años, lo que indica que la clínica logra recuperar la inversión inicial casi al finalizar el año 9 de operación. Este resultado evidencia que el proyecto requiere un horizonte largo para recuperar el capital invertido.

Desde el punto de vista de liquidez, el proyecto sí recupera la inversión; sin embargo, el tiempo necesario para lograrlo es considerablemente extenso. Un período de recuperación cercano a los nueve años implica que el capital permanece comprometido durante una parte importante del horizonte evaluado, lo cual incrementa la exposición al riesgo operativo y financiero.

### ***E. Análisis vertical y horizontal***

Método de análisis vertical Se emplea para analizar estados financieros como el Balance General y el Estado de Resultados, comparando las cifras en forma vertical.

Permite conocer la participación de cada uno de los rubros y subcuentas respecto a la cuenta principal, ya sea el activo total, pasivo total, patrimonio total o ingresos netos. Posibilita visualizar los cambios ocurridos en la estructura de los estados financieros e identificar las causas de los cambios relativos de los diferentes rubros.

El Análisis Vertical del Balance General como del Estado Financiero es la evaluación del funcionamiento de la empresa en un periodo ya especificado. Este análisis según Jae K. Shim y Joel G. Siegel sirve para poner en evidencia la estructura interna de la empresa, también permite la evaluación interna y se valora la situación de la empresa con su industria.

### ***F. Método de análisis horizontal***

El análisis horizontal es una técnica que compara estados financieros de distintos periodos consecutivos con el objetivo de determinar las variaciones absolutas y porcentuales de cada partida. Este procedimiento permite evaluar tendencias, identificar cambios significativos y analizar el desempeño financiero de la empresa en el tiempo (Wild et al., 2017; Brigham & Houston, 2019).

El cálculo del análisis horizontal se realiza determinando la diferencia entre dos o más periodos, expresando las variaciones tanto en valores absolutos como en porcentajes, tomando un año base para facilitar la interpretación de los cambios. Este método permite identificar el crecimiento o decrecimiento de las cuentas y evaluar la evolución financiera de la empresa a lo largo del tiempo.

## Análisis vertical del balance general

Tabla 380. Análisis vertical del balance general

ANÁLISIS VERTICAL					
CUENTAS	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Activos</b>					
<b>Activo circulante</b>					
Cajas y bancos	26%	30%	32%	35%	37%
Inventario de materia prima y materiales	3%	3%	3%	3%	2%
<b>Total de activo circulante</b>	29%	32%	35%	37%	40%
<b>Activo fijo</b>					
Edificio	25%	23%	21%	19%	18%
Instalaciones	4%	4%	4%	3%	3%
Terreno	9%	8%	8%	7%	6%
Mobiliario y equipo	28%	25%	23%	21%	19%
Depreciación	3%	6%	8%	9%	11%
<b>Total de activos fijos</b>	71%	68%	65%	63%	60%
<b>Activos intangibles</b>					
<b>Total de activos intangibles</b>					
<b>Total de activos</b>	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Pasivos</b>					
<b>Pasivo circulante</b>					
Cuentas por pagar	16%	13%	11%	10%	8%
<b>Total de pasivo circulante</b>	16%	13%	11%	10%	8%
<b>Pasivo fijo</b>					
Impuestos por pagar	5%	5%	4%	4%	4%
<b>Total de pasivos fijos</b>	5%	5%	4%	4%	4%
<b>Total de pasivos</b>	21%	18%	16%	14%	12%
<b>Capital contable</b>					
Capital social	68%	62%	56%	52%	48%
Utilidades acumuladas	11%	10%	18%	25%	32%
Utilidad del Ejercicio	0%	11%	12%	12%	12%
<b>Total capital</b>	79%	82%	84%	86%	88%
<b>Total pasivo + capital</b>	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

## **Análisis vertical del balance general.**

Con respecto al análisis vertical del balance general se puede decir:

### **Activo circulante**

#### **Activo fijo**

El activo fijo presenta una disminución gradual en su participación relativa, pasando del 71 % en el año 1 al 60 % en el año 5.

Esta reducción no implica una pérdida de infraestructura o activos productivos, sino que responde a dos factores principales:

1. El crecimiento acelerado del activo circulante.
2. El efecto acumulativo de la depreciación y amortización.

Aunque los valores absolutos de edificio, instalaciones, terreno y mobiliario permanecen constantes, su peso porcentual disminuye frente al crecimiento del total de activos. Este comportamiento es característico en proyectos que consolidan liquidez sin realizar nuevas inversiones significativas en infraestructura durante el período evaluado.

### **Activos intangibles**

No se registran activos intangibles durante los cinco años evaluados, por lo que no tienen peso dentro de la estructura del activo total.

### **Pasivos**

#### **Pasivo circulante**

El pasivo circulante presenta una tendencia decreciente, reduciéndose del 16 % en el año 1 al 8 % en el año 5. Esta disminución refleja una gestión eficiente de las obligaciones de corto plazo, evidenciando que la institución reduce progresivamente su dependencia del endeudamiento inmediato. Este comportamiento fortalece la solvencia financiera y disminuye el riesgo asociado a presiones de liquidez en el corto plazo.

#### **Pasivo fijo**

El pasivo fijo mantiene una participación baja y estable, oscilando entre el 5 % en los primeros años y el 4 % en los años finales.

Esto indica que las obligaciones de largo plazo no representan una carga significativa dentro de la estructura financiera del proyecto, contribuyendo a una posición financiera conservadora.

### Capital contable

El capital contable mantiene una participación predominante dentro de la estructura de financiamiento, incrementándose del 79 % en el año 1 al 88 % en el año 5.

Este comportamiento demuestra que el proyecto se sostiene principalmente con recursos propios, fortaleciendo su autonomía financiera.

### Análisis vertical del Estado de resultados

Tabla 381. Análisis vertical del estado de resultado

ANALISIS VERTICAL					
Rubro	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ventas	100%	100%	100%	100%	100%
Costos de operación	39%	38%	38%	37%	37%
Utilidad bruta	61%	62%	62%	63%	63%
Gastos de administración	11%	11%	11%	10%	10%
Gastos de comercialización	2%	2%	2%	2%	2%
Utilidad de operaciones	48%	49%	50%	50%	51%
Gastos financieros	9%	9%	8%	7%	6%
Ingresos extraordinarios	16%	15%	15%	15%	14%
Utilidad antes de impuestos	55%	56%	57%	58%	59%
Impuestos sobre la renta	16%	17%	17%	17%	18%
Amortización de préstamo	2%	3%	3%	4%	4%
Utilidad neta después de impuestos	36%	36%	37%	37%	37%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al análisis del estado de resultado se puede decir:

- Los costos de operación representan el 39 % de las ventas en el año 1, disminuyendo ligeramente a 37 % en el año 5. Esta reducción progresiva refleja una mejora en la eficiencia operativa de la clínica, ya que conforme aumentan las ventas, la proporción de costos directos necesarios para la prestación de los servicios de salud se mantiene controlada y muestra una tendencia decreciente.
- Los gastos de administración y comercialización, considerados de forma conjunta, representan aproximadamente el 13 % de las ventas en el año 1 (11 % administración y 2 % comercialización), reduciéndose gradualmente hasta situarse en 12 % en los años 4 y 5. Esta ligera disminución evidencia estabilidad en los gastos fijos administrativos y una adecuada gestión comercial, lo que permite aprovechar el crecimiento de los ingresos sin incrementar proporcionalmente estos rubros.
- La utilidad de operaciones corresponde al 48 % de las ventas en el año 1, incrementándose de manera sostenida hasta alcanzar el 51 % en el año 5. Este crecimiento demuestra una operación sólida y eficiente, con márgenes operativos crecientes que fortalecen la sostenibilidad financiera del proyecto hospitalario.
- Los gastos financieros representan el 9 % de las ventas en el año 1, disminuyendo progresivamente hasta el 6 % en el año 5. Esta reducción está asociada a la disminución del saldo del préstamo y a una menor carga financiera anual, lo cual contribuye positivamente al desempeño financiero general del proyecto.
- La utilidad antes de impuestos representa el 55 % de las ventas en el año 1, aumentando de forma constante hasta situarse en 59 % en el año 5. Este comportamiento evidencia una mejora significativa en la rentabilidad global del proyecto, impulsada por el crecimiento sostenido de los ingresos y el control eficiente de los costos operativos y financieros.
- La utilidad neta después de impuestos equivale al 36 % de las ventas en el año 1, incrementándose ligeramente hasta alcanzar el 37 % en los años 3, 4 y 5. Este margen neto elevado confirma que el proyecto no solo es rentable, sino que mantiene estabilidad y mejora progresiva en su desempeño financiero, incluso considerando la carga tributaria y la amortización del financiamiento.

## Análisis horizontal del Balance General

Tabla 382. Análisis horizontal del balance general

ANÁLISIS HORIZONTAL								
CUENTAS	Año 2 - Año 1		Año 3 - Año 2		Año 4 - Año 3		Año 5 - Año 4	
Activos	Análisis horizontal		Análisis horizontal		Análisis horizontal		Análisis horizontal	
Activo circulante	Var abs	Var rel	Var abs	Var rel	Var abs	Var rel	Var abs	Var rel
Cajas y bancos	\$ 111,491.29	24.47%	\$ 115,396.12	20%	\$ 118,751.85	17%	\$ 121,654.61	15%
Inventario de materia prima y materiales	\$ 2,400.41	4.66%	\$ 2,527.16	5%	\$ 2,646.37	5%	\$ 2,771.22	5%
<b>Total de activo circulante</b>	\$ 113,891.70	22.46%	\$ 117,923.28	19%	\$ 121,398.22	16%	\$ 124,425.83	14%
<b>Activo fijo</b>								
Edificio	\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Instalaciones	\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Terreno	\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Mobiliario y equipo	\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Depreciación	\$ 52,822.66	100.00%	\$ 52,822.66	50%	\$ 52,822.66	33%	\$ 52,822.66	25%
<b>Total de activos fijos</b>	\$ 69,748.24	5.69%	\$ 69,748.24	5%	\$ 69,748.24	5%	\$ 69,748.24	5%
<b>Activos intangibles</b>								
<b>Total de activos intangibles</b>								
<b>Total de activos</b>	\$ 183,639.94	10.59%	\$ 187,671.52	10%	\$ 191,146.47	9%	\$ 194,174.08	8%
<b>Pasivos</b>								
<b>Pasivo circulante</b>								
Cuentas por pagar	-\$ 14,864.87	-5.47%	-\$ 17,391.90	-7%	-\$ 20,348.53	-8%	-\$ 23,807.78	-11%
<b>Total de pasivo circulante</b>	-\$ 14,864.87	-5.47%	-\$ 17,391.90	-7%	-\$ 20,348.53	-8%	-\$ 23,807.78	-11%
<b>Pasivo fijo</b>								
Impuestos por pagar	\$ 3,573.29	4.14%	\$ 3,797.68	4%	\$ 3,955.76	4%	\$ 4,170.56	4%
<b>Total de pasivos fijos</b>	\$ 3,573.29	4.14%	\$ 3,797.68	4%	\$ 3,955.76	4%	\$ 4,170.56	4%
<b>Total de pasivos</b>	-\$ 11,291.59	-3.15%	-\$ 13,594.23	-4%	-\$ 16,392.76	-5%	-\$ 19,637.22	-6%
<b>Capital contable</b>								
Capital social	\$ -		\$ -		\$ -		\$ -	
Utilidades acumuladas	\$ -	0.00%	\$ 194,931.53	103%	\$ 201,265.75	52%	\$ 207,539.24	35%
Utilidad del Ejercicio	\$ 194,931.53		\$ 6,334.22	3%	\$ 6,273.49	3%	\$ 6,272.05	3%
<b>Total capital</b>	\$ 194,931.53	14.17%	\$ 201,265.75	13%	\$ 207,539.24	12%	\$ 213,811.29	11%
<b>Total pasivo + capital</b>	\$ 183,639.94	10.59%	\$ 187,671.52	10%	\$ 191,146.47	9%	\$ 194,174.07	8%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al análisis horizontal del balance general se puede decir:

- Al comparar el año 1 con el año 2, el activo circulante presenta un incremento del 22.46 %, impulsado principalmente por el aumento en cajas y bancos. En los periodos siguientes, el activo circulante continúa creciendo, aunque a tasas ligeramente menores: 18.99 % del año 2 al 3, 16.42 % del año 3 al 4 y 14.47 % del año 4 al 5. Esta tendencia refleja una mejora sostenida en la liquidez del proyecto, evidenciando una consolidación financiera progresiva y una mayor capacidad para cubrir obligaciones de corto plazo.
- En relación con los activos fijos, se observa un incremento constante en términos nominales del 5.69 % anual durante todo el periodo analizado. Este crecimiento no responde a nuevas inversiones en infraestructura, ya que los rubros de edificio, instalaciones, terreno y mobiliario permanecen constantes, sino que se explica por el reconocimiento acumulativo de la depreciación y amortización dentro de la estructura contable. Este comportamiento es característico de proyectos donde la inversión inicial es significativa y posteriormente se mantiene estable la infraestructura operativa.
- El total de activos presenta un crecimiento sostenido, aumentando 10.59 % entre el año 1 y el año 2, seguido de incrementos del 9.79 % entre el año 2 y 3, 9.08 % entre el año 3 y 4 y 8.46 % entre el año 4 y 5. Este comportamiento evidencia una expansión financiera gradual del proyecto, impulsada principalmente por el crecimiento del activo circulante y la acumulación de efectivo generado por la operación.
- En el pasivo circulante se observa una disminución constante del 5.47 % entre el año 1 y el año 2, 6.77 % entre el año 2 y 3, 8.49 % entre el año 3 y 4 y 10.87 % entre el año 4 y 5. Esta reducción progresiva indica una mejora en la gestión de obligaciones de corto plazo y una disminución del riesgo asociado a presiones de liquidez.
- El pasivo fijo muestra incrementos moderados y constantes, creciendo 4.14 % entre el año 1 y el año 2, 4.23 % entre el año 2 y 3, 4.22 % entre el año 3 y 4 y 4.27 % entre el año 4 y 5. Este aumento está asociado principalmente al crecimiento en los impuestos por pagar, reflejando mayores niveles de operación y cumplimiento fiscal conforme el proyecto consolida su rentabilidad.
- El total del pasivo presenta una tendencia decreciente, reduciéndose 3.15 % entre el año 1 y el año 2, 3.92 % entre el año 2 y 3, 4.92 % entre el año 3 y 4 y 6.20 % entre el año 4 y el año 5. Esta evolución confirma una menor dependencia del financiamiento externo y una estructura financiera cada vez más sólida y conservadora.
- El capital contable muestra un crecimiento significativo, aumentando 14.16 % entre el año 1 y el año 2, seguido de incrementos del 12.82 % entre el año 2 y 3, 11.72 % entre el año 3 y 4 y 10.81 % entre el año 4 y 5. Este crecimiento sostenido está impulsado por la acumulación de utilidades y refleja que el proyecto genera valor de manera constante, fortaleciendo progresivamente su patrimonio.

- El total de pasivo más capital registra un crecimiento del 10.59 % entre el año 1 y el año 2, manteniendo una tendencia positiva en los años siguientes con incrementos del 9.79 %, 9.08 % y 8.46 %. Este comportamiento confirma la expansión financiera del proyecto y la consolidación de una estructura patrimonial estable, con predominio del financiamiento propio sobre el externo.

### Análisis horizontal de Estado de resultado

Tabla 383. Análisis horizontal del estado de resultado

ESTADO DE RESULTADO									
Rubro		Año 2 - Año 1		Año 3 - Año 2		Año 4 - Año 3		Año 5 - Año 4	
Cuentas		Análisis horizontal		Análisis horizontal		Análisis horizontal		Análisis horizontal	
		Var abs	Var rel	Var abs	Var rel	Var abs	Var rel	Var abs	Var rel
(+)	Ventas	\$ 12,201.50	2.33%	\$ 12,659.06	2.36%	\$ 12,875.62	2.35%	\$ 13,213.83	2.35%
(-)	Costos de operación	\$ 2,360.39	1.17%	\$ 2,472.60	1.21%	\$ 2,590.15	1.25%	\$ 2,713.29	1.29%
=	Utilidad bruta	\$ 9,841.11	3.06%	\$ 10,186.45	3.07%	\$ 10,285.47	3.01%	\$ 10,500.55	2.98%
(-)	Gastos de administración	\$ 8.84	0.02%	\$ 9.26	0.02%	\$ 9.70	0.02%	\$ 10.16	0.02%
(-)	Gastos de comercialización	\$ 81.18	0.78%	\$ 45.30	0.43%	\$ 46.52	0.44%	\$ 47.78	0.45%
=	Utilidad de operaciones	\$ 9,751.10	3.85%	\$ 10,131.90	3.85%	\$ 10,229.25	3.74%	\$ 10,442.61	3.68%
(-)	Gastos financieros	-\$ 2,159.85	-4.47%	-\$ 2,527.03	-5.47%	-\$ 2,956.62	-6.77%	-\$ 3,459.25	-8.49%
(+)	Ingresos extraordinarios	\$ 0.00	0.00%	\$ -	0.00%	\$ -	0.00%	\$ -	0.00%
=	Utilidad antes de impuestos	\$ 11,910.95	4.14%	\$ 12,658.93	4.22%	\$ 13,185.88	4.22%	\$ 13,901.86	4.27%
(-)	Impuestos sobre la renta	\$ 3,573.29	4.14%	\$ 3,797.68	4.22%	\$ 3,955.76	4.22%	\$ 4,170.56	4.27%
(-)	Amortización de préstamo	\$ 2,159.85	17.00%	\$ 2,527.03	17.00%	\$ 2,956.62	17.00%	\$ 3,459.25	17.00%
=	Utilidad neta después de impuestos	\$ 6,177.81	3.27%	\$ 6,334.22	3.25%	\$ 6,273.49	3.12%	\$ 6,272.05	3.02%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al análisis horizontal del estado de resultado se puede decir:

- Los costos de operación muestran aumentos moderados y progresivos, con variaciones de 1.17 %, 1.21 %, 1.25 % y 1.29 %. Estas tasas de crecimiento se mantienen por debajo del incremento de las ventas, lo que indica una gestión eficiente de los costos directos asociados a la prestación de los servicios médicos y una adecuada contención del gasto operativo.
- La utilidad bruta mantiene una tendencia positiva, con crecimientos de 3.06 %, 3.07 %, 3.01 % y 2.98 %. Este comportamiento confirma que la clínica mejora progresivamente su margen bruto, ya que los ingresos crecen a un ritmo superior al de los costos operativos.
- Los gastos financieros disminuyen de forma sostenida, con variaciones negativas de -4.47 %, -5.47 %, -6.77 % y -8.49 %, respectivamente. Esta reducción se explica por el pago progresivo del financiamiento, lo que disminuye la carga financiera y mejora el resultado neto del proyecto.

## **IX. Análisis de sensibilidad**

Se denomina análisis de sensibilidad al procedimiento mediante el cual se evalúan distintos escenarios probables ante la existencia de riesgo e incertidumbre, con el propósito de determinar cómo se ven afectados los principales indicadores de la evaluación económica del proyecto, tales como la Tasa Interna de Retorno (TIR), el Valor Actual Neto (VAN) y la Relación Beneficio–Costo (B/C) (Sapag Chain & Sapag Chain, 2014).

Los valores originales de los tres principales indicadores se presentan a continuación, bajo estos indicadores se proyectarán diferentes escenarios en el proyecto:

VAN del proyecto: -\$517,917.02

TIR del proyecto: -7%

B/C del proyecto: 0.60

### **1. ESCENARIO 1: AUMENTO DEL VOLUMEN DE VENTAS (20%)**

Para este escenario, se plantea un incremento en los ingresos derivados de un mayor volumen de pacientes atendidos. Este aumento puede lograrse mediante la implementación de estrategias orientadas a mejorar la visibilidad, accesibilidad y competitividad de los servicios clínicos.

Una campaña publicitaria más efectiva, enfocada en los servicios de mayor demanda del área de influencia, permitiría expandir el alcance de la clínica a nuevos usuarios y recuperar pacientes potenciales que actualmente acuden a centros competidores. La promoción estratégica en redes sociales, anuncios locales y convenios con instituciones

comunitarias contribuiría a incrementar el flujo de pacientes (algo que no se realizaba cuando la clínica aún era hospital).

Asimismo, el mejoramiento en la calidad del servicio y en la experiencia del paciente — como tiempos de espera más cortos, ampliación de horarios de atención, atención más personalizada o incorporación de nuevos servicios médicos— puede generar un efecto directo en la confianza del paciente y en la recomendación boca a boca, lo cual incrementa la recurrencia y atrae nuevos usuarios.

El aumento en la demanda también puede ser impulsado mediante alianzas con empresas, escuelas o instituciones locales para ofrecer servicios médicos a tarifas preferenciales, chequeos periódicos o programas de salud preventiva. Estas acciones permiten ampliar la clientela de forma sostenida.

La combinación de estas estrategias puede traducirse en un incremento porcentual significativo de las ventas, lo cual impacta directamente en los indicadores financieros del proyecto. Dado que los costos operativos no crecen en la misma proporción que los ingresos, este aumento en el volumen de pacientes mejora los flujos de efectivo neto, elevando la rentabilidad del proyecto y reduciendo el riesgo asociado al VAN negativo y a la TIR desfavorable.

A continuación, se presenta las estimaciones de la VAN, TIR, y B/C para este escenario con la ayuda del programa Microsoft Excel se tiene:

VAN Proyecto = \$115,493.49

TIR Proyecto = 13%

B/C Proyecto = 1.09

Ver el estado de flujo de efectivo y el estado de resultado en el Anexo: 8

### **Análisis del Escenario 1: Aumento del Volumen de Ventas (20 %)**

El escenario evaluado genera un impacto positivo en los indicadores financieros del proyecto. El VAN pasa de -\$517,917.02 a un valor positivo de \$115,493.49, lo cual indica que, bajo estas nuevas condiciones, la clínica logra generar suficientes beneficios futuros para recuperar la inversión inicial y producir un excedente económico en términos de valor presente. Este cambio representa una mejora significativa en la viabilidad económica del proyecto, ya que transforma un resultado inicialmente negativo en uno financieramente aceptable.

En relación con la Tasa Interna de Retorno (TIR), el proyecto muestra una evolución favorable, pasando de -7% en el escenario base a 13% en este escenario. Este incremento refleja una mejora importante en la rentabilidad del proyecto y evidencia una reducción del riesgo económico. Aunque el nivel de rentabilidad es moderado, demuestra que el proyecto fortalece su capacidad de generar retornos sobre la inversión en comparación con el escenario inicial.

Por su parte, el indicador Beneficio–Costo (B/C) también presenta una mejora relevante, incrementándose de 0.60 a 1.09. Este resultado indica que se supera el punto de equilibrio económico, ya que por cada dólar invertido se generan \$1.09 en beneficios en valor presente, confirmando que los beneficios del proyecto superan a sus costos bajo las condiciones planteadas en este escenario.

En conjunto, este escenario demuestra una mejora sustancial en la sostenibilidad financiera del proyecto. La obtención de un VAN positivo, una TIR superior al escenario base y una razón B/C mayor a uno evidencian que el proyecto reduce su riesgo financiero y consolida su viabilidad económica en el mediano plazo.

## **2. ESCENARIO 2: RENEGOCIACIÓN DE LA TASA DE INTERÉS (11%) Y REDUCCIÓN DE COSTOS DE OPERACIÓN (25%)**

En este escenario se analiza el impacto de mejorar las condiciones de financiamiento y, de forma simultánea, optimizar la estructura de costos de la clínica. El punto de partida es la tasa de interés original del crédito (17 %), la cual se renegocia hasta un 11%, ya sea mediante refinanciamiento con la misma institución bancaria o a través de un nuevo convenio con mejores condiciones. Esta alternativa es viable en la medida en que la clínica demuestre un historial de pago adecuado, un plan de negocio sólido y flujos de efectivo más estables, lo que reduce el riesgo percibido por el banco y permite acceder a una tasa más baja. La disminución de la tasa de interés se traduce directamente en menores gastos financieros anuales, liberando recursos que fortalecen la rentabilidad del proyecto.

Paralelamente, se propone una reducción del 25 % en los costos de operación, basada en estrategias de eficiencia específicas para el ámbito sanitario. Entre ellas se incluyen: la negociación de mejores precios y plazos con proveedores de medicamentos e insumos médicos, la implementación de compras consolidadas, la reducción de desperdicios de material clínico, el uso racional de servicios básicos (energía, agua, oxígeno), la digitalización de procesos administrativos y la asignación más eficiente del personal en función de la demanda real de servicios. Estas medidas permiten mantener la calidad de la atención sin afectar la seguridad del paciente, pero disminuyendo de forma significativa el costo por servicio prestado.

La combinación de una menor carga financiera y una estructura de costos más eficiente incrementa de manera importante los flujos de efectivo neto del proyecto, aun cuando el nivel de ventas se mantenga constante. En consecuencia, se espera una mejora sustancial en los indicadores económicos (VAN, TIR y B/C), reduciendo el riesgo asociado al endeudamiento y aumentando la capacidad de la clínica para generar valor con los recursos disponibles.

A continuación, se presenta las estimaciones de la VAN, TIR, y B/C para este escenario con la ayuda del programa Microsoft Excel se tiene:

VAN Proyecto = \$42,155.49

TIR Proyecto = 9%

B/C Proyecto = 1.03

Ver el estado de flujo de efectivo y el estado de resultado en el Anexo: 9

### **Análisis del Escenario 2: Renegociación de Tasa (11 %) y Reducción de Costos de Operación (25 %)**

La aplicación de este escenario genera una mejora relevante en los resultados financieros del proyecto, derivada de condiciones más favorables en la estructura de financiamiento y de una mayor eficiencia en los costos de operación. El Valor Actual Neto (VAN) pasa de -\$517,917.02 en el escenario base a un valor positivo de \$42,155.49, lo que confirma que, bajo este escenario, el proyecto de la clínica logra generar beneficios futuros suficientes para recuperar la inversión inicial y producir un excedente económico, aunque de magnitud moderada. Este cambio evidencia el impacto directo que tienen la reducción de la carga financiera y la optimización de los costos operativos sobre la viabilidad económica del proyecto.

De igual manera, la Tasa Interna de Retorno (TIR) mejora respecto al escenario base, incrementándose de -7% a 9%. Aunque este valor es más conservador que en otras proyecciones, representa una mejora significativa frente al escenario original, reflejando una disminución del riesgo financiero y una mayor estabilidad en la estructura operativa del proyecto bajo condiciones de financiamiento más favorables y control de costos.

