

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS



TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
“ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CLÍNICAS MÉDICAS ASISTENCIALES EN LAS FILIALES DE LA ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL MISIÓN CENTROAMERICANA, UBICADA EN EL DISTRITO DE SAN SALVADOR, MUNICIPIO DE SAN SALVADOR CENTRO”

PRESENTADO POR:
ANAYA SANCHEZ, LUCIA GABRIELA
SORIANO HENRIQUEZ, OSMAR ALONSO
ROSA ORTIZ, RUTH ABIGAIL

PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADO(A) EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ENERO 2026
CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector: MSC. Juan Rosa Quintanilla
Vice Rectora Académica: Dra. Evelyn Beatriz Farfán Mata
Secretario General: Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Decana: Licda. Celina Amaya de Calderón
Secretario: Lic. Juan Pablo Marín
**Coordinador General de
Procesos de Graduación:** MAF. Ronald Edgardo Gálvez Rivera
**Director de Escuela de
Administración de Empresas:** MSC. Abraham Vásquez Sánchez
**Coordinador de procesos de grado
de la Escuela de
Administración de Empresas:** Lic. David Mauricio Lima Jaco
Docente Asesor: Lic. Esau Artiga Mejía.

TRIBUNAL EVALUADOR

Lic. José Francisco Cartagena Tejada.
Lic. David Mauricio Lima Jaco.
Lic. Esaú Artiga Mejía. (Docente Asesor)

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar este importante proyecto. Sin Su guía y bendición, nada de esto habría sido posible. Con profundo cariño, agradezco a mi esposo por su amor, comprensión y apoyo incondicional en cada etapa de este proceso; a mi mamá, por su constante motivación, consejos y oraciones; y a mi papá, por su ejemplo de esfuerzo y perseverancia. A cada uno de ellos les dedico este logro, que también es fruto de su confianza y apoyo inquebrantable.

Ruth Abigail Rosa Ortiz

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por haberme dado la fuerza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi vida. Su guía y bendición fueron fundamentales para superar cada reto que se presentó durante el desarrollo de esta investigación.

Osmar Alonso Soriano Henríquez

Antes que nada, elevo mi gratitud a Dios por guiarme, fortalecerme y permitirme llegar a la culminación de este objetivo. A mis padres, hermanas, a mi tía, a todas esas personas que me apoyaron incondicionalmente y a mi familia en general, les agradezco sinceramente su apoyo permanente, comprensión y palabras a lo largo de este camino, cuyo acompañamiento y confianza fueron esenciales para alcanzar este logro académico, este logro también le pertenece a cada uno de ellos.

Lucia Gabriela Anaya Sánchez

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL SOBRE LOS ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD Y LAS CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES.....	1
A. Los estudios de factibilidad.....	1
1. Definición del proyecto	1
2. Localización y tamaño.....	2
3. Factibilidad técnica del proyecto	3
4. Factibilidad económica del proyecto	3
5. Factibilidad financiera del proyecto	4
B. Marco teórico, conceptual, legal e institucional.....	4
1. Marco teórico sobre las clínicas medicas asistenciales.....	4
2. Relación entre la infraestructura, los recursos y la evaluación económico del proyecto.	6
C. Marco legal e institucional.....	7
1. Marco legal.....	7
D. Marco Histórico	11
1. Antecedentes de Clínicas Medicas	11
2. Origen de las clínicas privadas	11
3. Origen de las clínicas privadas en El Salvador.....	11
4. Antecedentes de Misión Centroamericana.....	12
5. Caracterización de la Misión Centroamericana	13
6. Organigrama de la Misión Centroamericana	15
7. Clasificación de puestos	16
8. Establecimiento de rangos salariales	16
9. Estructura Organizacional y Operativa.....	17
10. Visión de Futuro	18
11. Conceptos relevantes y normas sanitarias.....	19
E. Infraestructura y recursos.....	20
2. Consultorios médicos.....	22
3. Áreas administrativas.....	23
4. Áreas de servicio complementarias	23
5. Accesibilidad	23
6. Recursos humanos capacidad	24
7. Equipamiento médico	24
8. Existencia de equipo.....	25
CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS MÉDICOS Y NECESIDADES DE SALUD EN LA MISION CENTROAMERICANA EN SAN SALVADOR CENTRO.....	27
A. Importancia de la investigación	27
B. Objetivos de la investigación.	27

1.	Objetivo general	27
2.	Objetivos específico.....	27
C.	Objeto de estudio	28
1.	Unidades de análisis	28
2.	Fuentes de información.....	28
D.	Metodología empleada en la investigación de campo.	29
E.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
1.	Técnicas de recolección de datos.....	30
2.	Instrumentos de recolección de datos.	30
F.	Determinación del universo y muestra	31
G.	Resultados de la investigación de campo.....	32
1.	Datos obtenidos sobre la necesidad actual de salud y análisis.....	32
H.	Análisis e interpretación de datos, diagnósticos de la situación actual.....	32
1.	Análisis e interpretación situación actual san salvador centro	32
I.	Diagnostico específico de la situación actual, San Salvador centro	34
1.	Diagnóstico de la situación actual de la población beneficiaria de la Misión Centroamericana.....	34
2.	Análisis de la demanda potencial.....	35
3.	Indicadores de demanda y operación.....	35
4.	Servicios a ofrecer en base a la necesidad	35
5.	Nivel de aceptación.....	36
J.	Conclusiones y recomendaciones	37
1.	Conclusiones	37
2.	Recomendaciones	38
CAPÍTULO III: PROPUESTA DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CLINICAS ASISTENCIALES FILIALES DE MISIÓN CENTROAMERICANA EN EL DISTRITO DE SAN SALVADOR CENTRO. ... 39		
A.	Objetivo de la propuesta	39
B.	Definición de la propuesta	39
C.	Estrategias de distribución	39
1.	Misión y Visión	39
2.	Metas	40
3.	Valores.....	40
4.	Red de alianzas	41
5.	Ubicación geográfica	42
D.	Recursos necesarios para el funcionamiento de una clínica	43
1.	Inversión inicial	43
2.	Depreciación anual de mobiliario y equipo	44
3.	Capital de trabajo.....	45
E.	Factibilidad de Mercado	46
1.	Análisis del mercado.....	46

F.	Factibilidad Técnica.....	48
1.	Planilla de salarios	51
G.	Factibilidad Económica	52
H.	Factibilidad Financiera.....	53
1.	Presupuesto de Operación.....	53
2.	Costo de capital	55
3.	Valore presente Neto (VAN)	56
4.	Tasa interna de retorno (TIR)	57
5.	Relación Beneficio Costo (B/C).....	57
6.	Tasa Mínima Aceptable de Retorno (Tmar).....	58
I.	Plan de implementación para el establecimiento de clínicas medicas asistenciales misiones centroamericanas.	58
1.	Constitución del comité ejecutivo (Semana 1)	58
2.	Adecuación de infraestructura y adquisiciones.....	58
3.	Reclutamiento, Capacitación y Protocolos (Semanas 13-20).....	59
4.	Lanzamiento Operativo y Monitoreo Inicial (Semanas 21-26+).....	60
	Sugerencias	64
	Referencias Bibliográficas	65
	Anexos 1: Formularios.....	67
	Anexos 2: Resumen del cuestionario dirigido a los miembros MCA.....	71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Marco institucional.....	10
Tabla 2. Simbología de Organigrama.....	15
Tabla 3. Iglesias por país.....	18
Tabla 4. Población de la organización Misión Centroamericana en El Salvador	19
Tabla 5. Clasificación de requisitos críticos y mayores para clínicas médicas.	21
Tabla 6. Presupuesto inicial	44
Tabla 7. Depreciación anual de mobiliario y equipo.....	44
Tabla 8. Elementos esenciales para establecer una clínica médica.....	45
Tabla 9. Comparación de precios en el mercado	47
Tabla 10. Planilla de salarios	51
Tabla 11. Análisis de factibilidad financiera.....	52
Tabla 12. Gastos fijos de administración	53
Tabla 13. Gastos administrativos variables.....	54
Tabla 14. Flujo de caja.....	55
Tabla 15. Costo de capital.....	56
Tabla 16. Valor presente neto	56
Tabla 17. Tasa interna de retorno.....	57
Tabla 18. Relación Beneficio Costo	57

Resumen Ejecutivo.

El presente estudio surge ante la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud primaria para poblaciones de escasos recursos en el municipio de San Salvador Centro, donde persisten limitaciones económicas y de disponibilidad en la atención médica. En este contexto, la Organización No Gubernamental Misión Centroamericana, con presencia activa en comunidades vulnerables, se identifica como un espacio estratégico para el establecimiento de clínicas médicas asistenciales orientadas a la atención solidaria y sostenible de la población.

El objetivo general de la investigación fue realizar un estudio de factibilidad para el establecimiento de clínicas médicas asistenciales en las filiales de la Misión Centroamericana, evaluando el proyecto desde los enfoques de mercado, técnico, económico y financiero, con el propósito de determinar la posibilidad de ofrecer servicios de salud accesibles y de calidad a la comunidad beneficiaria.

La investigación se desarrolló bajo el método deductivo, con un diseño descriptivo y analítico. Se aplicaron técnicas de investigación documental y de campo, utilizando instrumentos como encuestas dirigidas a la población objetivo, así como el análisis de los recursos humanos, materiales y de infraestructura disponibles. Asimismo, se realizó la estimación de la demanda de servicios médicos y la evaluación económica del proyecto mediante herramientas financieras que permitieron analizar la conveniencia de la inversión.

El estudio permitió evaluar de manera integral las condiciones necesarias para la implementación de las clínicas médicas asistenciales, considerando la capacidad operativa, la disponibilidad de recursos y el comportamiento esperado de los ingresos y costos del proyecto. Los resultados obtenidos evidencian que la propuesta presenta condiciones favorables para su ejecución, tanto desde el punto de vista técnico como económico-financiero, además de responder a una necesidad real de atención en salud dentro de la comunidad.

Con base en los resultados obtenidos, se recomienda la implementación progresiva del proyecto, acompañada del establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, así como el seguimiento permanente de indicadores financieros.

Introducción

El acceso a servicios de salud constituye un elemento esencial para el desarrollo social, económico y el bienestar integral de la población. No obstante, en El Salvador persisten importantes limitaciones en la cobertura y disponibilidad de atención médica, especialmente en comunidades de escasos recursos, donde factores económicos, geográficos y estructurales dificultan el acceso oportuno a servicios de salud primaria. Esta problemática incide de manera directa en la calidad de vida de la población y en el incremento de enfermedades prevenibles que podrían ser atendidas de forma temprana mediante servicios básicos de salud.

En este contexto, las organizaciones no gubernamentales han asumido un rol complementario relevante en la atención de necesidades sociales insatisfechas, particularmente en zonas donde la capacidad del sistema público resulta insuficiente. La Organización No Gubernamental Misión Centroamericana, con presencia activa en el municipio de San Salvador Centro, desarrolla diversas acciones de carácter social y comunitario, lo que la posiciona como un actor estratégico para la implementación de iniciativas orientadas a mejorar el acceso a la atención médica básica para poblaciones vulnerables.

La investigación se estructura en tres capítulos, los cuales permiten abordar de manera ordenada y progresiva el análisis del problema planteado. El Capítulo I desarrolla el marco teórico y conceptual del estudio, en el cual se presentan los principales enfoques teóricos relacionados con los estudios de factibilidad, la atención primaria en salud y la gestión de proyectos sociales. Asimismo, se incluyen los antecedentes del proyecto, la descripción general de las clínicas médicas asistenciales y los elementos técnicos y organizativos necesarios para su implementación, proporcionando la base conceptual que sustenta la investigación.

El Capítulo II expone la metodología de la investigación, detallando el enfoque metodológico, el tipo y diseño de investigación, los métodos y técnicas aplicadas, así como los instrumentos utilizados para la recolección de datos. En este capítulo también se presenta el diagnóstico de la situación actual, elaborado a partir del análisis e interpretación de los

resultados obtenidos en el trabajo de campo, lo que permite identificar las necesidades de salud de la población y las condiciones existentes para el desarrollo del proyecto.

Finalmente, el Capítulo III presenta la propuesta del estudio de factibilidad para el establecimiento de clínicas médicas asistenciales en las filiales de la Misión Centroamericana. En este apartado se desarrollan los objetivos de la propuesta, la localización del proyecto, los recursos humanos, materiales y financieros requeridos, así como el análisis de factibilidad económica y financiera. Además, se plantea el plan de implementación y las estrategias de sostenibilidad, orientadas a garantizar la viabilidad y permanencia del proyecto en beneficio de la comunidad.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL SOBRE LOS ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD Y LAS CLINICAS MEDICAS ASISTENCIALES.

A. Los estudios de factibilidad

1. Definición del proyecto

Un grupo se define como un conjunto de personas que interactúan entre sí, comparten objetivos comunes y mantienen relaciones estructuradas que permiten la coordinación de acciones para alcanzar fines determinados. Según Robbins y Judge (2017), un grupo es “dos o más individuos que interactúan y son interdependientes, y que se han reunido para alcanzar objetivos específicos”.

Un proyecto representa un esfuerzo planificado y temporal orientado a generar resultados únicos, ya sean productos, servicios o soluciones específicas. Baca Urbina (2013) lo conceptualiza como una iniciativa con metas claras, plazos definidos y recursos acotados, donde la planificación meticulosa es vital para cumplir objetivos dentro de esos parámetros.

Sapag Chain (2014), en Preparación y Evaluación de Proyectos, amplía esta visión al describirlo como actividades interconectadas que buscan resolver problemas concretos o satisfacer necesidades sociales. Esta perspectiva subraya que los proyectos trascienden la mera ejecución: responden a demandas reales.

Kerzner (2013) introduce una dimensión dinámica en Project Management, destacando que todo proyecto atraviesa un ciclo vital con fases secuenciales: inicio, planificación, ejecución, supervisión y cierre. Esta mirada resalta la gestión adaptativa como eje para alcanzar metas.

Desde el ámbito económico, Nungaray Lugo (2012) en Análisis de Proyectos de Inversión lo define como una inversión estratégica que persigue beneficios económicos, sociales o ambientales mediante acciones estructuradas. Aquí, el enfoque recae en la evaluación de impactos a largo plazo y sostenibilidad.

Complementando, Vargas (2016) en Evaluación de Proyectos para Ingenieros lo presenta como una intervención diseñada para impulsar cambios positivos en organizaciones o comunidades, enfatizando su rol transformador más allá de lo inmediato.

2. Localización y tamaño

a) Localización del proyecto.

La ubicación geográfica de un proyecto implica analizar variables que maximicen su rentabilidad o minimicen costos. Padilla (2011) señala que esta decisión suele ser poco frecuente, incluso única para algunas empresas. Factores como transporte, disponibilidad de mano de obra y costos operativos son determinantes.

b) Tamaño del proyecto.

Se refiere a la capacidad productiva estimada durante la operación del proyecto. Padilla (2011) distingue entre capacidad teórica, producción normal y máxima. Santos (2008) sugiere adoptar la capacidad normal como referencia para dimensionar equipos y procesos, integrando esta métrica en el diseño global de la planta.

La eficacia de un proyecto depende de su arquitectura organizativa, que define roles, jerarquías y flujos de trabajo. Baca Urbina (2013) aboga por estructuras flexibles que optimicen recursos y faciliten comunicación Inter equipos, respaldadas por organigramas claros.

Kerzner (2013) enfatiza la integración de áreas funcionales y liderazgo ágil para adaptarse a cambios, mientras Sapag Chain (2014) vincula la eficiencia administrativa con la colaboración interáreas y la delimitación precisa de responsabilidades. Nungaray Lugo (2012) y Vargas (2016) coinciden en que la estructura debe alinearse con las etapas del proyecto, incorporando mecanismos de control para monitorear avances y ajustar estrategias.

c) Estudio de mercado.

Este análisis identifica oportunidades comerciales al examinar demanda, competencia y comportamiento del consumidor. Baca Urbina (2013) lo vincula con la determinación de

volúmenes vendibles y estrategias de comercialización, mientras Sapag Chain (2014) lo considera clave para mitigar riesgos mediante el análisis de tendencias y brechas de mercado.

Kerzner (2013) resalta su utilidad para diseñar planes de marketing efectivos, y Nungaray Lugo (2012) integra métodos cuantitativos y cualitativos para evaluar viabilidad comercial. Vargas (2016) concluye que entender barreras de entrada y factores competitivos es crucial para asegurar el éxito del proyecto.

3. Factibilidad técnica del proyecto

Evalúa la disponibilidad de recursos técnicos, humanos y materiales para implementar el proyecto. Baca Urbina (2013) destaca que este análisis verifica si las condiciones operativas y tecnológicas son adecuadas para ejecutar las actividades planificadas, asegurando que la infraestructura y el expertise requerido estén presentes.

4. Factibilidad económica del proyecto

Este análisis determina la rentabilidad de una iniciativa al contrastar recursos invertidos, gastos operativos y ganancias potenciales. Baca Urbina (2013) lo conceptualiza como un proceso para proyectar beneficios económicos frente a los costos de implementación, donde la viabilidad se establece si los ingresos superan los desembolsos.

Sapag Chain (2014) amplía esta visión, argumentando que una evaluación económica rigurosa debe incluir no solo costos directos, sino también el costo de oportunidad de los recursos y el impacto socioeconómico a largo plazo. Kerzner (2013) enfatiza la generación de valor para stakeholders, incorporando métricas como el ROI (Retorno de Inversión) para medir sostenibilidad financiera.

Desde la óptica de Nungaray Lugo (2012), es crucial evaluar costos a lo largo del ciclo de vida del proyecto, junto con proyecciones financieras realistas que prevengan problemas de liquidez. Vargas (2016) complementa señalando que el análisis debe abarcar riesgos financieros, costos indirectos (como fluctuaciones de mercado) y márgenes de seguridad para garantizar rentabilidad.

5. *Factibilidad financiera del proyecto*

Este estudio asegura que el proyecto genere flujos de efectivo suficientes para mantener operaciones y retornos atractivos. Baca Urbina (2013) vincula esta evaluación con herramientas como el VAN (Valor Actual Neto) y la TIR (Tasa Interna de Retorno), que miden la capacidad de recuperar la inversión inicial y generar plusvalía.

Sapag Chain (2014) destaca su relevancia en la toma de decisiones, ya que examina fuentes de financiamiento, riesgos asociados y la capacidad de cubrir costos operativos. Kerzner (2013) subraya la necesidad de presupuestos detallados y planes de contingencia para evitar sobrecostos, mientras Nungaray Lugo (2012) enfatiza la generación de flujos positivos que aseguren autosuficiencia a largo plazo.