En cuanto al indicador Beneficio–Costo (B/C), este aumenta de 0.60 a 1.03, superando el punto de equilibrio económico. Este resultado indica que, bajo este escenario, por cada dólar invertido se generan \$1.03 en beneficios en valor presente, lo que confirma que los beneficios del proyecto superan ligeramente a los costos asociados. Aunque el margen es ajustado, el avance respecto al escenario base demuestra una mejora clara en la estructura de egresos y en el rendimiento financiero del proyecto.

En conjunto, este escenario demuestra que la renegociación de las condiciones financieras y la mejora en la eficiencia operativa constituyen factores determinantes para transformar un proyecto inicialmente no viable en uno financieramente aceptable. Los resultados obtenidos evidencian que, mediante una adecuada gestión de costos y financiamiento, la reapertura del hospital puede alcanzar una sostenibilidad económica viable, en coherencia con los objetivos financieros y sociales propios del sector salud.

## X. Valoración social

En el análisis de proyectos de inversión, la evaluación social constituye un procedimiento técnico riguroso que busca determinar si una iniciativa genera beneficios netos para la sociedad en su conjunto, más allá de su rentabilidad financiera para el inversionista.

A diferencia de una valoración descriptiva de impactos, la evaluación social formal implica la aplicación de herramientas cuantitativas como:

- Cálculo del Valor Actual Neto Social (VAN Social)
- Determinación de la Tasa Interna de Retorno Social (TIR Social)
- Uso de una Tasa de Descuento Social o Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento Social (TMAR Social)
- Análisis de costos y beneficios sociales ajustados mediante precios sombra
- Incorporación de externalidades positivas y negativas debidamente monetizadas

Este enfoque requiere la estimación monetaria de beneficios sociales directos e indirectos (reducción de mortalidad, mejora en productividad, ahorro sistémico en salud pública, disminución de tiempos de traslado, etc.), así como la comparación Inter temporal de dichos beneficios frente a los costos sociales del proyecto.

En el presente estudio, debido a limitaciones en la disponibilidad de información cuantitativa histórica y a la naturaleza preliminar del análisis, no se desarrolla una evaluación social bajo el enfoque económico formal con indicadores como VAN Social o TMAR Social.

En su lugar, se presenta una valoración socioeconómica de impactos, basada en la estimación del ahorro en gasto de bolsillo, reducción de costos de traslado y beneficios colectivos para la comunidad, como aproximación al impacto social de la reapertura del establecimiento.

### **Reapertura del Hospital Divina Providencia como Clínica de Primer Nivel**

#### **1. Contexto social y sanitario del área de influencia**

El distrito de Santiago Texacuangos, en el departamento de San Salvador, cuenta con una población estimada de 20,042 habitantes (DIGESTYC, 2024), con predominio de asentamientos semiurbanos y rurales, donde persisten limitaciones estructurales en el acceso oportuno a servicios de salud. Estas limitaciones se ven agravadas por factores como bajos ingresos familiares, dependencia del transporte público y saturación de los establecimientos de salud existentes.

De acuerdo con información del Ministerio de Salud (MINSAL, 2023) y la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL, 2022), las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) del área presentan sobrecarga asistencial, particularmente en consultas de

medicina general, atención materno-infantil y servicios de laboratorio. El cierre del Hospital Divina Providencia en 2024 profundizó esta problemática, al eliminar un punto clave de atención intermunicipal para Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Olocuilta y San Luis Talpa.

Ante este escenario, la reapertura del establecimiento como Clínica Divina Providencia (primer nivel de atención) se concibe como una respuesta de carácter social y sanitario, orientada a restablecer el acceso a servicios ambulatorios, preventivos y diagnósticos básicos, sin un enfoque de rentabilidad económica, sino de beneficio comunitario y equidad en salud.

## **2. Beneficios sociales directos: reducción del gasto de bolsillo en salud**

Uno de los impactos sociales más relevantes de la reapertura de la Clínica Divina Providencia es la reducción sustancial del gasto de bolsillo en salud que enfrentan las familias del distrito de Santiago Texacuangos y de los municipios aledaños. En contextos donde los ingresos familiares son limitados y una parte importante de la población depende de empleos informales o salarios mínimos, el costo de la atención médica privada representa una barrera significativa para el acceso oportuno a los servicios de salud.

La comparación entre las tarifas sociales propuestas por la Clínica Divina Providencia y los precios vigentes en hospitales privados, clínicas especializadas y laboratorios privados del área metropolitana evidencia diferencias tarifarias significativas, particularmente en consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagenología. Estas diferencias permiten que las familias accedan a servicios médicos esenciales a costos considerablemente menores, reduciendo la necesidad de postergar consultas, recurrir a la automedicación o desplazarse a establecimientos lejanos.

Desde una perspectiva social, el gasto de bolsillo en salud constituye uno de los principales factores de vulnerabilidad económica, ya que puede obligar a los hogares a destinar recursos originalmente asignados a alimentación, educación o vivienda. En este sentido, la Clínica Divina Providencia cumple una función de protección financiera, al ofrecer servicios con tarifas accesibles que disminuyen la probabilidad de gastos catastróficos en salud, especialmente en hogares con niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas.

Adicionalmente, la reducción del costo de los servicios médicos favorece la continuidad de los tratamientos y el seguimiento clínico periódico, elementos clave para el control de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial y los padecimientos respiratorios. Al disminuir la carga económica asociada a la atención médica, las familias tienen mayores incentivos para acudir a consultas preventivas y realizarse exámenes diagnósticos oportunos, lo que contribuye a mejorar los resultados en salud y a reducir complicaciones que suelen implicar mayores costos a largo plazo.

## 2.1 Comparación tarifaria de consultas médicas

El análisis comparativo de precios muestra que la Clínica Divina Providencia ofrece consultas médicas generales y especializadas a costos sustancialmente menores que los establecimientos privados.

- **Consulta médica general:**
  - Clínicas privadas y hospitales: **\$20.00 – \$24.15**
  - Clínica Divina Providencia: **\$10.00**
  - **Ahorro estimado: 50 % – 59 %**
- **Consulta pediátrica:**
  - Clínicas privadas: **\$35.00**
  - Clínica Divina Providencia: **\$10.00**
  - **Ahorro estimado: 71 %**
- **Consultas especializadas** (ginecología, medicina interna, gastroenterología, urología):
  - Sector privado: **\$25.00 – \$35.00**
  - Clínica Divina Providencia: **\$10.00 – \$18.00**
  - **Ahorro estimado: 40 % – 60 %**

Estas diferencias tarifarias permiten que la población de ingresos bajos y medios acceda a atención médica especializada sin recurrir a endeudamiento, postergación de consultas o automedicación.

## 3. Beneficios en servicios de laboratorio clínico

Los servicios de laboratorio representan un gasto recurrente para pacientes con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y población pediátrica. La Clínica Divina Providencia ofrece tarifas **iguales o inferiores** a las de laboratorios privados y notablemente menores que las de hospitales privados.

Ejemplos relevantes:

- **Examen general de orina (EGO):**
  - Laboratorios privados: **\$5.00 – \$7.00**
  - Clínica Divina Providencia: **\$2.50**
  - **Ahorro: hasta 50 %**
- **Coproparasitoscópico:**
  - Clínicas privadas: **\$15.00 – \$18.40**

- Clínica Divina Providencia: **\$9.00**
- **Ahorro: 40 % – 50 %**
- **Virus de Epstein Barr:**
  - Hospitales privados: **\$60.00 – \$69.00**
  - Clínica Divina Providencia: **\$17.00**
  - **Ahorro superior al 70 %**

Estos ahorros tienen un impacto directo en la continuidad de los tratamientos y en la detección temprana de enfermedades.

#### **4. Beneficios sociales en servicios de imagenología**

Los servicios de imagenología suelen constituir una barrera económica importante para la población rural. La Clínica Divina Providencia reduce de manera sustancial estos costos:

- **Ultrasonografías** (abdominal, obstétrica, ginecológica, renal, prostática, mama):
  - Hospitales privados: **\$40.00 – \$42.50**
  - Clínica Divina Providencia: **\$15.00 – \$26.00**
  - **Ahorro estimado: 40 % – 65 %**

En el caso de la **ultrasonografía obstétrica y ginecológica**, el costo se reduce de **\$40.00 a \$15.00**, beneficiando especialmente a mujeres embarazadas y en edad reproductiva.

#### **5. Estimación del ahorro anual por familia**

Considerando una familia promedio que requiere anualmente:

- 4 consultas médicas
- 2 exámenes de laboratorio
- 1 estudio de ultrasonografía

El gasto estimado sería:

- **Atención privada:** entre **\$220 y \$300 anuales**
- **Atención en la Clínica Divina Providencia:** entre **\$95 y \$130 anuales**

Esto representa un **ahorro anual aproximado de \$120 a \$170 por familia**, monto significativo para hogares con ingresos limitados, equivalente a varios días de salario mínimo o a gastos esenciales del hogar.

## 6. Beneficios sociales indirectos y colectivos

Además del ahorro económico directo para las familias usuarias, la reapertura de la Clínica Divina Providencia genera una serie de beneficios sociales indirectos y colectivos que fortalecen el sistema de salud local y contribuyen al bienestar general de la población, aun cuando dichos beneficios no se reflejen directamente en los indicadores financieros del proyecto.

- **Reducción de tiempos y costos de traslado** hacia centros hospitalarios del área metropolitana (ahorro anual estimado de **\$100 – \$150 por hogar**).
- **Descongestión** de UCSF y hospitales públicos.
- **Incremento en la atención preventiva**, reduciendo complicaciones y hospitalizaciones evitables.
- **Generación de empleo local** (20 empleos directos y al menos 5 indirectos).
- **Fortalecimiento del tejido comunitario**, mediante campañas de educación en salud y coordinación interinstitucional.

## 7. Justificación social frente a la no factibilidad financiera

Si bien el proyecto no resulta factible desde una perspectiva estrictamente financiera, su evaluación social demuestra beneficios cuantificables, sostenibles y estratégicos. No ejecutar el proyecto implicaría:

- Mayor gasto de bolsillo en salud para las familias.
- Saturación continua de servicios públicos.
- Incremento de inequidades territoriales en el acceso a la salud.

Por tanto, la reapertura de la Clínica Divina Providencia debe entenderse como una inversión social en salud, orientada al bienestar colectivo y a la reducción de brechas de acceso, más que a la generación de utilidades económicas.

## **XI. Evaluación ambiental**

La evaluación ambiental tiene como finalidad identificar, analizar y valorar los posibles impactos ambientales derivados de la reapertura y funcionamiento de la Clínica Divina Providencia, ubicada en el distrito de Santiago Texacuangos, departamento de San Salvador.

El análisis busca establecer las afectaciones sobre los componentes físicos, biológicos y sociales del entorno, así como definir las medidas de prevención, mitigación y compensación que garanticen el cumplimiento de las normativas ambientales salvadoreñas y la sostenibilidad del proyecto.

El estudio se enmarca en los lineamientos del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN), establecidos en la Ley de Medio Ambiente (1998) y su Reglamento General, además de las disposiciones del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL) relativas al manejo de residuos hospitalarios y bioinfecciosos.

Dado que se trata de un establecimiento de salud de nivel I, orientado a atención primaria, consulta externa, laboratorio clínico y farmacia, el proyecto se clasifica como de bajo impacto ambiental, con efectos localizados y controlables mediante la correcta implementación de medidas de gestión.

### **Normativas ambientales**

Lo estipulado por la ley de medio ambiente de El Salvador sobre la evaluación del impacto ambiental se expresa en el siguiente artículo:

#### **EVALUACIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL**

Lo estipulado por la Ley de Medio Ambiente de El Salvador en relación con la evaluación del impacto ambiental se encuentra regulado en el Artículo 18, el cual establece que la Evaluación de Impacto Ambiental es un conjunto de acciones y procedimientos orientados a garantizar que las actividades, obras o proyectos que puedan generar impactos ambientales negativos se sometan, desde la fase de preinversión, a procesos técnicos que permitan identificar, cuantificar y establecer medidas de prevención, mitigación, compensación o potenciación de dichos impactos (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1998, art. 18).

También es importante mencionar que los proyectos deben contar con los permisos correspondientes para poder ejecutarse, sobre esto se hacen mención en los siguientes artículos de la ley de medio ambiente:

## **COMPETENCIA DEL PERMISO AMBIENTAL.**

Asimismo, la normativa establece que todo proyecto debe contar con el respectivo permiso ambiental para su inicio y operación. De acuerdo con el Artículo 19, corresponde al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales emitir dicho permiso, previa aprobación del Estudio de Impacto Ambiental (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1998, art. 19).

## **ALCANCE DE LOS PERMISOS AMBIENTALES**

En cuanto al alcance de los permisos ambientales, el Artículo 20 dispone que el titular de la actividad, obra o proyecto está obligado a ejecutar todas las acciones de prevención, atenuación o compensación establecidas en el Programa de Manejo Ambiental, el cual forma parte del Estudio de Impacto Ambiental aprobado como requisito para el otorgamiento del permiso. Además, se establece que el Permiso Ambiental de ubicación y construcción tendrá vigencia durante el período de ejecución de la obra, mientras que el Permiso Ambiental de Funcionamiento se otorgará por el tiempo de vida útil del proyecto, sujeto a seguimiento y fiscalización por parte del Ministerio (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1998, art. 20).

## **AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROYECTOS**

En relación con la ampliación o modificación de proyectos, el Artículo 22 establece que toda actividad que requiera permiso ambiental para su realización, funcionamiento, ampliación o reconversión deberá presentar el formulario ambiental correspondiente ante el Ministerio, el cual categorizará el proyecto según su envergadura y el nivel de impacto potencial (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1998, art. 22).

Complementariamente, el Reglamento General de la Ley de Medio Ambiente desarrolla los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para la aplicación de la ley, incluyendo la clasificación de proyectos según su nivel de impacto, los requisitos para los estudios de impacto ambiental y los mecanismos de monitoreo y auditoría ambiental (Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador, 2000). En particular, los artículos 28 al 34 regulan la clasificación de proyectos; el artículo 40 establece la obligación de mantener registros de consumo de recursos y generación de residuos; y los artículos 44 y 45 exigen la elaboración y seguimiento del Plan de Manejo Ambiental (Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador, 2000, arts. 28–34, 40, 44–45).

## **Normativas específicas para establecimientos de salud**

### **a. Reglamento Técnico Salvadoreño RTSS-01: Manejo de Desechos Hospitalarios y Bioinfecciosos (CSSP, 2004)**

Establece los lineamientos técnicos para la gestión integral de los desechos generados en los establecimientos de salud, garantizando la protección del personal y del medio ambiente.

La clínica deberá:

- Clasificar los desechos en bioinfecciosos, comunes y especiales, según código de colores.
- Utilizar contenedores rotulados y resistentes.
- Contar con un almacenamiento temporal adecuado.
- Contratar un gestor autorizado por el MARN y el CSSP para el transporte y disposición final.

#### **b. Normas de Gestión Ambiental en Establecimientos de Salud (MINSAL, 2022)**

Regulan el manejo ambiental interno de los centros de salud, estableciendo políticas sobre:

- Eficiencia energética y ahorro de agua.
- Control de residuos peligrosos.
- Ventilación, limpieza y desinfección hospitalaria.
- Programas de capacitación ambiental para el personal.

#### **Otras normativas relacionadas**

Reglamento para el Control de Desechos Sólidos (Decreto Ejecutivo N.º 39, 1999): Define los procedimientos para el manejo de residuos comunes y su disposición final, exigiendo la coordinación con la Alcaldía Distrital de Santiago Texacuangos para su recolección diferenciada.

Ley de Salud (Decreto Legislativo N.º 955, 1988): En sus artículos 34, 35 y 46, establece la obligación de mantener condiciones sanitarias adecuadas en todos los establecimientos de salud y cumplir con las normas técnicas de bioseguridad supervisadas por el MINSAL.

Ley de Gestión Integral de Residuos y Fomento al Reciclaje (Decreto Legislativo N.º 472, 2020): Promueve la segregación en origen, la reducción y el reciclaje de desechos sólidos. La clínica deberá disponer de áreas para almacenamiento temporal y fomentar la reutilización de materiales reciclables.

Normas de Vertido y Aguas Residuales (MARN, 2004): Obligan a los establecimientos a conectarse al sistema de alcantarillado o implementar un sistema de tratamiento interno con mantenimiento y monitoreo semestral.

Ordenanzas ambientales locales del Municipio de San Salvador Sur: Regulan la recolección de basura, disposición de residuos y control de ruido. La clínica deberá acatar los horarios y normas establecidas por la alcaldía distrital.

## **Metodología de evaluación**

Para evaluar los impactos ambientales se aplicó la Matriz de Leopold, adaptada a las fases y actividades propias del proyecto.

Este método cuantifica las interacciones entre las acciones del proyecto y los factores ambientales mediante dos parámetros:

Magnitud (M): intensidad o extensión del impacto (escala -10 a +10).

Importancia (I): relevancia o trascendencia del impacto (escala 1 a 10).

El producto  $M \times I$  determina el peso del impacto.

Los valores negativos representan efectos adversos, mientras que los positivos reflejan impactos benéficos o compensatorios.

De esta manera, la matriz permite visualizar, jerarquizar y cuantificar los efectos ambientales, determinando el balance global del proyecto.

## **Factores y acciones evaluadas**

### **Factores ambientales considerados:**

- Medio físico: agua, aire, suelo.
- Medio biológico: flora, fauna y paisaje urbano.
- Medio técnico: generación de residuos (comunes, bioinfecciosos, químicos) y consumo energético.
- Medio social: salud pública, empleo y economía local.

### **Acciones del proyecto:**

1. Rehabilitación y adecuación de instalaciones.
2. Operación de consultas médicas.
3. Operación del laboratorio clínico.
4. Operación de la farmacia.
5. Gestión integral de residuos.
6. Actividades de mantenimiento preventivo.

Tabla 384. Matriz de Leopold aplicada a la reapertura de la Clínica Divina providencia

Reapertura de la Clínica Divina Providencia	Acciones de la clínica						Afectaciones		Total Afecciones	Agregado del Impacto
	Rehabilitación y adecuación	Operación - Consultas	Operación - Laboratorio	Operación - Farmacia	Gestión de residuos	Mantenimiento	+	-		
Agua (consumo y vertidos)	-4	-8	-6	-4	8	4	2	4	6	-80
Aire (emisiones, olores)	-2	-2	-1	-2	4	2	2	4	6	-10
Ruido	-4	-2	-2	-2	0	0	0	4	6	-50
Energía (consumo eléctrico)	-6	-8	-8	-4	8	4	2	4	6	-70
Suelo y subsuelo	-6	-4	-4	-2	6	2	2	4	6	-40
Biodiversidad / Paisaje urbano	2	4	2	2	2	2	6	0	6	150
Residuos comunes	-4	-4	-2	-2	8	2	2	4	6	-10
Residuos bioinfecciosos	0	-5	-8	-2	10	4	2	3	6	-20
Residuos químicos (lab)	0	0	-4	0	6	2	2	1	6	18
Salud pública / riesgo sanitario	6	6	6	8	8	4	6	0	6	196
Socioeconómico local (empleo y servicios)	8	6	7	7	4	4	6	0	6	401
							32	28	66	485
Afectaciones (-)										-280
Afectaciones (+)										765

Fuente: Elaboración propia

**Totales globales**

- **Impactos negativos:** -280
- **Impactos positivos:** +765
- **Balance ambiental global:** +485 → Impacto ambiental positivo y controlable.

La matriz muestra que los impactos negativos se concentran en:

- El consumo de agua y energía durante la operación.
- La generación de residuos bioinfecciosos y químicos en el laboratorio.
- Niveles bajos de ruido y emisiones.

Estos impactos se clasifican como moderados, y pueden controlarse con el Plan de Gestión Ambiental (PGA) y las buenas prácticas operativas.

Por su parte, los impactos positivos son de alta relevancia en:

- Salud pública y bienestar comunitario, al restablecer servicios médicos esenciales.
- Economía local, mediante generación de empleo y dinamización comercial.
- Recuperación del entorno urbano, por rehabilitación y mantenimiento del edificio.

El resultado total (+485) confirma que el proyecto es ambientalmente favorable y sostenible.

### **Conclusión**

La evaluación ambiental, mediante la aplicación de la Matriz de Leopold, concluye que la reapertura de la Clínica Divina Providencia es ambientalmente viable, con impactos negativos mínimos y mitigables frente a los beneficios significativos en salud pública, sostenibilidad y desarrollo local.

## Capítulo 5: Plan de implementación

### I. Gestión del proyecto

#### A. Planificación inicial

##### 1. Objetivo general de la fase de implementación

La fase de implementación del proyecto tiene como finalidad poner en funcionamiento la Clínica Divina Providencia, asegurando que las condiciones técnicas, operativas, administrativas y de cumplimiento normativo se encuentren completamente habilitadas antes del inicio de operaciones.

Esta etapa constituye la fase final del ciclo de desarrollo del proyecto, en la que se materializan los resultados del diagnóstico y del diseño técnico, trasladándolos a acciones ejecutivas que permitan abrir y operar la clínica conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y demás entidades competentes.

El objetivo general de la fase de implementación es:

*“Ejecutar de manera planificada y controlada todas las actividades necesarias para habilitar, equipar y poner en funcionamiento la Clínica Divina Providencia, garantizando la prestación de servicios médicos básicos con calidad, seguridad y eficiencia, conforme a la normativa sanitaria vigente.”*

El alcance de esta fase se estructura con base en los entregables definidos en la EDT del proyecto, los cuales agrupan las acciones clave para lograr la apertura de la clínica:

- Gestión de habilitación sanitaria: comprende las actividades orientadas a cumplir con los requisitos legales y técnicos exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud, incluyendo inspecciones, documentación, permisos y licencias.
- Verificación operativa: abarca la revisión y comprobación del funcionamiento integral de las instalaciones, equipos médicos, sistemas de apoyo y mobiliario, garantizando la seguridad y operatividad antes del inicio de los servicios.
- Adecuación operativa y contratación de personal: incluye la finalización de obras menores, ajustes de infraestructura, instalación de señalización, dotación de equipamiento y la selección, contratación e inducción del personal administrativo y asistencial.
- Comunicación de apertura pública: corresponde al conjunto de acciones informativas y de vinculación institucional orientadas a anunciar oficialmente la apertura de la clínica ante la comunidad y las autoridades de salud.

El monto estimado para la administración del proyecto será de \$ 4,923.87, con una duración total prevista de 117 días hábiles, según la programación general del plan de implementación.

Tabla 385. Gastos de administración, tramites y capacitación del proyecto

Concepto	Monto
<b>administración del proyecto</b>	\$4,923.87
<b>Tramites</b>	\$876.54
<b>Capacitaciones</b>	\$1,055.00
<b>Total</b>	\$6,855.41

Fuente: Elaboración propia

Esta fase constituye el puente entre la planificación y la operación, permitiendo validar la factibilidad real del proyecto y establecer las condiciones necesarias para una apertura ordenada, segura y sostenible de la clínica.

## 2. Estructura del desglose del trabajo (EDT)

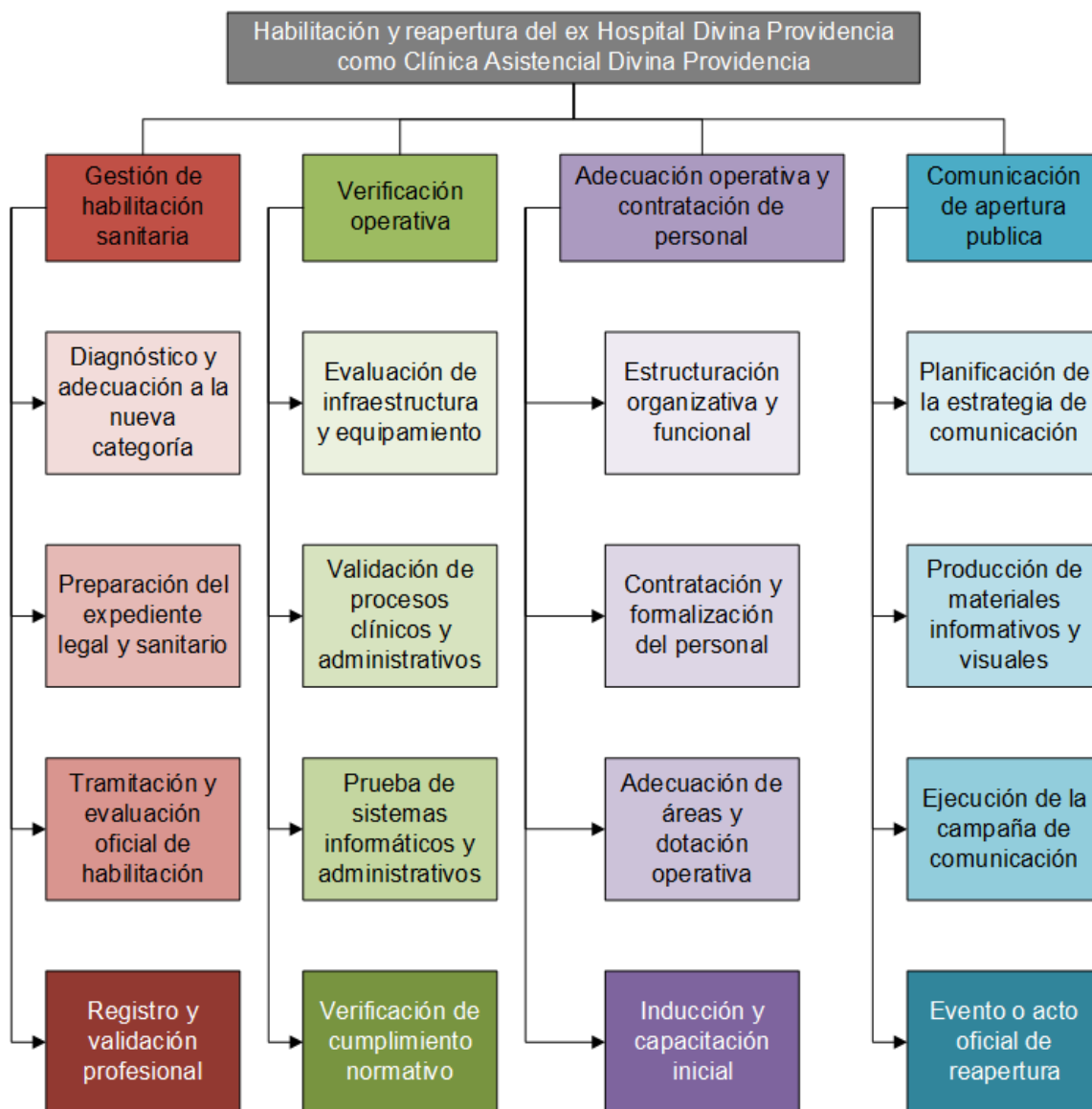
La Estructura de Desglose del Trabajo (EDT) constituye la base organizativa del plan de implementación de la clínica. Su función principal es dividir el proyecto en componentes manejables y controlables, permitiendo planificar, ejecutar y supervisar las actividades de forma ordenada y eficiente. La EDT establece la jerarquía de los entregables y paquetes de trabajo, garantizando que todas las acciones previstas conduzcan al cumplimiento de los objetivos de la fase de implementación.