Vargas (2016) introduce variables macroeconómicas: inflación, tasas de interés y contextos regulatorios. Además, resalta que la viabilidad financiera no es estática; requiere monitoreo constante para adaptarse a cambios del entorno.

B. Marco teórico, conceptual, legal e institucional

1. *Marco teórico sobre las clínicas medicas asistenciales*

El sector sanitario privado engloba servicios médicos gestionados por entidades no estatales clínicas, hospitales o profesionales independientes cuyo fin es preservar o recuperar la salud mediante atención personalizada, financiada por pagos directos o seguros privados. En países como El Salvador, este modelo complementa al sistema público, acelerando el acceso a servicios especializados y ampliando la cobertura nacional de salud.

La atención primaria, eje de iniciativas en comunidades marginadas, integra servicios básicos como prevención de enfermedades, promoción de hábitos saludables y educación sanitaria. Su implementación en clínicas asistenciales reduce brechas sociales y fomenta cohesión comunitaria. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana para la Salud (OPS) destacan que, en contextos de alta desigualdad, invertir en este nivel de atención es clave para mejorar indicadores sanitarios a largo plazo.

a) Definición de conceptos claves

i. Viabilidad Financiera

Según Saldaña (2017), este concepto evalúa la capacidad de un proyecto para financiar su operación mediante tres pilares:

- * Costos iniciales: Inversión en infraestructura, equipos y contratación de personal.
- * Ingresos proyectados: Estimaciones basadas en tarifas de servicios, subsidios o alianzas público-privadas.
- * Autosuficiencia: Reducción progresiva de dependencia externa para garantizar continuidad.

ii. Viabilidad Estructural

Rodríguez (2019) enfatiza que una clínica requiere:

- * Ubicación estratégica: Proximidad a poblaciones vulnerables.
- * Talento humano: Equipos multidisciplinares con formación adecuada.
- * Logística operativa: Tecnología y suministros para atención ininterrumpida.

iii. Colaboración Comunitaria

Pérez (2020) define este eje como la participación activa de la población en diseño y gestión de proyectos, mediante:

- * Toma de decisiones conjunta: Priorización de necesidades reales.
- * Alianzas intersectoriales: Sinergias con ONG, sector público y líderes locales.
- * Empoderamiento: Campañas educativas que promuevan prevención y autocuidado.

iv. Factibilidad

Franco (1992) conceptualiza este proceso como la selección de alternativas óptimas mediante análisis técnico-financieros, que incluyen cronogramas de inversión, diseño organizacional y planes de ejecución para obras físicas.

v. Sostenibilidad

Más allá de la fase inicial, Martínez (2009) vincula este factor con dos dimensiones:

- * Estabilidad económica: Diversificación de fuentes de ingreso.
- * Compromiso local: Participación comunitaria en mantenimiento de infraestructuras.

vi. Atención primaria en salud

La OMS (2023) resalta su costo-efectividad para mejorar equidad y resiliencia sanitaria, especialmente durante crisis como la COVID-19. Su enfoque integral aborda determinantes sociales (educación, medio ambiente) junto a servicios médicos directos.

vii. Accesibilidad Segmentada

Franco (1992) analiza cómo en El Salvador el acceso a salud varía según capacidad de negociación de grupos con el Estado, generando desigualdades en cobertura.

viii. Demanda de servicios de salud

Hermoso (2023) la define como el volumen de atenciones requeridas por una población, influenciado por ingresos, calidad percibida, costos y cobertura de seguros.

ix. Impacto social

Según el Tecnológico de Monterrey (2024), son transformaciones en dinámicas comunitarias, valores colectivos y hábitos cotidianos derivados de intervenciones externas.

2. Relación entre la infraestructura, los recursos y la evaluación económica del proyecto.

La infraestructura física, el equipamiento médico y los recursos humanos descritos constituyen la base operativa del proyecto y representan la inversión inicial y los costos necesarios para el funcionamiento de las clínicas médicas asistenciales. En los estudios de factibilidad, estos elementos no solo se analizan desde una perspectiva técnica y operativa, sino también desde un enfoque económico-financiero que permita determinar la viabilidad del proyecto en el tiempo.

Para tal efecto, la evaluación económica se apoya en indicadores financieros como el Valor Actual Neto (VAN), la Tasa Interna de Retorno (TIR) y la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR), los cuales permiten valorar si la inversión realizada en infraestructura, equipamiento y recursos humanos genera beneficios suficientes para justificar su implementación. El VAN facilita la comparación entre el valor presente de los

beneficios futuros y los costos asociados al proyecto, mientras que la TIR permite medir la rentabilidad esperada en relación con la inversión inicial. Por su parte, la TMAR actúa como un criterio de referencia para determinar si el rendimiento del proyecto resulta aceptable frente a otras alternativas de inversión o al costo del capital.

Asimismo, la depreciación del mobiliario, equipo médico e instalaciones constituye un elemento relevante dentro del análisis financiero, ya que refleja el desgaste y la vida útil de los activos utilizados en la prestación de los servicios de salud. De igual manera, los costos de mantenimiento, reposición de equipos y capacitación del personal influyen directamente en el flujo de caja del proyecto y, por ende, en los resultados de los indicadores financieros aplicados.

En este sentido, la relación entre la infraestructura, los recursos necesarios y la evaluación financiera permite integrar los aspectos técnicos y operativos con criterios económicos objetivos, garantizando que la propuesta de establecimiento de clínicas médicas asistenciales no solo sea funcional desde el punto de vista sanitario, sino también sostenible y viable en el mediano y largo plazo.

C. Marco legal e institucional

1. Marco legal

a) Constitución de la república de El Salvador

La Constitución de la República de El Salvador reconoce la salud como un derecho fundamental de la población y establece la obligación del Estado de garantizar condiciones que permitan su protección y desarrollo. En este sentido, el Artículo 1 (1999) establece que el Estado está organizado para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común, principios que incluyen el acceso a servicios básicos como la salud.

Asimismo, el Artículo 35 (1983) dispone la protección integral de los menores de edad, asegurando su derecho a la salud, la educación y la asistencia médica, lo cual respalda legalmente la implementación de servicios de atención primaria orientados a niños y adolescentes. Estas disposiciones constitucionales fundamentan la pertinencia social del

proyecto, al alinearse con los principios de protección y bienestar de la población, especialmente de los sectores más vulnerables.

b) Código de Salud

El Código de Salud constituye el principal cuerpo normativo que regula el sistema de salud en El Salvador. En su Artículo 2, reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud y establece las directrices generales para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados. Asimismo, dispone que las autoridades de salud deben coordinar acciones con organismos estatales, entidades privadas y personas naturales, lo cual habilita la participación de organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios médicos. (Reforma al código de salud, 1994).

El Artículo 3 establece que la participación de entidades nacionales e internacionales en actividades de salud debe sujetarse a las leyes y tratados internacionales vigentes, garantizando así que los proyectos de atención médica cumplan con estándares legales y técnicos. Por su parte, el Artículo 197 regula la ubicación, construcción e instalación de establecimientos privados de salud, aspecto fundamental para la adecuación de la infraestructura propuesta en este estudio.

Finalmente, el Artículo 204 asigna al Ministerio de Salud la función de supervisar y orientar los servicios médicos públicos y privados, lo que implica que la clínica asistencial deberá operar bajo la normativa, supervisión y autorización correspondiente, asegurando la calidad y seguridad en la atención brindada. (código de salud, 1988).

c) Ley de Medicamentos

La Ley de Medicamentos regula todas las actividades relacionadas con la fabricación, importación, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos en el país. El Artículo 2 establece que esta normativa es aplicable a todas las entidades públicas y privadas que participen en cualquiera de las etapas del control de medicamentos, lo cual incluye a clínicas médicas asistenciales que cuenten con dispensarios farmacéuticos. (Ley de medicamentos, 2012, art 2)

El Artículo 24 dispone que la distribución de medicamentos debe realizarse únicamente en establecimientos autorizados y bajo la supervisión de un profesional químico farmacéutico, garantizando el uso seguro y racional de los fármacos. Asimismo, el Artículo 27 establece que la venta o entrega de medicamentos solo puede ser realizada por personas o entidades debidamente registradas, incluso cuando estos sean suministrados de forma gratuita. Estas disposiciones legales son relevantes para el proyecto, ya que condicionan el funcionamiento del dispensario médico propuesto y exigen el cumplimiento de controles técnicos y administrativos que aseguren la calidad del servicio farmacéutico. (Ley de medicamentos, 2012, art 27)

d) Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

La Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud establece un marco de coordinación entre los sectores público y privado que participan en la prestación de servicios de salud. El Artículo 3 define al SNIS como un sistema que integra a todos los actores del ámbito sanitario, con el objetivo de garantizar el acceso equitativo y eficiente a los servicios de salud. (Según el art. 3).

El Artículo 7 reconoce a las organizaciones no gubernamentales que desarrollan actividades de salud como socias del sistema, lo que respalda legalmente la participación de la Misión Centroamericana en la provisión de servicios médicos asistenciales. Asimismo, el Artículo 10 establece que el Ministerio de Salud es responsable de definir las políticas y planes nacionales de salud, lo cual implica que la clínica propuesta debe alinearse con las estrategias y lineamientos del sistema nacional. (Según el art. 7, 10).

e) Ley de Asociaciones y Fundaciones Sin Fines de Lucro

La Ley de Asociaciones y Fundaciones sin Fines de Lucro regula el funcionamiento jurídico de las organizaciones que desarrollan actividades sociales sin perseguir fines lucrativos. El Artículo 1 establece el marco legal para la constitución y operación de asociaciones y fundaciones, garantizando su reconocimiento legal y su derecho a ejecutar proyectos de beneficio social.

El Artículo 7 permite que estas organizaciones obtengan la calificación de utilidad pública, previa evaluación del Ministerio de Hacienda, mientras que el Artículo 9 define a las entidades sin fines de lucro como aquellas cuyo objetivo principal no es la generación de beneficios económicos para sus miembros. Estas disposiciones respaldan la naturaleza social del proyecto y permiten que la clínica asistencial opere bajo un enfoque solidario, reinvertiendo los ingresos en la sostenibilidad del servicio y el bienestar comunitario. (Según el art 1,7, 9).

2) Marco institucional

El marco institucional se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1. Marco institucional

Leyes	Instituciones
Constitución de la República de El Salvador	Corte Suprema de Justicia, a través de la sala de lo constitucional.
Código de salud	Ministerio de Salud, a través del Consejo superior de salud pública.
Ley de medicamentos	Ministerio de Salud
Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Medicamentos Ministerio de Salud (MINSAL)
Ley de Asociaciones y Fundaciones Sin Fines de Lucro	Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial

Fuentes: Elaboración propia tomando en consideración pirámide de Kelsen.

D. Marco Histórico

1. Antecedentes de Clínicas Médicas

El concepto de clínica deriva del griego klinē (lecho), aludiendo a espacios donde pacientes reciben tratamiento sin hospitalización prolongada. Surgieron como alternativa a los grandes hospitales, priorizando accesibilidad y atención básica en entornos menos institucionalizados. A nivel global, su consolidación ocurrió durante el siglo XIX, cuando consultorios independientes comenzaron a ofrecer servicios ambulatorios. Este modelo evolucionó en el siglo XX hacia redes de atención primaria y especializada.

En El Salvador, las clínicas se definieron como centros ambulatorios enfocados en diagnósticos, consultas y tratamientos breves. Con el tiempo, organizaciones religiosas y ONG'S, como la Misión Centroamericana, impulsaron las clínicas médicas asistenciales: espacios comunitarios en zonas vulnerables que combinan servicios preventivos, educación sanitaria y apoyo social para mejorar calidad de vida.

2. Origen de las clínicas privadas

La atención médica privada se remonta a civilizaciones antiguas, donde médicos atendían exclusivamente a élites, mientras la población general recurría a prácticas tradicionales. Durante la Edad Media, órdenes religiosas gestionaron los primeros centros asistenciales, pero el cuidado individualizado siguió siendo privilegio de clases altas.

El siglo XIX marcó un punto de inflexión: avances científicos, industrialización y reformas sanitarias permitieron el auge de clínicas privadas urbanas dirigidas a burguesías emergentes. En el siglo XX, la expansión de seguros médicos y tecnologías como radiografías o ecógrafos impulsaron su diversificación en áreas como cardiología u oncología. Actualmente, estas clínicas son pilares en sistemas sanitarios globales, adaptándose a demandas de clases medias en países en desarrollo.

3. Origen de las clínicas privadas en El Salvador

En El Salvador, su aparición respondió a las limitaciones del sistema público durante la segunda mitad del siglo XX. Médicos emprendedores establecieron centros con equipos

modernos en zonas urbanas y semiurbanas, ofreciendo atención rápida y personalizada. Dos factores aceleraron este proceso:

Crecimiento socioeconómico: Una clase media emergente demandaba servicios especializados (ginecología, pediatría).

Incentivos estatales: Políticas favorecieron inversiones privadas en salud durante las décadas de 1980-1990. Hoy, estas clínicas incorporan tecnologías de imagenología y telemedicina, estableciendo estándares que influyen en el sector público.

4. Antecedentes de Misión Centroamericana

La Misión Centroamericana (MCA) es una organización cristiana evangélica con profundas raíces en el movimiento misionero protestante que surgió a fines del siglo XIX. Fundada en 1890 como la Misión Centroamericana por el teólogo Cyrus Ingerson Scofield, la organización fue inicialmente impulsada por la necesidad de llevar el evangelio y asistencia social a las comunidades menos evangelizadas de América Central, especialmente en zonas rurales y marginadas. La visión de Scofield era que el crecimiento del movimiento misionero global había pasado por alto a América Central, en favor de regiones como África y Asia, y que era necesario enfocarse en esta Samaria, refiriéndose a las regiones más cercanas a Estados Unidos.

La primera sede de la misión fue en Costa Rica, desde donde se expandió rápidamente a otros países centroamericanos como El Salvador, Honduras y Guatemala. En sus primeros años, la MCA se centró en la plantación de iglesias, la educación bíblica y la traducción de las Escrituras para las comunidades indígenas, en particular los pueblos Kaqchikel, Q'anjob'al y Mam en Guatemala. Uno de sus misioneros más destacados, Cameron Townsend, posteriormente fundaría los Traductores Bíblicos Wycliffe, que se convertiría en una organización global clave en la traducción de la Biblia.

Con el paso del tiempo, la misión amplió su labor para incluir proyectos de desarrollo comunitario, ofreciendo educación, servicios médicos y programas de ayuda social para las

comunidades más desfavorecidas. En El Salvador, la Misión Centroamericana estableció una red de iglesias y centros comunitarios, expandiendo su impacto en áreas urbanas y rurales con altos índices de pobreza. El enfoque de la organización en la educación y los servicios sociales se refleja en su esfuerzo por fundar clínicas médicas, ofreciendo atención médica accesible a las comunidades marginadas, tanto para sus miembros como para el público general.

La MCA también ha pasado por diversas fases de evolución institucional. En 1975, la organización fue rebautizada como CAM International, en un intento de reflejar su expansión global y diversificación en el alcance de su misión. Finalmente, en 2019, CAM se fusionó con Avant Ministries, un grupo misionero que también había trabajado extensamente en América Latina. Esta fusión fortaleció la presencia de la MCA en la región y permitió el desarrollo de nuevas iniciativas misioneras en áreas de plantación de iglesias, educación y salud comunitaria.

A lo largo de su historia, la MCA ha permanecido comprometida con un enfoque integral del evangelismo y el bienestar comunitario, en el que la atención a las necesidades espirituales va de la mano con la provisión de servicios esenciales como la salud. Las clínicas médicas asistenciales en El Salvador son una manifestación clara de este compromiso, abordando no solo la evangelización, sino también el cuidado físico y el bienestar social. (Misión centroamericana, 2024)

5. Caracterización de la Misión Centroamericana

Características esenciales de Misión centroamericana: a continuación, se presentan las características esenciales de la misión centroamericana. La iglesia cuenta con diferentes áreas de interés que organizan sus actividades y servicios.

En cuanto a los horarios de cultos, se realizan cultos dominicales en tres horarios: a las 7:00 de la mañana, 8:30 de la mañana y 10:30 de la mañana, finalizando el último a las 12:00 del mediodía. Además, los días miércoles se llevan a cabo cultos de oración en un horario de 6:00 de la tarde a 7:30 de la noche.

Respecto a los programas eclesiales, existe una franja dedicada al ministerio juvenil que se realiza los viernes de 7:00 de la noche a 9:00 de la noche. También hay un ministerio dirigido a mujeres, el cual se desarrolla los miércoles de 4:00 de la tarde a 6:00 de la tarde.

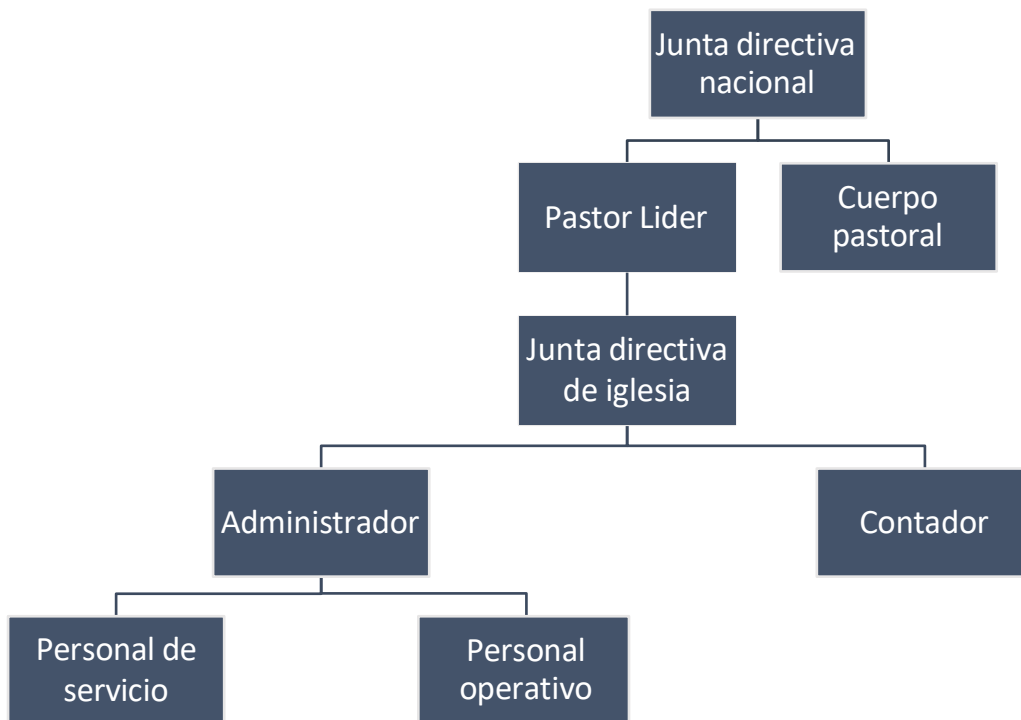
En las áreas de servicio, la iglesia cuenta con varios ministerios en los que los miembros pueden participar, entre ellos: el ministerio de ujieres, el ministerio de consejería, el ministerio de jóvenes, y el ministerio de alabanza y sonido.