Este instrumento técnico permite definir con precisión qué se debe hacer, en qué orden, y con qué propósito, facilitando la asignación de recursos, tiempos y responsabilidades. El proyecto se ha estructurado en cuatro entregables principales, cada uno de ellos asociado a un conjunto de paquetes de trabajo específicos, que representan los resultados parciales y medibles dentro del proceso de implementación.

Descripción general de la EDT

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión de habilitación sanitaria               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Diagnóstico y adecuación a la nueva categoría</li> <li>1.2. Preparación del expediente legal y sanitario</li> <li>1.3. Tramitación y evaluación oficial de habilitación</li> <li>1.4. Registro y validación profesional</li> </ol> </li> <li>2. Verificación operativa               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Evaluación de infraestructura y equipamiento</li> <li>2.2. Validación de procesos clínicos y administrativos</li> <li>2.3. Prueba de sistemas informáticos y administrativos</li> <li>2.4. Verificación de cumplimiento normativo</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Adecuación operativa y contratación de personal               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Estructuración organizativa y funcional</li> <li>3.2. Contratación y formalización del personal</li> <li>3.3. Adecuación de áreas y dotación operativa</li> <li>3.4. Inducción y capacitación inicial</li> </ol> </li> <li>4. Comunicación de apertura pública               <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Planificación de la estrategia de comunicación</li> <li>4.2. Producción de materiales informativos y visuales</li> <li>4.3. Ejecución de la campaña de comunicación</li> <li>4.4. Evento o acto oficial de reapertura</li> </ol> </li> </ol> |
|---|---|

Figura 193. EDT del proyecto



Fuente: Elaboración propia

Esta estructura permite administrar el proyecto de forma integral, manteniendo control sobre el avance, la secuencia y la interdependencia de cada componente. Además, la EDT servirá como referencia directa para la programación de actividades, la asignación de recursos humanos y financieros, y la evaluación del cumplimiento de los entregables durante el seguimiento de la ejecución.

### 3. Entregables y sub-entregables

Los entregables representan los productos o resultados concretos que deben obtenerse durante la fase de implementación de la clínica. Cada uno corresponde a un componente esencial del proyecto, cuya finalización permite verificar el avance del plan general.

A su vez, los sub-entregables se derivan de los paquetes de trabajo definidos en la EDT, constituyendo evidencias tangibles del cumplimiento de las actividades programadas. Estos elementos sirven como base para el control técnico, administrativo y financiero del proyecto.

### **Entregable: gestión de habilitación sanitaria**

**Descripción general:** Este entregable comprende todas las acciones necesarias para garantizar que la clínica cumpla con los requisitos legales, técnicos y sanitarios exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud. Parte de los hallazgos del diagnóstico, que evidenciaron que la infraestructura, equipamiento y documentación institucional requerían adecuaciones para cumplir con la nueva categoría de establecimiento. A partir del diseño técnico, se estableció una ruta de habilitación que incluye la preparación del expediente legal, la evaluación oficial y el registro profesional del personal.

El resultado de este entregable es la obtención formal de la licencia sanitaria de funcionamiento, requisito indispensable para operar de manera legal y segura.

#### **Resultados de los sub-entregables:**

- Diagnóstico y adecuación a la nueva categoría: documento técnico que demuestra el cumplimiento de los criterios estructurales, funcionales y de servicios definidos para la categoría de clínica.
- Preparación del expediente legal y sanitario: carpeta completa con planos, licencias de construcción, manuales de operación, listados de equipo y documentación del personal.
- Tramitación y evaluación oficial de habilitación: constancia emitida por las autoridades sanitarias tras la inspección y verificación de campo.
- Registro y validación profesional: documentación que certifica que el personal médico, técnico y administrativo cuenta con los avales profesionales requeridos por la autoridad competente.

Este entregable permitirá que la clínica inicie operaciones dentro del marco legal y con respaldo institucional.

### **Entregable: verificación operativa**

**Descripción general:** Este entregable tiene como finalidad comprobar la operatividad técnica y funcional de la clínica antes de su apertura. Parte de las observaciones del diagnóstico que indicaban la necesidad de verificar el estado real de la infraestructura, los equipos médicos y los sistemas de apoyo, así como de validar los nuevos procesos administrativos y clínicos propuestos en el diseño.

El proceso de verificación permitirá asegurar que todos los componentes físicos, tecnológicos y administrativos funcionen conforme a las normas técnicas, evitando fallas en la prestación inicial de los servicios.

### **Resultados de los sub-entregables:**

- Evaluación de infraestructura y equipamiento: informe que detalla el estado físico y operativo de cada área, considerando energía, agua, ventilación, mobiliario y equipamiento médico.
- Validación de procesos clínicos y administrativos: documento que certifica que los procedimientos, flujos de pacientes y registros administrativos cumplen con el modelo de gestión definido.
- Prueba de sistemas informáticos y administrativos: evidencia del correcto funcionamiento de los sistemas de registro, facturación, inventarios y gestión interna.
- Verificación de cumplimiento normativo: Documento elaborado tras la revisión integral de seguridad y normativa sanitaria.

Con este entregable se garantiza que la clínica pueda operar con eficiencia, seguridad y trazabilidad, minimizando riesgos en la etapa inicial de funcionamiento.

### **Entregable: adecuación operativa y contratación de personal**

**Descripción general:** Este entregable abarca el proceso de preparación física, organizativa y humana de la clínica. Durante el diagnóstico se identificó la necesidad de adecuar áreas de atención y reorganizar flujos internos. El diseño propuso un modelo de funcionamiento basado en unidades asistenciales y administrativas integradas, por lo que esta fase incluye tanto las obras menores como la contratación y formación del personal que garantizará la prestación de servicios.

El cumplimiento de este entregable permitirá disponer de una estructura organizativa funcional, personal calificado y espacios completamente operativos.

### **Resultados de los sub-entregables:**

- Estructuración organizativa y funcional definida: documento que establece la jerarquía, funciones y responsabilidades del personal.
- Contratación y formalización del personal: evidencias del proceso de reclutamiento, selección y formalización de personal médico, técnico y administrativo.
- Adecuación de áreas y dotación operativa: incluye informe fotográfico y de verificación de mobiliario y señalización.
- Inducción y capacitación inicial: Documento que detalla los contenidos impartidos al personal sobre protocolos, seguridad, ética profesional y atención al usuario.

Este entregable consolidará la capacidad operativa de la clínica y asegurará la calidad del servicio desde el inicio de sus operaciones.

### **Entregable: comunicación de apertura pública**

**Descripción general:** Agrupa las actividades de comunicación, coordinación institucional y vinculación social necesarias para la reapertura de la clínica ante la comunidad. Con base en los lineamientos del diseño, esta fase busca posicionar el nuevo servicio como un espacio de atención accesible, confiable y alineado con los objetivos de salud pública local. A partir del diagnóstico, que evidenció la falta de información y contacto con la población del área, se plantean estrategias de comunicación y promoción que refuercen la legitimidad y transparencia del proyecto.

El propósito final de este entregable es lograr una reapertura visible, organizada y socialmente aceptada, que fortalezca la confianza de la comunidad y la coordinación con las autoridades de salud.

**Resultados de los sub-entregables:**

- Planificación de la estrategia de comunicación: documento aprobado que define mensajes clave, audiencias, canales y cronograma de comunicación.
- Producción de materiales informativos y visuales: piezas impresas, digitales y audiovisuales destinadas a informar sobre los servicios y funcionamiento de la clínica.
- Ejecución de la campaña de comunicación: evidencias de la difusión realizada en medios locales, redes institucionales y espacios comunitarios.
- Acto oficial de reapertura: documentación del acto formal con participación de autoridades, medios de comunicación y comunidad.

El cumplimiento de este entregable asegurará que la reapertura de la clínica sea reconocida institucionalmente, generando confianza y fortaleciendo el vínculo con la población beneficiaria.

**4. Paquetes de trabajo**

La presente tabla describe los paquetes de trabajo definidos en la Estructura de Desglose del Trabajo (EDT) del proyecto. Cada paquete constituye una unidad operativa de ejecución, con un propósito técnico claro y resultados verificables que contribuyen directamente al cumplimiento de los entregables establecidos.

*Tabla 386. Descripción de los paquetes de trabajo del proyecto*

Entregable	Nombre del paquete	Descripción
<b>Gestión de habilitación sanitaria</b>	Diagnóstico y adecuación a la nueva categoría	Comprende la evaluación detallada de la infraestructura, equipamiento y condiciones actuales de la clínica, con el propósito de determinar los ajustes necesarios para su clasificación bajo la nueva categoría sanitaria. Incluye revisión de requisitos CSSP, análisis de espacios, flujos de atención y cumplimiento normativo. Este paquete se fundamenta en el diagnóstico técnico existente y traduce sus hallazgos en lineamientos de adecuación.

	Preparación del expediente legal y sanitario	Consiste en la recopilación, elaboración y actualización de toda la documentación requerida por el Ministerio de Salud y el CSSP para la habilitación del establecimiento. Incluye licencias, planos, manuales de procedimientos, protocolos de bioseguridad, perfiles del personal y listados de equipos. Este expediente constituye la base formal para la evaluación de habilitación.
	Tramitación y evaluación oficial de habilitación	Incluye la presentación formal del expediente, la coordinación de visitas técnicas de inspección y la atención a observaciones o requerimientos de las autoridades competentes. Se busca garantizar que la clínica cumpla plenamente con los estándares técnicos y legales establecidos, gestionando oportunamente las comunicaciones y respuestas institucionales.
	Registro y validación profesional	Comprende la gestión y verificación de las credenciales, títulos y licencias del personal médico, técnico y administrativo. Se tramita ante las entidades correspondientes para asegurar que todos los profesionales cuenten con el registro sanitario necesario para ejercer en el establecimiento. Este proceso valida la idoneidad del recurso humano antes de la apertura.
<b>Verificación operativa</b>	Evaluación de infraestructura y equipamiento	Implica la revisión técnica de cada área física y de los equipos médicos, eléctricos y de apoyo instalados, verificando su funcionamiento, calibración y condiciones de seguridad. Se generan reportes técnicos de conformidad con los estándares definidos en el diseño. Este paquete permite confirmar la disponibilidad operativa del entorno clínico.
	Validación de procesos clínicos y administrativos	Consiste en la comprobación práctica de los flujos de atención, circuitos de pacientes, registros clínicos, inventarios y mecanismos administrativos. Se busca evidenciar que los procesos internos responden al modelo organizativo propuesto en el diseño y garantizan eficiencia, trazabilidad y control de calidad.
	Prueba de sistemas informáticos y administrativos	Comprende la revisión, instalación y validación funcional de los sistemas de información, registros médicos electrónicos y plataformas administrativas. Incluye pruebas de conectividad, respaldo y

		seguridad de datos, garantizando la integridad y disponibilidad de la información.
	Verificación de cumplimiento normativo	Abarca la aplicación de listas de verificación y auditorías internas sobre normas de bioseguridad, control de desechos, emergencias y accesibilidad. Permite emitir un informe técnico que certifique la conformidad del establecimiento con la normativa sanitaria y ambiental vigente.
<b>Adecuación operativa y contratación de personal</b>	Estructuración organizativa y funcional	Establece la estructura jerárquica, roles y funciones del personal de la clínica, conforme al modelo operativo definido en el diseño. Incluye elaboración de manuales de funciones, organigramas y descripción de responsabilidades. Este paquete sienta la base administrativa y operativa del funcionamiento interno.
	Contratación y formalización del personal	Comprende el proceso de selección, evaluación y contratación del personal médico, técnico y administrativo, asegurando el cumplimiento de los perfiles establecidos. Incluye la firma de contratos, integración a planillas y registro institucional, con la finalidad de conformar un equipo de trabajo completo y regularizado.
	Adecuación de áreas y dotación operativa	Abarca la ejecución de obras menores, instalación de mobiliario, equipos complementarios, señalización y elementos de bioseguridad. Garantiza que cada área esté lista para la prestación de servicios, de acuerdo con las especificaciones de diseño y con las condiciones de seguridad y accesibilidad requeridas.
	Inducción y capacitación inicial	Comprende la organización e impartición de jornadas de inducción institucional y técnica al personal contratado. Se abordan temas como atención al usuario, protocolos clínicos, manejo de equipos, normativas de bioseguridad y procedimientos administrativos. Este paquete asegura la alineación del equipo con la misión institucional y los estándares de calidad.
	<b>Comunicación de apertura pública</b>	Planificación de la estrategia de comunicación

		fortaleciendo la transparencia y el posicionamiento de la clínica.
	Producción de materiales informativos y visuales	Abarca la creación de piezas gráficas, audiovisuales e informativas necesarias para la campaña de comunicación. Incluye folletos, afiches, comunicados, videos y material digital alineado con la identidad institucional. Su propósito es informar y sensibilizar a la población sobre los servicios disponibles.
	Ejecución de la campaña de comunicación	Consiste en la implementación del plan de comunicación, con difusión en medios locales, redes sociales y espacios institucionales. Se busca promover la reapertura de la clínica, destacando los servicios, horarios y beneficios para la comunidad. Incluye monitoreo y registro de impacto comunicacional.
	Evento oficial de reapertura	Corresponde a la organización y ejecución del evento formal de apertura ante autoridades locales, personal de salud, medios de comunicación y comunidad. Incluye logística, protocolo, comunicación institucional y registro audiovisual del acto. Este evento marca oficialmente el inicio de operaciones de la clínica.

Fuente: Elaboración propia

## 5. Diccionario de actividades

A continuación, se describen todas las actividades por cada paquete utilizando código de colores para su fácil identificación

Tabla 387. Diccionario de actividades del proyecto

Paquete de trabajo	Actividad	Descripción
<b>Gestión de habilitación sanitaria</b>		
Diagnóstico y adecuación a la nueva categoría	Levantamiento técnico de infraestructura y recursos existentes.	Se realiza un levantamiento detallado de las condiciones actuales de la infraestructura y recursos con el fin de establecer la base de referencia para la adecuación a la nueva categoría sanitaria.
	Revisión de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) aplicables.	Se analizan los RTA vigentes emitidos por el CSSP y el MINSAL para determinar las exigencias específicas de habilitación de una clínica.

	Elaboración del informe de reconversión institucional.	Se redacta un informe técnico que consolida los hallazgos del levantamiento y propone los ajustes institucionales requeridos para la reconversión del establecimiento.
	Definición de adecuaciones físicas y funcionales necesarias.	Se identifican las obras menores, redistribuciones o ajustes funcionales requeridos para cumplir con las normas de infraestructura sanitaria.
Preparación del expediente legal y sanitario	Actualizar documentos jurídicos e institucionales.	Se revisan y actualizan los documentos legales, estatutarios e institucionales de la entidad responsable de la clínica.
	Elaborar planos y croquis de distribución funcional.	Se generan los planos actualizados que muestran la distribución y funcionamiento de las áreas de atención y apoyo.
	Preparar manuales y protocolos sanitarios.	Se elaboran y organizan los manuales de procedimientos clínicos, bioseguridad, mantenimiento y gestión operativa requeridos por la normativa.
	Elaborar contratos de servicios técnicos y regencias profesionales.	Se formalizan los contratos de los servicios especializados (regencias, laboratorio, farmacia, entre otros) necesarios para la habilitación.
	Integrar expediente único de habilitación ante MINSAL y CSSP.	Se compila y estructura la documentación legal, técnica y sanitaria en un expediente oficial para someterlo a revisión de las autoridades.
Tramitación y evaluación oficial de habilitación	Presentar expediente y solicitud ante el MINSAL.	Se realiza la entrega formal del expediente de habilitación a las autoridades sanitarias competentes.
	Coordinar y atender inspecciones técnicas y sanitarias.	Se organiza la logística de las inspecciones y se brinda acompañamiento técnico durante las visitas oficiales.
	Subsanar observaciones y presentar correcciones.	Se revisan los informes de inspección y se realizan los ajustes o correcciones solicitadas.
	Obtener licencia sanitaria y resolución de autorización del CSSP.	Se gestiona la emisión de la resolución que autoriza oficialmente el funcionamiento de la clínica.
	Verificar inscripción SNIS.	Se comprueba que la clínica y su personal estén inscritos en el Sistema

Registro y validación profesional		Nacional Integrado de Salud de El Salvador
	Solicitar apertura de regencias para farmacia, gabinete radiológico y laboratorio.	Se tramitan las regencias correspondientes ante las autoridades competentes para cada servicio.
	Incorporar constancias de registro.	Se agregan al expediente institucional las constancias emitidas por las entidades reguladoras.
	Archivar documentos oficiales en el expediente institucional.	Se organiza y resguarda toda la documentación oficial de registro y habilitación en el archivo institucional.
Verificación operativa		
Evaluación de infraestructura y equipamiento	Verificar la ejecución de adecuaciones físicas aprobadas.	Se inspeccionan las obras y ajustes realizados para confirmar que cumplen con las especificaciones establecidas en el diseño y en los requerimientos técnicos de habilitación.
	Comprobar funcionamiento de servicios básicos.	Se revisa el estado operativo de los sistemas eléctricos, hidráulicos, de ventilación y saneamiento para garantizar su correcta funcionalidad.
	Validar calibración y mantenimiento de equipos médicos.	Se comprueba que los equipos médicos y de apoyo hayan sido calibrados y cuenten con mantenimiento preventivo vigente.
	Emitir informe de conformidad técnica.	Se documentan los resultados de la evaluación técnica, estableciendo las observaciones y el nivel de cumplimiento alcanzado.
Validación de procesos clínicos y administrativos	Ejecutar simulacros de atención y flujo de pacientes.	Se realizan ejercicios de simulación para verificar la operatividad de los procesos clínicos y administrativos establecidos.
	Verificar aplicación de protocolos de bioseguridad y limpieza.	Se supervisa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y asepsia en todas las áreas de atención.
	Revisar trazabilidad de muestras, medicamentos y registros.	Se evalúa el control en la gestión de muestras, medicamentos y expedientes clínicos, garantizando la trazabilidad de los procesos.

	Documentar hallazgos y ajustes requeridos.	Se elaboran reportes de observaciones y se definen acciones de mejora a implementar antes de la apertura.
Prueba de sistemas informáticos y administrativos	Configurar y probar el sistema OpenEMR.	Se instala, configura y prueba el sistema de registro médico electrónico para validar su funcionamiento general.
	Validar módulos de farmacia, laboratorio y facturación.	Se verifica el correcto desempeño de los módulos operativos y su integración con los procesos clínicos y administrativos.
	Comprobar seguridad y respaldo de datos.	Se evalúan los mecanismos de seguridad, almacenamiento y respaldo de la información digital.
	Documentar incidencias y correcciones.	Se registran los errores detectados durante las pruebas y las acciones de corrección ejecutadas.
Verificación de cumplimiento normativo	Revisar vigencia de contratos profesionales según normativa.	Se revisa que los contratos del personal y los servicios contratados estén vigentes y cumplan los requisitos legales y sanitarios.
	Confirmar cumplimiento de normas laborales y de salud ocupacional.	Se verifica que el personal y las condiciones laborales se ajusten a las disposiciones de salud y seguridad ocupacional.
	Elaborar informe final de verificación operativa.	Se consolidan los resultados de todas las pruebas técnicas, operativas y administrativas, generando el documento final de verificación.
<b>Adecuación operativa y contratación de personal</b>		
Estructuración organizativa y funcional	Validar organigrama institucional y roles operativos.	Se revisa y valida la estructura organizativa propuesta para asegurar que responda al modelo de funcionamiento de la clínica.
	Definir funciones y perfiles de cada cargo.	Se establecen las responsabilidades, competencias y requisitos de cada puesto de trabajo, conforme a las necesidades operativas.
	Aprobar manual de organización y reglamento interno.	Se elabora y aprueba el documento normativo que regula la organización interna, jerarquías, y procedimientos administrativos y técnicos.
Contratación y formalización del personal	Reclutar y seleccionar personal médico, técnico y administrativo.	Se ejecuta el proceso de reclutamiento y selección de candidatos según los perfiles definidos.

	Verificar documentos y acreditaciones profesionales.	Se comprueban las credenciales académicas, licencias y registros profesionales del personal seleccionado.
	Firmar contratos laborales o de servicios.	Se formalizan los contratos del personal permanente o bajo modalidad de servicios profesionales.
	Registrar e incorporar al personal en planilla institucional.	Se gestionan los registros laborales y administrativos para integrar al personal en la nómina de la clínica.
	Designar responsables de unidades clave.	Se asignan las jefaturas o coordinaciones de cada unidad de atención y apoyo.
Adecuación de áreas y dotación operativa	Instalar mobiliario y equipos médicos según planos aprobados.	Se realiza la instalación del mobiliario y equipo en las áreas clínicas y de apoyo conforme a las especificaciones del diseño.
	Completar inventario inicial de insumos y medicamentos.	Se adquieren y registran los insumos médicos, farmacéuticos y administrativos necesarios para iniciar operaciones.
	Verificar operatividad de áreas clínicas y de apoyo.	Se inspeccionan las áreas de atención y servicios auxiliares para asegurar su correcto funcionamiento.
	Garantizar condiciones de limpieza, señalización y bioseguridad.	Se revisan y validan las condiciones de higiene, señalización y medidas de seguridad sanitaria.
Inducción y capacitación inicial	Diseñar e impartir programa de inducción institucional.	Se estructura un programa de orientación institucional para el personal nuevo, abordando misión, visión, valores y normas internas.
	Capacitar en protocolos clínicos, bioseguridad y atención al usuario.	Se imparten capacitaciones prácticas sobre procedimientos asistenciales, bioseguridad y servicio al usuario.
	Realizar simulacros operativos internos.	Se ejecutan simulacros de atención y respuesta ante emergencias para medir el nivel de preparación del personal.
	Documentar resultados y certificación de participación.	Se registra la asistencia, evaluación y certificación del personal participante en las actividades de formación.
Comunicación de apertura pública		

Planificación de la estrategia de comunicación	Definir públicos, objetivos y canales de comunicación.	Se identifican los grupos destinatarios, los objetivos comunicacionales y los medios a utilizar para informar sobre la apertura de la clínica.
	Elaborar plan y cronograma de comunicación.	Se formula el plan de comunicación institucional con cronograma de actividades, responsables y mensajes clave.
	Diseñar mensajes institucionales clave.	Se redactan los mensajes base que reflejan la misión, valores y servicios de la clínica.
	Validar la estrategia con la dirección del proyecto.	Se presenta el plan a la dirección para su revisión y aprobación antes de iniciar la ejecución.
Producción de materiales informativos y visuales	Diseñar materiales gráficos institucionales.	Se crean los materiales impresos y digitales con identidad visual de la clínica.
	Producir material audiovisual.	Se elaboran videos, cápsulas informativas y contenido multimedia para difusión en medios y redes.
	Validar materiales previos a su difusión.	Se revisa el contenido de todos los materiales para garantizar su coherencia institucional y precisión técnica.
	Actualizar señalización e identidad visual de la clínica.	Se instalan rótulos, señalizaciones y elementos visuales que refuercen la identidad del establecimiento.
Ejecución de la campaña de comunicación	Difundir comunicados oficiales en medios y redes.	Se publican los comunicados institucionales a través de medios locales, plataformas digitales y redes sociales.
	Coordinar entrevistas y notas informativas.	Se gestionan espacios informativos en medios de comunicación para divulgar la reapertura y servicios ofrecidos.
	Implementar campaña informativa comunitaria.	Se realiza difusión directa en la comunidad mediante reuniones, visitas o puntos informativos.
	Monitorear impacto y alcance de la campaña.	Se recopilan datos sobre cobertura, participación e impacto de las acciones de comunicación.
Evento oficial de reapertura	Planificar la logística y protocolo del evento.	Se define el lugar, fecha, agenda, y requerimientos logísticos del acto oficial de reapertura.

	Invitar autoridades, donantes y aliados estratégicos.	Se emiten invitaciones formales a las instituciones y personas clave para su participación en el evento.
	Coordinar discursos, recorridos y cobertura en redes sociales.	Se preparan los mensajes oficiales, presentaciones y actividades del evento, así como su cobertura mediática.
	Documentar y difundir el registro oficial de reapertura.	Se elabora el acta de evento y se difunde el registro fotográfico y audiovisual como evidencia institucional.

Fuente: Elaboración propia

## B. Programación y control operativo

### 1. Precedencias

Se presentan las actividades del proyecto seguidas de sus respectivas precedencias y su código de identificación

Tabla 388. Actividades del proyecto y sus precedencias

Código	Nombre	Predecesoras
A	Hito de inicio	
B	Levantamiento técnico de infraestructura y recursos existentes	A
C	Revisión de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) aplicables	A
D	Elaboración del informe de reconversión institucional	C; B
E	Definición de adecuaciones físicas y funcionales necesarias	D
F	Actualizar documentos jurídicos e institucionales	A
G	Elaborar planos y croquis de distribución funcional	D; E
H	Preparar manuales y protocolos sanitarios	A
I	Elaborar contratos de servicios técnicos y regencias profesionales	F
J	Integrar expediente único de habilitación ante MINSAL y CSSP	H; I; G
K	Presentar expediente y solicitud ante el MINSAL	J
L	Coordinar y atender inspecciones técnicas y sanitarias	K
M	Subsanar observaciones y presentar correcciones	L
N	Obtener licencia sanitaria y resolución de autorización del CSSP	M
O	Verificar inscripción SNIS	N
P	Solicitar apertura de regencias para farmacia, gabinete radiológico y laboratorio	M; N; O
Q	Incorporar constancias de registro	O
R	Archivar documentos oficiales en el expediente institucional	Q

<b>S</b>	Verificar la ejecución de adecuaciones físicas aprobadas	G; M
<b>T</b>	Comprobar funcionamiento de servicios básicos	S
<b>U</b>	Validar calibración y mantenimiento de equipos médicos	T
<b>V</b>	Emitir informe de conformidad técnica	R; U; P
<b>W</b>	Ejecutar simulacros de atención y flujo de pacientes	V
<b>X</b>	Verificar aplicación de protocolos de bioseguridad y limpieza	W
<b>Y</b>	Revisar trazabilidad de muestras, medicamentos y registros	V
<b>Z</b>	Documentar hallazgos y ajustes requeridos	Y; X
<b>AA</b>	Configurar y probar el sistema OpenEMR	V
<b>AB</b>	Validar módulos de farmacia, laboratorio y facturación	AA
<b>AC</b>	Comprobar seguridad y respaldo de datos	AB
<b>AD</b>	Documentar incidencias y correcciones	AC; Z
<b>AE</b>	Revisar vigencia de contratos profesionales según normativa	O
<b>AF</b>	Confirmar cumplimiento de normas laborales y de salud ocupacional	AE
<b>AG</b>	Elaborar informe final de verificación operativa	AE; AF; AD; P; AW
<b>AH</b>	Validar organigrama institucional y roles operativos	A
<b>AI</b>	Definir funciones y perfiles de cada cargo	AH
<b>AJ</b>	Aprobar manual de organización y reglamento interno	AI
<b>AK</b>	Reclutar y seleccionar personal médico, técnico y administrativo	AJ
<b>AL</b>	Verificar documentos y acreditaciones profesionales	AK
<b>AM</b>	Firmar contratos laborales o de servicios	AL
<b>AN</b>	Registrar e incorporar al personal en planilla institucional	AM
<b>AO</b>	Designar responsables de unidades clave	AN
<b>AP</b>	Instalar mobiliario y equipos médicos según planos aprobados	AO
<b>AQ</b>	Completar inventario inicial de insumos y medicamentos	AP
<b>AR</b>	Verificar operatividad de áreas clínicas y de apoyo	AP; AQ
<b>AS</b>	Garantizar condiciones de limpieza, señalización y bioseguridad	AR
<b>AT</b>	Diseñar e impartir programa de inducción institucional	AO; AS
<b>AU</b>	Capacitar en protocolos clínicos, bioseguridad y atención al usuario	AT
<b>AV</b>	Realizar simulacros operativos internos	AT; AU
<b>AW</b>	Documentar resultados y certificación de participación	AV
<b>AX</b>	Definir públicos, objetivos y canales de comunicación	A
<b>AY</b>	Elaborar plan y cronograma de comunicación	AX
<b>AZ</b>	Diseñar mensajes institucionales clave	AY
<b>BA</b>	Validar la estrategia con la dirección del proyecto	AO; AZ

<b>BB</b>	Diseñar materiales gráficos institucionales	BA
<b>BC</b>	Producir material audiovisual	BB
<b>BD</b>	Validar materiales previos a su difusión	BC
<b>BE</b>	Actualizar señalización e identidad visual de la clínica	BB; BC; BD
<b>BF</b>	Difundir comunicados oficiales en medios y redes	BE; AO; AP; AQ
<b>BG</b>	Coordinar entrevistas y notas informativas	BE; BF
<b>BH</b>	Implementar campaña informativa comunitaria	BG
<b>BI</b>	Monitorear impacto y alcance de la campaña	BH
<b>BJ</b>	Planificar la logística y protocolo del evento	BH; BI
<b>BK</b>	Invitar autoridades, donantes y aliados estratégicos	BJ
<b>BL</b>	Coordinar discursos, recorridos y cobertura en redes sociales	BK
<b>BM</b>	Documentar y difundir el registro oficial de reapertura	BL
<b>BN</b>	Hito de fin	AG; AW; BM

*Fuente: Elaboración propia*

## 2. Políticas y estrategias de ejecución

### a. Políticas de ejecución del proyecto

Las políticas de ejecución establecen las normas operativas y administrativas que regirán el desarrollo de la fase de implementación de la clínica. Su aplicación permitirá mantener el control sobre los recursos, el cumplimiento de las obligaciones laborales y la correcta documentación de todas las acciones técnicas y financieras del proyecto.

Durante la implementación, el equipo responsable del proyecto deberá observar y aplicar las siguientes políticas:

#### 1. Jornada laboral:

Las actividades del proyecto se desarrollarán de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00 horas, con una hora destinada a almuerzo de 12:00 a 13:00, y los días sábado de 8:00 a 12:00. Cualquier extensión de horario deberá ser previamente autorizada por el responsable del proyecto, conforme a lo establecido en el Código de Trabajo y a las condiciones del contrato correspondiente.

#### 2. Pago de salarios:

La remuneración del personal asignado a la fase de implementación se efectuará de manera quincenal, según los términos contractuales y la normativa laboral vigente. El encargado administrativo será responsable de coordinar el proceso de pago y de mantener registro de los comprobantes y recibos firmados por los beneficiarios.

#### 3. Registro y control de egresos:

Cada responsable de paquete o área del proyecto llevará un registro detallado de los gastos realizados, especificando el monto, la fecha, el concepto y el comprobante

correspondiente. Estos registros serán revisados y consolidados por el encargado administrativo, quien los presentará al responsable del proyecto para su validación y control financiero.

#### 4. Gestión y desembolso de fondos:

Todo gasto o desembolso deberá contar con una solicitud escrita que indique el monto, el concepto y la justificación, y deberá ser autorizada por el responsable del proyecto. El encargado administrativo gestionará la entrega de fondos con la debida anticipación, asegurando el registro de cada transacción y la disponibilidad de comprobantes para su verificación posterior.

#### 5. Control y archivo documental:

Todos los documentos generados durante la ejecución (informes técnicos, comprobantes financieros, contratos, actas y registros administrativos) deberán archivar en formato físico y digital dentro del expediente institucional del proyecto. El encargado administrativo garantizará el orden, resguardo y trazabilidad de esta documentación, facilitando su consulta durante auditorías o procesos de cierre del proyecto.

Estas políticas orientan la gestión diaria de la implementación y permiten mantener orden, transparencia y control financiero en la ejecución del proyecto. Su cumplimiento será responsabilidad directa del responsable del proyecto y del encargado administrativo, quienes deberán asegurar que todas las operaciones se realicen conforme a la normativa aplicable y a los lineamientos internos de ejecución.

#### *b. Políticas por entregable*

*Tabla 389. Políticas por entregables del proyecto*

ENTREGABLE	DESCRIPCIÓN
<b>Gestión de habilitación sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaborará el expediente de habilitación cumpliendo los requerimientos del Ministerio de Salud y el Consejo Superior de Salud Pública</li> <li>• Se deberán emplear los formatos oficiales y firmar toda documentación con el responsable del proyecto antes de su presentación</li> <li>• Ningún documento será remitido sin revisión técnica y legal previa</li> <li>• Las visitas de inspección serán coordinadas y acompañadas por el responsable del proyecto</li> <li>• Toda comunicación con las entidades reguladoras se documentará y archivará en el expediente institucional</li> <li>• Las observaciones derivadas de inspecciones deberán atenderse dentro del plazo establecido por la autoridad sanitaria</li> </ul>

<b>Verificación operativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pruebas de funcionamiento se ejecutarán una vez finalizadas las adecuaciones físicas y de equipamiento</li> <li>• Se documentará toda verificación mediante informe técnico con firmas del responsable de área y del responsable del proyecto</li> <li>• Ningún sistema o equipo podrá darse por aprobado sin prueba de funcionamiento documentada</li> <li>• Los sistemas informáticos deberán contar con respaldo y validación antes de su uso</li> <li>• Las incidencias detectadas durante las pruebas se corregirán antes de continuar con la siguiente fase</li> </ul>
<b>Adecuación operativa y contratación de personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las contrataciones se realizarán según los perfiles definidos en la estructura organizativa aprobada</li> <li>• Todo contrato de personal o servicio deberá contar con autorización escrita del responsable del proyecto</li> <li>• El personal contratado deberá presentar documentación profesional y registro sanitario vigente</li> <li>• Las capacitaciones se impartirán previo al inicio de labores en las instalaciones</li> <li>• No se autorizará la apertura de servicios sin contar con personal debidamente acreditado</li> </ul>
<b>Comunicación de apertura pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo material informativo o visual deberá ser aprobado por el responsable del proyecto antes de su difusión</li> <li>• La información difundida deberá ser veraz, institucional y coherente con los objetivos del proyecto</li> <li>• El registro fotográfico y audiovisual del acto será parte del informe final del proyecto</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### c. Estrategias de ejecución del proyecto

Tabla 390. Descripción de las estrategias

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Ejecución técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las actividades se realizarán conforme a la programación aprobada y a los lineamientos establecidos en el diseño técnico</li> <li>• La ejecución será supervisada directamente por el responsable del proyecto, quien validará los avances de cada paquete de trabajo</li> <li>• Los informes de progreso físico se elaborarán y presentarán según el cronograma de implementación aprobado.</li> </ul>

<b>Gestión administrativa y financiera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El manejo de los recursos financieros será responsabilidad del encargado administrativo, con autorización previa del responsable del proyecto</li> <li>• Los desembolsos se programarán de acuerdo con el avance físico y las necesidades justificadas de cada entregable</li> <li>• Se mantendrá un registro y control de egresos respaldado por comprobantes oficiales para todo gasto efectuado.</li> </ul>
<b>Coordinación y comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se garantizará una comunicación constante entre el equipo técnico y administrativo para asegurar la coherencia en la ejecución de las actividades</li> <li>• Se realizarán reuniones de seguimiento con la periodicidad necesaria para evaluar avances, resolver incidencias y ajustar la planificación</li> <li>• Toda la información técnica, financiera y administrativa generada deberá registrarse y archivar en el expediente institucional del proyecto.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

Se describen a continuación las estrategias por entregables de la ejecución del proyecto

*Tabla 391. Descripción de las estrategias por entregable*

<b>entregable</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Gestión de habilitación sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar y presentar el expediente sanitario ante el Ministerio de Salud y el Consejo Superior de Salud Pública dentro de los plazos establecidos</li> <li>• Coordinar las inspecciones técnicas con la participación del responsable del proyecto y el encargado administrativo</li> <li>• Documentar y atender en tiempo las observaciones emitidas por las autoridades sanitarias</li> <li>• Mantener comunicación permanente con las entidades reguladoras hasta la obtención de la licencia sanitaria</li> <li>• Archivar toda la documentación y resoluciones emitidas en el expediente institucional del proyecto</li> </ul>
<b>Verificación operativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar las verificaciones técnicas de infraestructura, equipos y sistemas conforme al diseño y normativas vigentes</li> <li>• Documentar los resultados de cada revisión en informes técnicos firmados por el responsable del proyecto</li> <li>• Realizar las pruebas de funcionamiento de todos los sistemas informáticos y administrativos antes de la apertura</li> <li>• Corregir las observaciones detectadas durante las pruebas y repetirlas hasta su validación final</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emitir un acta de verificación final como requisito previo a la apertura</li> </ul>
<b>Adecuación operativa y contratación de personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar las adecuaciones físicas y dotaciones de equipamiento conforme a los planos y especificaciones aprobadas</li> <li>Reclutar y contratar al personal médico, técnico y administrativo siguiendo los perfiles definidos</li> <li>Garantizar que todo el personal contratado cuente con registro sanitario vigente y documentación legal completa</li> <li>Ejecutar los programas de inducción y capacitación antes del inicio de las operaciones</li> <li>Validar las condiciones de infraestructura, equipamiento y recurso humano antes de iniciar los servicios clínicos</li> </ul>
<b>Comunicación de apertura pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar el plan de comunicación institucional y validarlo con el responsable del proyecto antes de su ejecución</li> <li>Producir materiales informativos y visuales coherentes con la identidad institucional del proyecto</li> <li>Implementar la campaña de comunicación en coordinación con las autoridades locales y el equipo de la clínica</li> <li>Organizar el acto oficial de reapertura y documentarlo mediante acta y registro audiovisual</li> <li>Publicar los resultados y evidencias de la apertura como parte del informe final del proyecto</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Determinación de duración, costo y recurso humanos

Se presentan los costos y uso de RRHH presupuestados para la implementación del proyecto, es importante mencionar que se ha considera una dotación de medicamentos y una planilla completa de empleados para 4 meses.

Tabla 392. Determinación de la duración, RRHH y costos de las actividades

Paquete	Cod	Actividad	Tiempo (días)	Costo (\$)	RRH H
<b>Diagnóstico y adecuación a la nueva categoría</b>	B	Levantamiento técnico de infraestructura y recursos existentes	3	1,300.00	2
	C	Revisión de los Requerimientos Técnico–Administrativos (RTA) aplicables	1	900.00	1
	D	Elaboración del informe de reconversión institucional	5	800.00	1
	E	Definición de adecuaciones físicas y funcionales necesarias	2	1,000.00	2

<b>Preparación del expediente legal y sanitario</b>	F	Actualizar documentos jurídicos e institucionales	5	420.00	1
	G	Elaborar planos y croquis de distribución funcional	5	520.00	1
	H	Preparar manuales y protocolos sanitarios	7	480.00	2
	I	Elaborar contratos de servicios técnicos y regencias profesionales	1	310.00	1
	J	Integrar expediente único de habilitación ante MINSAL y CSSP	1	381.86	2
<b>Tramitación y evaluación oficial de habilitación</b>	K	Presentar expediente y solicitud ante el MINSAL	1	180.00	2
	L	Coordinar y atender inspecciones técnicas y sanitarias	1	210.00	3
	M	Subsanar observaciones y presentar correcciones	5	186.54	3
	N	Obtener licencia sanitaria y resolución de autorización del CSSP	1	100.00	1
<b>Registro y validación profesional</b>	O	Verificar inscripción SNIS	1	40.00	1
	P	Solicitar apertura de regencias para farmacia, gabinete radiológico y laboratorio	2	80.00	2
	Q	Incorporar constancias de registro	1	45.00	1
	R	Archivar documentos oficiales en el expediente institucional	1	35.00	1
<b>Evaluación de infraestructura y equipamiento</b>	S	Verificar la ejecución de adecuaciones físicas aprobadas	5	420.00	2
	T	Comprobar funcionamiento de servicios básicos	2	280.00	2
	U	Validar calibración y mantenimiento de equipos médicos	7	520.00	2
	V	Emitir informe de conformidad técnica	3	280.00	1
<b>Validación de procesos clínicos y administrativos</b>	W	Ejecutar simulacros de atención y flujo de pacientes	3	1,800.00	3
	X	Verificar aplicación de protocolos de bioseguridad y limpieza	2	1,600.00	2
	Y	Revisar trazabilidad de muestras, medicamentos y registros	2	1,500.00	2
	Z	Documentar hallazgos y ajustes requeridos	4	1,100.00	1
<b>Prueba de sistemas informáticos</b>	AA	Configurar y probar el sistema OpenEMR	4	850.00	2
	AB	Validar módulos de farmacia, laboratorio y facturación	1	650.00	3
	AC	Comprobar seguridad y respaldo de datos	2	300.00	2
	AD	Documentar incidencias y correcciones	3	200.00	1

<b>icos y administrativos</b>					
<b>Verificación de cumplimiento normativo</b>	AE	Revisar vigencia de contratos profesionales según normativa	3	180.00	2
	AF	Confirmar cumplimiento de normas laborales y de salud ocupacional	3	160.00	2
	AG	Elaborar informe final de verificación operativa	5	160.00	1
<b>Estructuración organizativa y funcional</b>	AH	Validar organigrama institucional y roles operativos	5	320.00	1
	AI	Definir funciones y perfiles de cada cargo	4	380.00	2
	AJ	Aprobar manual de organización y reglamento interno	3	300	1
<b>Contratación y formalización del personal</b>	AK	Reclutar y seleccionar personal médico, técnico y administrativo	30	1,200.00	3
	AL	Verificar documentos y acreditaciones profesionales	2	600.00	2
	AM	Firmar contratos laborales o de servicios	1	700.00	2
	AN	Registrar e incorporar al personal en planilla institucional	2	500.00	2
<b>Adecuación de áreas y dotación operativa</b>	AO	Designar responsables de unidades clave	5	3,200.00	1
	AP	Instalar mobiliario y equipos médicos según planos aprobados	15	22,500.00	3
	AQ	Completar inventario inicial de insumos y medicamentos	15	18,300.00	2
	AR	Verificar operatividad de áreas clínicas y de apoyo	3	11,000.00	2
	AS	Garantizar condiciones de limpieza, señalización y bioseguridad	4	9,668.51	2
<b>Inducción y capacitación inicial</b>	AT	Diseñar e impartir programa de inducción institucional	7	320.00	2
	AU	Capacitar en protocolos clínicos, bioseguridad y atención al usuario	5	420.00	3
	AV	Realizar simulacros operativos internos	2	215.00	3
	AW	Documentar resultados y certificación de participación	2	100.00	1
<b>Planificación de la estrategia</b>	AX	Definir públicos, objetivos y canales de comunicación	5	120.00	1
	AY	Elaborar plan y cronograma de comunicación	5	145.00	1
	AZ	Diseñar mensajes institucionales clave	3	88.87	1

<b>ia de comunicac ión</b>	BA	Validar la estrategia con la direcci3n del proyecto	2	70.00	2
<b>Producci3n de materiales informativos y visuales</b>	BB	Dise1ar materiales gr1ficos institucionales	4	90.00	1
	BC	Producir material audiovisual	7	85.00	2
	BD	Validar materiales previos a su difusi3n	1	40.00	2
	BE	Actualizar se1alizacion e identidad visual de la cl3nica	5	50.00	2
<b>Ejecuci3n de la campaa de comunicac ión</b>	BF	Difundir comunicados oficiales en medios y redes	7	380.00	1
	BG	Coordinar entrevistas y notas informativas	3	260.00	2
	BH	Implementar campaa informativa comunitaria	3	420.00	3
	BI	Monitorear impacto y alcance de la campaa	7	209.5	1
<b>Evento o acto oficial de reapertura</b>	BJ	Planificar la log3stica y protocolo del evento	5	260.00	2
	BK	Invitar autoridades, donantes y aliados estrat3gicos	3	180.00	1
	BL	Coordinar discursos, recorridos y cobertura en redes sociales	5	210.00	2
	BM	Documentar y difundir el registro oficial de reapertura	2	150.00	1

Fuente: Elaboraci3n propia

#### 4. Presupuestaci3n

Se describen los montos propuestos para el desarrollo de la implementaci3n del proyecto

Tabla 393. Presupuesto por entregable

entregable	paquete	monto por paquete	Monto por entregable
<b>gesti3n de habilitaci3n sanitaria</b>	Diagn3stico y adecuaci3n a la nueva categor3a	4,000.00	6,988.40
	Preparaci3n del expediente legal y sanitario	2,111.86	
	Tramitaci3n y evaluaci3n oficial de habilitaci3n	676.54	
	Registro y validaci3n profesional	200.00	

entregable	paquete	monto por paquete	Monto por entregable
<b>verificación operativa</b>	Evaluación de infraestructura y equipamiento	1,500.00	10,000.00
	Validación de procesos clínicos y administrativos	6,000.00	
	Prueba de sistemas informáticos y administrativos	2,000.00	
	Verificación de cumplimiento normativo	500	
<b>adecuación operativa y contratación de personal</b>	Estructuración organizativa y funcional	1,000.00	69,723.51
	Contratación y formalización del personal	3,000.00	
	Adecuación de áreas y dotación operativa	64,668.51	
	Inducción y capacitación inicial	1,055.00	
<b>comunicación de apertura publica</b>	Planificación de la estrategia de comunicación	423.87	2,758.37
	Producción de materiales informativos y visuales	265	
	Ejecución de la campaña de comunicación	1,269.50	
	Evento o acto oficial de reapertura	800	
<b>total</b>			<b>89,470.28</b>

*Fuente: Elaboración propia*

Se presenta el monto presupuesto correspondiente únicamente a la administración de la implementación del proyecto

Tabla 394. Presupuesto para administración de implementación del proyecto

Concepto	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo	Total
<b>Honorarios de coordinación técnica</b>	Coordinador responsable de supervisar la ejecución del proyecto, cronogramas y cumplimiento normativo	mes	8	\$ 500.00	\$4,000.00
<b>Alimentación y reuniones</b>	Refrigerios y almuerzos en jornadas de coordinación o supervisión de campo	mes	4	\$ 25.00	\$ 100.00
<b>Telefonía e internet</b>	Comunicación y conexión en línea para coordinación de actividades (plan mensual)	mes	4	\$ 25.00	\$ 100.00
<b>Papelería y suministros administrativos</b>	Carpetas, impresión de informes, hojas membretadas y materiales de oficina	Global	4	\$ 20.00	\$ 80.00
<b>Servicios básicos (agua, luz, limpieza de oficina)</b>	Costos prorrateados del espacio administrativo utilizado durante la implementación	Global	4	\$ 27.35	\$ 109.40
<b>Gastos de evento de inauguración</b>	Costos asociados a gastos menores por evento de reapertura	Global	1	\$ 150.00	\$ 150.00
<b>Contratación del personal</b>	Publicación de vacantes, filtrado y evaluación básica de candidatos, y elaboración y firma económica de contratos con gastos mínimos de papelería y logística.	Global	1	\$ 150.00	\$ 150.00
<b>Imprevistos operativos</b>	Fondo para gastos menores no contemplados (5 %)	0	0	\$ -	\$ 234.47
<b>Total</b>					<b>\$4,923.87</b>

Fuente: Elaboración propia



## 2. Duración de proyecto

Como puede apreciarse en la red del proyecto la duración de la implementación tiene previsto ser de 117 días laborables, determinado por las tareas críticas del proyecto

Tabla 395. Ruta crítica

Código	nombre de tarea	tareas críticas	duración
<b>AH</b>	validar organigrama institucional y roles operativos	sí	5
<b>AI</b>	definir funciones y perfiles de cada cargo	sí	4
<b>AJ</b>	aprobar manual de organización y reglamento interno	sí	3
<b>AK</b>	reclutar y seleccionar personal médico, técnico y administrativo	sí	30
<b>AL</b>	verificar documentos y acreditaciones profesionales	sí	2
<b>AM</b>	firmar contratos laborales o de servicios	sí	1
<b>AN</b>	registrar e incorporar al personal en planilla institucional	sí	2
<b>AO</b>	designar responsables de unidades clave	sí	5
<b>AP</b>	instalar mobiliario y equipos médicos según planos aprobados	sí	15
<b>AQ</b>	completar inventario inicial de insumos y medicamentos	sí	15
<b>BF</b>	difundir comunicados oficiales en medios y redes	sí	7
<b>BG</b>	coordinar entrevistas y notas informativas	sí	3
<b>BH</b>	implementar campaña informativa comunitaria	sí	3
<b>BI</b>	monitorear impacto y alcance de la campaña	sí	7
<b>BJ</b>	planificar la logística y protocolo del evento	sí	5
<b>BK</b>	invitar autoridades, donantes y aliados estratégicos	sí	3
<b>BL</b>	coordinar discursos, recorridos y cobertura en redes sociales	sí	5
<b>BM</b>	documentar y difundir el registro oficial de reapertura	sí	2
<b>Total</b>			<b>117</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Holgura del proyecto

Los cálculos de holguras han sido tomadas del software project profesional 2021

Tabla 396. Holgura del proyecto

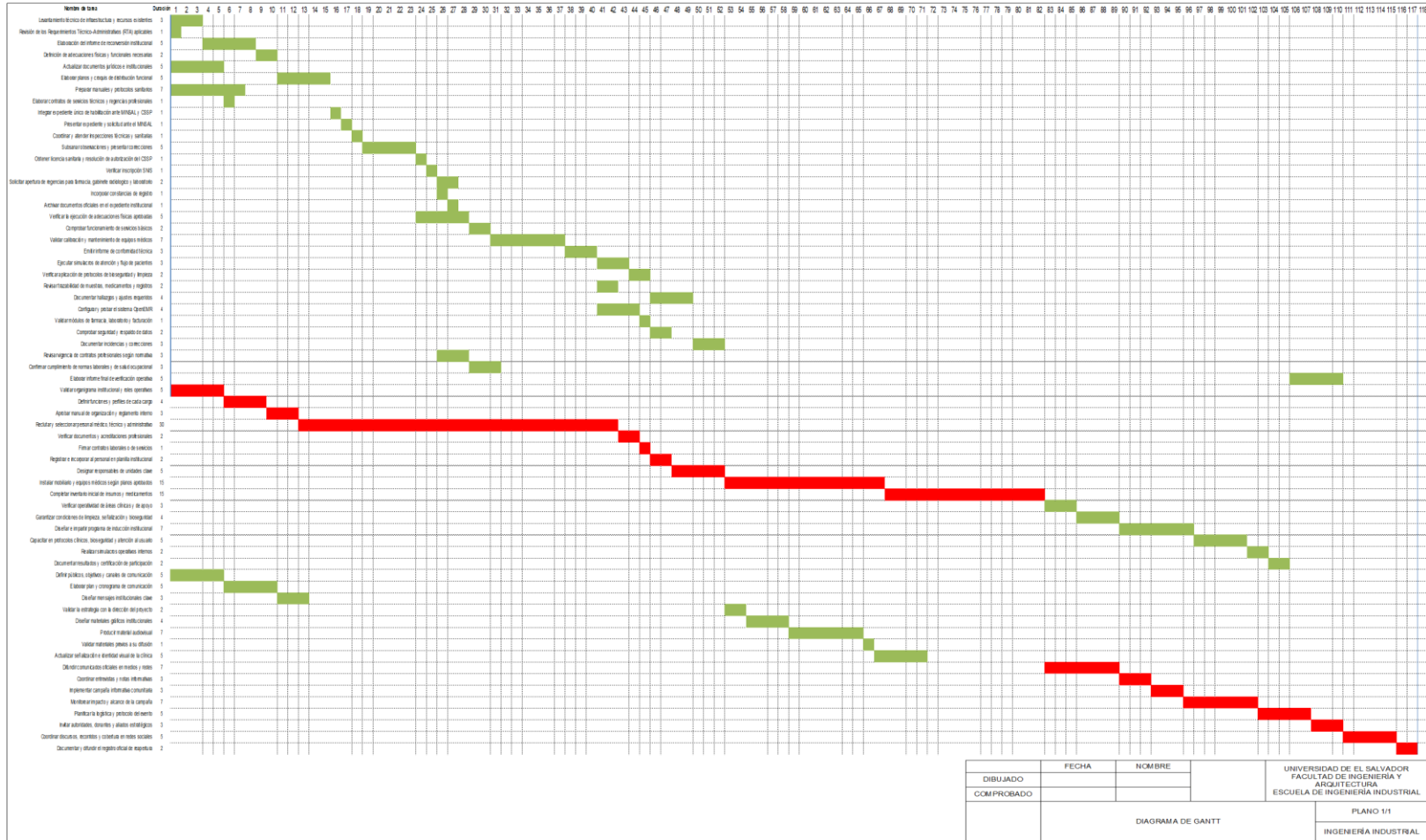
Actividad	Duración	Inicio temprano	Final temprano	Inicio tardío	Final tardío	holgura
A	0	0	0	0	0	0
B	3	0	3	60	63	60
C	1	0	1	62	63	62
D	5	3	8	63	68	60
E	2	8	10	68	70	60
F	5	0	5	69	74	69
G	5	10	15	70	75	60
H	7	0	7	68	75	68
I	1	5	6	74	75	69
J	1	15	16	75	76	60
K	1	16	17	76	77	60
L	1	17	18	77	78	60
M	5	18	23	78	83	60
N	1	23	24	93	94	70
O	1	24	25	94	95	70
P	2	25	27	95	97	70
Q	1	25	26	95	96	70
R	1	26	27	96	97	70
S	5	23	28	83	88	60
T	2	28	30	88	90	60
U	7	30	37	90	97	60
V	3	37	40	97	100	60
W	3	40	43	100	103	60
X	2	43	45	103	105	60
Y	2	40	42	103	105	63
Z	4	45	49	105	109	60
AA	4	40	44	102	106	62
AB	1	44	45	106	107	62
AC	2	45	47	107	109	62
AD	3	49	52	109	112	60
AE	3	25	28	106	109	81
AF	3	28	31	109	112	81
AG	5	105	110	112	117	7
AH	5	0	5	0	5	0
AI	4	5	9	5	9	0
AJ	3	9	12	9	12	0