En relación con los miembros de la iglesia, la población está distribuida por edades de la siguiente manera: el 40% corresponde a personas mayores de 50 años; el 33% tiene entre 40 y 50 años; el 7% está entre 30 y 40 años; el 14% corresponde a personas entre 18 y 30 años; y el 6% son menores de 18 años.

Finalmente, en cuanto a los programas sociales, la iglesia participa en la Fundación Adóptame, la cual tiene como objetivo apoyar a niños del municipio de San Marcelino que viven en condiciones de escasos recursos o en situación de orfandad. Asimismo, desarrollan un programa de apoyo a hospitales, que consiste en realizar visitas para orar por los enfermos y sus familias, además de brindarles alimentos y ropa a las personas que se encuentran hospitalizadas.



6. Organigrama de la Misión Centroamericana.

A continuación, se presentará el organigrama de la misión centroamericana.



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de la organización misión Centroamérica, elaborado el 13/10/2025.

Tabla 2. Simbología de Organigrama

Símbolo	Descripción
	Líneas continuas horizontales, significa especialización.
	Cargo o función desde la alta jerarquía hasta los cargos menores.
	Línea vertical que significa autoridad lineal

7. Clasificación de puestos

La clasificación de puestos es esencial para organizar los roles de la organización de manera que cada uno refleje su valor y responsabilidad dentro de la misión y estructura basada de la organización. La clasificación de puestos es en categoría basada en factores claves según el tipo de trabajo, el nivel de responsabilidad, y el grado en especialización necesario, las categorías son:

- a) **Puestos eclesiales:** Incluyen roles como ministros, pastores, y líderes espirituales. Estos puestos suelen ser el corazón de la organización, ya que se encargan de actividades directamente relacionadas con la organización. En este caso suelen ser de un alto nivel de compromiso, formación espiritual o teológica y experiencia.
- b) **Puestos administrativos:** incluyen roles como el del administrador, contabilidad y recursos humanos. Dado que son esenciales para la continuidad operativa, estos roles suelen requerir experiencia previa y habilidades administrativas específicas.
- c) **Puestos Operativos:** Los roles de apoyo logístico y mantenimiento, como personal de limpieza, seguridad y soporte técnico. No requieren especialización, si son necesarios para el funcionamiento básico.

8. Establecimiento de rangos salariales

Después de definir los grados y niveles se asignan rangos salariales específicos para cada uno. Los rangos salariales deben tener en cuenta varios factores para equilibrar la equidad y la competitividad:

- a) **Salarios del equipo eclesial:** Los salarios más altos son aquellos de los puestos eclesiales, esto debido a que la principal actividad económica es actividades religiosas, en muchos de los casos en la organización misión centroamericana los salarios son determinados debido al nivel de ingresos que posea la iglesia, esto con el fin de no ofrecer un salario muy dispar con respecto al nivel de ingresos, además de existir diferentes figuras dentro las cuales son:

- i. Pastor asociado: pastor asociado a la organización el cual puede ser un equipo de pastores o uno solo.
- ii. Pastor medio tiempo: Pastor que está contratado, es asociado a la organización sin embargo realiza sus labores pastorales presenciales en un lapso de tiempo determinado, este puesto está destinado para pastores que fuera de la obra evangelística tienen trabajos propios y/o empresas que atender.
- iii. Obrero: persona contratada para ejercer labores ministeriales dentro de la iglesia la cual recibe un salario.
- iv. Salarios administrativos: Estos salarios están destinados a las personas como lo son administradores de la iglesia, contadores, secretaria y/o auxiliares administrativos; normalmente debido a que hay iglesias que no cuentan con el suficiente capital para poder tener algunos de estos puestos algunos son suprimidos.
- v. Salarios operativos: estos salarios están destinados para personal que desarrolla funciones de operatividad dentro de la iglesia, los cuales no se involucran en la toma de decisiones.

9. Estructura Organizacional y Operativa

La MCA está compuesta por una red de iglesias, escuelas y centros comunitarios que actúan como puntos de referencia en sus áreas de influencia. La estructura organizativa es horizontal, con un enfoque en la colaboración local y la participación comunitaria. Esto le permite responder de manera flexible a las necesidades específicas de cada región y adaptar sus programas a los contextos culturales y económicos de las diferentes comunidades.

A nivel global, la MCA ha desarrollado asociaciones estratégicas con otras organizaciones misioneras y no gubernamentales, lo que le ha permitido expandir su alcance y multiplicar sus esfuerzos. En 2019, la fusión con Avant Ministries fortaleció su capacidad

operativa, permitiendo que sus esfuerzos misioneros llegaran a nuevos territorios, no solo en América Latina, sino también en África y Asia.

10. Visión de Futuro

A medida que la MCA sigue creciendo, su visión de futuro incluye la ampliación de sus programas de salud y educación, así como la consolidación de su presencia en comunidades cada vez más globalizadas. El enfoque en la capacitación de líderes locales, el uso de nuevas tecnologías para la evangelización y la creación de nuevas alianzas estratégicas son algunos de los pilares que guiarán el futuro de la organización.

En resumen, la Misión Centroamericana se distingue no solo por su compromiso con la evangelización, sino también por su dedicación a la transformación social y comunitaria en América Central. Su carácter integral, adaptable y profundamente arraigado en los principios del servicio comunitario, la convierte en un actor clave en el bienestar de las comunidades más necesitadas de la región.

Fundación adóptame una fundación destinada a poyar a niños de San Marcelino de escasos recursos económicos o que se encuentran en estado de orfandad.

Tabla 3. Iglesias por país.

País	Cantidad de iglesias
Guatemala	127
El Salvador	75
Honduras	44
Nicaragua	57
Costa Rica	21
TOTAL	324

Fuentes: Elaboración propia, con datos obtenidos por la organización Misión Centroamericana en El Salvador

Tabla 4. Población de la organización Misión Centroamericana en El Salvador

Departamento	Número de miembros
Ahuachapán	681
Cabañas	50
Chalatenango	295
Cuscatlán	226
La Libertad	424
La paz	1049
Morazán	515
San Miguel	202
San Salvador	1732
San Vicente	170
Santa Ana	1321
Sonsonate	480
Usulután	70
TOTAL	7215

11. Conceptos relevantes y normas sanitarias

a) Infraestructura de establecimiento de salud

Abarca instalaciones físicas (consultorios, quirófanos), equipos diagnósticos (ecógrafos, resonadores) y sistemas digitales para gestión de historiales clínicos. Según normativas locales, el diseño debe priorizar flujos seguros entre áreas críticas (ej.: separación

entre zonas de triage y recuperación). Un elemento clave es la capacitación continua del personal, garantizando competencias técnicas y manejo de protocolos actualizados.

b) Certificaciones sanitarias

Para operar, las clínicas en El Salvador requieren:

Licencia Sanitaria: Aval del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) que verifica cumplimiento de normas de higiene y seguridad. Buenas Prácticas Clínicas: Auditorías periódicas sobre estandarización de procedimientos médicos. Bioseguridad: Protocolos para manejo de desechos, esterilización de equipos y prevención de infecciones intrahospitalarias.

E. Infraestructura y recursos

1. Infraestructura disponible

El Consejo Superior de Salud Pública (CSSP 2021) clasifica los requisitos en dos categorías: Críticos: Condiciones indispensables para operar (ej.: ventilación en quirófanos, suministro eléctrico ininterrumpido). Complementarios: Elementos que mejoran eficiencia sin ser vitales (ej.: señalización bilingüe, estacionamientos). Para aprobación definitiva, las clínicas deben cumplir al menos el 80% de estos últimos.

Tabla 5. Clasificación de requisitos críticos y mayores para clínicas médicas.

Áreas	Críticos	Mayores
Consultorios médicos	Dimensiones mínimas de 6 metros cuadrados, con zonas de consulta y examen físico. Equipamiento esencial, como camas, lavamanos, tensiómetro, estetoscopios, balanzas.	
Área de servicios complementarias	Área de espera con buena ventilación e iluminación, equipada con asientos cómodos Baños accesibles y adaptados a los pacientes.	Instalaciones de descanso para personal (área de comedor, baño de personal médico)
Accesibilidad	Rampas para personas con discapacidad Higiene diaria en las instalaciones clínicas	Señalización clara para personas con discapacidad visual o auditiva
Estado de los locales	Extintores, vías de evacuación y mantenimiento de las instalaciones	
Recursos humanos	Regente médico con las certificaciones necesarias Proporción adecuada de enfermeras por paciente	Personal de oficina suficiente para recepción, citas, facturación y archivos
Equipamiento médico	Equipos básicos (estetoscopios, tensiómetros, termómetros, balanza, tallímetro) Equipamiento para procedimientos menores Plan de medicamentos y calibración periódica de equipos médicos	Equipo especializado según la clínica
Áreas administrativas		Recepción amplia. Sistema de archivos médicos de los pacientes. Oficinas administrativas con sistemas informativos para proteger datos de pacientes.

Fuentes: Elaboración propia tomando en consideración los requerimientos técnicos administrativos solicitados por el Consejo Superior de Salud Pública.

2. *Consultorios médicos*

Los consultorios constituyen el núcleo operativo de cualquier centro clínico, siendo espacios multifuncionales donde convergen diagnóstico, tratamiento y relación médico-paciente. Su diseño requiere equilibrio entre ergonomía, seguridad biológica y eficiencia operativa. Las normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP 2021) establecen tres pilares fundamentales:

- a) **Dimensiones y disposición:** Superficie mínima de 6 m² distribuida en dos zonas diferenciadas: área de consulta (diálogo clínico) y área de examen (procedimientos básicos).
 - i. Distribución que garantice privacidad mediante separación visual/acústica, usando biombo o cortina en casos de limitaciones arquitectónicas.
 - ii. Mobiliario modular que permita reconfigurar el espacio según necesidades (ej.: camilla plegable para optimizar circulación).

- b) **Equipamiento:** Las camillas ajustables, con alturas que van desde 70 hasta 110 centímetros, se adaptan a las necesidades individuales de cada paciente, complementándose con puestos de trabajo digitalizados que sincronizan automáticamente los datos clínicos en plataformas electrónicas. La iluminación regulable, en tonalidades neutras entre 4000 y 4500 Kelvin, reduce la tensión ocular del equipo médico durante largas jornadas. Para los procesos diagnósticos, se requieren instrumentos calibrados bajo estándares internacionales: desde dispositivos para medir presión arterial hasta balanzas con sistemas integrados para calcular índice de masa corporal. Las medidas rigurosas de control sanitario incluyen lavabos accionados por pedal ubicados estratégicamente cerca de los consultorios y dispensadores automáticos de alcohol en gel en zonas de alta circulación.

- c) **Requisitos ambientales:** Los espacios físicos deben garantizar seguridad microbiológica mediante flujos de aire controlados (ya sea por ventilación natural cruzada o sistemas mecanizados con filtros HEPA), pisos texturizados antideslizantes, y revestimientos murales de fácil limpieza hasta 1.5 metros de altura, combinando funcionalidad con durabilidad.

3. *Áreas administrativas*

El área receptora funciona como eje coordinador, integrando tecnología biométrica para auto registro de pacientes y equipos portátiles de evaluación inicial (como oxímetros y termómetros sin contacto). Las dependencias administrativas requieren infraestructura tecnológica blindada: computadoras con cifrado de datos, respaldos físicos en archivadores ignífugos, y plataformas digitales con autenticación multifactorial para proteger la confidencialidad de historiales médicos, cumpliendo con los lineamientos del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP 2021).

4. *Áreas de servicio complementarias*

Paralelamente, se deben habilitar zonas de descanso para el personal con equipamiento básico de cocina y áreas de relajación con mobiliario ergonómico, promoviendo la recuperación mental durante pausas laborales. Los servicios sanitarios, accesibles para sillas de ruedas, incorporan puertas corredizas de 90 cm de ancho, barras de apoyo ajustables y protocolos de desinfección horarios que mitigan riesgos infecciosos.

5. *Accesibilidad*

La accesibilidad integral implica rampas con inclinación $\leq 8\%$, ascensores con controles hápticos y señalética multisensorial (braille, señales sonoras), asegurando autonomía para pacientes con discapacidades.

- a) **Rampas y elevadores:** Si la clínica se encuentra en un edificio de varios pisos, se deben tener ascensores adecuados para personas con discapacidades físicas. Asimismo, es necesario colocar rampas en las zonas que las necesiten, respetando las inclinaciones mínimas exigidas por las leyes de accesibilidad. Debe contar con mapas hápticos y alertas lumínicas para emergencias, asegurando autonomía para todos los usuarios. Los baños adaptados superan los estándares básicos al incorporar sensores de movimiento para grifos y dispensadores, además de espacios de giro libre para sillas de ruedas.
- b) **Estado de los locales:** La accesibilidad en centros médicos trasciende el mero acceso físico, implicando un diseño universal que garantice autonomía para pacientes con

movilidad reducida o discapacidades. Esto requiere protocolos periódicos de mantenimiento predictivo: desde revisiones estructurales (grietas en muros, estado de instalaciones eléctricas) hasta actualización de sistemas contra incendios y señalética de emergencia. La higiene se aborda mediante ciclos de desinfección cada cuatro horas en áreas críticas (quirófanos, laboratorios), utilizando nebulizadores de peróxido de hidrógeno y limpieza terminal diaria, alineados con normativas del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP 2021).

6. Recursos humanos capacidad

En cuanto a recursos humanos, la dotación de personal debe equilibrarse según la demanda asistencial. Para consultas generales, se sugiere un médico por cada 18-20 pacientes diarios, mientras que en especialidades complejas (cardiología, neurología) la ratio disminuye a 1:12. Las enfermeras, eje vital en la atención continua, requieren una distribución de 1 profesional por cada 10-12 usuarios, priorizando seguimiento posoperatorio y educación sanitaria. El personal administrativo (1-3 agentes por turno) debe dominar plataformas digitales de gestión y sistemas de triage automatizado.

a) Especialización de personal: La especialización del equipo clínico es fundamental: médicos generales con certificación en urgencias, apoyados por especialistas en ginecología (ecógrafos portátiles, colposcopios), odontología (equipos radiográficos intraorales) y dermatología (láseres de baja frecuencia, dermatoscopias digitales). Cada profesional debe contar con credenciales vigentes y participar en programas semestrales de actualización en nuevas tecnologías.

7. Equipamiento médico

El equipamiento médico es vital para asegurar que en una clínica médica se cuente con los instrumentos adecuados para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes, siendo esencial para el funcionamiento correcto de la institución de salud. La calidad de la atención ofrecida se ve influenciada por la disponibilidad, calidad y estado del equipamiento médico. A continuación, se describen los elementos particulares de este indicador.

a) Disponibilidad de equipo: La disponibilidad de equipamiento se relaciona con la presencia de los dispositivos médicos requeridos para ofrecer un estándar adecuado de atención médica en consultorios y salas de procedimientos. Cada clínica debe tener un inventario de equipos médicos necesarios conforme a los servicios que brinden para cumplir con sus objetivos.

b) Herramientas fundamentales para diagnosticar: Cada clínica médica necesita tener un conjunto de equipos de diagnóstico básicos para que los médicos puedan evaluar de manera rápida y precisa la salud de los pacientes. Estos dispositivos contienen:

- iii. Estetoscopios: Son empleados para la evaluación de sonidos corporales como corazón latidos y respiración. Es esencial que esté presente en todos los consultorios para brindar atención médica general.
- iv. Medidores de presión: Necesarios para la medición de la presión arterial y el diagnóstico de problemas vinculados a la hipertensión, una condición frecuente que impacta a numerosas personas.
- v. Termómetros: para uso clínico: Utilizados para detectar infecciones o fiebre midiendo la temperatura corporal.
- vi. Bascula y tallímetros: Instrumentos para determinar el peso y la estatura del individuo, lo cual es esencial para calcular el índice de masa corporal (IMC) y otros datos relevantes de salud.

8. Existencia de equipo

El equipamiento diagnóstico básico incluye estetoscopios electrónicos con amplificación de sonidos, tensiómetros oscilo métricos validados por la Organización Mundial de la Salud OMS, y básculas inteligentes que calculan (IMC) y composición corporal. Para intervenciones menores, se necesitan kits de sutura esterilizados, lámparas LED quirúrgicas con ajuste térmico, y contenedores herméticos para instrumental. deben disponer de electrocardiógrafos portátiles y glucómetros de alta precisión.

La calidad tecnológica se asegura mediante certificaciones para dispositivos médicos y contratos de mantenimiento con proveedores acreditados. Los equipos deben someterse a

calibración trimestral (esfigmomanómetros, termómetros infrarrojos) y reemplazarse tras cumplir su vida útil estimada (5-7 años para dispositivos electrónicos).

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS MÉDICOS Y NECESIDADES DE SALUD EN LA MISIÓN CENTROAMERICANA EN SAN SALVADOR CENTRO

A. Importancia de la investigación

Este estudio busca diagnosticar las condiciones de salud en comunidades atendidas por la Misión Centroamericana en San Salvador, enfocándose en tres ejes:

Identificar tendencias en la morbilidad local (enfermedades crónicas, barreras de acceso). Cuantificar la demanda real de atención mediante metodologías de georreferenciación y análisis de brechas asistenciales. Medir la demanda real mediante georreferenciación de brechas en atención primaria. Diseñar una oferta de servicios médicos adaptada a las características socioeconómicas de la población.

B. Objetivos de la investigación.

1. Objetivo general

Analizar las necesidades de salud de la población atendida por la Misión Centroamericana en el distrito de San Salvador Centro y evaluar la factibilidad técnica, operativa y financiera para la implementación de clínicas médicas asistenciales que respondan a las demandas identificadas, asegurando su sostenibilidad y alineación con los objetivos institucionales de la organización.