Actividad	Duración	Inicio temprano	Final temprano	Inicio tardío	Final tardío	holgura
AK	30	12	42	12	42	0
AL	2	42	44	42	44	0
AM	1	44	45	44	45	0
AN	2	45	47	45	47	0
AO	5	47	52	47	52	0
AP	15	52	67	52	67	0
AQ	15	67	82	67	82	0
AR	3	82	85	89	92	7
AS	4	85	89	92	96	7
AT	7	89	96	96	103	7
AU	5	96	101	103	108	7
AV	2	101	103	108	110	7
AW	2	103	105	110	112	7
AX	5	0	5	50	55	50
AY	5	5	10	55	60	50
AZ	3	10	13	60	63	50
BA	2	52	54	63	65	11
BB	4	54	58	65	69	11
BC	7	58	65	69	76	11
BD	1	65	66	76	77	11
BE	5	66	71	77	82	11
BF	7	82	89	82	89	0
BG	3	89	92	89	92	0
BH	3	92	95	92	95	0
BI	7	95	102	95	102	0
BJ	5	102	107	102	107	0
BK	3	107	110	107	110	0
BL	5	110	115	110	115	0
BM	2	115	117	115	117	0
BN	0	117	117	117	117	0

Fuente: Elaboración propia

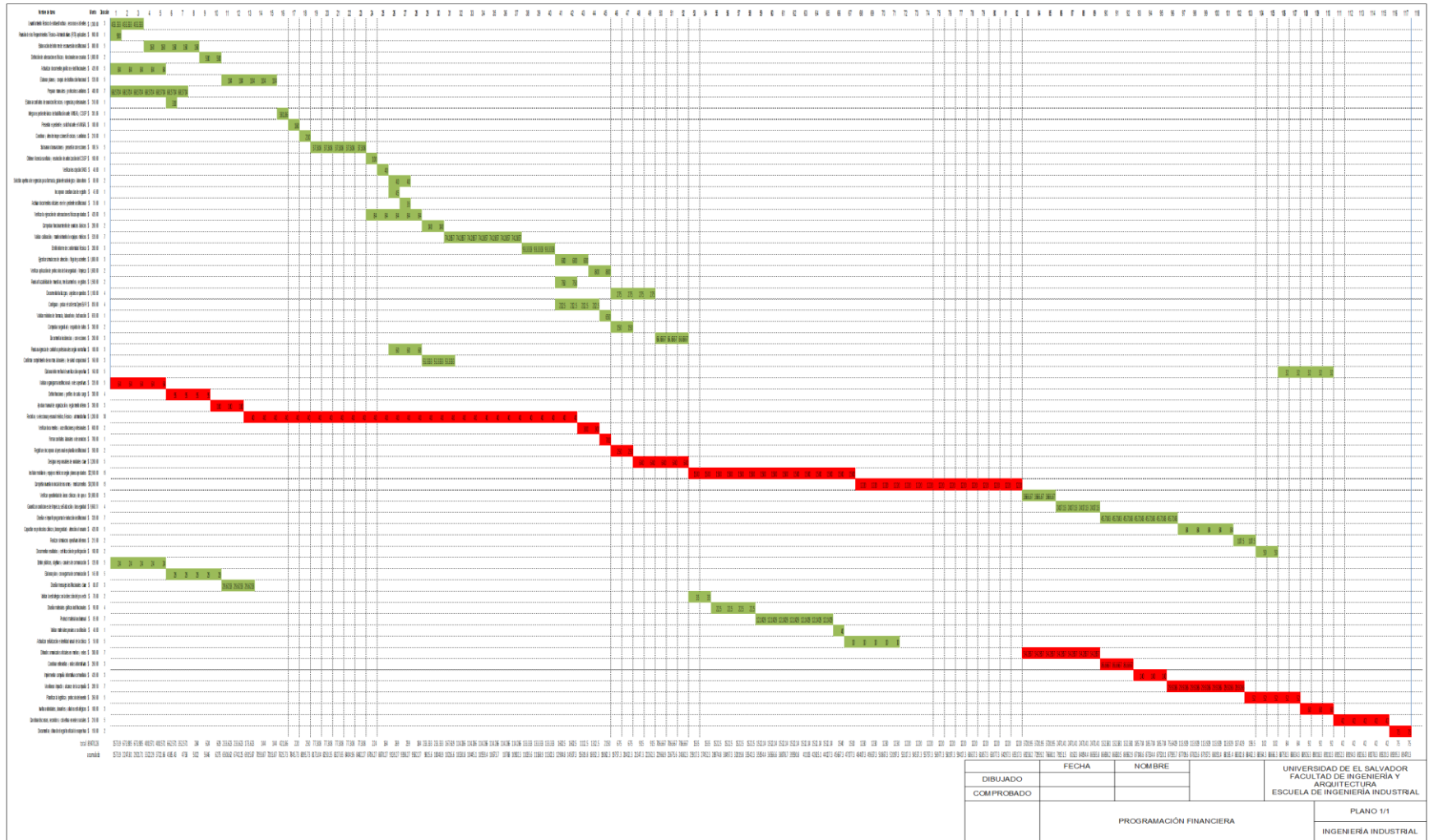
### 4. Diagrama de Gantt

Figura 195. Diagrama de Gantt



Fuente: Elaboración propia

Figura 196. programación financiera



Fuente: Elaboración propia

## 5. Programación de las actividades

Se presenta a continuación la programación planificada de la implementación de las actividades

Tabla 397. planificación de actividades

EDT	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Tareas críticas
<b>A</b>	inicio	0 días	1 04 2026	1 04 2026	Sí
<b>B</b>	Levantamiento técnico de infraestructura y recursos existentes	3 días	1 04 2026	7 04 2026	No
<b>C</b>	Revisión de los Requerimientos Técnico-Administrativos (RTA) aplicables	1 día	1 04 2026	1 04 2026	No
<b>D</b>	Elaboración del informe de reconversión institucional	5 días	8 04 2026	14 04 2026	No
<b>E</b>	Definición de adecuaciones físicas y funcionales necesarias	2 días	14 04 2026	16 04 2026	No
<b>F</b>	Actualizar documentos jurídicos e institucionales	5 días	1 04 2026	9 04 2026	No
<b>G</b>	Elaborar planos y croquis de distribución funcional	5 días	16 04 2026	22 04 2026	No
<b>H</b>	Preparar manuales y protocolos sanitarios	7 días	1 04 2026	13 04 2026	No
<b>I</b>	Elaborar contratos de servicios técnicos y regencias profesionales	1 día	10 04 2026	10 04 2026	No
<b>J</b>	Integrar expediente único de habilitación ante MINSAL y CSSP	1 día	23 04 2026	23 04 2026	No

<b>K</b>	Presentar expediente y solicitud ante el MINSAL	1 día	24 04 2026	24 04 2026	No
<b>L</b>	Coordinar y atender inspecciones técnicas y sanitarias	1 día	25 04 2026	27 04 2026	No
<b>M</b>	Subsanar observaciones y presentar correcciones	5 días	27 04 2026	4 05 2026	No
<b>N</b>	Obtener licencia sanitaria y resolución de autorización del CSSP	1 día	5 05 2026	5 05 2026	No
<b>O</b>	Verificar inscripción SNIS	1 día	6 05 2026	6 05 2026	No
<b>P</b>	Solicitar apertura de regencias para farmacia, gabinete radiológico y laboratorio	2 días	7 05 2026	8 05 2026	No
<b>Q</b>	Incorporar constancias de registro	1 día	7 05 2026	7 05 2026	No
<b>R</b>	Archivar documentos oficiales en el expediente institucional	1 día	8 05 2026	8 05 2026	No
<b>S</b>	Verificar la ejecución de adecuaciones físicas aprobadas	5 días	5 05 2026	11 05 2026	No
<b>T</b>	Comprobar funcionamiento de servicios básicos	2 días	11 05 2026	13 05 2026	No
<b>U</b>	Validar calibración y mantenimiento de equipos médicos	7 días	13 05 2026	21 05 2026	No
<b>V</b>	Emitir informe de conformidad técnica	3 días	22 05 2026	26 05 2026	No
<b>W</b>	Ejecutar simulacros de atención y flujo de pacientes	3 días	26 05 2026	29 05 2026	No

<b>X</b>	Verificar aplicación de protocolos de bioseguridad y limpieza	2 días	29 05 2026	1 06 2026	No
<b>Y</b>	Revisar trazabilidad de muestras, medicamentos y registros	2 días	26 05 2026	28 05 2026	No
<b>Z</b>	Documentar hallazgos y ajustes requeridos	4 días	2 06 2026	5 06 2026	No
<b>AA</b>	Configurar y probar el sistema OpenEMR	4 días	26 05 2026	30 05 2026	No
<b>AB</b>	Validar módulos de farmacia, laboratorio y facturación	1 día	1 06 2026	1 06 2026	No
<b>AC</b>	Comprobar seguridad y respaldo de datos	2 días	2 06 2026	3 06 2026	No
<b>AD</b>	Documentar incidencias y correcciones	3 días	6 06 2026	10 06 2026	No
<b>AE</b>	Revisar vigencia de contratos profesionales según normativa	3 días	7 05 2026	11 05 2026	No
<b>AF</b>	Confirmar cumplimiento de normas laborales y de salud ocupacional	3 días	11 05 2026	14 05 2026	No
<b>AG</b>	Elaborar informe final de verificación operativa	5 días	24 08 2026	28 08 2026	No
<b>AH</b>	Validar organigrama institucional y roles operativos	5 días	1 04 2026	9 04 2026	Sí
<b>AI</b>	Definir funciones y perfiles de cada cargo	4 días	10 04 2026	15 04 2026	Sí
<b>AJ</b>	Aprobar manual de organización y reglamento interno	3 días	15 04 2026	18 04 2026	Sí

<b>AK</b>	Reclutar y seleccionar personal médico, técnico y administrativo	30 días	20 04 2026	28 05 2026	Sí
<b>AL</b>	Verificar documentos y acreditaciones profesionales	2 días	28 05 2026	30 05 2026	Sí
<b>AM</b>	Firmar contratos laborales o de servicios	1 día	1 06 2026	1 06 2026	Sí
<b>AN</b>	Registrar e incorporar al personal en planilla institucional	2 días	2 06 2026	3 06 2026	Sí
<b>AO</b>	Designar responsables de unidades clave	5 días	4 06 2026	10 06 2026	Sí
<b>AP</b>	Instalar mobiliario y equipos médicos según planos aprobados	15 días	10 06 2026	30 06 2026	Sí
<b>AQ</b>	Completar inventario inicial de insumos y medicamentos	15 días	1 07 2026	20 07 2026	Sí
<b>AR</b>	Verificar operatividad de áreas clínicas y de apoyo	3 días	20 07 2026	23 07 2026	No
<b>AS</b>	Garantizar condiciones de limpieza, señalización y bioseguridad	4 días	23 07 2026	28 07 2026	No
<b>AT</b>	Diseñar e impartir programa de inducción institucional	7 días	29 07 2026	11 08 2026	No
<b>AU</b>	Capacitar en protocolos clínicos, bioseguridad y atención al usuario	5 días	12 08 2026	18 08 2026	No
<b>AV</b>	Realizar simulacros operativos internos	2 días	18 08 2026	20 08 2026	No

<b>AW</b>	Documentar resultados y certificación de participación	2 días	20 08 2026	22 08 2026	No
<b>AX</b>	Definir públicos, objetivos y canales de comunicación	5 días	1 04 2026	9 04 2026	No
<b>AY</b>	Elaborar plan y cronograma de comunicación	5 días	10 04 2026	16 04 2026	No
<b>AZ</b>	Diseñar mensajes institucionales clave	3 días	16 04 2026	20 04 2026	No
<b>BA</b>	Validar la estrategia con la dirección del proyecto	2 días	10 06 2026	12 06 2026	No
<b>BB</b>	Diseñar materiales gráficos institucionales	4 días	12 06 2026	18 06 2026	No
<b>BC</b>	Producir material audiovisual	7 días	19 06 2026	27 06 2026	No
<b>BD</b>	Validar materiales previos a su difusión	1 día	29 06 2026	29 06 2026	No
<b>BE</b>	Actualizar señalización e identidad visual de la clínica	5 días	30 06 2026	6 07 2026	No
<b>BF</b>	Difundir comunicados oficiales en medios y redes	7 días	20 07 2026	28 07 2026	Sí
<b>BG</b>	Coordinar entrevistas y notas informativas	3 días	29 07 2026	31 07 2026	Sí
<b>BH</b>	Implementar campaña informativa comunitaria	3 días	1 08 2026	10 08 2026	Sí
<b>BI</b>	Monitorear impacto y alcance de la campaña	7 días	11 08 2026	19 08 2026	Sí
<b>BJ</b>	Planificar la logística y protocolo del evento	5 días	19 08 2026	25 08 2026	Sí

<b>BK</b>	Invitar autoridades, donantes y aliados estratégicos	3 días	26 08 2026	28 08 2026	Sí
<b>BL</b>	Coordinar discursos, recorridos y cobertura en redes sociales	5 días	29 08 2026	4 09 2026	Sí
<b>BM</b>	Documentar y difundir el registro oficial de reapertura	2 días	4 09 2026	7 09 2026	Sí
<b>BN</b>	fin	0 días	7 09 2026	7 09 2026	Sí

Fuente: *Elaboración propia*

## II. Organización de la implementación

### A. Diseño organizativo

#### 1. Estructura organizativa para la implementación

Durante la fase de implementación del proyecto de reapertura de la Clínica Divina Providencia, es indispensable establecer una estructura organizativa formal y temporal, que permita planificar, coordinar y controlar de manera eficiente las actividades técnicas, administrativas y legales definidas en la EDT.

Esta estructura debe responder a las condiciones reales del proyecto: una institución actualmente **inactiva en sus operaciones clínicas**, sin personal contratado, y con una **junta directiva** como único órgano activo.

Por lo tanto, la organización de la implementación deberá conformarse con un equipo técnico-administrativo temporal, de dimensión mínima, capaz de ejecutar las acciones necesarias para alcanzar la apertura y dejar sentadas las bases para la futura operación.

La estructura organizativa tiene como propósito principal definir las relaciones jerárquicas y funcionales entre los actores involucrados, asegurar la comunicación interna y externa del proyecto, y delimitar las responsabilidades de cada componente durante la ejecución.

De manera general, los tipos de estructuras organizativas que pueden aplicarse a un proceso de implementación como este son los siguientes:

#### 1. Estructura funcional:

Se basa en la organización jerárquica tradicional, donde las actividades del proyecto se distribuyen entre funciones específicas (técnicas, administrativas, financieras).

El equipo trabaja bajo la supervisión de una dirección o coordinación general, y cada integrante desempeña un rol definido dentro de su área de competencia. Este tipo de estructura suele requerir un cuerpo institucional activo, pero puede adaptarse a un esquema temporal cuando la institución está en proceso de

reactivación, mediante la contratación puntual de personal técnico y administrativo.

## 2. Estructura matricial:

Combina recursos humanos de diferentes entidades o áreas de especialidad para colaborar en un mismo proyecto.

Cada participante mantiene su relación con la entidad de origen, pero temporalmente trabaja bajo la coordinación del proyecto.

Este modelo puede aplicarse en proyectos de implementación que involucran cooperación interinstitucional, por ejemplo, entre la junta directiva, el Ministerio de Salud, y organismos de apoyo técnico o financiero.

## 3. Estructura por proyecto exclusivo:

Corresponde a la conformación de un equipo totalmente independiente, creado específicamente para ejecutar el proyecto y con dedicación exclusiva a sus objetivos.

Es común en proyectos de gran escala o con financiamiento externo, donde se requiere autonomía total en la toma de decisiones y administración de recursos. Aunque garantiza control y especialización, su aplicación implica costos operativos y administrativos elevados.

Cada uno de estos modelos presenta **características, ventajas y limitaciones** que deben ser analizadas conforme a las condiciones del proyecto, en particular su disponibilidad financiera, nivel de participación institucional y requerimientos técnicos.

## 2. Ventajas y desventajas de los tipos de estructuras organizativas

Para el proceso de implementación de la Clínica Divina Providencia se analizan tres modelos organizativos que podrían emplearse para la coordinación y ejecución de las actividades del proyecto.

Cada modelo presenta ventajas y limitaciones que deben valorarse considerando las condiciones actuales de la institución, la disponibilidad de recursos financieros, y la naturaleza temporal de la fase de implementación.

Tabla 398. ventajas y desventajas por tipo de estructura organizativa

TIPO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<b>FUNCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite definir claramente las funciones y responsabilidades de cada participante en el proyecto</li> <li>• Favorece la especialización técnica de las tareas</li> <li>• Facilita la supervisión jerárquica y el control de procesos</li> <li>• Mantiene orden administrativo y trazabilidad documental</li> <li>• Puede adaptarse a una estructura temporal con</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere una base institucional activa o la creación de un pequeño equipo funcional temporal</li> <li>• Puede limitar la comunicación horizontal entre áreas si no existe una coordinación efectiva</li> <li>• Su formalidad jerárquica puede reducir la flexibilidad ante cambios o imprevistos</li> <li>• Los tiempos de decisión dependen de la autoridad central designada</li> </ul>

	personal contratado solo para la fase de implementación	
<b>MATRICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite incorporar recursos humanos y técnicos provenientes de distintas entidades o instituciones colaboradoras</li> <li>• Fomenta la cooperación interinstitucional y el intercambio de conocimientos</li> <li>• Favorece la flexibilidad para integrar especialistas de manera temporal</li> <li>• Facilita la coordinación técnica cuando participan actores externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere mayor esfuerzo de coordinación y comunicación</li> <li>• Puede presentarse ambigüedad en las líneas de autoridad y responsabilidad</li> <li>• La dependencia de personal externo puede dificultar la continuidad del proyecto</li> <li>• Requiere más tiempo de planificación y reuniones de concertación</li> <li>• Puede generar sobrecarga administrativa para la junta directiva o el coordinador del proyecto.</li> </ul>
<b>POR PROYECTO EXCLUSIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinda autonomía total para la gestión y ejecución del proyecto</li> <li>• Facilita la toma de decisiones directas y rápidas</li> <li>• Permite establecer un equipo dedicado exclusivamente a los objetivos del proyecto</li> <li>• Mejora la rendición de cuentas al concentrar la responsabilidad en un solo grupo de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige mayores recursos financieros para la contratación de un equipo completo y su equipamiento administrativo</li> <li>• Puede duplicar estructuras institucionales y generar costos innecesarios</li> <li>• Limita la integración con la futura estructura operativa de la clínica</li> <li>• Su carácter temporal puede dificultar la transferencia de resultados a la etapa de operación</li> <li>• No es sostenible para proyectos con recursos limitados o sin personal permanente.</li> </ul>

Fuente: *Elaboración propia*

### 3. Criterios de selección de estructura organizativa

La selección de la estructura organizativa para la fase de implementación de la Clínica Divina Providencia debe fundamentarse en criterios técnicos y administrativos que garanticen la viabilidad operativa del proyecto en un contexto institucional inactivo. Dado que la clínica no cuenta con personal contratado ni apoyo de entidades externas, la estructura seleccionada debe ser temporal, flexible y financieramente austera, capaz de funcionar bajo la dirección exclusiva de la Junta Directiva como ente rector.

Los criterios definidos a continuación servirán como base para la evaluación comparativa de los modelos organizativos posibles funcional temporal, matricial y por proyecto exclusivo mediante una matriz de ponderación que se desarrollará en el siguiente literal.

### **Criterios de selección**

1. **Eficiencia en el uso de recursos financieros:** Evalúa la capacidad de la estructura para operar con costos mínimos, utilizando únicamente el personal y los medios estrictamente necesarios. Se priorizan los modelos que eviten gastos fijos prolongados y dependan de contratos temporales.
2. **Capacidad operativa y de coordinación:** Mide la posibilidad de gestionar de forma eficaz las actividades del proyecto con un equipo reducido, garantizando comunicación fluida entre la Junta Directiva, el coordinador y los técnicos contratados.
3. **Simplicidad estructural:** Considera el grado de claridad jerárquica y la facilidad de implementación de la estructura. Se favorecen esquemas con pocos niveles de autoridad y responsabilidades bien delimitadas.
4. **Control institucional:** Analiza el nivel de supervisión que la Junta Directiva puede ejercer directamente sobre la ejecución, asegurando la transparencia en el uso de recursos y la trazabilidad administrativa.
5. **Flexibilidad y adaptabilidad:** Evalúa la capacidad del modelo para ajustarse a cambios en cronograma, presupuesto o disponibilidad de personal técnico, sin afectar la continuidad de la ejecución.
6. **Temporalidad y sostenibilidad:** Mide la facilidad con que la estructura puede constituirse, operar y luego disolverse al concluir la fase de implementación, transfiriendo los resultados y documentación a la futura administración clínica.
7. **Viabilidad legal y administrativa:** Verifica que la estructura propuesta se pueda formalizar dentro del marco normativo de la institución, respetando las atribuciones de la Junta Directiva y los procedimientos legales de contratación temporal.

### **4. Evaluación de factores**

Con el fin de determinar el modelo organizativo más adecuado para la fase de implementación de la Clínica Divina Providencia, se aplicó una matriz de ponderación, que permite comparar de forma cuantitativa las tres alternativas consideradas, en función de los criterios previamente establecidos.

El método consiste en asignar a cada criterio un peso porcentual según su relevancia dentro del contexto del proyecto, y posteriormente evaluar el nivel de cumplimiento de cada tipo de estructura según una escala del 1 al 5, donde:

Tabla 399. nivel de cumplimiento

Valor	Interpretación
1	Muy bajo cumplimiento del criterio
2	Bajo cumplimiento del criterio
3	Cumplimiento medio
4	Buen cumplimiento del criterio
5	Excelente cumplimiento del criterio

Fuente: Elaboración propia

### Ponderación de criterios

Tabla 400. ponderación de criterios

Criterio	Peso (%)
1. Eficiencia en el uso de recursos financieros	25
2. Capacidad operativa y de coordinación	15
3. Simplicidad estructural	10
4. Control institucional	20
5. Flexibilidad y adaptabilidad	10
6. Temporalidad y sostenibilidad	10
7. Viabilidad legal y administrativa	10
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia

### Matriz de ponderación

Tabla 401. matriz de ponderación

Criterio	Peso (%)	Estructura Funcional Temporal	Estructura Matricial Ligera	Estructura por Proyecto Exclusivo
Eficiencia en el uso de recursos financieros	25	5	3	2
Capacidad operativa y de coordinación	15	4	3	4
Simplicidad estructural	10	5	3	3
Control institucional	20	5	3	2
Flexibilidad y adaptabilidad	10	4	4	3
Temporalidad y sostenibilidad	10	4	3	2

<b>Viabilidad legal y administrativa</b>	10	5	3	3
<b>Puntaje ponderado total</b>	100 %	4.6	3.1	2.7

*Fuente: Elaboración propia*

### **Interpretación de resultados:**

El resultado de la evaluación muestra que la estructura funcional temporal con coordinación directa obtiene la puntuación ponderada más alta (4.6), reflejando el mejor equilibrio entre control, simplicidad y eficiencia financiera.

- La estructura matricial ligera ofrece ventajas en cooperación y flexibilidad, pero requiere la participación de instituciones externas y mayor capacidad de gestión, lo cual no está disponible en este proyecto.
- La estructura por proyecto exclusivo, aunque garantiza autonomía, demanda recursos humanos y financieros que exceden la capacidad actual de la Junta Directiva.

### **Conclusión:**

Con base en la matriz de ponderación aplicada, la estructura organizativa más viable y sostenible para la fase de implementación es la estructura funcional temporal con coordinación directa, bajo el liderazgo de la Junta Directiva como ente rector y supervisor del proceso.

Este modelo garantiza:

- Uso racional de recursos financieros
- Autoridad institucional clara
- Control directo sobre las decisiones
- Capacidad de transición inmediata hacia la futura gestión clínica una vez finalizada la implementación.

## ***B. Gestión administrativa y operativa***

### **1. Estructura organizacional propuesta**

El propósito de esta estructura es definir con claridad las responsabilidades jerárquicas y funcionales durante la fase de implementación, garantizando la supervisión institucional por parte de la Junta Directiva y la ejecución técnica y administrativa de las actividades por un equipo de corta duración contractual.

La estructura propuesta se conforma por tres niveles jerárquicos:

#### **1. Junta Directiva:**

Órgano máximo de decisión y supervisión del proyecto.

- Aprueba los planes de trabajo, presupuestos y cronogramas.

- Supervisa el cumplimiento de los objetivos y la correcta aplicación de los fondos.
- Mantiene la representación legal de la institución ante las autoridades competentes.

## 2. Coordinación del Proyecto de Implementación:

Responsable de la planificación, ejecución y control general de las actividades del proyecto.