2. Objetivos específico

- a) Identificar las principales enfermedades crónicas, condiciones de salud prevalentes y barreras de acceso a servicios médicos que afectan a la población del distrito de San Salvador atendida por la Misión Centroamericana.

- b) Evaluar la demanda potencial de servicios médicos y la capacidad operativa requerida (recursos humanos, infraestructura, equipamiento) para establecer clínicas asistenciales adaptadas a las características sociodemográficas y necesidades específicas de la comunidad.

- c) Proponer un modelo de gestión y operación para clínicas médicas asistenciales, sustentado en alianzas estratégicas público-privadas y mecanismos de financiamiento, que permita garantizar la sostenibilidad económica, operativa y social del proyecto, así como su integración a la red local de servicios de salud.

C. Objeto de estudio

Este estudio evalúa la posibilidad de establecer clínicas médicas en las filiales de la Misión Centroamericana en San Salvador, centrándose en tres pilares: necesidades sanitarias, capacidad operativa y sostenibilidad económica. El objetivo es determinar si es viable crear una red de atención primaria adaptada a las demandas locales, fortaleciendo así los servicios comunitarios existentes. Para ello, se analizan las condiciones de salud predominantes, la infraestructura disponible, la disponibilidad de personal calificado y los recursos financieros requeridos.

1. Unidades de análisis

El análisis incluye a miembros de la comunidad, líderes locales y autoridades religiosas, lo que permite una visión integral de las necesidades. Los datos demográficos revelan una población diversa.

2. Fuentes de información

a) Fuentes primarias de información

Las fuentes primarias de información corresponden a los datos obtenidos de forma directa durante el desarrollo de la investigación, mediante la aplicación de técnicas de recolección como la entrevista y la encuesta.

La entrevista se utilizó para obtener información cualitativa, a través de preguntas estructuradas dirigidas a actores clave vinculados a la Misión Centroamericana, con el fin de conocer la situación actual de los servicios de salud, la disponibilidad de recursos y la viabilidad operativa del proyecto.

Por su parte, la encuesta permitió recopilar información cuantitativa directamente de la población beneficiaria, orientada a identificar necesidades de atención médica, frecuencia de uso de servicios de salud y principales barreras de acceso. Los datos obtenidos mediante esta técnica facilitaron el análisis de la demanda potencial de los servicios médicos propuestos.

b) Fuentes secundarias de información

Documentación oficial de la misión centroamericana: informes anuales, memorias de labores, actas de reuniones y cualquier otro documento que fuese relevante que describa las actividades de la organización en el área de la salud comunitaria.

Estudios previos y artículos científicos: investigaciones realizadas sobre el sistema de salud en El Salvador, así como información de la atención primaria en salud y proyectos similares de clínicas privadas.

Informes y estadísticas por parte de entes internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS) o WHO (World Health Organization) además del Ministerio de Salud, que aporten información sobre la situación de salud del país así mismo las necesidades médicas no cubiertas.

Libros y manuales especializados en la viabilidad de proyectos de índole social, así mismos manuales de buenas prácticas de salud que poseen las entidades gubernamentales.

D. Metodología empleada en la investigación de campo.

La presente investigación se fundamentó en el método científico, entendido como un proceso sistemático, lógico y ordenado que permite la obtención de conocimientos válidos y verificables mediante la formulación del problema, revisión teórica, recolección de datos, análisis e interpretación de resultados. Este método garantizó la rigurosidad académica y la objetividad en el desarrollo del estudio de factibilidad para el establecimiento de clínicas médicas asistenciales en la Misión Centroamericana.

Dentro del método científico, se adoptó el método deductivo como enfoque principal, partiendo de principios y teorías generales relacionadas con los estudios de factibilidad, la sostenibilidad de proyectos de salud y la atención primaria, para su aplicación al contexto específico de la Misión Centroamericana en San Salvador Centro. Este enfoque permitió contrastar los planteamientos teóricos con la realidad observada y determinar la viabilidad del proyecto.

Como métodos lógicos auxiliares se emplearon el método analítico y el método sintético. El método analítico permitió descomponer el objeto de estudio en elementos fundamentales como la demanda de servicios médicos, infraestructura disponible, recursos humanos y condiciones financieras. Posteriormente, el método sintético facilitó la integración de los resultados obtenidos, permitiendo formular conclusiones y diseñar una propuesta integral de factibilidad. La investigación adoptó un diseño no experimental, dado que las variables fueron observadas en su contexto natural sin manipulación intencional. Asimismo, el estudio es de tipo descriptivo, debido a que se orientó a caracterizar la situación actual de las necesidades de salud, las condiciones operativas y la capacidad institucional, con el propósito de sustentar la propuesta del proyecto.

E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. *Técnicas de recolección de datos*

a) Entrevistas

Profundizan en percepciones de actores estratégicos (líderes, médicos), explorando desafíos no cuantificables en encuestas.

b) Encuestas

Miden acceso a servicios, satisfacción usuaria y disposición a pagar por atención privada.

2. *Instrumentos de recolección de datos.*

Para la aplicación de las técnicas antes descritas se diseñaron los siguientes instrumentos:

- a) Guía de entrevista semiestructurada, dirigida a líderes y representantes de la Misión Centroamericana, compuesta por preguntas abiertas orientadas a identificar necesidades institucionales, recursos disponibles y percepciones sobre la implementación de las clínicas médicas asistenciales.
- b) Cuestionario estructurado, dirigido a miembros y beneficiarios de la organización, integrado por preguntas cerradas y de opción múltiple, organizadas en secciones relacionadas con acceso a servicios médicos, frecuencia de atención, nivel de satisfacción y capacidad de pago. Estos instrumentos permitieron recolectar información confiable y pertinente para sustentar el estudio de factibilidad.

F. Determinación del universo y muestra

1. *Universo*

El universo de estudio está conformado por 1,165 personas, integrado por 120 miembros activos de la filial central de la Misión Centroamericana y 1,045 integrantes pertenecientes a nueve pastores de las congregaciones, quienes constituyen la población potencial beneficiaria del establecimiento de las clínicas médicas asistenciales.

2. *Muestra*

La muestra del estudio se definió considerando dos tipos de unidades de análisis, bajo los siguientes parámetros metodológicos. En primer lugar, se realizó un censo completo de los pastores responsables de las nueve congregaciones, debido a que el tamaño de esta población es reducido (9 pastores) y su participación resulta clave para obtener información institucional y operativa relevante para el proyecto.

En segundo lugar, para la población de congregantes se aplicó una muestra estratificada, utilizando como parámetros de estratificación la edad y el género, con el fin de garantizar la representatividad de los distintos grupos poblacionales y recoger percepciones diversas sobre las necesidades de salud y el acceso a servicios médicos. La selección de los participantes dentro de cada estrato se realizó de manera proporcional al tamaño de cada grupo, asegurando equilibrio y validez en los resultados obtenidos.

Cálculo de la muestra.

$$n = \frac{1,165 \cdot (1.75)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2(1,165 - 1) + (1.75)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{1,165 \cdot 3.0625 \cdot 0.25}{0.0064 \cdot 1,164 + 0.7656}$$

$$891.05$$

$$n \approx 109 \text{ personas}$$

<p><i>Fórmula para poblaciones finitas</i></p> $n = \frac{(Z)^2 * P * Q * N}{(N - 1) * (E)^2 + Z^2 * P * Q}$
--

Con base en una población total de 1,165 personas, un nivel de confianza del 92 % y un margen de error del 8 %, el tamaño de la muestra calculado para el estudio es de 109 personas, las cuales fueron seleccionadas mediante un muestreo estratificado, considerando criterios de edad y género, con el fin de garantizar la representatividad de la población atendida por la Misión Centroamericana.

G. Resultados de la investigación de campo**1. Datos obtenidos sobre la necesidad actual de salud y análisis**

Los datos recabados indican que la comunidad sufre principalmente de:

Las enfermedades crónicas (42%) son el principal motivo de consulta, seguidas de alergias (24%) y condiciones autoinmunes (19%), lo que exige servicios especializados en manejo prolongado de patologías. Los servicios más solicitados son consultas generales (22%), exámenes de laboratorio (21%) y odontología (20%), con demanda específica en ginecología (14%) y pediatría (11%) para atender a mujeres y niños. (Ver anexo 2, pág. 78),

H. Análisis e interpretación de datos, diagnósticos de la situación actual**1. Análisis e interpretación situación actual san salvador centro**

Demografía: 22% adultos mayores (>56 años) con requerimientos en geriatría y manejo de cronicidades. El 21% jóvenes (18-25 años) demandantes de servicios preventivos y salud sexual/reproductiva. Predominio femenino (56%), sugiriendo estrategias con enfoque de género (ej.: gineco-obstetricia accesible).

Alfabetización sanitaria destacada: 70% cuenta con educación secundaria (36%) o superior (34%), facilitando programas de autocuidado estructurados. Afiliación y Ubicación: 65% afiliados directos a Misión Centroamericana, indicando capital social aprovechable para implementación participativa.

Geográficamente, San Salvador (25%) como núcleo estratégico, Mejicanos (14%) y Apopa (13%) requieren modelos de atención móvil/descentralizada.

Acceso y Uso de Servicios Médicos: Un 49% reporta dificultades, principalmente por: escasez de profesionales (33%) y limitaciones económicas (30%)

Patrones de uso: 33% acceso episódico (solo emergencias) vs. 21% atención periódica, evidenciando brecha en continuidad asistencial.

Preferencias y Costos: Los datos revelan que el 44% de la población utiliza hospitales públicos, reflejando dependencia de servicios económicos, mientras un 34% prefiere clínicas privadas, mostrando disposición a pagar por calidad. El costo promedio por consulta privada es de \$8, lo que sugiere establecer tarifas competitivas en ese rango. Los factores decisivos para elegir un centro médico son el precio (34%) y la calidad del servicio (31%), superando aspectos como ubicación (11%) o afinidad institucional (10%).

Motivos de Consulta y Servicios Requeridos: Las enfermedades crónicas (42%) son el principal motivo de consulta, seguidas de alergias (24%) y condiciones autoinmunes (19%), lo que exige servicios especializados en manejo prolongado de patologías. Los servicios más solicitados son consultas generales (22%), exámenes de laboratorio (21%) y odontología (20%), con demanda específica en ginecología (14%) y pediatría (11%) para atender a mujeres y niños. Apoyo al Proyecto: Un 93% de los encuestados apoya la apertura de la clínica, motivado por costos accesibles (32%) y calidad médica (29%).

I. Diagnóstico específico de la situación actual, San Salvador centro

1. Diagnóstico de la situación actual de la población beneficiaria de la Misión Centroamericana

La población atendida por la Misión Centroamericana presenta una diversidad etaria significativa. El 22 % corresponde a menores de 18 años, el 21 % a jóvenes entre 18 y 25 años, y un porcentaje relevante se concentra en adultos de 36 a 45 años (20.2 %), así como en personas mayores de 56 años. Esta distribución evidencia la necesidad de servicios de salud dirigidos a distintos grupos etarios, con énfasis en atención preventiva y de control.

En cuanto al género, predomina la población femenina (56.5 %), lo que refuerza la pertinencia de incorporar servicios orientados a la salud de la mujer, particularmente atención ginecológica y programas de prevención.

Respecto al nivel educativo, el 70 % de la población cuenta con educación secundaria o superior, lo cual facilita la implementación de programas de educación y promoción de la salud. No obstante, se hace necesario adaptar los materiales informativos para el 8.3 % que posee únicamente educación primaria, garantizando una comunicación accesible e inclusiva.

En relación con la residencia, la población se concentra principalmente en los distritos de Mejicanos (24.8 %), San Salvador (13.8 %) y Soyapango (12.8 %), así como en otros distritos como Ayutuxtepeque, Ilopango y Ciudad Delgado. Esta distribución territorial evidencia la importancia de ubicar estratégicamente la clínica médica asistencial en una zona que facilite el acceso a estos sectores, especialmente al distrito de Mejicanos, con el fin de atender a una población diversa.

Finalmente, más del 64 % de las personas encuestadas son miembros activos de la Misión Centroamericana, lo cual refleja un nivel previo de confianza y aceptación hacia la organización, constituyéndose en un factor favorable para la implementación y sostenibilidad del proyecto de clínicas médicas asistenciales.

2. *Análisis de la demanda potencial*

Las enfermedades crónicas (42.2%), alergias (23.9%) y trastornos hereditarios/nutricionales (17.4-18.3%) requieren seguimiento continuo, prevención y educación en hábitos saludables. La alta frecuencia de atención en emergencias (33%) subraya la necesidad de promover chequeos regulares y programas preventivos.

3. *Indicadores de demanda y operación*

Cuando las personas van a una clínica privada, los costos más frecuentes rondan los 1 a 10 dólares (51,4% en conjunto), seguidos de 16 a 20 dólares (23,9%). También hay quienes llegan a pagar más de 21 dólares. Esto demuestra que el factor económico es muy relevante.

Asimismo, el 95,3% de los encuestados indica que apoyaría y utilizaría con frecuencia una clínica asistencial de la Misión Centroamericana, si estuviera cerca de su residencia. Esto indica un altísimo nivel de predisposición a usar los servicios, lo cual se traduce en una demanda potencialmente sólida.

4. *Servicios a ofrecer en base a la necesidad*

De acuerdo con los resultados de la encuesta (¿qué servicios consideran más importantes?), se identifican como prioritarios los siguientes rubros: Consultas médicas generales (55,1%), Exámenes de laboratorio (52,3%) y Atención odontológica (50,5%). Adicionalmente, se señalan otros servicios de interés, como Servicios pediátricos (27,1%), Atención ginecológica (33,6%), Vacunación (15,9%) y Atención psicológica (13,1%).

La relevancia de estos datos radica en que, al ofrecer una variedad de prestaciones la clínica se posicionaría como una opción integral para la comunidad. Por ejemplo, las consultas de especialidades médicas (pediatría, ginecología, psicología) se contemplan en menor porcentaje, pero son esenciales para cubrir necesidades específicas y fomentar la atención preventiva. Por lo tanto, la implementación de estos servicios incrementaría la percepción de calidad y compromiso de la clínica con el bienestar de los usuarios.

5. *Nivel de aceptación*

El 95.3% de los encuestados utilizaría la clínica si estuviera cerca de su residencia, destacando la importancia de ubicación accesible (27.1%) y confianza en la institución.

Otros factores que refuerzan el nivel de aceptación incluyen:

- a) Costos accesibles (53,3%), como aspecto fundamental para la sostenibilidad económica de los usuarios.
- b) Calidad del personal médico (48,6%), la cual incide directamente en la percepción de eficacia y confiabilidad.
- c) Horarios flexibles (28%), que permiten atender a segmentos poblacionales con limitaciones laborales o familiares.

J. Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

La investigación realizada permitió determinar que el establecimiento de clínicas médicas asistenciales en las filiales de la ONG Misión Centroamericana es una alternativa viable, pertinente y sostenible para mejorar el acceso a servicios de salud en el distrito de San Salvador, debido a la existencia de una demanda significativa de atención médica, la presencia de enfermedades crónicas y barreras económicas de acceso, así como al alto nivel de aceptación de la población beneficiaria hacia un modelo de atención integral sustentado en estrategias operativas, financieras y alianzas institucionales.

Se identificó que las principales necesidades de salud de la población atendida por la Misión Centroamericana están relacionadas con enfermedades crónicas en adultos mayores, así como la necesidad de fortalecer acciones preventivas y de promoción de la salud en jóvenes, evidenciando además que las limitaciones económicas y la insuficiente oferta de atención médica constituyen las principales barreras de acceso a los servicios de salud.

El análisis sociodemográfico y territorial permitió establecer que existe una demanda potencial favorable para la implementación de clínicas médicas asistenciales, debido al predominio de población femenina, niveles educativos medios y superiores, y la concentración de beneficiarios en distritos estratégicos, factores que facilitan el desarrollo de programas de educación en salud y justifican la necesidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento adaptados a las características de la comunidad.

Se concluyó que un modelo de gestión basado en alianzas estratégicas público-privadas, acompañado de mecanismos de financiamiento accesibles y una adecuada planificación administrativa y operativa, permitirá garantizar la sostenibilidad económica, social y funcional de las clínicas médicas asistenciales, favoreciendo además su integración a la red local de servicios de salud y el fortalecimiento de la atención comunitaria.

2. *Recomendaciones*

Se recomienda implementar el proyecto de clínicas médicas asistenciales en las filiales de la ONG Misión Centroamericana mediante un modelo de atención integral, accesible y sostenible, orientado a responder a las necesidades de salud identificadas en la población del distrito de San Salvador, fortaleciendo la atención de enfermedades crónicas, la prevención y promoción de la salud, así como la articulación con actores estratégicos que garanticen la viabilidad económica, operativa y social del proyecto.

Se recomienda priorizar programas de atención y control de enfermedades crónicas dirigidos principalmente a adultos mayores, así como desarrollar campañas permanentes de prevención, educación y promoción de la salud orientadas a jóvenes y población femenina, con el propósito de responder a las principales condiciones de salud y barreras de acceso identificadas en la investigación.

Se sugiere fortalecer la capacidad operativa de las clínicas mediante la contratación estratégica de personal médico en las especialidades de mayor demanda, la adecuada planificación de infraestructura y equipamiento, y la ampliación de horarios de atención, considerando las características sociodemográficas y la distribución territorial de la población beneficiaria para garantizar mayor cobertura y accesibilidad.

Se recomienda establecer un modelo de gestión sostenible basado en alianzas estratégicas con instituciones públicas, privadas y académicas, acompañado de mecanismos de financiamiento y subsidio que permitan ofrecer servicios médicos accesibles, incorporar herramientas tecnológicas como expedientes clínicos digitales y telemedicina, y asegurar la sostenibilidad económica, operativa y social de las clínicas médicas asistenciales.

CAPÍTULO III: PROPUESTA DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CLINICAS ASISTENCIALES FILIALES DE MISIÓN CENTROAMERICANA EN EL DISTRITO DE SAN SALVADOR CENTRO.

A. Objetivo de la propuesta

Crear una propuesta estructurada, que permita la implementación de una clínica médica de la filial por medio de la realización del establecimiento de clínicas médicas asistenciales en la filial de Misión Centroamericana, ubicadas en el Distrito de San Salvador Centro.

B. Definición de la propuesta

El establecimiento de una clínica médica asistencial ubicada en el distrito de San Salvador Centro, consiste en brindar servicios útiles de atención primaria en salud, consulta general, toma de citologías, enfermedades crónicas, dispensario de medicamentos, orientado a personas de bajos ingresos que pueden ser miembros de la organización o público en general.

C. Estrategias de distribución

1. Misión y Visión

a) Misión.

Ofrecer un servicio de calidad hacia los miembros de la misión Centroamericana a través de la implementación de clínicas medicas asistenciales en san salvador centro.

b) Visión.

Establecerse como prototipo líder en el despliegue de redes asistenciales médicas dentro de las sedes de MCA, garantizando cobertura sanitaria inclusiva mediante estrategias pioneras que reinventen los estándares de atención primaria. Este enfoque busca potenciar el bienestar integral de las comunidades mediante soluciones adaptativas, fusionando accesibilidad tecnológica con proximidad humana, para catalizar mejoras sostenibles en la calidad de vida de los miembros congregantes.

2. *Metas*

- a) Implementar centros médicos operativos en las sedes de la organización, garantizando atención primaria integral con estándares de calidad y accesibilidad económica.
- b) Estos espacios buscarán potenciar el bienestar colectivo mediante estrategias duales: intervenciones preventivas (chequeos regulares, vacunación) y curativas (manejo de patologías agudas), complementadas con programas educativos para fomentar autonomía en el cuidado de la salud.
- c) Paralelamente, se desarrollará un modelo financiero escalable que permita iniciar operaciones en un plazo de 6 a 12 meses.
- d) La meta inicial consiste en cubrir las necesidades sanitarias del 30% de la población focalizada durante el primer año.
- e) Ofrecer un tiempo de espera prudencial para la atención médica básica para los usuarios.
- f) Recomendar acciones para paliar problemas de salud en la población.
- g) Establecer alianzas con líderes comunales, iglesias y voluntarios, para promover la participación ciudadana y la sostenibilidad del servicio.
- h) Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios periódicamente

3. *Valores*

- a) Excelencia en el servicio: Nuestra labor se sustenta en priorizar la calidad asistencial mediante protocolos basados en evidencia científica, asegurando diagnósticos precisos y terapias personalizadas que impacten positivamente en los indicadores de salud local.

- b) **Compromiso Social:** Orientamos esfuerzos hacia comunidades históricamente marginadas, implementando modelos de atención itinerante y subsidios diferenciados para eliminar barreras económicas en el acceso a tratamientos.
- c) **Integridad:** desde la transparencia en el uso de insumos médicos hasta la confidencialidad absoluta de historiales clínicos, construyendo relaciones basadas en credibilidad mutua
- d) **Respeto:** Este compromiso se complementa con un enfoque humanista que valora la diversidad cultural, adaptando protocolos a contextos lingüísticos y sociodemográficos específicos sin discriminación alguna.
- e) **Mejorar permanentemente:** integración de telemedicina para áreas remotas, capacitación continua en nuevas técnicas diagnósticas, y sistemas de retroalimentación comunitaria que rediseñan servicios según necesidades emergentes.
- f) **Empatía y Cuidado:** escucha activa y acompañamiento psicosocial, donde equipos multidisciplinarios abordan no solo síntomas físicos, sino también determinantes emocionales de la salud.
- g) **Responsabilidad:** Garantizamos sostenibilidad mediante alianzas con farmacias comunitarias para acceso a medicamentos esenciales, programas educativos en autocuidado crónico, y auditorías trimestrales que optimizan el uso de recursos sin comprometer la excelencia clínica.

4. Red de alianzas

La consolidación de alianzas intersectoriales dentro del ecosistema sanitario emerge como catalizador clave para que centros médicos comunitarios potencien su impacto. Al articular colaboraciones con laboratorios farmacéuticos, universidades especializadas y organizaciones de base, estas instituciones no solo amplían su capacidad resolutive mediante equipos de última generación y profesionales en rotación, sino que implementan modelos de atención integrada. Esta sinergia facilita tanto la optimización de presupuestos mediante

compras consolidadas de insumos, como la incorporación de programas innovadores (telemedicina rural, bancos de medicamentos subsidiados) que trascienden la mera consulta tradicional, posicionando a la clínica como núcleo dinamizador de salud pública hiperfocal.

a) Tipos de Alianzas Estratégicas: colaboración con empresas privadas y aseguradoras, las clínicas pueden establecer acuerdos con empresas privadas y aseguradoras para ofrecer servicios médicos a sus empleados o afiliados. Esto permite: Atención médica a trabajadores con descuentos o coberturas especiales. Chequeos médicos ocupacionales obligatorios según normativas laborales. Planes de salud corporativos, con consultas y exámenes incluidos. Facilidades de pago o reembolsos mediante aseguradoras de salud.

b) Colaboración con Hospitales y Especialistas: derivar pacientes a centros especializados garantiza una atención integral en casos que requieran tratamientos avanzados. Beneficios de esta alianza: Referencia y contra referencia ágil, evitando demoras en el tratamiento. Acceso a especialistas de diversas áreas, como ginecología y pediatría. Coordinación de estudios médicos avanzados, como rayos “x” y ultra.

c) Vínculos con Laboratorios Clínicos y Farmacias: las clínicas pueden asociarse con laboratorios y farmacias para ofrecer mayor comodidad a los pacientes: Descuentos en exámenes de laboratorio para pacientes referidos. Entrega de resultados más rápida y eficiente. Acceso a medicamentos a precios preferenciales en farmacias aliadas.

5. Ubicación geográfica

La clínica médica asistencial es un inmueble ubicado estratégicamente en calle San Antonio Abad, Colonia Las Rosas, N.º 2542, San Salvador, una zona céntrica y bien conectada, lo que facilitará la asistencia de los beneficiarios. Esta dirección cuenta con acceso directo a varias rutas de transporte público, lo que representa una ventaja importante para los usuarios que residen en el municipio de San Salvador Centro.

Cuenta con los siguientes espacios:

- a) Ocho habitaciones que pueden funcionar como consultorios médicos.
- b) Área de recepción con espacio suficiente para la atención inicial.

- c) Zona de espera destinada a los pacientes.
- d) Servicios sanitarios separados para personal y usuarios.
- e) Cocina y comedor ubicados de forma independiente.
- f) Sala disponible para reuniones internas o funciones administrativas.
- g) Espacio techado para estacionar hasta 2 vehículos.
- h) Parqueo externo disponible para al menos 3 visitantes.
- i) Ambientes bien ventilados con presencia de tragaluces.

La implementación del centro de salud aprovechará la infraestructura disponible en el terreno perteneciente a la institución religiosa, eliminando costos de arrendamiento y optimizando recursos financieros. Los espacios existentes, evaluados técnicamente, demuestran versatilidad arquitectónica para adaptarse a los requerimientos clínicos mediante modificaciones menores, cumpliendo con normativas sanitarias vigentes. Su posición geográfica privilegiada en núcleos urbanos de alta densidad poblacional facilita la accesibilidad multimodal: proximidad a rutas de transporte público, conectividad vial óptima y distribución estratégica que reduce tiempos de desplazamiento tanto para pacientes como para equipos médicos. Esta sinergia locativa no solo potencia la eficiencia operativa, sino que amplía el impacto comunitario al garantizar cobertura inclusiva para grupos prioritarios.

D. Recursos necesarios para el funcionamiento de una clínica

1. Inversión inicial

A continuación, se presentan la información para el cálculo de la inversión inicial: El presupuesto inicial se ha diseñado para atender a 13 personas diarias, y se estima que la inversión inicial se distribuirá de la siguiente manera:

Tabla 6. Presupuesto inicial

Rubro	Total (USD)
Adecuación de espacios	\$164.00
Mobiliario y equipos esenciales	\$710.00
Equipamiento médico básico	\$380.00
Insumos y materiales desechables	\$108.00
Equipos adicionales	\$320.00
Subtotal de la inversión Inicial	\$1,682.00
Margen de contingencia (10%)	\$168.20
Total, de la inversión inicial	\$1,850.20

Fuentes: Elaboración propia tomando en consideración costo promedio de cada uno de los artículos

2. Depreciación anual de mobiliario y equipo

Para realizar el cálculo de la depreciación del mobiliario y equipo de la clínica, se utilizará el método de la línea recta.

Tabla 7. Depreciación anual de mobiliario y equipo

DEPREACION DE MOBILARIO Y EQUIPO			
Año	Valor	Depreciación	Valor Final
1	\$1,030.00	\$206.00	\$824.00
2		\$206.00	\$412.00
3		\$206.00	\$618.00
4		\$206.00	\$824.00
5		\$206.00	\$ ---

Fuentes: Elaboración por el grupo de trabajo

3. *Capital de trabajo*

A continuación, se detallan los elementos esenciales para el establecimiento del consultorio básico:

Tabla 8. Elementos esenciales para establecer una clínica medica

Ítem	Descripción	Cantidad	Costo unitario (USD)	Total (USD)
Guantes desechables	Caja de 100 pares; se requieren 2 cajas	2 cajas	\$10 (cada)	\$20
Mascarillas quirúrgicas	Caja de 50 unidades	1 caja	\$8	\$8
Campos estériles y gasas	Caja variada (incluye gasas y campos)	1	\$15	\$15
Jeringas y agujas	Paquete para 100 unidades	1	\$15	\$15
Productos antisépticos	Alcohol en gel, toallitas, etc.	—	—	\$20
Batas descartables	Paquete de 10 unidades	1 paquete	\$15	\$15
Kit de suturas	Kit básico para intervenciones menores	1	\$25	\$25
Subtotal Insumos y Materiales Desechables				\$108

Fuentes: Elaboración propia tomando en consideración costo promedio de cada uno de los artículos

E. Factibilidad de Mercado

1. Análisis del mercado

La Clínica Médica Asistencial está ubicada en una zona estratégica del municipio de San Salvador Centro, específicamente en Calle San Antonio Abad, Colonia Las Rosas. Esta clínica busca brindar atención médica primaria de calidad a bajo costo, con un enfoque solidario y comunitario. Está diseñada para atender principalmente a miembros de la filial y a personas cercanas a su filial, priorizando a quienes tienen dificultades para acceder a servicios médicos por razones económicas o de disponibilidad.

Los servicios incluyen consultas generales, atención a enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, controles ginecológicos y prenatales, pediatría, medicina preventiva y un dispensario con medicamentos esenciales. El costo por atención será simbólico, con el fin de garantizar el acceso sin comprometer la sostenibilidad del proyecto.

a) Análisis de la Competencia

- i. Unidad de Salud San Antonio Abad (FOSALUD): Ubicación: A pocas cuadras de la clínica.
Servicios: Medicina general, pediatría, ginecología, odontología, vacunación, emergencias.
Costo: Gratuito.
Ventajas: Amplio horario de atención (24/7).
Desventajas: Alta demanda, largas esperas, atención impersonal en algunos casos.

- ii. Clínica San Jorge: Ubicación: San Salvador (ubicación exacta no especificada).
Servicios: Consultas generales, ginecología, odontología, exámenes de laboratorio, farmacia.
Observación: Clínica privada con enfoque familiar.
Centro Médico Escalón
Ubicación: 81 y 83 Avenida Sur, San Salvador.

Servicios: Medicina general, ginecología, toma de citología, chequeos médicos, tratamientos preventivos.

Ventajas: Personal profesional y ambiente moderno.

Desventajas Lejanía relativa respecto a Las Rosas.

iii) Programa "Salud a tu Alcance" - Caja de Crédito

Costo: \$2.25 mensuales para afiliación, incluye consultas ilimitadas con médicos privados.

Servicios: Medicina general, pediatría y ginecología a través de red nacional de doctores.

Observación: Requiere afiliación financiera; ideal para quienes buscan servicio económico y estable.

Tabla 9. Comparación de precios en el mercado

Clínica / Programa	Precio Aproximado	Comentarios
Unidad de Salud (FOSALUD)	Gratuito	Alta demanda, largas filas.
Clínica San Jorge	No especificado	Posiblemente nivel medio.
Centro Médico Escalón	Medio a alto (\$20–\$40)	Precios según especialista y tipo de consulta.
Hospital Diagnóstico (consulta online)	\$12.00	Atención en línea.
Salud a tu Alcance (Caja de Crédito)	\$2.25/mes	Consultas ilimitadas, pero se necesita ser afiliado.

b) Estimación de Demanda y Usuarios Potenciales

- i. Población objetivo: Se estima que la clínica podrá beneficiar a 2,000 personas entre miembros de la ONG y vecinos de las zonas aledañas.

- ii. Perfiles principales: Mujeres (56%), adultos mayores (22%), jóvenes entre 18-25 años (21%). Muchos no tienen acceso fácil a servicios médicos por costos o distancia.
- iii. Frecuencia de uso esperada: Aproximadamente el 49% de los encuestados enfrentan dificultades para acceder a atención médica, lo que indica un alto potencial de demanda si se ofrece un servicio confiable, cercano y económico.
- iv. Capacidad de atención mensual estimada: Si se atienden 16 pacientes diarios (30 minutos por consulta), en 6 días a la semana, se atenderían: 384 consultas al mes.

F. Factibilidad Técnica

1. Infraestructura Física

- a) Ubicación: Filial en San Salvador Centro, en terrenos propios de iglesias afiliadas.
- b) Ventaja: Reducción de costos por uso de propiedad existente.

2. Condiciones requeridas

- a) Espacios amplios
- b) Buena ventilación e iluminación natural
- c) Accesibilidad para usuarios y personal
- d) Ubicación segura y de fácil acceso
- e) Recepción con área

3. Consultorios médicos generales equipados

- a) Área de vacunación y atención de enfermedades crónicas
- b) Sala de espera (capacidad para 10–15 personas)
- c) Dispensario de medicamentos
- d) 2 baños sanitarios
- e) Adaptaciones para personas con discapacidad (rampas, señalización, baños)
- f) Lavamanos a pedal en cada consultorio

4. Equipos Médicos

- a) Servicios a prestar: Medicina general, Ginecología (incluyendo citologías), dermatología, cirugías menores.

5. Equipamiento necesario:

- a) Camillas, escritorios, sillas ergonómicas
- b) Lámparas quirúrgicas, básculas, tensiómetros, estetoscopios
- c) Equipos médicos específicos por especialidad
- d) Estrategia de adquisición: 50% comprado nuevo (dispositivos críticos con garantía), 50% donado (por alianzas nacionales e internacionales)
- e) Proveedores considerados: ferias médicas, embajadas, hospitales en renovación.

6. Recursos Humanos

- a) Equipo mínimo.
- b) 1 médico general
- c) 2 médicos en año social (convenio con MINSAL o universidades)
- d) 1 recepcionista/administrativa
- e) Horario de atención:
 - i. Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 3:30 p.m.
 - ii. Sabados: 8:00 a.m. – 11:30 a.m.
 - iii. Cerrado domingos

7. Características del personal:

- a) Compromiso comunitario
- b) Vocación de servicio
- c) Capacitación profesional
- d) Remuneración:
- e) Rango salarial: \$400 – \$1,500/mes
- f) Planilla mensual total: \$2,050 (incluye prestaciones)

8. Sostenibilidad:

- a) Viabilidad a corto y mediano plazo
- b) Recursos humanos y horarios adecuados a la demanda
- c) Gestión de insumos:
- d) Responsable: director/a de la clínica
- e) Control de stock y cadena de abastecimiento garantizada

9. Sistema de Gestión y Operación

- a) Modelo de gestión:
- b) Híbrido: electrónico y manual
- c) Sistema clínico:
- d) Expediente electrónico para:
- e) Historiales médicos

10. Seguimiento de enfermedades crónicas

- a) Análisis de indicadores de desempeño
- b) Gestión administrativa y contable:
- c) Inicialmente manual
- d) Evaluación futura de implementación de software especializado
- e) Protocolos y normativas:
- f) Bioseguridad
- g) Procedimientos ante urgencias
- h) Normas internas operativas

1. Planilla de salarios

Tabla 10. Planilla de salarios

Personal	Salario Mensual	Salario Anual	Aportación patronal ISSS (Mensual)	Aportación patronal ISSS (Anual)	Aportación patronal AFP (Mensual)	Aportación patronal AFP (Anual)	Vacación	Total a pagar de vacación	Aguinaldo	Total anual
Director Clínica	\$1,250.00	\$15,000.00	\$93.75	\$1,125.00	\$96.88	\$1,162.50	\$187.50	\$729.38	\$625.00	\$18,641.88
Recepcionista	\$400.00	\$4,800.00	\$30.00	\$360.00	\$31.00	\$372.00	\$60.00	\$233.35	\$200.00	\$5,965.35
Medico de año social	\$400.00	\$4,800.00	\$30.00	\$360.00	\$31.00	\$372.00	\$60.00	\$233.35	\$200.00	\$5,965.35
Total	\$2,050.00	\$24,600.00	\$153.75	\$1,845.00	\$158.88	\$1,906.50	\$307.50	\$1,196.08	\$1,025.00	\$30,572.58

G. Factibilidad Económica

La factibilidad financiera de Clínicas M.C.A. se evaluó mediante un análisis estructurado de la disponibilidad de recursos de capital para su funcionamiento y ejecución. Para ello, se utilizó una escala estándar del 1 al 5.

El grado de capacidad global se determinó mediante el promedio de la escala aplicada a cada indicador clave, asegurando una visión integral de la viabilidad económica.

Tabla 11. Análisis de factibilidad financiera

N.º	Indicador	Escala
1	Situación de balance (activos, pasivos, patrimonio)	4
2	Estados de resultados (ingresos vs. egresos)	3
3	Proyección de flujo de caja	4
4	Aportes de los socios	5
5	Actividades especiales para financiar el proyecto	2
6	Sostenibilidad post-proyecto	3

Fuente: Elaboración grupal

El análisis de factibilidad financiera para Clínicas M.C.A. revela una situación económicamente viable, pero con áreas de oportunidad significativas que requieren atención estratégica. La evaluación integral, basada en seis indicadores clave calificados mediante una escala del 1 al 5, arroja un puntaje global de 3.5, lo que sitúa al proyecto en un rango medianamente bueno con respecto a su capacidad para garantizar la disponibilidad de recursos de capital.

H. Factibilidad Financiera

1. Presupuesto de Operación

a) Gasto operativo

El presupuesto operativo es todo aquello que se incurre como parte de las actividades regulares que son destinadas al funcionamiento de la clínica.

b) Gastos fijos de administración

Son los gastos que no varían en este caso se pueden incluir los gastos de internet, teléfono y salarios.