- Actúa como enlace entre la Junta Directiva y el equipo operativo.
- Supervisa el cumplimiento de la EDT, los cronogramas y los entregables.
- Presenta informes técnicos y financieros periódicos a la Junta.
- Dirige las acciones técnicas y administrativas bajo un enfoque de austeridad y eficiencia.

## 3. Equipo operativo temporal:

Conformado por **dos responsables principales**, contratados de manera temporal y subordinados a la Coordinación del Proyecto:

- **Responsable Técnico–Operativo:** encargado de las acciones vinculadas a la habilitación sanitaria, infraestructura, equipamiento y verificación operativa. Asegura el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos por las normativas aplicables.
- **Responsable Administrativo–Financiero:** encargado de la gestión documental, el control presupuestario, los procesos de adquisición y pago, y la logística administrativa del proyecto.

Figura 197. Estructura para la implementación del proyecto




Fuente: Elaboración propia

## 2. Manual de gestión y operación

# MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES



CLÍNICA  
**DIVINA**  
PROVIDENCIA

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	1	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

## Introducción

El presente Manual de Organización y Funciones ha sido elaborado con el propósito de definir, ordenar y documentar la estructura organizativa y operativa del Proyecto de Apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, ubicada en el municipio de Santiago Texacuangos, distrito de San Salvador Sur. Este manual constituye un instrumento técnico-administrativo que orienta el funcionamiento interno del proyecto durante su fase de implementación, proporcionando claridad sobre las responsabilidades, funciones y líneas de autoridad de cada uno de los puestos involucrados.

La apertura de la clínica requiere un proceso coordinado que incluye actividades técnicas, administrativas, financieras y operativas, todas ellas vinculadas a la habilitación del establecimiento, la dotación inicial, la preparación de áreas funcionales y la gestión documental necesaria para iniciar operaciones. Dado el carácter del proyecto y la disponibilidad limitada de recursos, se ha establecido una estructura organizativa compacta, conformada por tres niveles: la Junta Directiva como ente rector, la Coordinación del Proyecto de Implementación como unidad de dirección operativa, y dos áreas de apoyo: el responsable Técnico–Operativo y el responsable Administrativo–Financiero.


Este manual describe de manera detallada las funciones, responsabilidades, habilidades y requisitos de cada puesto, así como las relaciones funcionales entre ellos, con el fin de asegurar que las actividades del proyecto se ejecuten de forma ordenada, eficiente y conforme al cronograma establecido. Asimismo, busca facilitar el control institucional, fortalecer la comunicación interna y garantizar la adecuada administración de los recursos disponibles.

La aplicación de este manual permitirá que las actividades de implementación se desarrollen con claridad organizativa, transparencia y alineación a los objetivos definidos por la Junta Directiva, contribuyendo así a la apertura formal y exitosa de la Clínica Asistencial Divina Providencia.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	2	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
Fecha	-					

## Objetivos

### Objetivo General

Describir de forma clara, ordenada y sistemática la estructura organizativa y funcional del proyecto de apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, definiendo las responsabilidades, funciones, líneas de autoridad y relaciones funcionales de cada puesto involucrado durante el proceso de implementación.


### Objetivos Específicos

- Establecer la estructura organizativa del proyecto de implementación, conforme al organigrama aprobado por la Junta Directiva.
- Definir las funciones generales de cada unidad y puesto que interviene en el proceso de apertura de la clínica.
- Determinar las responsabilidades, cualidades, habilidades y requisitos mínimos de cada puesto operativo-administrativo.
- Servir como instrumento de apoyo administrativo para orientar la ejecución ordenada y eficiente de las actividades del proyecto.
- Facilitar la comunicación, coordinación y flujo de información entre los responsables técnico-operativos, administrativos-financieros y la Coordinación del Proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	3	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

## Principios Administrativos

En la definición de la estructura de organización administrativa que se presenta en este manual, se han considerado principios administrativos aplicables a proyectos de implementación con equipos reducidos, a fin de asegurar una gestión clara, eficiente y alineada con los objetivos de apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia.

A continuación, se describen los principios que orientarán el funcionamiento interno del proyecto:

### Unidad o Línea de Mando

Debe existir una sola autoridad formal encargada de dirigir, supervisar y coordinar las actividades del proyecto. En este caso, la **Junta Directiva** delega la autoridad operativa en la **Coordinación del Proyecto de Implementación**, quien funge como enlace principal y punto de control entre los responsables técnico-operativos y administrativos-financieros.

Este principio garantiza que las instrucciones, decisiones y reportes fluyan en una sola dirección, evitando duplicidad, contradicciones o dispersiones en la gestión del proyecto.

### Jerarquización

Implica la existencia de niveles de autoridad claramente definidos, desde la Junta Directiva como ente máximo de decisión, hasta los responsables técnico-operativos y administrativos-financieros que ejecutan directamente las actividades.

La jerarquización establece quién toma decisiones, quién supervisa, quién ejecuta y a quién se rinde cuentas en cada etapa del proyecto. Esto permite mantener orden, claridad y control durante todo el proceso de implementación.

### Autoridad

La autoridad es la facultad conferida a cada puesto para dirigir actividades, emitir instrucciones, tomar decisiones dentro de su ámbito de competencia y garantizar el cumplimiento de las tareas asignadas.


Cada responsable del proyecto actuará dentro de las atribuciones definidas en este manual, evitando conflictos de competencia o intervenciones fuera del rol establecido.

### Responsabilidad

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	4	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

Se refiere al deber de cumplir con las funciones asignadas y responder por los resultados derivados del desempeño individual y del área correspondiente.

La responsabilidad está directamente vinculada a la autoridad otorgada, garantizando que quienes cuenten con capacidad de decisión también asuman la rendición de cuentas de su gestión.

### **Delegación y Desconcentración**

Dadas las características del proyecto, la delegación es fundamental: la Coordinación del Proyecto asigna tareas específicas a cada responsable, quienes deben ejecutarlas con autonomía técnica dentro de su área.

La desconcentración permite agilizar la operación diaria, evitando sobrecargar a un solo nivel con decisiones menores, sin perder control sobre los temas estratégicos que deben ser elevados a la Junta Directiva.

### **Especialización**

Cada puesto dentro del proyecto tiene funciones técnicas claramente diferenciadas:

- El **responsable Técnico–Operativo** se ocupa de temas relacionados con adecuaciones, equipos, infraestructura y aspectos operativos.
- El **responsable Administrativo–Financiero** administra presupuestos, recursos humanos y documentación.

Este principio asegura un desempeño eficiente y profesional, evitando duplicidad de funciones y promoviendo un uso adecuado de las capacidades de cada área.

### **Principio de Excepción**


La supervisión y control se aplican especialmente a los aspectos clave del proyecto: avances de hitos críticos, cumplimiento del cronograma, uso del presupuesto, gestión documental y contrataciones. Aquellas actividades rutinarias o de bajo impacto se delegan, concentrando la supervisión en situaciones excepcionales o potencialmente problemáticas.

Este principio mejora la eficiencia del control administrativo, especialmente en proyectos con recursos humanos limitados.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Enero 2026		
			Página	5	de	16
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

## Estructura Organizativa Del Proyecto

### Líneas De Autoridad Y Dependencia Funcional

La estructura organizativa del proyecto de apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia se basa en un esquema jerárquico sencillo y funcional, adecuado a los recursos disponibles y al carácter temporal de las actividades de implementación. Las líneas de autoridad y dependencia funcional establecen con claridad quién toma decisiones, quién supervisa, quién ejecuta y cómo fluye la información en el proyecto.

A continuación, se describen las relaciones principales:

#### a) Junta Directiva - Coordinación del Proyecto de Implementación

La Junta Directiva es la instancia máxima de decisión y supervisión del proyecto. Su relación con la Coordinación del Proyecto se caracteriza por:

- Delegación formal de la dirección operativa del proyecto.
- Revisión y aprobación de planes, cronogramas, presupuestos y reportes de avance.
- Emisión de lineamientos estratégicos y decisiones excepcionales.
- Recepción de informes periódicos para control y seguimiento.

La Coordinación del Proyecto depende directamente de la Junta Directiva para todas las decisiones estratégicas y administrativas relevantes.

#### b) Coordinación del Proyecto - responsable Técnico–Operativo

La Coordinación del Proyecto ejerce autoridad directa sobre el responsable Técnico–Operativo, quien ejecuta actividades relacionadas con:

- adecuación física y operativa,
- instalación de mobiliario y equipos,
- verificación de infraestructura,
- apoyo técnico para la habilitación sanitaria.


La relación se caracteriza por:

- Supervisión continua de avances.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	6	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

- Asignación de tareas según la EDT definida.
- Retroalimentación diaria o semanal según el hito.
- Coordinación para resolver problemas operativos o técnicos.

#### **c) Coordinación del Proyecto - responsable Administrativo–Financiero**

La Coordinación del Proyecto también ejerce autoridad directa sobre el **responsable Administrativo–Financiero**, encargado de:

- gestión documental,
- control presupuestario,
- apoyo a contratación,
- adquisiciones esenciales,
- comunicaciones institucionales básicas.

La relación se define por:

- Entrega y validación de documentos de soporte.
- Coordinación de pagos, registros y archivos.
- Reporte administrativo periódico al Coordinador y a la Junta.
- Control de avances administrativos asociados a la ruta crítica.

#### **d) Relación entre responsables Técnico-operativo y Administrativo-financiero**

Aunque ambos dependen jerárquicamente de la Coordinación del Proyecto, mantienen una **relación funcional directa**, necesaria para sincronizar:

- la disponibilidad de insumos y equipos,
- la programación de actividades técnicas,
- el registro y documentación de avances,
- la preparación de reportes conjuntos.

Esta coordinación transversal permite evitar retrasos, errores o duplicación de esfuerzos durante la implementación.

#### **e) Flujo de información**

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Enero 2026		
			Página	7	de	16
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

El flujo de comunicación se mantiene **vertical para decisiones y autorizaciones**, y **horizontal para tareas operativas**, conforme a lo siguiente:

- Vertical: Junta Directiva ↔ Coordinación del Proyecto ↔ responsables.
- Horizontal: responsable Técnico-operativo ↔ responsable Administrativo-financiero (solo para actividades conjuntas).

Esta estructura garantiza claridad, orden y trazabilidad en la gestión del proyecto.

## Coordinación Del Proyecto De Implementación

La Coordinación del Proyecto de Implementación constituye la unidad responsable de dirigir, organizar y supervisar todas las actividades necesarias para la apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia. Actúa como enlace operativo entre la Junta Directiva y los responsable técnico-operativo y administrativo-financiero, asegurando el cumplimiento de los objetivos, plazos y entregables establecidos.

### Funciones Generales


Las funciones generales de la Coordinación del Proyecto son:

1. **Dirigir la implementación del proyecto**, asegurando el cumplimiento de la planificación, cronograma y productos establecidos en la EDT.
2. **Supervisar el desempeño** de los responsables técnico-operativos y administrativos-financieros, verificando el avance de las actividades críticas.
3. **Servir de enlace** entre la Junta Directiva y el equipo operativo, presentando informes y elevando decisiones estratégicas cuando corresponda.
4. **Velar por el uso adecuado de recursos**, asegurando que las actividades se ejecuten dentro de las limitaciones presupuestarias del proyecto.
5. **Coordinar la gestión documental** necesaria para el proceso de habilitación sanitaria, contratación de personal y adquisiciones esenciales.
6. **Resolver problemas operativos**, priorizando las acciones urgentes que afecten la ruta crítica del proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	8	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

7. **Garantizar la comunicación interna fluida**, asegurando que todas las instrucciones, acuerdos y compromisos se transmitan con claridad y oportunidad.
8. **Supervisar el cumplimiento normativo**, tanto en documentación como en adecuaciones técnico-operativas, para evitar retrasos o incumplimientos.
9. **Asegurar la integración final de resultados**, preparando el cierre técnico-administrativo del proceso de apertura.

## Relaciones Funcionales

Las relaciones funcionales describen los vínculos operativos y de coordinación que la Coordinación del Proyecto mantiene con las distintas áreas y actores.


### a) Relaciones Internas

- Con la Junta Directiva:
  - Presenta informes periódicos de avance.
  - Solicita aprobación de decisiones estratégicas.
  - Recibe lineamientos institucionales.
- Con el responsable Técnico–Operativo:
  - Asigna tareas operativas según el cronograma.
  - Supervisa avances en infraestructura, equipamiento y verificación técnica.
  - Recibe reportes diarios o semanales de progreso.
- Con el responsable Administrativo–Financiero:
  - Coordina gestiones administrativas y documentación.
  - Verifica registros, informes, adquisiciones y pagos.
  - Autoriza trámites administrativos vinculados a la implementación.
- Entre responsables operativos:
  - Facilita la coordinación transversal para evitar retrasos y duplicidad de tareas.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Enero 2026		
			Página	9	de	16
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
Fecha	-					

## b) Relaciones Externas

La Coordinación del Proyecto mantiene relaciones externas únicamente cuando son estrictamente necesarias para la implementación, entre ellas:

- **Instituciones regulatorias** (solo en temas específicos de habilitación, cuando aplique).
- **Proveedores de mobiliario, equipos e insumos**, únicamente para verificación de entregas y coordinaciones de instalación dentro del proyecto.
- **Actores comunitarios locales**, para apoyo en actividades de comunicación o logística simple del acto de reapertura.

Todas estas relaciones se gestionan sin comprometer recursos adicionales, ajustándose al modelo operativo austero del proyecto.

## Puesto: Coordinador Del Proyecto

### Función Básica

Dirigir, organizar y supervisar la ejecución integral del proyecto de apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, asegurando el cumplimiento de las actividades críticas, la correcta administración de los recursos disponibles y la coordinación entre las áreas técnico-operativas y administrativas-financieras, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Junta Directiva. Se espera que este puesto sea cubierto por personal de la ONG que dirige la clínica.

### Cualidades


El Coordinador del Proyecto debe poseer las siguientes cualidades personales y profesionales:

- **Liderazgo** orientado a resultados.
- **Responsabilidad y compromiso institucional.**
- **Capacidad de organización y priorización de tareas.**
- **Objetividad en la toma de decisiones.**

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	10	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

- **Discreción y manejo adecuado de información sensible.**
- **Adaptabilidad** ante cambios de cronograma o imprevistos.
- **Capacidad de trabajo bajo presión** y en condiciones de recursos limitados.

#### Habilidades

- **Habilidad para supervisar equipos pequeños**, coordinando esfuerzos de forma eficiente.
- **Competencia en gestión de proyectos**, planificación y control operativo.
- **Comunicación efectiva**, tanto verbal como escrita.
- **Habilidad para resolver problemas operativos**, técnicos y administrativos.
- **Habilidad para coordinar simultáneamente actividades críticas.**
- **Manejo básico de herramientas administrativas** (documentación, control de archivos, cronogramas, reportes).
- **Habilidad para interactuar con proveedores y actores externos** cuando sea estrictamente necesario.

#### Requisitos del Puesto

- Formación profesional en áreas administrativas, de salud, ingeniería, gestión de proyectos o afines.
- Experiencia previa en coordinación o supervisión de proyectos pequeños o medianos.
- Conocimiento básico de normativas de habilitación, procesos administrativos y operativos.
- Capacidad para trabajar con recursos limitados y en condiciones de implementación temporal.
- Disponibilidad para coordinar actividades dentro de los plazos establecidos por la Junta Directiva.


#### Responsabilidades Del Coordinador Del Proyecto

La Coordinación del Proyecto es responsable de dirigir y supervisar todas las actividades necesarias para la apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, asegurando el

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	11	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Junta Directiva y garantizando la ejecución eficiente de la EDT y el cronograma.

### Responsabilidades

El Coordinador del Proyecto tiene las siguientes responsabilidades principales:

1. Planificar, organizar y dirigir las actividades de implementación conforme al cronograma aprobado.
2. Supervisar el desempeño del responsable Técnico–Operativo y del responsable Administrativo–Financiero.
3. Dar seguimiento permanente al avance de las actividades críticas de la EDT.
4. Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y administrativos necesarios para la apertura de la clínica.
5. Gestionar la comunicación interna, asegurando que las instrucciones y decisiones se transmitan de forma clara y oportuna.
6. Presentar informes periódicos a la Junta Directiva, incluyendo avances, incidencias y requerimientos.
7. Verificar el uso adecuado de los recursos, asegurando que se mantenga la austeridad y eficiencia establecida.
8. Resolver problemas operativos que afecten el desarrollo del proyecto, priorizando las acciones de impacto crítico.
9. Coordinar la documentación institucional requerida para habilitación, contratación, inventarios y procesos administrativos.
10. Asegurar la integridad y correcta organización del archivo del proyecto, tanto físico como digital.
11. Velar por el cumplimiento de normas sanitarias y operativas aplicables durante la fase de implementación.
12. Preparar el cierre técnico y administrativo del proyecto, asegurando la entrega de resultados a la Junta Directiva.


### Puesto: responsable Técnico–Operativo

#### Función Básica

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	12	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
Fecha	-					

Ejecutar, coordinar y verificar las actividades técnicas y operativas del proyecto, asegurando que la infraestructura, el mobiliario, los equipos y los procesos operativos cumplan con las condiciones mínimas necesarias para la apertura de la clínica, conforme a los lineamientos de la Coordinación del Proyecto.

### Cualidades

El responsable Técnico–Operativo deberá poseer:

- Orden y disciplina en la ejecución de actividades.
- Capacidad analítica para identificar problemas operativos.
- Proactividad y disposición para resolver incidencias.
- Responsabilidad y compromiso con los plazos del proyecto.
- Atención al detalle en inspecciones y verificaciones físicas.
- Discreción y manejo adecuado de información institucional.

### Habilidades

- Habilidad para coordinar actividades operativas en espacios físicos y con recursos limitados.
- Capacidad para inspeccionar, verificar y documentar condiciones técnicas.
- Comunicación clara con la Coordinación del Proyecto y con proveedores.
- Capacidad para gestionar tareas simultáneas sin perder control sobre prioridades.
- Manejo básico de herramientas de registro (listas de verificación, reportes, inventarios).
- Capacidad para anticipar problemas técnicos y proponer soluciones.

### Requisitos del Puesto

- Formación técnica, operativa o administrativa relacionada con mantenimiento, infraestructura, salud o áreas afines.
- Experiencia previa en supervisión técnica, inspecciones, montaje o apoyo operativo.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	13	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
		Fecha	-			

- Conocimiento básico de requisitos de habilitación, infraestructura funcional y procesos operativos.
- Disponibilidad para realizar inspecciones físicas continuas.
- Capacidad para trabajar bajo cronogramas ajustados y recursos limitados.

### Responsabilidades Del responsable Técnico–Operativo

El responsable Técnico–Operativo brinda apoyo directo en la ejecución de todas las actividades físicas, logísticas y operativas necesarias para la apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, asegurando que las áreas, equipos y procesos se preparen conforme a la planificación del proyecto y bajo la supervisión de la Coordinación del Proyecto.


#### Responsabilidades

1. Supervisar las condiciones físicas de las áreas del establecimiento, asegurando que cumplan con los requerimientos mínimos para la habilitación y operación inicial.
2. Coordinar y verificar la instalación de mobiliario y equipos, utilizando listas de control para garantizar el montaje ordenado y funcional.
3. Apoyar en la revisión de infraestructura, reportando cualquier deficiencia, riesgo o desviación que pueda afectar la implementación.
4. Controlar y registrar la dotación operativa inicial, incluyendo insumos, utensilios y materiales necesarios para las funciones básicas de la clínica.
5. Asegurar el cumplimiento de los plazos operativos, especialmente en tareas vinculadas a la ruta crítica del proyecto.
6. Reportar diariamente o según necesidad el avance operativo a la Coordinación del Proyecto, con evidencia física o documental.
7. Apoyar la preparación técnica de áreas clave, asegurando que los espacios se encuentren listos para inspecciones o verificaciones.
8. Apoyar en la organización del acto oficial de apertura, en actividades que involucren logística operativa o preparación de espacios.
9. Ejecutar inspecciones rutinarias, utilizando listas de verificación definidas por el proyecto.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

 <b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>		Fecha	Enero 2026		
			Página	14	de	16
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>		SUSTITUYE			
			Página	-	de	-
		Fecha	-			

10. Coordinar acciones operativas con el área administrativa, especialmente cuando se requieran insumos, documentación o apoyo logístico.

## Puesto: responsable Administrativo–Financiero

El responsable Administrativo–Financiero ocupa un puesto clave dentro del proyecto de apertura de la Clínica Asistencial Divina Providencia, garantizando la gestión documental, contable, logística y administrativa necesaria para el desarrollo del proyecto. Depende directamente de la Coordinación del Proyecto y trabaja de manera coordinada con el responsable Técnico–Operativo.

### Función Básica

Gestionar, organizar y controlar los procesos administrativos, financieros y documentales del proyecto de implementación, asegurando la correcta administración de recursos, el cumplimiento de requisitos institucionales y la disponibilidad de documentación necesaria para la apertura de la clínica.

### Cualidades

El responsable Administrativo–Financiero deberá poseer:

- Orden y meticulosidad en el manejo documental.
- Honestidad y ética en la gestión financiera.
- Responsabilidad y discreción.
- Capacidad para priorizar tareas según la ruta crítica del proyecto.
- Proactividad y disposición para resolver problemas administrativos.
- Claridad en la comunicación escrita y verbal.

### Habilidades

- Manejo de documentos administrativos, archivos y reportes.
- Habilidad para registrar, organizar y actualizar información de forma sistemática.
- Capacidad de comunicación efectiva con proveedores, instituciones y la Coordinación del Proyecto.
- Control básico de inventarios e insumos.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:


---



---



---

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026			
		Página	15	de	16	
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE				
		Página	-	de	-	
	Fecha	-				

- Manejo de herramientas ofimáticas (listas, reportes, formatos).
- Capacidad para coordinar actividades administrativas y logísticas con pocos recursos.
- Habilidad para detectar errores o inconsistencias documentales.

#### Requisitos del Puesto

- Formación técnica o administrativa en contabilidad, gestión administrativa, recursos humanos, o áreas relacionadas.
- Experiencia previa en procesos administrativos y/o financieros.
- Conocimientos básicos en trámites institucionales, documentación comercial y registro de inventarios.
- Disponibilidad para trabajar bajo cronogramas ajustados y coordinación permanente con la Dirección del Proyecto.
- Capacidad para manejar información sensible con criterios de confidencialidad y orden.

#### Responsabilidades del responsable administrativo–financiero

El responsable Administrativo–Financiero es el encargado de asegurar el adecuado manejo de la documentación, los recursos y los procesos administrativos requeridos durante la implementación del proyecto.

Su rol es esencial para garantizar la disponibilidad de información, el control institucional y la correcta ejecución presupuestaria dentro de las limitaciones del proyecto.


#### Responsabilidades

1. Administrar y resguardar la documentación oficial del proyecto, garantizando su actualización, integridad y disponibilidad.
2. Llevar el control de los registros administrativos y financieros, asegurando el orden y la trazabilidad de las operaciones realizadas.
3. Apoyar los procesos de contratación, verificando documentos, recopilando requisitos y elaborando registros básicos del personal involucrado en la apertura.
4. Gestionar la recepción, registro y verificación documental de compras menores, insumos, equipos y mobiliario adquiridos.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

	<b>CLÍNICA ASISTENCIAL DIVINA PROVIDENCIA</b>	Fecha	Enero 2026		
		Página	16	de	16
	<b>MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES</b>	SUSTITUYE			
		Página	-	de	-
Fecha	-				

5. Elaborar reportes administrativos y financieros, según los requerimientos de la Coordinación del Proyecto y la Junta Directiva.
6. Controlar los inventarios iniciales de insumos y mobiliario, utilizando formatos estandarizados definidos para el proyecto.
7. Coordinar actividades logísticas menores, tales como preparación de documentación, impresiones, comunicaciones internas o respaldos informativos.
8. Verificar el cumplimiento de requisitos administrativos, especialmente aquellos vinculados a habilitación, personal o documentación de soporte.
9. Apoyar a la Coordinación del Proyecto en la preparación de carpetas, expedientes y archivos para inspecciones o revisiones institucionales.
10. Garantizar la disponibilidad de información administrativa, para la toma de decisiones durante la implementación.
11. Asegurar que los movimientos financieros aprobados se ejecuten conforme a los acuerdos de la Junta Directiva.
12. Preparar documentación de cierre administrativo, incluyendo inventarios, archivos y respaldos del proceso de apertura.

Elaborado por:

Revisado por:

Autorizado por:

## ***C. gestión de riesgos del proyecto***

### **1. estructura de desglose de riesgos del proyecto**

#### ***a. categoría de riesgos***

Durante la implementación de la Clínica Divina Providencia, se esperan posibles riesgos que pueden afectar el desarrollo normal de las actividades críticas establecidas en el cronograma del proyecto. Dichos riesgos se originan principalmente en procesos administrativos, técnicos, legales y de comunicación institucional, los cuales están directamente vinculados con la ruta crítica del proyecto.

- Los riesgos administrativos y financiero se asocian con la organización interna, la gestión documental y los procesos de contratación del personal temporal.
- Los riesgos técnicos y operativos derivan de la instalación de mobiliario, la verificación del equipamiento y la preparación funcional de las áreas clínicas.
- Los riesgos legales y normativos están relacionados con la validez de los documentos, la acreditación profesional del personal contratado y el cumplimiento de los procedimientos establecidos por las autoridades competentes.
- Finalmente, los riesgos comunicacionales se vinculan con la planificación, ejecución y cobertura del proceso de difusión pública y acto oficial de reapertura.

Cada riesgo ha sido clasificado según su origen y su relación con las actividades críticas identificadas en la EDT, con el fin de facilitar su gestión y control a lo largo del proceso de implementación.

#### ***b. la estructura del desglose del proyecto***

La Estructura de Desglose de Riesgos (EDR) constituye una herramienta analítica que permite organizar los riesgos del proyecto de manera jerárquica, siguiendo una lógica paralela a la Estructura de Desglose del Trabajo (EDT). En esta EDR, cada riesgo se codifica utilizando el formato R + código EDT, lo que permite trazabilidad directa entre el riesgo identificado y la actividad crítica que podría verse afectada.

La construcción de la EDR se realizó tomando como base las actividades de mayor impacto en el cronograma, principalmente aquellas que determinan la ruta crítica del proyecto. Cada categoría contiene riesgos específicos que se presentan en la tabla de categorización, estructurada conforme al código EDT de cada actividad crítica.