Tabla 12. Gastos fijos de administración

Concepto	Gasto mensual	Total, Anual
Planilla		
Salarios líquidos	\$2,050.00	\$24.600.00
Aportación patronal ISSS	\$153.75	\$1,845.00
Aportación patronal AFP	\$158.88	\$1,906.56
Vacaciones		\$1,196.08
Aguinaldo		\$1,025.00
Subtotal planillo	\$2,362.63	\$30,572.64
Servicios básicos		
Telefonía	\$15.00	\$180.00
Internet	\$25.00	\$300.00
Subtotal Servicios	\$40.00	\$480.00
Total	\$2,402.63	\$31,052.64

Fuente: *Elaboración grupal*

c) Gastos de administración variables

Estos representan las erogaciones operativas que fluctúan en función del uso de recursos y servicios durante las actividades diarias de la clínica. Su desglose se presenta a continuación:

Tabla 13. Gastos administrativos variables

Rubro	Gastos Mensual	Total, Anual
Servicios Básicos		
Energía eléctrica	\$120.00	\$1,440.00
Agua Potable	\$20.00	\$240.00
Insumos operativos		
Materiales de limpieza	\$25.00	\$300.00
Papelería y útiles de oficina	\$15.00	\$180.00
Total, de gastos variables	\$180.00	\$2,160.00

Fuente: Elaboración grupal.

2. Flujo de caja

Estos representan las erogaciones operativas que fluctúan en función del uso de recursos y servicios durante las actividades diarias de la clínica.

Los ingresos han sido calculados debido a que se ha considerado que un 70% de la clínica sea financiada por sí misma y el otro 30% sea otorgado por parte de la iglesia que administre la clínica.

Luego de haber desarrollado todos los puntos se procederá con la evaluación para comprobar la rentabilidad económica, del proyecto. Su desglose se presenta a continuación.

Tabla 14. Flujo de caja

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028
Ingresos	\$34,080.00	\$34,466.40	\$34,857.18	\$35,252.39	\$35,652.08
(-) Gastos operativos	\$31,052.64	\$31,404.741	\$31,760.78	\$32,120.89	\$32,485.07
Gastos de admón.-fijos	\$31,052.64	\$31,404.71	\$31,760.78	\$32,120.89	\$32,485.07
(-) Gastos operativos variables	\$2,160.00	\$2,184.49	\$2,209.26	\$2,234.31	\$2,259.64
Gastos de admón.-variables	\$2,160.00	\$2,184.49	\$2,209.26	\$2,234.41	\$2,259.64
Depreciación	\$206.00	\$206.00	\$206.00	\$206.00	\$206.00
Utilidad Neta	\$661.36	\$671.19	\$681.14	\$691.20	\$701.37
(+) Partidas no monetarias	\$206.00	\$206.00	\$206.00	\$206.00	\$206.00
Flujo de efectivo libre	\$867.36	\$877.19	\$887.14	\$897.20	\$907.37
(-) Variación en capital de trabajo	-\$108.00				
Inversión inicial	-\$1,850.20				
Flujo de efectivo del proyecto	\$867.36	\$877.19	\$887.14	\$897.20	\$907.37

3. Costo de capital

Se calculará el costo de capital promedio ponderado, el cual es el rendimiento mínimo que necesitaran las clínicas medicas de la M.C.A para así satisfacer las necesidades de inversión.

Tabla 15. Costo de capital

Concepto	Valor	(%) Financiamiento	Costo
Estructura de capital	\$1,850.20	100%	10%
WACC			10%

La estructura de capital que se presenta a continuación está conformada por el estimado de ingresos que se pueden lograr obtener.

4. Valore presente Neto (VAN)

El proyecto de clínica médica de la Misión Centroamericana (M.C.A.) son alentadores. Considerando los ingresos y gastos esperados entre 2024 y 2029, y aplicando un ajuste prudente por riesgos (equivalente al 10% anual), el balance calculado muestra que la clínica generaría \$1,505.99 más de lo invertido, significando que, después de cubrir todos los costos iniciales y operativos, quedaría un remanente importante para reinvertir.

Tabla 16. Valor presente neto

Año	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Flujo de caja		\$867.36	\$877.19	\$887.14	\$897.20	\$907.37
Costo de Capital	10%					
VAN = \$1,505.99	=VNA(M20;N15:R15)+M14					

5. Tasa interna de retorno (TIR)

La clínica médica de la Misión Centroamericana (M.C.A.) demuestra una rentabilidad excepcional según los cálculos. Los flujos de efectivo proyectados (2024-2029) revelan que el proyecto generaría un retorno anual del 35% sobre la inversión inicial. confirma que la iniciativa no solo es autosostenible, sino que podrá financiar su expansión y reforzar su impacto sanitario en comunidades vulnerables de Centroamérica.

Tabla 17. Tasa interna de retorno

Año	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Flujo de caja		\$867.36	\$877.19	\$887.14	\$897.20	\$907.37
Costo de Capital	10%					
VAN	\$1,505.99					
TIR = 35%	=TIR(M15:R15)					

6. Relación Beneficio Costo (B/C)

Este método evalúa la viabilidad de un proyecto al comparar directamente los beneficios esperados frente a los costos asociados, determinando su conveniencia económica.

Tabla 18. Relación Beneficio Costo

Año	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Flujo de caja		\$867.36	\$877.19	\$887.14	\$897.20	\$907.37
Egresos	\$1,850					

$$B/C = \$4,436.26 / \$1,850 = 2.40$$

El proyecto es altamente rentable ya que por cada dólar invertido se generan 2.40 en beneficios.

7. Tasa Mínima Aceptable de Retorno (Tmar)

La proyección media de inflación media anual es de 1.50%, con una prima de riesgo de 5% debido a la operatividad hacia las personas vulnerables; dando como resultado una tasa mínima aceptable de rendimiento del 6.50%, la cual se considera un riesgo medio esto debido al trabajo que se realiza con personas de alta vulnerabilidad en zonas igualmente vulnerables.

I. Plan de implementación para el establecimiento de clínicas medicas asistenciales misiones centroamericanas.

La duración estimada de el plan de implementación es de 6 meses dividido en 26 semanas. Preparación inicial y gestión legal.

1. Constitución del comité ejecutivo (Semana 1)

- a)** Descripción: Formalizar un equipo de proyecto con representantes de la MCA, un profesional de la salud y un administrador.
- b)** Responsables: Junta Directiva de la MCA
- c)** Entregable: Acta de constitución y asignación de roles y responsabilidades
- d)** Establecimiento de Alianzas Estratégicas (Semanas 3-6)
- e)** Descripción: Suscribir cartas de intención y convenios con actores clave.
- f)** Responsables: director de Proyecto, Pastor Líder.
- g)** Entregable: Convenios firmados y protocolos de derivación establecidos.

2. Adecuación de infraestructura y adquisiciones

- a)** Adaptación y acondicionamiento *del espacio (Semana 5 – 12)*
 - i.** Descripción: Ejecutar las obras de adecuación según los requisitos del CSSP: construcción de consultorios, instalación de lavamanos con pedal, mejora de la ventilación, señalización y rampas de acceso.
 - ii.** Responsables: Contratista, Supervisor de Obras de la MCA.
 - iii.** Entregable: Infraestructura física completamente adaptada y lista para equipar.

- b) Adquisición de Mobiliario y Equipamiento (Semanas 8-14)
 - i. Descripción: Comprar mobiliario (escritorios, sillas, camillas) y equipos médicos esenciales (estetoscopios, tensiómetros, balanzas) según el inventario predefinido. Se priorizará la compra nueva de equipos críticos y se gestionarán donaciones para complementar.
 - ii. Responsables: Administrador, Comité de Adquisiciones.
 - iii. Entregable: Almacenamiento seguro de todos los insumos y equipos adquiridos.

- c) Implementación de Sistemas de Gestión (Semanas 10-16)
 - i. Descripción: Diseñar e implementar un sistema de registro mixto (físico y digital) para historiales clínicos, citas y facturación. Capacitar al personal administrativo en su uso.
 - ii. Responsables: Administrador, consultor en sistemas (voluntario o contratado).
 - iii. Entregable: Sistema operativo, manual de procedimientos y base de datos inicial configurada.

3. Reclutamiento, Capacitación y Protocolos (Semanas 13-20)

- a) contratación del Personal (Semanas 13-15)
 - i. Descripción: Convocar, seleccionar y contratar al personal clave: médico general, recepcionista/administrativo y médico en año social.
 - ii. Responsables: Comité Ejecutor, Pastor Líder.
 - iii. Entregable: Contratos firmados y horarios establecidos.

- b) Capacitación Integral del Equipo (Semanas 16-19)
 - i. Descripción: Desarrollar un programa de capacitación que incluya.
 - ii. Atención al paciente: Calidez humana y enfoque comunitario.
 - iii. Procedimientos médicos: Protocolos clínicos estandarizados.
 - iv. Bio-seguridad: Manejo de desechos, esterilización y prevención de infecciones.
 - v. Sistemas administrativos: Uso del software de gestión y manejo de archivos (Sistema de Información en Salud – HIS).
 - vi. Responsables: director de la clínica y regente médico

- vii. Entregable: Personal capacitado y listo para operar.
- c) Elaboración de Manuales Operativos (Semanas 17-20)
- i. Descripción: Redactar y distribuir manuales de funciones, protocolos de emergencia y manual de bio-seguridad.
 - ii. Responsables: director de la clínica.
 - iii. Entregable: Manuales finalizados y distribuidos a todo el personal.

4. Lanzamiento Operativo y Monitoreo Inicial (Semanas 21-26+)

- a) Operación Piloto (Semana 21-22)
- i. Descripción: Realizar un período de prueba de dos semanas, atendiendo primero a miembros de la MCA. Esto permitirá probar los procesos, identificar cuellos de botella y ajustar flujos de trabajo.
 - ii. Responsables: Todo el equipo de la clínica.
 - iii. Entregable: Un reporte de lecciones aprendidas y ajustes realizados.
- b) Campaña de Sensibilización Comunitaria (Semanas 18-24)
- i. Descripción: Dar a conocer los servicios de la clínica through perifoneo en la comunidad, redes sociales de la MCA, volantes y anuncios en iglesias filiales.
 - ii. Responsables: Comité de Comunicaciones de la MCA, voluntarios.
 - iii. Entregable: Comunidad informada y expectante por los servicios.
- c) Lanzamiento Oficial (Semana 25)
- i. Descripción: Inauguración oficial de la clínica con una ceremonia simple, invitando a líderes comunitarios, socios estratégicos y congregantes.
 - ii. Responsables: Junta Directiva de la MCA.
 - iii. Entregable: Clínica en pleno funcionamiento y abierta al público general.

d) Monitoreo y Evaluación Continua (A partir de la Semana 26)

- i. Descripción: Establecer un sistema de monitoreo con indicadores clave de desempeño (KPI): número de consultas mensuales, satisfacción del usuario (through encuestas breves), costos por consulta, y nivel de uso de medicamentos.
- ii. Responsables: director de la clínica, Administrador.
- iii. Entregable: Informes mensuales de gestión que alimenten la toma de decisiones para ajustes y mejoras continuas.

Cronograma de actividades

El cronograma de actividades está basado en la creación de una clínica médica, iniciando con la constitución del comité ejecutivo hasta la culminación del monitoreo y evaluación recurrente del proyecto para asegurar un estándar de calidad

Responsable general del cronograma: director / Coordinador del proyecto de la clínica médica.

ACTIVIDAD	2025					2026																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1 Constitución del comité ejecutivo	█																										
2 Establecimiento de Alianzas Estratégicas			█	█	█	█																					
3 Adaptación y acondicionamiento del espacio					█	█	█	█	█	█	█																
4 Adquisición de Mobiliario y Equipamiento								█	█	█	█	█	█	█													
5 Implementación de Sistemas de Gestión										█	█	█	█	█	█												
6 Contratación del Personal																											
7 Capacitación Integral del Equipo																	█	█	█	█							
8 Elaboración de Manuales Operativos																		█	█	█	█						
9 Operación Piloto																					█	█					
10 Campaña de Sensibilización Comunitaria																			█	█	█	█	█	█	█		
11 Lanzamiento Oficial																										█	
12 Monitoreo y Evaluación Continua																											█

*El cronograma de actividades estará bajo la responsabilidad del **Director del Proyecto de la Clínica Médica**, quien actuará como coordinador general, encargado de planificar, supervisar y dar seguimiento a la ejecución de cada una de las actividades, delegando funciones operativas específicas al personal administrativo y clínico correspondiente.*

1. Viabilidad *General* del Proyecto

El análisis detallado del proyecto para la clínica M.C.A. permite confirmar su factibilidad. Las evaluaciones en los ámbitos técnico, económico y social respaldan su implementación exitosa. Contamos con instalaciones apropiadas, personal con la formación necesaria y el apoyo de la Misión Centroamericana. La estrategia financiera, que combina recursos internos, contribuciones externas y colaboraciones, garantiza que la clínica funcione con solidez desde el comienzo y en los años siguientes. Las perspectivas indican que la iniciativa no solo se hará realidad, sino que tiene fundamentos para mantenerse operando de manera eficiente.

2. Impacto *Social* y Comunitario

La clínica solucionará una carencia significativa en los servicios de salud para los sectores más vulnerables del área metropolitana de San Salvador. Las estadísticas son claras: alrededor del 50% de los residentes tiene problemas para recibir atención médica, ya sea por precios elevados o por la falta de centros cercanos. Este proyecto actuará como una respuesta concreta y relevante, brindando servicios médicos completos, accesibles y adaptados a las personas. Su presencia incentivará la integración de la comunidad, optimizará las condiciones de vida de las familias y potenciará el trabajo social de la organización, ayudando a materializar el derecho a la salud.

3. Solidez Económica y Financiera

Desde el punto de vista económico, los resultados financieros avalan la viabilidad del proyecto. El Valor Actual Neto (VAN) de \$1,505.99 indica que la inversión genera valor y supera la recuperación del capital invertido. Asimismo, la Tasa Interna de Retorno (TIR) del 35%, al ser significativamente superior a la Tasa Mínima Aceptable de Retorno (TMAR) del 10%, demuestra que el proyecto es altamente rentable desde el punto de vista financiero. Por su parte, el indicador Beneficio-Costo de 2.40 significa que por cada dólar invertido se obtienen \$2.40 de retorno, confirmando la conveniencia económica del proyecto. Finalmente, los flujos de caja proyectados reflejan un escenario financiero equilibrado, lo que evidencia una administración sostenible y bien planificada.

Sugerencias

1. Fortalecer las alianzas con otros actores

Lo primero sería afianzar la red de contactos. Establecer convenios firmes con universidades, hospitales, parroquias y dependencias públicas puede marcar la diferencia. Sumar esfuerzos con ellos no solo asegura donativos de equipamiento, medicinas e insumos, sino que también facilita la llegada de residentes y pasantes. Y no podemos ignorar el valor de los organismos internacionales, que suelen aportar asesoría y fondos frescos. Al final, esto se nota en la capacidad de llegar a más personas y en subir la calidad de la atención.

2. Incorporar *tecnología* de manera paulatina

Se propone implementar de forma progresiva un Sistema de Información en Salud (HIS) como herramienta central para la gestión clínica y administrativa de la clínica asistencial. En una primera etapa, el HIS permitirá el registro de historias clínicas electrónicas, control de citas médicas y archivo digital de los pacientes. En una segunda etapa, el sistema integrará módulos administrativos orientados al control de inventarios de medicamentos, gestión financiera básica y generación de reportes estadísticos para la toma de decisiones. La adopción del HIS contribuirá a mejorar la eficiencia operativa, reducir errores en el manejo de la información y fortalecer la transparencia institucional. La implementación gradual del sistema facilitará la adaptación del personal y garantizará la continuidad de los servicios de salud, asegurando la sostenibilidad del proyecto a mediano y largo plazo.

3. Evaluar el desempeño y proyectar el camino a *seguir*

Por último, es vital implementar un mecanismo que permita valorar de forma constante el impacto real de la clínica, no solo en lo financiero, sino también en lo social y en el día a día. Convendría hacer un corte cada trimestre para analizar métricas importantes: número de consultas realizadas, grado de satisfacción de los pacientes, comportamiento de los costos y los ingresos. Lo que revele esta información debe servir para corregir el rumbo y diseñar las siguientes acciones. A futuro, incluso se podría valorar introducir nuevas especialidades o ampliar la cobertura a otras regiones, para crecer en presencia y reforzar el vínculo con la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- Acheson, S. D. (1988). *La salud pública en Inglaterra: Informe del Comité de investigación sobre el desarrollo futuro de la función de salud pública*. Londres: Oficina de papelería de Su Majestad (HMSO).
- Arias, F. (2006). *El proyecto de Investigación*. Caracas : Episteme.
- Asamblea Legislativa. (04 de Abril de 2024). *Asamblea Legislativa: Noticias*. Obtenido de Asamblea Legislativa: <https://www.asamblea.gob.sv/node/13136>
- Beaglehole, R. &. (2004). *Salud Pública y Administración Sanitaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- BIRF. (2007). *Estudio del financiamiento de la salud: Una guía para especialistas*. Bogota: Mayol Ediciones S.A.
- CSSP. (2021). *Requerimientos tecnico administrativos por tipo de establecimiento*. (C. S. Publica, Ed.) San Salvador: Imprenta Nacional de El Salvador.
- Franco, E. R. (1992). *Evaluacion de proyectos sociales*. Mexico: Siglo Veintiun Editores.
- García, R. (2018). *Evaluación de proyectos Teoría y Práctica*. Ciudad de México: McGraw Hills.
- Hermoso, A. L. (23 de Noviembre de 2023). *La demanda de servicios de Salud: New Medical Economics*. Obtenido de New Medical Economics: <https://www.newmedicaleconomics.es/cuestion-de-justicia/la-demanda-de-servicios-de-salud/#:~:text=La%20demanda%20de%20servicios%20de%20salud%20es%20un%20concepto%20que,y%20su%20capacidad%20de%20pago>.
- La Organización del proyecto y los interesados. (s.f.). *Elisabet Duocastella Pla*. España: Universidad Oberta de Catalunya.
- león, G. (2009). *Planeación y Distribución de instalaciones*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Martínez, O. E. (2009). *Formulación y Evaluación de proyectos*. Bogotá: Escuela de superior de Administración Publica (ESAP).
- Martinez, O. E. (2009). *Formulacion y Evaluacion de proyectos: programa tecnologia publica ambiental*. Bogota: Escuela de administracion Publica.

- MCA. (8 de Septiembre de 2022). *Noticias: Mision Centroamericana* . Obtenido de Mision Centroamericana: <https://misioncentroamericana.org/2022/09/08/1349/>
- MCA. (16 de Marzo de 2023). *Mision Centroamericana*. Obtenido de Noticias: Mision Centroamericana: <https://misioncentroamericana.org/2023/03/16/2415/>
- MCA. (28 de Julio de 2023). *Noticias: Mision Centroamerica*. Obtenido de Mision Centroamericana: <https://misioncentroamericana.org/2023/07/28/3092/>
- MCA. (4 de Agosto de 2023). *Noticias: Mision Centroamericana*. Obtenido de Mision Centroamericana: <https://misioncentroamericana.org/2023/08/04/3113/>
- Misión centroamericana. (2024). *Misión centroamericana*. Obtenido de Misión centroamericana:
<https://misioncentroamericana.org/2022/01/22/169/#:~:text=As%C3%AD%2C%20Iglesia%20Evang%C3%A9lica%20Misi%C3%B3n,de%20Jesucristo%20en%20el%20pa%C3%ADs.>
- OMS. (15 de Noviembre de 2023). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: 2023
- OPS. (2022). *Estrategia y plan de accion sobre la promocion de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019 - 2030*. Obtenido de PAHO. Institutional repository for information sharing: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>
- Organizacion Panamericana de la salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación*. Washington, D.C.
- Rafael Luna, D. C. (2001). *Guia para elaborar estudios de factibilidad de proyectos ecoturísticos*. Guatemala: S.N.
- Tecnologico de Monterrey. (Agosto de 2024). *Blog Generosidad*. Obtenido de Ejemplos de impacto social y como ser un agente de cambio: <https://blog.generosidad.tec.mx/ejemplos-impacto-social>
- WHO. (2016). Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. En O. M. Salud, *Innov8 technical handbook*. (págs. 15 - 17). Italia: Vivien Stone.

Anexos 1: Formularios



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Administración de Empresas



Cuestionario

Objetivo: Recopilar información clave de los miembros de la Misión Centroamericana, ubicadas en el Distrito de San Salvador, Municipio de San Salvador Centro

SECCIÓN 1: DATOS DEMOGRÁFICOS

b) **Edad.**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos de 18 años | <input type="radio"/> 36-45 años |
| <input type="radio"/> 18-25 años | <input type="radio"/> 46-55 años |
| <input type="radio"/> 26-35 años | <input type="radio"/> 56 años o más |

c) **Género.**

- Masculino Femenino

d) **Nivel educativo alcanzado.**

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Primaria | <input type="radio"/> Postgrado |
| <input type="radio"/> Secundaria | <input type="radio"/> No formal (Oficio) |
| <input type="radio"/> Universidad | <input type="radio"/> Técnico no superior |

e) **¿Es usted miembro de la Misión Centroamericana?**

- Sí No

f) **¿Marque con una "X" el distrito en el cual reside?**

Centro		Este		Oeste		Norte	
Ayutuxtepeque		Ilopango		Apopa		Aguilares	
Mejicanos		San Martin		Nejapa		El Paisnal	
San Salvador		Soyapango				Guazapa	
Cuscatancingo		Tonacatepeque					
Ciudad delgado							

SECCIÓN 2: ESTADO DE SALUD Y NECESIDADES MÉDICAS

6. **¿Cuáles son las principales razones por las que acude a los servicios médicos?**

(Puede marcar más de una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Enfermedades degenerativas | <input type="radio"/> Enfermedades Crónicas |
| <input type="radio"/> Enfermedades Crónicas | <input type="radio"/> Enfermedades autoinmunes |
| <input type="radio"/> Enfermedades hereditarias o genéticas | <input type="radio"/> Enfermedades mentales |
| <input type="radio"/> Enfermedades nutricionales | <input type="radio"/> Enfermedades alérgicas |
| | <input type="radio"/> Enfermedades congénitas |

7. **¿Ha tenido dificultades para acceder a servicios médicos en su zona?**

- Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor indique las principales dificultades:

- Costos elevados
- Falta de centros de salud cercanos
- Falta de disponibilidad de médicos
- Horarios poco accesibles
- Otro: _____

8. ¿Con qué frecuencia acude a servicios médicos?

- Semanal
 Una vez al año
 Mensual
 Solo en casos de emergencia
 Cada 2 meses
 Nunca
 Cada 3 meses

9. ¿En qué tipo de establecimiento recibe atención médica actualmente?

- Clínica privada
 No tengo acceso a servicios médicos
 Hospital público
 Consultorio médico particular
 Otro: _____

10. Cuando ha ido a pasar consulta a una clínica privada, ¿Cuál es el costo que ha tenido dicha consulta?

- \$1.00 a \$5.00
 \$16.00 a \$20.00
 \$6.00 a \$10.00
 Mas de \$21.00
 \$11.00 a \$15.00

11. ¿En caso que la Misión Centroamericana abra una clínica médica, cerca de su residencia indique la razón por la cual la visitaría?

- Calidad del servicio
 Especialidades medicas
 Por su cercanía
 Por afinidad a la M.C.A
 Precio (costo \$5.00)
 Agilidad del personal
 Otros: (Especifique)_____

SECCIÓN 3: APERTURA DE CLÍNICAS MÉDICAS ASISTENCIALES

12. **¿Qué tipo de servicios le gustaría que ofreciera la clínica? (Puede marcar más de una opción)**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Consultas médicas generales | <input type="radio"/> Servicios pediátricos |
| <input type="radio"/> Exámenes de laboratorio | <input type="radio"/> Atención psicológica |
| <input type="radio"/> Atención odontológica | <input type="radio"/> Vacunación |
| <input type="radio"/> Atención ginecológica | <input type="radio"/> Otro: _____ |

13. **¿Considera que la comunidad apoyaría y utilizaría frecuentemente una clínica asistencial en la Misión Centroamericana?**

- Sí No

14. **¿Qué aspectos considera importantes para que la clínica atienda de manera efectiva?**

- Calidad del personal médico
- Costos accesibles
- Ubicación cercana
- Horarios flexibles
- Disponibilidad de medicamentos
- Otro: _____

Finalmente Agradecemos de su valiosa ayuda, Le deseamos éxitos.

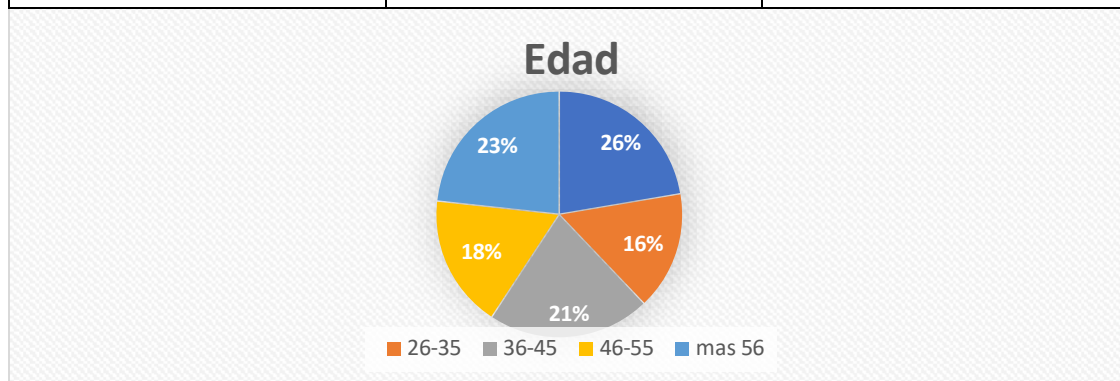
Anexos 2: Resumen del cuestionario dirigido a los miembros MCA

Pregunta 1: ¿Edad?

Objetivo: Conocer la edad de las personas encuestadas

Tabla 1

Descripción	Cantidad	Porcentaje
18-25	29	26%
26- 35	16	15%
36-45	22	20%
46- 55	18	17%
+56	24	22%
TOTAL	109	100%



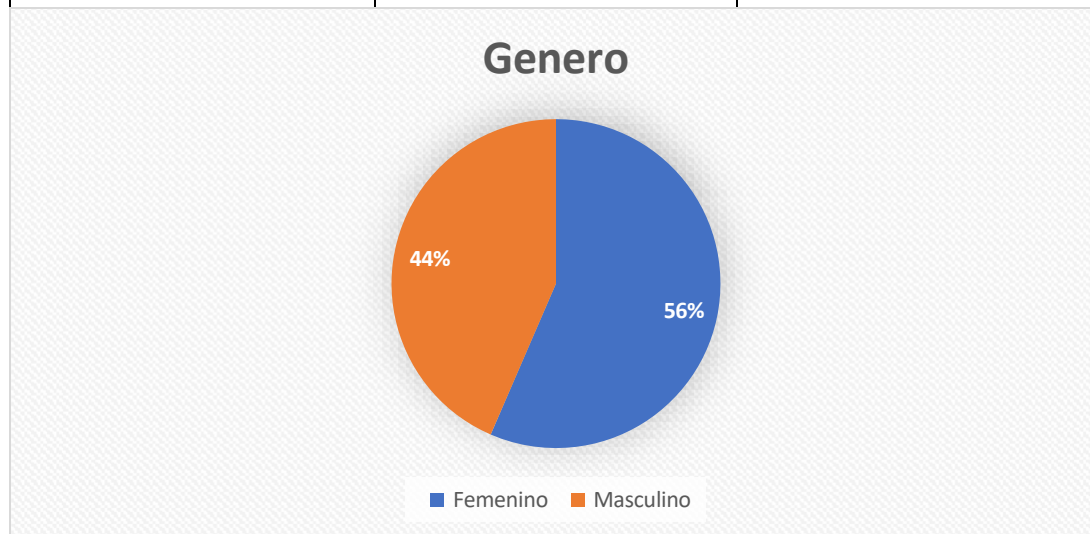
Interpretación: Este gráfico muestra la distribución porcentual de los encuestados según su rango de edad. El grupo mayoritario corresponde a personas entre 18 y 25 años (26%), seguido por los adultos mayores de 56 años (23%), lo que evidencia una población heterogénea con presencia significativa tanto de jóvenes como de adultos mayores. La participación relevante de adultos mayores sugiere una demanda potencial de servicios orientados al control y seguimiento de enfermedades crónicas, mientras que la presencia considerable de jóvenes adultos indica la necesidad de programas preventivos, educación en salud y atención primaria. Por otra parte, los grupos de 36 a 45 años (20%) y 46 a 55 años (17%) representan una proporción importante de la muestra, lo cual refuerza la conveniencia de ofrecer servicios médicos integrales que atiendan distintas etapas del ciclo de vida. Aunque el grupo de 26 a 35 años (15%) presenta menor representación, sus necesidades de atención médica no deben ser excluidas del modelo de servicios propuesto.

Pregunta 2: ¿Género?

Objetivo: Conocer el género de las personas encuestadas

Tabla 2

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Femenino	61	56%
Masculino	47	44%
TOTAL	109	100 %



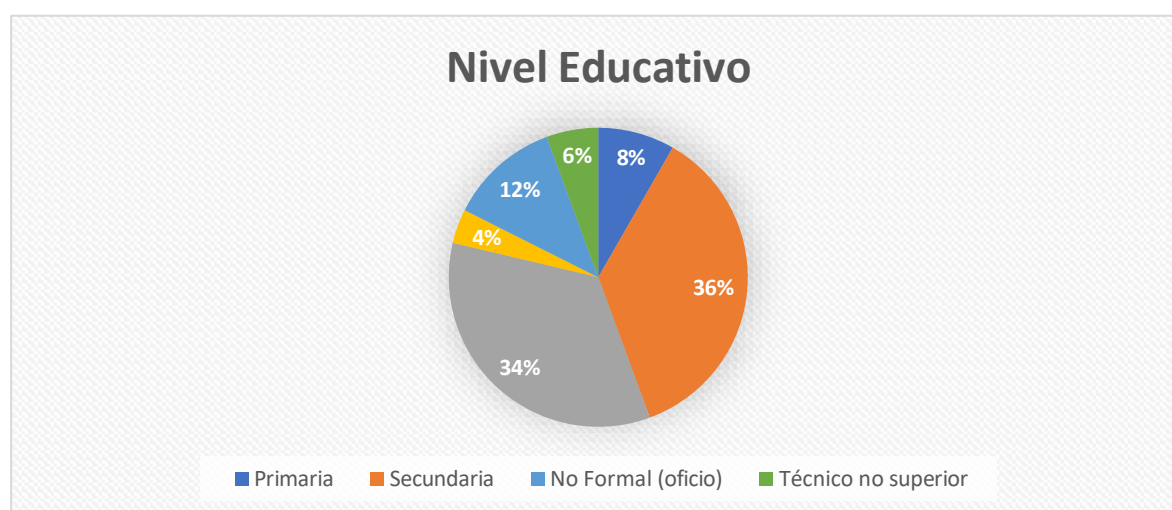
Interpretación: El gráfico muestran la distribución de los encuestados según su género. Del total de 109 participantes, el 56% corresponde al género femenino con 61 personas, mientras que el 44% pertenece al género masculino con 47 encuestados. Estos resultados indican una mayor participación de mujeres en el estudio, aunque la diferencia entre ambos grupos no es muy amplia, lo que permite contar con una representación relativamente equilibrada para el análisis de la información recopilada.

Pregunta 3: ¿Nivel de educación alcanzado?

Objetivo: Conocer el nivel educativo de las personas encuestadas

Tabla 3

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Primaria	9	8%
Secundaria	39	36%
Universidad	37	34%
Postgrado	4	4%
No formal (oficio)	13	12%
Técnico no superior	6	6%
TOTAL	109	100 %



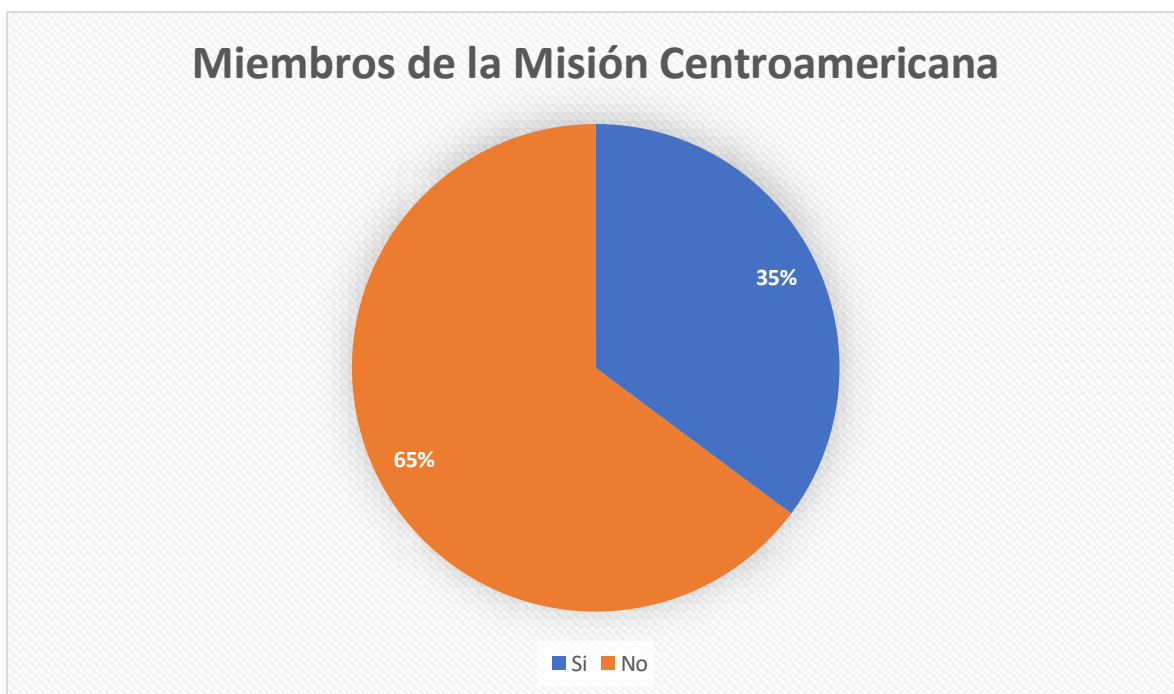
Interpretación: El gráfico muestran la distribución de los encuestados según su nivel educativo. Del total de 109 participantes, la mayoría posee estudios de secundaria con 39 personas (36%), seguido por nivel de universidad con 37 encuestados (34%). Además, un 12% indicó tener formación no formal (oficio), mientras que los niveles de primaria representan el 8%, técnico no superior el 6%, y postgrado el 4%. Estos resultados reflejan que la muestra está compuesta principalmente por personas con formación media y superior, lo cual aporta diversidad en las perspectivas recogidas para el estudio.

Pregunta 4: ¿Es usted miembro de la misión centroamericana?

Objetivo: Conocer si los encuestados son miembros de la misión centroamericana

Tabla 4

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	38	35%
No	70	65%
TOTAL	109	100 %



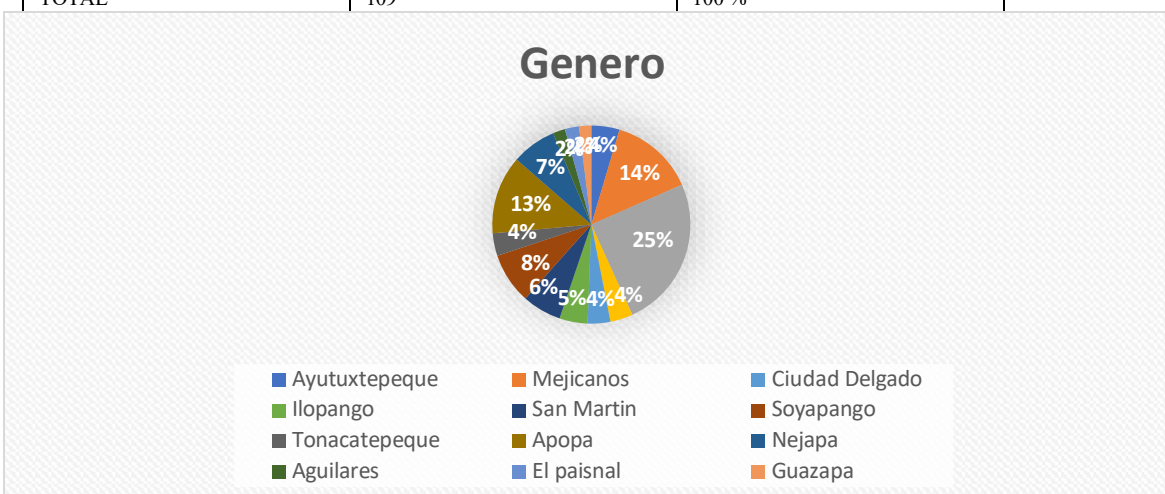
Interpretación: La tabla y el gráfico muestran que, del total de 109 encuestados, 38 personas (35%) afirmaron ser miembros de la Misión Centroamericana, mientras que 70 participantes (65%) indicaron que no pertenecen a dicha organización. Estos resultados reflejan que la mayoría de los encuestados proviene de la comunidad en general, lo cual permite obtener una perspectiva más amplia sobre la necesidad y aceptación del proyecto de clínicas médicas asistenciales, tanto para miembros de la misión como para personas externas.