En función de la ruta crítica establecida, la EDR permite visualizar y anticipar los riesgos más probables que podrían presentarse durante la ejecución del proyecto. Su aplicación facilita la gestión preventiva, asegurando que las medidas de control se implementen oportunamente y que los recursos limitados disponibles se destinen prioritariamente a las áreas de mayor vulnerabilidad.

De esta manera, la Estructura de Desglose de Riesgos se convierte en la base metodológica para la identificación, clasificación y evaluación de los riesgos del proceso de implementación de la Clínica Divina Providencia.

Tabla 402. Categoría de riesgos

N°	Código del riesgo	Riesgo identificado	Categoría	Subcategoría
1	RAH	Retraso en la validación del organigrama institucional y definición de roles.	Administrativo y financiero	Organización interna
2	RAI	Falta de claridad en la definición de funciones y perfiles del personal requerido.	Administrativo y financiero	Recursos humanos
3	RAJ	No aprobación o demora en la validación del manual de organización y reglamento interno.	Legal y normativo	Documentación institucional
4	RAK	Baja participación de candidatos o demoras en el proceso de reclutamiento de personal médico y técnico.	Administrativo y financiero	Contratación
5	RAL	Inconsistencias en la verificación de acreditaciones y títulos profesionales.	Legal y normativo	Validación profesional
6	RAM	Retrasos en la firma de contratos laborales o de servicios.	Administrativo y financiero	Contratación
7	RAN	Error o retraso en el registro del personal en planilla o sistema contable.	Administrativo y financiero	Recursos humanos
8	RAO	Falta de designación o rotación temprana de responsables en unidades clave.	Administrativo y financiero	Dirección operativa
9	RAP	Retraso en la instalación de mobiliario y equipos médicos.	Técnico-operativo	Infraestructura y equipamiento
10	RAQ	Falla en el control o abastecimiento del inventario inicial de insumos y medicamentos.	Técnico-operativo	Suministros
11	RBF	Baja efectividad en la difusión de comunicados oficiales.	Comunicacional	Divulgación institucional

12	RBG	Falta de coordinación en entrevistas o cobertura mediática.	Comunicacional	Relaciones públicas
13	RBH	Escasa participación comunitaria en la campaña informativa.	Comunicacional	Comunicación externa
14	RBI	Dificultad para medir el impacto o alcance de la campaña informativa.	Comunicacional	Monitoreo
15	RBJ	Retrasos en la planificación logística del evento de reapertura.	Técnico–operativo	Logística
16	RBK	Ausencia de confirmación o asistencia de autoridades e invitados clave.	Comunicacional	Protocolo
17	RBL	Fallas en la coordinación de discursos, recorridos o cobertura en medios.	Comunicacional	Organización de evento
18	RBM	Pérdida o deficiente registro audiovisual del acto oficial de reapertura.	Comunicacional	Archivo institucional

Fuente: *Elaboración propia*

## 2. análisis cualitativo de riesgos

### a. riesgos del proyecto

#### Definiciones

- **Riesgo:** es un evento o condición incierta que, si ocurre, puede generar un efecto negativo sobre los objetivos del proyecto. En el contexto de la implementación de la Clínica Divina Providencia, los riesgos se asocian a retrasos en las actividades críticas, incumplimiento normativo, deficiencias administrativas o problemas técnicos que pueden afectar el plazo y la calidad de la apertura.
- **Riesgos negativos:** representan la posibilidad de pérdida o daño. En este proyecto, se manifiestan como retrasos, incumplimientos contractuales, fallas técnicas, errores de documentación o limitaciones financieras que podrían impedir el cumplimiento del cronograma.
- **Riesgos positivos:** se refieren a eventos que, si ocurren, podrían generar beneficios u oportunidades (por ejemplo, donaciones inesperadas o apoyo voluntario). No obstante, el presente análisis se enfoca en los riesgos negativos, por ser los más relevantes durante la fase de implementación.

### b. Administración de riesgos

La administración de riesgos consiste en el conjunto de procesos mediante los cuales la incertidumbre se gestiona de forma planificada y controlada, con el propósito de aumentar

la probabilidad de éxito del proyecto. Para la implementación de la clínica, la gestión del riesgo se estructura en tres etapas principales:

### Identificación del riesgo

- Consiste en reconocer los eventos que pueden afectar las actividades críticas definidas en la EDT y en la ruta crítica del proyecto.

### Evaluación del riesgo

- Implica analizar cada evento en función de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto en el cronograma, los costos o la calidad de la ejecución.

### Plan de acción

- Define las medidas preventivas y correctivas para eliminar o reducir la probabilidad e impacto de los riesgos más significativos.

Estas etapas se aplican de manera iterativa, garantizando que cada riesgo detectado tenga un responsable, un nivel de prioridad y una estrategia de respuesta documentada. En el caso de este proyecto, los riesgos fueron identificados a partir de las actividades críticas que conforman la ruta crítica de implementación, por lo que cualquier retraso o incumplimiento en ellas afectaría directamente el inicio de operaciones de la clínica.

#### *c. Matriz de riesgo del proyecto*

Una vez identificados los riesgos asociados a las actividades críticas, se procede a su análisis cualitativo, asignando a cada uno un código de referencia (**R + código EDT**) y clasificándolos según su naturaleza. Los riesgos se agrupan en categorías administrativas, técnicas, legales o comunicacionales, y se evalúa si son de origen interno (propios del proyecto) o externo (condicionados por factores ajenos a la gestión).

La siguiente tabla resume la matriz de actividades de riesgo correspondiente a la implementación de la Clínica Divina Providencia:

*Tabla 403. matriz de actividades de riesgos*

N°	Código del riesgo	Descripción	Riesgo identificado	+	-	Int	Ext
1	RAH	Un retraso en la validación del organigrama institucional puede demorar la estructuración del equipo de trabajo.	Retraso en la validación del organigrama institucional.		x	x	
2	RAI	Falta de definición clara de funciones o perfiles puede generar duplicidad de tareas y retrasos en contrataciones.	Falta de claridad en la definición de funciones y perfiles.		x	x	

3	RAJ	La no aprobación o demora del manual de organización podría impedir la formalización de la estructura funcional.	Demora en la aprobación del manual y reglamento interno.		x	x	
4	RAK	Escasa oferta o baja participación de candidatos puede retrasar el reclutamiento.	Retraso en el proceso de reclutamiento de personal médico y técnico.		x	x	
5	RAL	Falta de verificación o errores en la validación de acreditaciones pueden invalidar la habilitación profesional.	Inconsistencias en la verificación de acreditaciones profesionales.		x	x	
6	RAM	Retraso en la firma de contratos puede posponer el inicio de actividades del personal contratado.	Demora en la firma de contratos laborales o de servicios.		x	x	
7	RAN	Errores en el registro o incorporación del personal pueden generar irregularidades en la nómina.	Retraso en el registro del personal en planilla.		x	x	
8	RAO	La falta de designación oportuna de responsables puede dificultar la coordinación operativa.	Falta de designación de responsables en unidades clave.		x	x	
9	RAP	Retraso en la instalación del mobiliario o equipos médicos podría afectar la verificación operativa.	Retraso en la instalación de mobiliario y equipos.		x	x	
10	RAQ	Errores o demoras en el control de inventarios pueden generar falta de insumos médicos.	Falla en el abastecimiento del inventario inicial.		x	x	
11	RBF	Comunicación ineficaz o tardía puede afectar la percepción pública del proyecto.	Baja efectividad en la difusión de comunicados oficiales.		x	x	
12	RBG	Deficiente coordinación con medios puede reducir la cobertura informativa.	Falta de coordinación en entrevistas o cobertura mediática.		x	x	

13	RBH	Escasa respuesta comunitaria puede disminuir el alcance del mensaje institucional.	Participación limitada en la campaña informativa.		x	x	
14	RBI	Ausencia de mecanismos de evaluación puede impedir medir el impacto de la comunicación.	Dificultad para medir impacto de la campaña.		x	x	
15	RBJ	Retraso en la planificación o logística del evento puede afectar la reapertura programada.	Retraso en la planificación del acto de reapertura.		x	x	
16	RBK	Falta de confirmación de invitados clave puede afectar el desarrollo del evento.	Ausencia de autoridades o invitados principales.		x	x	
17	RBL	Errores de coordinación durante el evento pueden afectar la imagen institucional.	Fallas en la coordinación de discursos o cobertura en medios.		x	x	
18	RBM	Fallas en el registro audiovisual o documental pueden impedir la evidencia de cierre del proyecto.	Deficiente registro del acto oficial de reapertura.		x	x	

Fuente: *Elaboración propia*

### 3. evaluación del riesgo

Inicialmente, para evaluar los riesgos del proyecto se realizará un análisis cualitativo, con el propósito de priorizar los riesgos identificados durante la fase de implementación de la Clínica Divina Providencia. Este proceso permitirá determinar su magnitud y relevancia, valorando tanto la probabilidad de ocurrencia como el impacto que tendría su materialización en los plazos, costos y resultados del proyecto. Posteriormente, con base en esta priorización, se podrán definir estrategias y planes de acción específicos para su mitigación.

#### ANÁLISIS CUALITATIVO DE RIESGOS

- El análisis cualitativo de riesgos es el procedimiento mediante el cual se evalúan, clasifican y priorizan los riesgos detectados, para determinar cuáles requieren atención inmediata.
- Este tipo de análisis se fundamenta en la opinión técnica, experiencia y juicio profesional del equipo de implementación y de la Junta Directiva, quienes valoran la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de cada evento de riesgo.

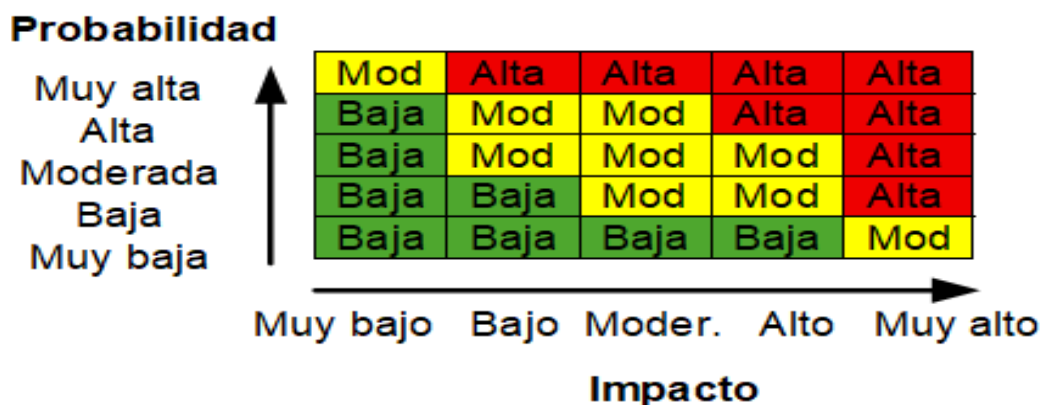
- Es un proceso sencillo, rápido y económico, adecuado para proyectos con recursos limitados, como el de la reapertura de la clínica.
- En esta evaluación se estima la intensidad de las pérdidas potenciales que podría ocasionar cada riesgo, utilizando herramientas de evaluación cualitativa.
- Las técnicas aplicadas incluyen:
  - Matriz de probabilidad/impacto, que combina ambos factores para determinar la prioridad de cada riesgo.
  - Opinión experta y validación cruzada, obtenida a partir del conocimiento de los responsables técnicos y administrativos del proyecto.

Este enfoque permite concentrar los esfuerzos de gestión en los riesgos más críticos, optimizando el uso de los recursos disponibles y garantizando una respuesta oportuna ante cualquier desviación del cronograma.

### MATRIZ PROBABILIDAD / IMPACTO

- La matriz de probabilidad e impacto es una herramienta de análisis que representa visualmente la severidad de los riesgos del proyecto.
- En ella se relaciona la probabilidad relativa de ocurrencia de cada riesgo con el impacto estimado que tendría en caso de materializarse.
- Los riesgos se clasifican en tres niveles principales:
  - Altos: requieren acciones preventivas inmediatas.
  - Medios: deben ser monitoreados constantemente.
  - Bajos: solo necesitan seguimiento periódico.
- Este método permite comparar y priorizar los riesgos en función de su efecto potencial sobre los entregables, la ruta crítica y los objetivos generales del proyecto.

Figura 198. Evaluación de probabilidad e impacto de riesgos



Fuente: Elaboración propia

#### 4. criticidad del riesgo

La criticidad del riesgo permite determinar la prioridad de atención de los riesgos identificados, relacionando la probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial que cada evento puede generar sobre el proyecto. Esta relación proporciona una medida

comparativa de la importancia de cada riesgo, que sirve como base para priorizar las acciones preventivas o correctivas.

### Metodología aplicada

Para determinar la criticidad de cada riesgo se emplea la siguiente expresión:

$$\text{Criticidad} = \text{Probabilidad} \times \text{Impacto}$$

Donde:

- **Probabilidad (P):** representa la posibilidad de que el riesgo ocurra, según la experiencia del equipo y las condiciones actuales del proyecto.
- **Impacto (I):** expresa la severidad de las consecuencias que tendría el riesgo sobre los resultados del proyecto si se materializara.

Tanto la probabilidad como el impacto se valoran en una escala cualitativa ordinal de cinco niveles, que se traduce en valores numéricos de referencia para facilitar el análisis.

Estas escalas se establecieron de forma coherente con la naturaleza del proyecto y el criterio técnico del equipo evaluador.

### Escalas de valoración

#### a. Escala de probabilidad

Tabla 404. escala de probabilidad de riesgo

Nivel	Valor asignado	Descripción cualitativa
Muy baja	0.1	Ocurre en condiciones excepcionales; el riesgo es poco probable dadas las medidas actuales.
Baja	0.2	Puede presentarse en circunstancias específicas; existe control parcial sobre su ocurrencia.
Moderada	0.3	Podría materializarse si no se aplican medidas preventivas adecuadas.
Alta	0.4	Es probable que ocurra durante la ejecución normal del proyecto.
Muy alta	0.5	Es altamente probable, especialmente si se mantiene la situación actual sin mitigación.

Fuente: Elaboración propia

## b. Escala de impacto

Tabla 405. escala de impacto del riesgo

Nivel	Valor asignado	Descripción cualitativa
<b>Muy bajo</b>	0.1	Efecto mínimo, sin alterar la continuidad del proyecto.
<b>Bajo</b>	0.2	Afecta una actividad puntual, sin alterar significativamente los plazos o costos.
<b>Moderado</b>	0.3	Provoca retrasos o costos adicionales menores, manejables dentro del margen operativo.
<b>Alto</b>	0.4	Retrasa entregables claves o genera impacto financiero o institucional importante.
<b>Muy alto</b>	0.5	Interrumpe el avance general o impide el cumplimiento del objetivo del proyecto.

Fuente: Elaboración propia

### Criterios de clasificación de la criticidad

El nivel de criticidad se obtiene multiplicando los valores asignados de probabilidad e impacto.

Los resultados se clasifican cualitativamente según la siguiente escala:

Tabla 406. clasificación de criticidad

Nivel de criticidad	Rango de valores	Significado
<b>Alto</b>	> 0.15	Riesgo significativo; requiere medidas de mitigación inmediatas.
<b>Moderado</b>	0.06 – 0.15	Riesgo medio; requiere seguimiento y control periódico.
<b>Bajo</b>	≤ 0.05	Riesgo menor; solo necesita registro y observación ocasional.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 407. actividades de riesgo y asignación de probabilidades

N°	Código del riesgo	Riesgo identificado	Probabilidad	Impacto	Criticidad (P×I)	Nivel
1	RAH	Retraso en la validación del organigrama institucional.	0.3	0.3	0.09	Moderado

<b>2</b>	RAI	Falta de claridad en la definición de funciones y perfiles.	0.4	0.3	0.12	Moderado
<b>3</b>	RAJ	Demora en la aprobación del manual y reglamento interno.	0.3	0.4	0.12	Moderado
<b>4</b>	RAK	Retraso en el reclutamiento de personal médico y técnico.	0.5	0.5	0.25	Alto
<b>5</b>	RAL	Inconsistencias en la verificación de acreditaciones profesionales.	0.3	0.5	0.15	Moderado
<b>6</b>	RAM	Demora en la firma de contratos laborales o de servicios.	0.4	0.5	0.20	Alto
<b>7</b>	RAN	Retraso en el registro del personal en planilla.	0.3	0.3	0.09	Moderado
<b>8</b>	RAO	Falta de designación oportuna de responsables.	0.3	0.3	0.09	Moderado
<b>9</b>	RAP	Retraso en la instalación de mobiliario y equipos médicos.	0.4	0.5	0.20	Alto
<b>10</b>	RAQ	Falla en el abastecimiento del inventario inicial.	0.4	0.4	0.16	Alto
<b>11</b>	RBF	Baja efectividad en la difusión de comunicados oficiales.	0.3	0.2	0.06	Moderado
<b>12</b>	RBG	Falta de coordinación en	0.2	0.2	0.04	Bajo

		entrevistas o cobertura mediática.				
13	RBH	Participación limitada en la campaña informativa.	0.3	0.3	0.09	Moderado
14	RBI	Dificultad para medir impacto de la campaña.	0.2	0.3	0.06	Moderado
15	RBJ	Retraso en la planificación del acto de reapertura.	0.4	0.5	0.20	Alto
16	RBK	Ausencia de autoridades o invitados principales.	0.3	0.4	0.12	Moderado
17	RBL	Fallas en la coordinación de discursos o cobertura en medios.	0.3	0.3	0.09	Moderado
18	RBM	Deficiente registro del acto oficial de reapertura.	0.2	0.2	0.04	Bajo

Fuente: Elaboración propia

### Resumen de resultados

- **Riesgos altos ( $\geq 0.16$ ):** RAK, RAM, RAP, RAQ, RBJ.
- **Riesgos moderados (0.06–0.15):** RAH, RAI, RAJ, RAL, RAN, RAO, RBF, RBH, RBI, RBK, RBL.
- **Riesgos bajos ( $\leq 0.05$ ):** RBG, RBM.

### 5. plan de acción de riesgos

Una vez identificados, clasificados y evaluados los riesgos del proyecto, se procede a definir las estrategias de respuesta más adecuadas para cada caso. La planificación de respuestas busca reducir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto de los riesgos negativos, así como establecer acciones de contingencia que permitan reaccionar oportunamente en caso de materializarse un evento no deseado.

En esta etapa, las estrategias se seleccionan en función de la naturaleza del riesgo, los recursos disponibles y la capacidad de respuesta de la Junta Directiva y del equipo temporal de implementación.

### ESTRATEGIAS DE RESPUESTA A RIESGOS

Para los **riesgos negativos**, existen cuatro estrategias principales de respuesta:

1. **Eliminar:** Modificar el plan de ejecución o las condiciones de trabajo para eliminar la amenaza antes de que ocurra.
2. **Mitigar:** Reducir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto del riesgo a un nivel aceptable mediante medidas preventivas.
3. **Transferir:** Asignar parte del riesgo a un tercero, mediante acuerdos, asesorías o contratos, sin perder el control total sobre el resultado.
4. **Aceptar:** Reconocer el riesgo y asumir sus consecuencias, ya sea de forma pasiva (sin medidas) o activa (preparando un plan de contingencia).

### Matriz del plan de acción de riesgos

A continuación, se presenta la matriz de respuesta y contingencia, que contiene las estrategias seleccionadas y los planes de acción definidos para cada riesgo identificado en la ruta crítica del proyecto de implementación de la Clínica Divina Providencia.

Tabla 408. Matriz del plan de acción de riesgos

N°	Código del riesgo	Riesgo	Estrategia	Contingencia / Plan B
1	RAH	Retraso en la validación del organigrama institucional.	MITIGAR	Establecer fechas fijas de revisión en Junta y priorizar su aprobación antes de otras decisiones.
2	RAI	Falta de claridad en la definición de funciones y perfiles.	ELIMINAR	Redactar los perfiles y funciones en una sola sesión de trabajo con la Junta Directiva.
3	RAJ	Demora en la aprobación del manual y reglamento interno.	MITIGAR	Revisar los documentos en paralelo con otras actividades y aprobarlos mediante acuerdo simplificado.
4	RAK	Retraso en el reclutamiento de personal médico y técnico.	MITIGAR	Planificar el reclutamiento con antelación y reutilizar bases de datos existentes de profesionales.

5	RAL	Inconsistencias en la verificación de acreditaciones profesionales.	MITIGAR	Solicitar los documentos completos desde la convocatoria y designar un miembro de Junta para validarlos.
6	RAM	Demora en la firma de contratos laborales o de servicios.	ELIMINAR	Preparar los contratos con formatos ya aprobados y definir una única fecha de firma.
7	RAN	Retraso en el registro del personal en planilla.	MITIGAR	Asignar temporalmente al encargado administrativo la actualización de registros de forma paralela a la contratación.
8	RAO	Falta de designación oportuna de responsables en unidades clave.	ELIMINAR	Nombrar los responsables provisionales dentro de la Junta mientras se completa la contratación formal.
9	RAP	Retraso en la instalación de mobiliario y equipos médicos.	MITIGAR	Organizar el montaje por áreas y verificar los avances con una lista diaria de control.
10	RAQ	Falla en el abastecimiento del inventario inicial de insumos.	MITIGAR	Revisar existencias previas y ajustar la compra al mínimo operativo necesario.
11	RBF	Baja efectividad en la difusión de comunicados oficiales.	MITIGAR	Aprovechar canales institucionales gratuitos (redes sociales, carteles, comunicados internos).
12	RBG	Falta de coordinación en entrevistas o cobertura mediática.	MITIGAR	Centralizar la comunicación a través de un solo portavoz asignado por la Junta.
13	RBH	Escasa participación comunitaria en la campaña informativa.	ACEPTAR	Reconocer la limitación y enfocarse en la información institucional básica.
14	RBI	Dificultad para medir impacto de la campaña informativa.	ACEPTAR	Evaluar resultados mediante observación general y comentarios de la comunidad.
15	RBJ	Retraso en la planificación del acto de reapertura.	MITIGAR	Elaborar un cronograma manual con responsables por actividad y validarlo semanalmente.

16	RBK	Ausencia de autoridades o invitados principales.	MITIGAR	Confirmar asistencia con tiempo y preparar un protocolo alternativo sin afectar el evento.
17	RBL	Fallas en la coordinación de discursos o cobertura en medios.	ELIMINAR	Elaborar un guion breve con orden de participación y tiempos estimados.
18	RBM	Deficiente registro del acto oficial de reapertura.	MITIGAR	Designar a un miembro del equipo o voluntario para tomar registro fotográfico y notas básicas.

*Fuente: Elaboración propia*

### **Análisis**

- Las estrategias de eliminación se aplican donde el riesgo puede evitarse mediante decisiones internas o simplificación de procesos (RAI, RAM, RAO, RBL).
- Las estrategias de mitigación dominan el plan, porque la mayoría de los riesgos pueden reducirse con mejor coordinación, control y planeación, sin requerir recursos adicionales.
- Las estrategias de aceptación (RBH, RBI) se reservan para riesgos de bajo impacto, donde el costo de prevenir sería mayor que el posible daño.
- No se aplican estrategias de transferencia, dado que no existen recursos ni terceros con quienes compartir responsabilidades operativas.

## Conclusiones

El Estudio de Factibilidad para la Reapertura de la Clínica Divina Providencia permitió abordar de forma integral las dimensiones técnicas, administrativas, legales, económicas y sociales relacionadas con la recuperación de este centro de salud, ubicado en el distrito de Santiago Texacuangos, en el municipio de San Salvador Sur. Los resultados obtenidos en cada etapa del estudio proporcionan una visión clara, objetiva y fundamentada sobre la viabilidad de transformar el antiguo hospital en una clínica de primer nivel, sostenible, accesible y acorde con los lineamientos del sistema nacional de salud.

1. El diagnóstico general evidenció que el cierre de la institución en 2024 no fue un hecho aislado, sino el resultado de múltiples deficiencias acumuladas a lo largo del tiempo, entre ellas la falta de planificación administrativa, la dependencia económica de donaciones, el incumplimiento normativo y la ausencia de una estructura de gestión sólida. Se comprobó además que las instalaciones, el equipamiento médico y la documentación legal requerían un proceso de actualización integral para poder cumplir con los estándares exigidos por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL).
2. Desde la dimensión estructural y técnica, se determinó que la infraestructura existente puede ser reutilizada parcialmente para el funcionamiento de la clínica, siempre y cuando se realicen adecuaciones orientadas a mejorar la seguridad, la accesibilidad y la funcionalidad de los espacios. La localización geográfica del establecimiento fue considerada adecuada, al ofrecer fácil acceso vial y cobertura hacia diversos municipios del área metropolitana sur.
3. En el ámbito administrativo y organizativo, el estudio concluyó que la reapertura requiere una reestructuración profunda en los procesos internos, basada en una cultura institucional de cumplimiento normativo, liderazgo técnico y mejora continua. La nueva estructura organizativa propuesta define jerarquías, roles y procedimientos que garantizan transparencia, eficiencia y rendición de cuentas, corrigiendo las fallas identificadas en el modelo anterior.
4. En el plano social, la investigación confirmó la necesidad y aceptación del proyecto dentro de la comunidad. Las encuestas realizadas a los habitantes del distrito reflejan una alta demanda por servicios médicos básicos, especialmente en áreas de medicina general, pediatría, ginecología y laboratorio clínico. La reapertura de la clínica permitirá restablecer un espacio de atención digno y accesible, reducir la carga de los hospitales públicos cercanos, y fortalecer la confianza de la población en las instituciones sanitarias.
5. La evaluación ambiental estableció que las operaciones de la clínica, al estar orientadas al primer nivel de atención, generan impactos controlables sobre el entorno. Se definieron medidas de mitigación relacionadas con el manejo de residuos sólidos y bioinfecciosos, la eficiencia energética y el uso racional de los

recursos naturales, en cumplimiento con la Ley de Medio Ambiente y su reglamento general.

6. En el componente de diseño técnico y de servicios, se establecieron los lineamientos para el funcionamiento de las áreas de consulta externa, laboratorio clínico, imagenología y farmacia, todas ellas alineadas con la normativa del CSSP y las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El diseño incluye criterios de bioseguridad, control de calidad y atención centrada en el paciente, asegurando un servicio integral y humanizado.
7. La evaluación organizacional y de recursos humanos permitió definir la estructura jerárquica necesaria, los perfiles de cargo, la distribución del personal y los procedimientos de capacitación, con el objetivo de consolidar un equipo multidisciplinario competente y comprometido con los valores institucionales.
8. En cuanto al plan de implementación, se elaboró un cronograma detallado que organiza las etapas de adecuación, adquisición de equipos, contratación de personal, capacitación, y apertura gradual de servicios. Este plan considera los recursos financieros y materiales necesarios, así como los tiempos óptimos de ejecución, garantizando una reapertura ordenada y viable.

## Recomendaciones

- Formalizar el proceso de habilitación legal y sanitaria ante el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y el Ministerio de Salud (MINSAL), cumpliendo con todos los requisitos técnicos y normativos aplicables a clínicas privadas de primer nivel. Este proceso debe incluir la actualización de licencias, registros y manuales operativos institucionales.
- Ejecutar un plan de adecuación física e infraestructura, priorizando las áreas de mayor impacto sanitario y operativo, como consultorios, laboratorio clínico, imagenología y farmacia. Las mejoras deben garantizar condiciones de accesibilidad universal, ventilación, iluminación, señalización, rutas de evacuación y cumplimiento de normas de bioseguridad hospitalaria.
- Adquirir y renovar el equipamiento médico esencial según los estándares técnicos establecidos, priorizando la eficiencia energética, la durabilidad y la disponibilidad de mantenimiento preventivo. Es recomendable establecer contratos de servicio técnico con proveedores estratégicos para asegurar la continuidad operativa de los equipos.
- Implementar un modelo de gestión organizacional moderno, con estructuras jerárquicas claras, definición de funciones y responsabilidades, y procedimientos estandarizados de planificación, control y evaluación. Se sugiere crear una Unidad de Calidad y Mejora continua encargada del seguimiento de indicadores de desempeño, satisfacción del usuario y cumplimiento normativo.
- Fortalecer la gestión financiera y contable, implementando herramientas digitales para el control presupuestario, la facturación, el inventario y la trazabilidad de gastos e ingresos. Se recomienda establecer un sistema de costos por servicio que permita medir la rentabilidad y garantizar la autosostenibilidad de la clínica.
- Diversificar las fuentes de financiamiento, combinando ingresos propios con convenios de cooperación, alianzas público-privadas, programas de aseguramiento médico y servicios complementarios (como salud ocupacional, medicina preventiva y tele consulta). Esto reducirá la dependencia de donativos y fortalecerá la estabilidad económica de la institución.
- Capacitar de manera continua al personal médico, técnico y administrativo en temas de atención centrada en el paciente, gestión de calidad, seguridad ocupacional, comunicación asertiva y ética profesional. La formación constante será clave para mantener estándares de atención y mejorar la percepción institucional ante la comunidad.
- Desarrollar estrategias de marketing social y comunicación institucional que promuevan la confianza y cercanía con la comunidad. Se recomienda implementar campañas informativas sobre los servicios de la clínica, programas de salud preventiva y actividades de responsabilidad social que fortalezcan el vínculo con la población.
- Consolidar relaciones estratégicas con proveedores y aseguradoras, mediante contratos formales que garanticen precios competitivos, calidad en los insumos médicos y estabilidad en la cadena de abastecimiento. Estas alianzas deben incluir cláusulas de soporte técnico, reposición rápida y capacitación al personal interno.

- Aplicar el plan de manejo ambiental propuesto, asegurando el cumplimiento de las normativas del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN). Se recomienda implementar un sistema de clasificación y disposición segura de residuos bioinfecciosos, así como programas de ahorro energético, reciclaje y educación ambiental institucional.
- Dar seguimiento a los indicadores financieros y de rentabilidad, monitoreando periódicamente los resultados del VAN, TIR y Relación Beneficio/Costo (B/C) para evaluar el desempeño económico real frente a las proyecciones iniciales. Esta evaluación permitirá ajustar la estrategia financiera en función de los resultados operativos.
- Ejecutar el plan de implementación de forma gradual y controlada, priorizando los servicios más demandados y rentables en las primeras fases de reapertura. La ampliación progresiva permitirá validar la efectividad del modelo de gestión y reducir riesgos operativos y financieros.
- Promover la participación comunitaria a través de la creación de comités locales de apoyo en salud, voluntariado y programas de educación preventiva. Involucrar a la comunidad fortalecerá el sentido de pertenencia y contribuirá a la sostenibilidad social del proyecto.
- Establecer mecanismos de evaluación periódica del proyecto, tanto internos como externos, para verificar el cumplimiento de metas y garantizar la transparencia en el uso de recursos. Se sugiere implementar auditorías técnicas, financieras y de calidad de manera anual.
- Documentar y difundir los resultados del proceso de reapertura como un modelo de referencia para otros proyectos de recuperación de infraestructura sanitaria en El Salvador. La experiencia de la Clínica Divina Providencia puede servir como guía metodológica para futuras iniciativas de rehabilitación y gestión sostenible en el sector salud.

## Referencias Bibliográficas

Acosta, M., Sáenz, M. del R., Gutiérrez, B., & Bermúdez, J. L. (2011). *Sistema de salud de El Salvador*. Salud Pública de México, 53(supl. 2), S188–S196.

Aguilar, G. (2024, 22 de julio). *El Salvador supera el millón de consultas por enfermedades respiratorias*. La Prensa Gráfica.

<https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/El-Salvador-supera-el-millon-de-consultas-por-enfermedades-respiratorias-20240719-0078.html>

Alcaldía de San Luis Talpa (2014). *Clínica Municipal de San Luis Talpa*. Alcaldía de San Luis Talpa. <https://sanlualtalpa.org/novedades/clinica-municipal.html>

Asamblea Constituyente de la República de El Salvador. (1983). *Constitución de la República de El Salvador*. Diario Oficial, Tomo 281, No. 234, 16 de diciembre de 1983.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1958). *Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de Salud (Decreto Legislativo N° 2699)*. Diario Oficial, N° 168, Tomo 180, 10 de septiembre de 1958.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1988). *Código de Salud (Decreto Legislativo N° 955)*. Diario Oficial.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1992). *Derechos por servicios y licencias para los establecimientos de salud (Decreto Legislativo N° 373)*. Diario Oficial.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1998). *Ley de Medio Ambiente (Decreto Legislativo N.º 233)*. Diario Oficial N.º 79, Tomo 339.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2005). *Ley del Sistema Básico de Salud Integral (Decreto Legislativo N° 775)*. Diario Oficial.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2007). *Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud (Decreto Legislativo N° 442)*. Diario Oficial.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2017). *Ley de Procedimientos Administrativos (Decreto Legislativo N° 856)*. Diario Oficial.

Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2019). *Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (Decreto Legislativo N° 302, 2 de mayo de 2019)*. Diario Oficial.

Baca Urbina, G. (2010). *Evaluación de proyectos (6ª ed.)*. McGraw-Hill.

Barba-Romero, S. (1996). *Manual para la toma de decisiones multicriterio*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Dirección de Proyectos y Programación de Inversiones.

Blanco R., A. (2008). *Formulación y evaluación de proyectos (7.ª ed.)*. Editorial Texto C.A.

Brealey, R. A., Myers, S. C., & Allen, F. (2020). *Principles of Corporate Finance (13th ed.)*. McGraw-Hill.

Brealey, R. A., Myers, S. C., & Allen, F. (2020). *Principles of corporate finance (13th ed.)*. McGraw-Hill Education.

Cámara de Comercio e Industria de El Salvador. (2023). *Panorama del sector farmacéutico y tendencias de abastecimiento*. San Salvador, El Salvador.

Centro Médico Familiar Shalom. (s. f.). *Samaritan's Purse*. Centro Médico Familiar Shalom. <https://www.samaritanspurse.org/es/our-ministry/shalom-family-medical-center/>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021). *Salud y economía: Una convergencia necesaria frente al COVID-19*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Guía rápida para obtener la autorización de apertura y funcionamiento de establecimientos de salud*. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos por tipo de establecimiento: Centro de cuidados y procedimientos de enfermería de primer nivel*. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos por tipo de establecimiento: Clínicas médicas asistenciales*. Consejo Superior de Salud Pública. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos por tipo de establecimiento: Hospital general*. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos por tipo de establecimiento: Establecimientos no especializados (establecimiento de baja complejidad con modalidad de acogida temporal)*. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos: Laboratorio clínico nivel 2 con ampliación de servicio en citología cérvico uterina*. Consejo Superior de Salud Pública.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Requerimientos técnico administrativos: Gabinete radiológico e imagenología*. Consejo Superior de Salud Pública.

Córdoba Padilla, M. (2011). *Formulación y evaluación de proyectos (2.ª ed.)*. Ecoe Ediciones.

Consejo Superior de Salud Pública. (s. f.). *Establecimientos de Salud Inscritos*. Consejo Superior de Salud Pública. <https://cssp.gob.sv/establecimientos/faces/lista.xhtml>

Dirección General de Estadística y Censos. (2023). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2023*. Dirección General de Estadística y Censos.

Dirección General de Estadística y Censos. (2023). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2022*. Dirección General de Estadística y Censos.

Dirección General de Estadística y Censos. (2023). *Proyecciones y estimaciones de población municipal 2020–2030*. Dirección General de Estadística y Censos.

Doxy.me. (s. f.). *Servicio de telemedicina en línea*. Doxy.me. <https://doxy.me/es/>

Droguería Santa Lucía. (s. f.). *Historia corporativa*. Droguería Santa Lucía. <https://www.dsl.com.sv>

Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). (2024). *Population, development and rights in Latin America and the Caribbean: Second regional report on the implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020, 6 de agosto). *Gobierno de El Salvador inicia teleasistencia médica con apoyo de Canadá y UNFPA*. Fondo de Población de las Naciones Unidas

Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). (2023, 30 de septiembre). *Fosalud brindará servicios de laboratorio en 10 unidades de salud*. Fondo Solidario para la Salud. <https://fosalud.gob.sv/fosalud-brindara-servicios-de-laboratorio-en-10-unidades-de-salud/>

Gapenski, L. C., & Pink, G. H. (2015). *Understanding Healthcare Financial Management (7th ed.)*. Health Administration Press.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador. (s. f.). *Gobierno de El Salvador inicia teleasistencia médica con apoyo de Canadá y UNFPA*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://elsalvador.unfpa.org/es/news/gobierno-de-el-salvador-inicia-teleasistencia-m%C3%A9dica-con-apoyo-de-canad%C3%A1-y-unfpa>

González, M., Bermeo, A., Morales, S., & Ruilova, D. (2001). *Educación permanente en salud: Gestión en los servicios de salud*. Organización Panamericana de la Salud.

International Council on Systems Engineering (INCOSE). (2023). *INCOSE systems engineering handbook: A guide for system life cycle processes and activities (5th ed.)*. John Wiley & Sons.

Juárez Sotelo, C. A., Soriano Villalta, G. J., & Velásquez Hernández, E. E. (2010). *Análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de la atención médica brindada por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), período 1999–2009*. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

La Prensa Gráfica. (2022, octubre 23). *Hospital de Diagnóstico brinda más de 60 mil atenciones anuales*. La Prensa Gráfica. <https://www.laprensagrafica.com/economia/Hospital-de-Diagnostico-brinda-mas-de-60-mil-atenciones-anuales-20221023-0049.html>

Laboratorios López. (s. f.). *Historia y trayectoria*. <https://www.laboratorioslopez.com>

MediQuo PRO. (2025, 23 de febrero). *Líderes En Telemedicina*. MediQuo PRO. <https://www.mediquo.com/>

Ministerio de Salud (2023). *Boletín de Servicios de Atención Integral*. Ministerio de Salud.

Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (2022). *Percepción ciudadana sobre salud pública*. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social.

Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Método de gestión para la planificación y desarrollo de servicios de salud: Introducción general (1.ª ed.)*. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2013). *Manual de organización y funciones de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2016). *Causas más frecuentes de consulta ambulatoria atendidas en la red de establecimientos de salud del MINSAL, según lista internacional de enfermedades (CIE)*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2019). *Boletín epidemiológico, semana 19 de 2019*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2021). *Boletín epidemiológico: Semana 50 (del 12 al 18 de diciembre de 2021)*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). *Boletín epidemiológico, semana 50 de 2021*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). *Memoria de labores junio 2021 – mayo 2022*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2023). *Anuario estadístico de salud 2022–2023*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2024). *Plan nacional para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades tropicales priorizadas en El Salvador 2024–2026*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2021). *Lineamientos técnicos para la categorización de establecimientos prestadores de servicios de salud del Ministerio de Salud*. Ministerio de Salud de El Salvador.

Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2015). *Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud*. Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2021). *Boletín epidemiológico semanal, semana 50, año 2021*. Ministerio de Salud de El Salvador

Ministerio de Salud de El Salvador. (2021). *Plan estratégico institucional 2021–2025*. Ministerio de Salud de El Salvador

Ministerio de Salud de El Salvador. (2023). *Memoria de labores junio 2022–mayo 2023*. Ministerio de Salud de El Salvador

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2020). *Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2020*. OECD Publishing.

Oficina Nacional de Estadística y Censos. (2024). *VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024: Características de la población*. Banco Central de Reserva de El Salvador.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: Introducción y generalidades*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Transición demográfica y desafíos sanitarios en Centroamérica*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Perfil de salud de El Salvador*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Reporte anual 2024*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/pub/es/reportes-anual-2024/>

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Financiamiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: principales tendencias al 2023*. Organización Panamericana de la Salud.

Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador. (2000). *Reglamento General de la Ley de Medio Ambiente (Decreto Ejecutivo N.º 17)*. Diario Oficial.

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *The Lancet Regional Health – Americas Commission: Building resilient primary health care systems in Latin America and the Caribbean*. The Lancet Regional Health. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101240>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Perfil de país: El Salvador*. Salud en las Américas+. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/el-salvador>

Patiño Zambrano, V. P., Álvarez Joly, A. E., Loo García, K. L., Chiriboga Molina, J. I., Patiño Zambrano, W. A., Basurto Macías, G. G., Simbaña Carrera, P. E., Urdiales Baculima, S. B., Sánchez Paredes, D. A., & Castro Laaz, M. L. (2021). *Administración y gerencia en salud*. Mawil Publicaciones de Ecuador.

Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. (2023). *Diagnóstico IAP de la situación de los derechos de las personas con discapacidad de Colón, Zaragoza, Santo Tomás y Santiago Texacuangos*. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. <https://sansalvador.aics.gov.it/wpcontent/uploads/2023/10/Diagno%CC%81stico-IAP-de-la-situacio%CC%81n-de-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-de-Colon-Zaragoza-Santo-Tomas-y-Santiago-Texacuangos-1.pdf>

Sapag Chain, N. (2014). *Preparación y evaluación de proyectos (6ª ed.)*. McGraw-Hill.

Sapag Chain, N., & Sapag Chain, R. (2008). *Preparación y evaluación de proyectos (5ª ed.)*. McGraw-Hill Interamericana.

Sapag Chain, N., & Sapag Chain, R. (2014). *Preparación y evaluación de proyectos (6ª ed.)*. McGraw-Hill Education.

Statista. (s. f.). *Tasa de inflación en El Salvador*. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/1190057/tasa-de-inflacion-el-salvador/>

Stepanets, A., Stepanets, A., & Stepanets, A. (2024, 27 de diciembre). *Qué es una matriz de decisión y cómo elaborarla*. Gantt Chart GanttPRO Blog. <https://blog.ganttpro.com/es/matriz-de-decision/>

Téllez, A., & Aguayo, E. (2008). *Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile*. *Revista Médica de Chile*, 136(7), 873–879. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000700008&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000700008&script=sci_arttext)

Unidad de Salud Olocuilta. (s. f.). *Unidad de Salud Olocuilta – Ministerio de Salud de El Salvador*. CUÉNTANOS. <https://elsalvador.cuentanos.org/es/services/1309>

Unidad de Salud Santo Tomás. (s. f.). *Unidad de Salud Santo Tomás – Ministerio de Salud de El Salvador*. CUÉNTANOS. <https://elsalvador.cuentanos.org/es/services/1953>

Diario El Mundo. (2020, 6 de agosto). *Lanzan línea de Teleasistencia Médica 131, orientada a embarazadas*. Diario El Mundo. <https://diario.elmundo.sv/Nacionales/lanzan-linea-de-teleasistencia-medica-131-orientada-a-embarazadas>

World Health Organization. (2005). *Diarrhoea treatment guidelines including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation for clinic-based healthcare workers*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024, 7 de marzo). *Diarrhoeal disease*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Zanichelli, V., Sharland, M., Cappello, B., Moja, L., Getahun, H., Pessoa-Silva, C., et al. (2023). *The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book and prevention of antimicrobial resistance*. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10042089/>

## Anexos

Anexo 1. Primera visita a contraparte



Anexo 2. jornada de aplicación de encuestas en el distrito de Santiago Texacuangos



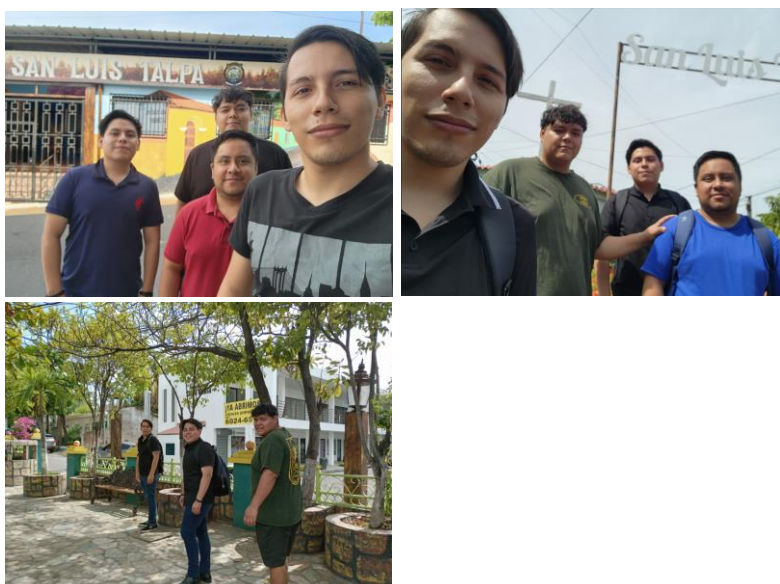
Anexo 3. jornada de aplicación de encuestas en el distrito de Santo Tomas



#### Anexo 4. jornada de aplicación de encuestas en el distrito de Olocuilta



#### Anexo 5. jornada de aplicación de encuestas en el distrito de San Luis Talpa



#### Anexo 6. Toma de medidas de la infraestructura actual



## Anexo 7. Acta de cierre

**CSSP**  
CONSEJO SUPERIOR  
DE SALUD PÚBLICA

San Salvador, 29 de octubre del 2024

Oficio No: **PA-003140/2024**

**HERMANA  
MARÍA TERESA CRUZ GARCÍA, REPRESENTANTE LEGAL  
HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA  
PRESENTE.-**

Reciba un cordial saludo y deseos de éxito en el desempeño de sus funciones.

Por este medio le remito certificación **PUNTO CINCO: SEGUIMIENTOS A ACUERDO DE CONSEJO DIRECTIVO, NUMERAL 5**, el acta de la Sesión Ordinaria **40/2024**, de **23 DE OCTUBRE DE 2024**, la cual se adjunta.

Sin más sobre el particular, atentamente.

**DIOS UNIÓN LIBERTAD**

  
**LICENCIADA REGINA ALEJANDRA PEREZ DE FLORES  
SECRETARIA GENERAL  
CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



## Anexo 8. Aumento en las ventas en un 20% estado de resultado

ESTADO DE RESULTADO							
	Rubro	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6
(+)	Ventas	\$ 628,958.70	\$ 643,600.50	\$ 658,791.37	\$ 674,242.12	\$ 690,098.72	\$706,479.46
(-)	Costos de operación	\$ 188,753.72	\$ 194,931.53	\$ 201,265.75	\$ 207,539.24	\$ 213,811.29	\$220,113.33
=	Utilidad bruta	\$ 440,204.98	\$ 448,668.97	\$ 457,525.62	\$ 466,702.88	\$ 476,287.43	\$486,366.13
(-)	Gastos de administración	\$ 58,065.33	\$ 58,074.17	\$ 58,083.43	\$ 58,093.13	\$ 58,103.29	\$ 58,125.08
(-)	Gastos de comercialización	\$ 10,343.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85	\$ 10,612.92
=	Utilidad de operaciones	\$ 371,796.57	\$ 380,170.55	\$ 388,972.64	\$ 398,093.68	\$ 407,620.29	\$417,628.13
(-)	Gastos financieros	\$ 48,365.82	\$ 46,205.97	\$ 43,678.94	\$ 40,722.31	\$ 37,263.06	\$ 33,215.74
(+)	Ingresos extraordinarios	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44
=	Utilidad antes de impuestos	\$ 406,145.19	\$ 416,679.02	\$ 428,008.14	\$ 440,085.81	\$ 453,071.67	\$467,126.83
(-)	Impuestos sobre la renta	\$ 86,339.46	\$ 89,912.74	\$ 93,710.42	\$ 97,666.18	\$ 101,836.74	\$106,272.18
(-)	Amortización de préstamo	\$ 12,705.02	\$ 14,864.87	\$ 17,391.90	\$ 20,348.53	\$ 23,807.78	\$ 27,855.10
=	Utilidad neta después de impuestos	\$ 307,100.71	\$ 311,901.40	\$ 316,905.82	\$ 322,071.09	\$ 327,427.15	\$332,999.55

## Anexo 9. Negociación de tasa y reducción de costos operativos.

ESTADO DE RESULTADO								
	Rubro	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7
(+)	Ventas	\$ 524,132.25	\$ 536,333.75	\$ 548,992.81	\$ 561,868.43	\$ 575,082.27	\$588,732.88	\$602,758.67
(-)	Costos de operación	\$ 151,705.70	\$ 153,475.99	\$ 155,330.44	\$ 157,273.06	\$ 159,308.02	\$161,439.73	\$163,672.78
=	Utilidad bruta	\$ 372,426.55	\$ 382,857.76	\$ 393,662.36	\$ 404,595.38	\$ 415,774.25	\$427,293.15	\$439,085.89
(-)	Gastos de administración	\$ 58,065.33	\$ 58,074.17	\$ 58,083.43	\$ 58,093.13	\$ 58,103.29	\$ 58,125.08	\$ 58,136.76
(-)	Gastos de comercialización	\$ 10,343.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85	\$ 10,612.92	\$ 10,612.92
=	Utilidad de operaciones	\$ 304,018.14	\$ 314,359.34	\$ 325,109.38	\$ 335,986.17	\$ 347,107.11	\$358,555.15	\$370,336.21
(-)	Gastos financieros	\$ 48,365.82	\$ 46,205.97	\$ 43,678.94	\$ 40,722.31	\$ 37,263.06	\$ 33,215.74	\$ 28,480.38
(+)	Ingresos extraordinarios	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44
=	Utilidad antes de impuestos	\$ 338,366.76	\$ 350,867.81	\$ 364,144.89	\$ 377,978.30	\$ 392,558.48	\$408,053.85	\$424,570.28
(-)	Impuestos sobre la renta	\$ 86,339.46	\$ 89,912.74	\$ 93,710.42	\$ 97,666.18	\$ 101,836.74	\$106,272.18	\$111,003.81
(-)	Amortización de préstamo	\$ 12,705.02	\$ 14,864.87	\$ 17,391.90	\$ 20,348.53	\$ 23,807.78	\$ 27,855.10	\$ 32,590.46
=	Utilidad neta después de impuestos	\$ 239,322.28	\$ 246,090.19	\$ 253,042.56	\$ 259,963.59	\$ 266,913.96	\$273,926.57	\$280,976.01

## Anexo 10. Cálculos de VAN para 10 años.

ESTADO DE RESULTADO												
	Rubro	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
(+)	Ventas	\$-	\$ 524,132.25	\$536,333.75	\$548,992.81	\$561,868.43	\$575,082.27	\$588,732.88	\$602,758.67	\$617,171.99	\$631,985.69	\$647,213.09
(-)	Costos de operación	\$-	\$ 202,274.26	\$204,634.65	\$207,107.26	\$209,697.41	\$212,410.69	\$215,252.97	\$218,230.37	\$221,349.31	\$224,616.53	\$228,039.07
=	Utilidad bruta	\$-	\$ 321,857.98	\$331,699.10	\$341,885.55	\$352,171.02	\$362,671.57	\$373,479.91	\$384,528.30	\$395,822.68	\$407,369.16	\$419,174.02
(-)	Gastos de administración	\$-	\$ 58,065.33	\$ 58,074.17	\$ 58,083.43	\$ 58,093.13	\$ 58,103.29	\$ 58,125.08	\$ 58,136.76	\$ 58,149.00	\$ 58,161.82	\$ 58,175.25
(-)	Gastos de comercialización	\$-	\$ 10,343.08	\$ 10,424.26	\$ 10,469.56	\$ 10,516.08	\$ 10,563.85	\$ 10,612.92	\$ 10,612.92	\$ 10,663.31	\$ 10,715.06	\$ 10,768.21
=	Utilidad de operaciones	\$-	\$ 253,449.58	\$263,200.67	\$273,332.57	\$283,561.82	\$294,004.43	\$304,741.91	\$315,778.62	\$327,010.37	\$338,492.28	\$350,230.57
(-)	Gastos financieros	\$-	\$ 48,365.82	\$ 46,205.97	\$ 43,678.94	\$ 40,722.31	\$ 37,263.06	\$ 33,215.74	\$ 28,480.38	\$ 22,940.00	\$ 16,457.75	\$ 8,873.53
(+)	Ingresos extraordinarios	\$-	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44	\$ 82,714.44
=	Utilidad antes de impuestos	\$-	\$ 287,798.20	\$299,709.15	\$312,368.07	\$325,553.95	\$339,455.81	\$354,240.61	\$370,012.68	\$386,784.82	\$404,748.97	\$424,071.48
(-)	Impuestos sobre la renta	\$-	\$ 86,339.46	\$ 89,912.74	\$ 93,710.42	\$ 97,666.18	\$101,836.74	\$106,272.18	\$111,003.81	\$116,035.44	\$121,424.69	\$127,221.44
(-)	Amortización de préstamo	\$-	\$ 12,705.02	\$ 14,864.87	\$ 17,391.90	\$ 20,348.53	\$ 23,807.78	\$ 27,855.10	\$ 32,590.46	\$ 38,130.84	\$ 44,613.09	\$ 52,197.22
=	Utilidad neta después de impuestos	\$-	\$ 188,753.72	\$194,931.53	\$201,265.75	\$207,539.24	\$213,811.29	\$220,113.33	\$226,418.41	\$232,618.53	\$238,711.19	\$244,652.81