Pregunta 5: ¿En qué distrito reside?

Objetivo: Conocer el distrito al que pertenecen las personas encuestadas

Tabla 5

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Ayutuxtepeque	5	5%
Mejicanos	15	14%
San salvador	27	25%
Cuscatancingo	4	4%
Ciudad Delgado	4	4%
Ilopango	5	5%
San Martín	7	6%
Soyapango	9	8%
Tonacatepeque	4	4%
Apopa	14	13%
Nejapa	8	7%
Aguilares	2	2%
El Paisnal	3	2%
Guazapa	2	2%
TOTAL	109	100 %



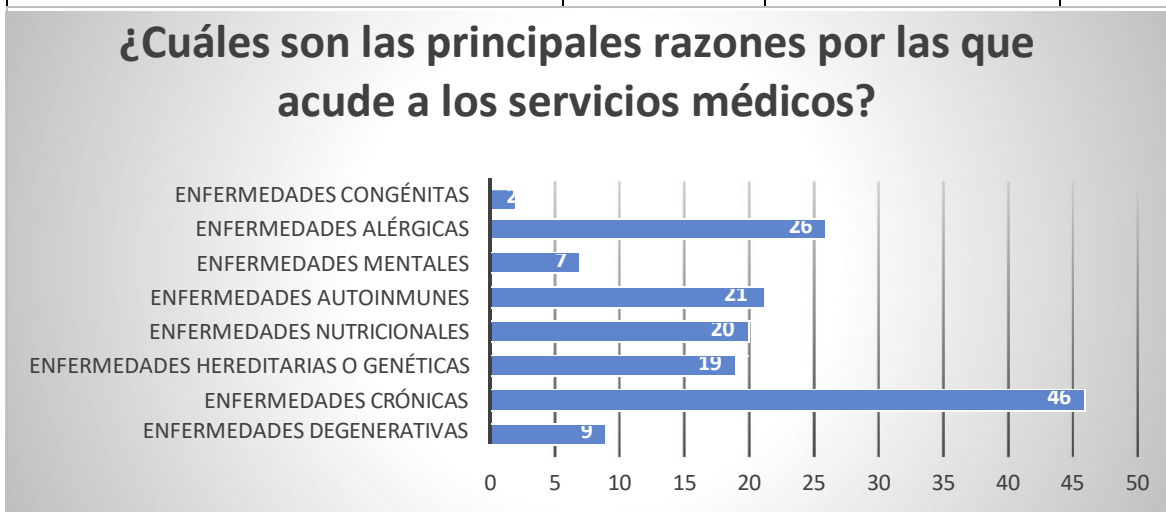
Interpretación: La tabla muestra la distribución de los encuestados según su lugar de residencia. Del total de 109 participantes, la mayor proporción proviene de San Salvador con 27 personas (25%), seguido por Mejicanos con 15 encuestados (14%) y Apopa con 14 personas (13%). Otros distritos como Soyapango (8%), Nejapa (7%) y San Martín (6%) presentan participaciones menores, mientras que el resto de zonas representan porcentajes reducidos. Estos resultados indican que la muestra se concentra principalmente en el área metropolitana de San Salvador, lo cual es relevante para el análisis de la demanda y factibilidad del establecimiento de clínicas médicas asistenciales en dicha zona.

Pregunta 6: ¿Cuáles son las principales razones por las que acude a los servicios médicos?

Objetivo: Identificar las razones principales para acudir a servicios médicos.

Tabla 6

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Enfermedades degenerativas	9	8%
Enfermedades Crónicas	46	42%
Enfermedades hereditarias o genéticas	19	17 %
Enfermedades nutricionales	20	18%
Enfermedades autoinmunes	21	19%
Enfermedades mentales	7	6 %
Enfermedades alérgicas	26	24 %
Enfermedades congénitas	2	2 %
TOTAL	109	100 %



Interpretación: La tabla y el gráfico muestran que las principales razones por las que los encuestados acuden a los servicios médicos son las enfermedades crónicas, con 46 personas (42%), seguidas por las enfermedades alérgicas con 26 encuestados (24%) y las enfermedades autoinmunes con 21 participantes (19%). También se identifican motivos como las enfermedades nutricionales (18%) y las hereditarias o genéticas (17%), mientras que las menos frecuentes son las enfermedades mentales (6%) y las congénitas (2%). Estos resultados evidencian que la mayor demanda de atención médica se relaciona con padecimientos de largo plazo y condiciones recurrentes, lo cual resalta la importancia de contar con servicios de salud accesibles y constantes en la comunidad.

Pregunta 7: ¿Ha tenido dificultades para acceder a servicios médicos en su zona?

Objetivo: Detectar dificultades en el acceso a servicios médicos locales.

Tabla 7

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	53	49%
No	56	51
TOTAL	109	100 %



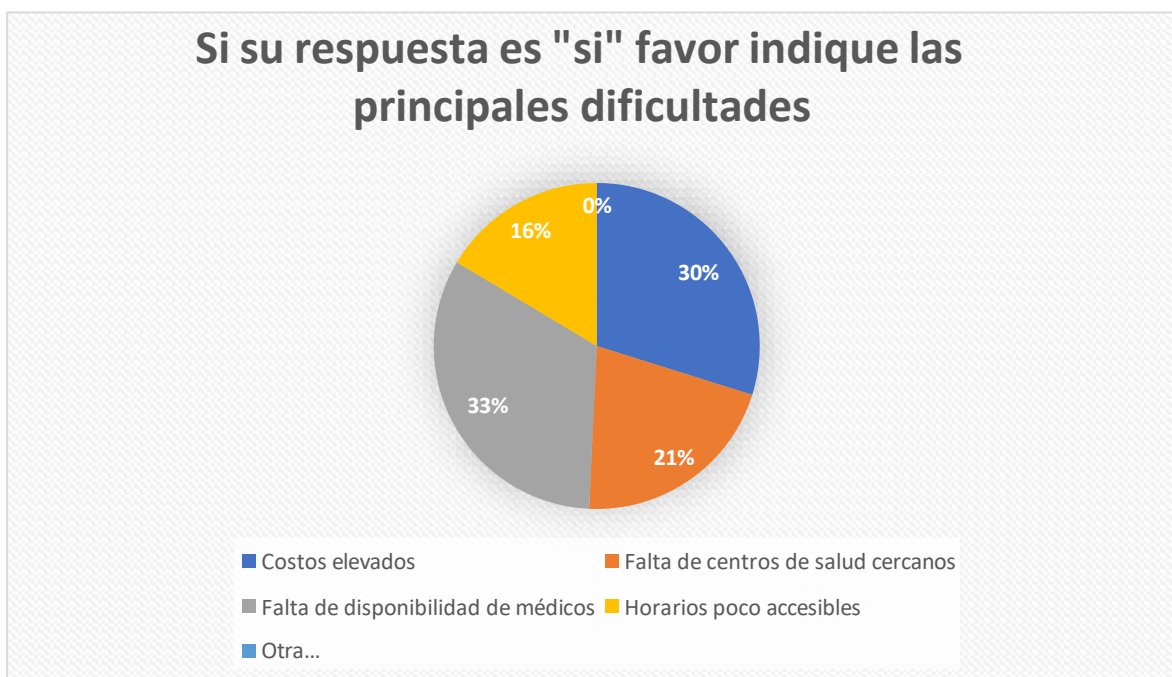
Interpretación: Los resultados muestran una distribución casi equilibrada entre las personas que han tenido dificultades para acceder a servicios médicos y las que no. El 51 % de los encuestados indicó que no ha enfrentado dificultades, mientras que un 49 % sí las ha experimentado. Esto evidencia que, aunque una ligera mayoría no percibe problemas de acceso, una proporción significativa de la población aún enfrenta barreras. La cercanía entre ambos porcentajes sugiere que el acceso a servicios médicos sigue siendo un tema relevante en la zona.

Pregunta 8: Si su respuesta es "si" favor indique las principales dificultades

Objetivo: Identificar las principales dificultades en el acceso a servicios médicos locales.

Tabla 8

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Costos elevados	20	30%
Falta de centros de salud cercanos	14	21%
Falta de disponibilidad de médicos	22	33%
Horarios poco accesibles	11	16%
Otra...	0	0%
TOTAL	67	100 %



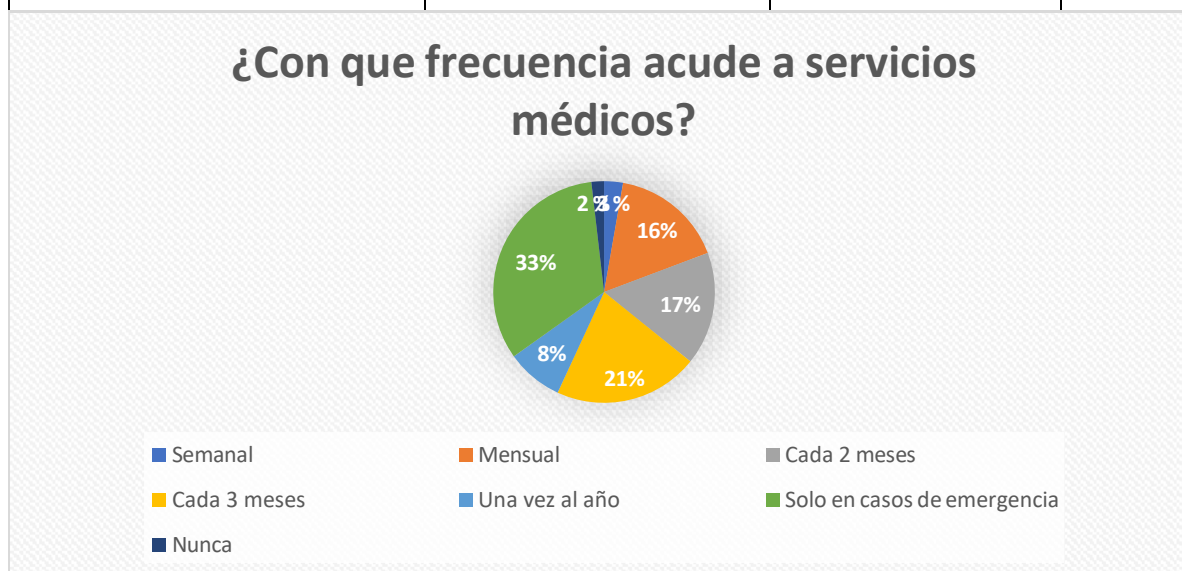
Interpretación: Los datos indican que la principal dificultad para acceder a servicios médicos es la falta de disponibilidad de médicos, representando el 33 % de las respuestas. Le siguen los costos elevados con un 30 %, lo que refleja una barrera económica importante para la población. La falta de centros de salud cercanos alcanza el 21 %, evidenciando limitaciones geográficas. Finalmente, los horarios poco accesibles representan el 16 %, siendo un factor menos frecuente pero relevante. En conjunto, los resultados muestran que las barreras estructurales y económicas influyen significativamente en el acceso a la atención médica.

Pregunta 9: ¿Con qué frecuencia acude a servicios médicos?

Objetivo: Determinar la frecuencia de uso de los servicios médicos.

Tabla 9

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Semanal	3	3%
Mensual	18	16%
Cada 2 meses	18	17%
Cada 3 meses	23	21%
Una vez al año	9	8%
Solo en casos de emergencia	36	33%
Nunca	2	2%
TOTAL	109	100 %



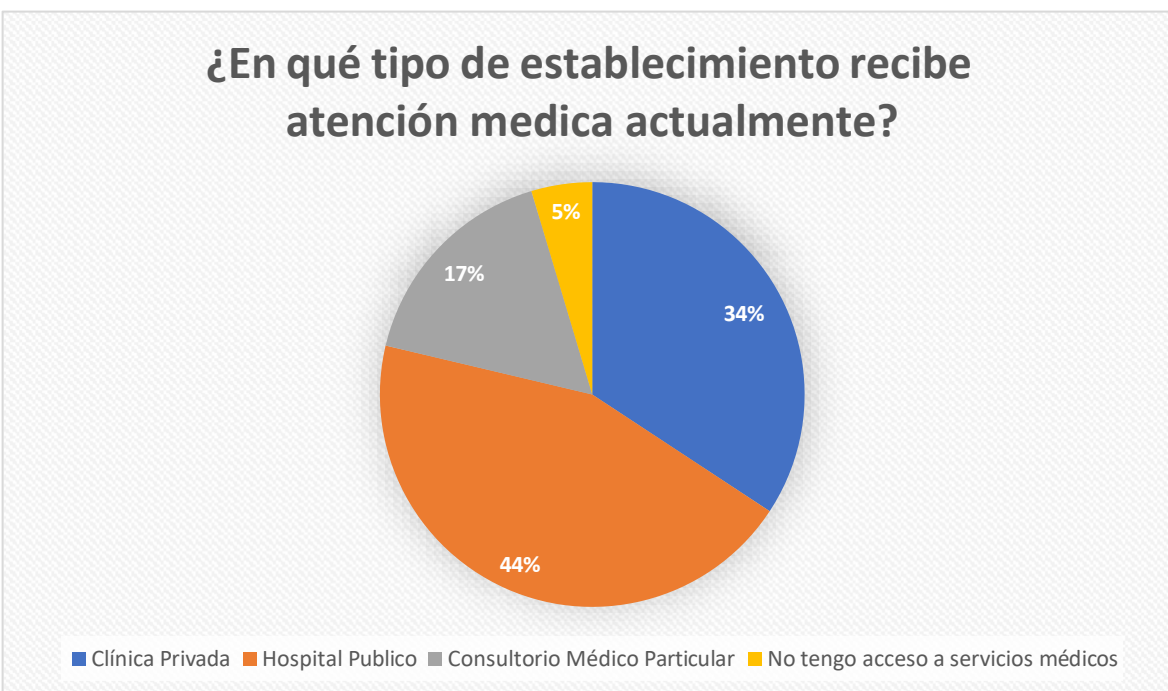
Interpretación: Los datos indican que la principal dificultad para acceder a servicios médicos es la falta de disponibilidad de médicos, representando el 33 % de las respuestas. Le siguen los costos elevados con un 30 %, lo que refleja una barrera económica importante para la población. La falta de centros de salud cercanos alcanza el 21 %, evidenciando limitaciones geográficas. Finalmente, los horarios poco accesibles representan el 16 %, siendo un factor menos frecuente pero relevante. En conjunto, los resultados muestran que las barreras estructurales y económicas influyen significativamente en el acceso a la atención médica.

Pregunta 10: ¿En qué tipo de establecimiento recibe atención médica actualmente?

Objetivo: Identificar el tipo de establecimiento donde los usuarios reciben atención médica.

Tabla 10.

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Clínica Privada	37	34%
Hospital Publico	48	44%
Consultorio Médico Particular	18	17%
No tengo acceso a servicios médicos	5	5%
TOTAL	109	100 %



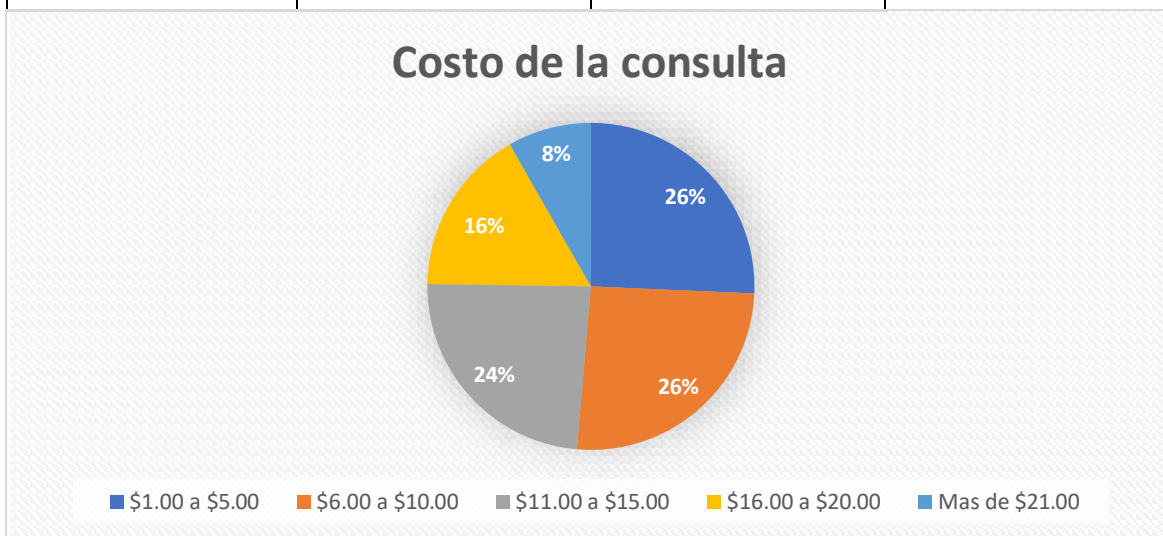
Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de la población recibe atención médica en hospitales públicos, con un 44 % de los encuestados. En segundo lugar, se encuentran las clínicas privadas, que concentran el 34 % de las respuestas, reflejando un uso significativo del sector privado. El 17 % acude a consultorios médicos particulares, lo que indica una alternativa complementaria de atención. Sin embargo, un 5 % de la población manifiesta no tener acceso a servicios médicos, evidenciando una brecha que requiere atención.

Pregunta 11: Cuando ha ido a pasar consulta a una instancia privada ¿Cuál es el costo que ha tenido dicha consulta?

Objetivo: Conocer el costo que cancelan las personas de cada una de las consultas a las que asisten

Tabla 1

Descripción	Cantidad	Porcentaje
\$1.00 a \$5.00	28	26.00%
\$6.00 a \$10.00	28	26.00%
\$11.00 a \$15.00	26	24.00%
\$16.00 a \$20.00	18	16.00%
Mas de \$21.00	9	8.00%
TOTAL	109	100%



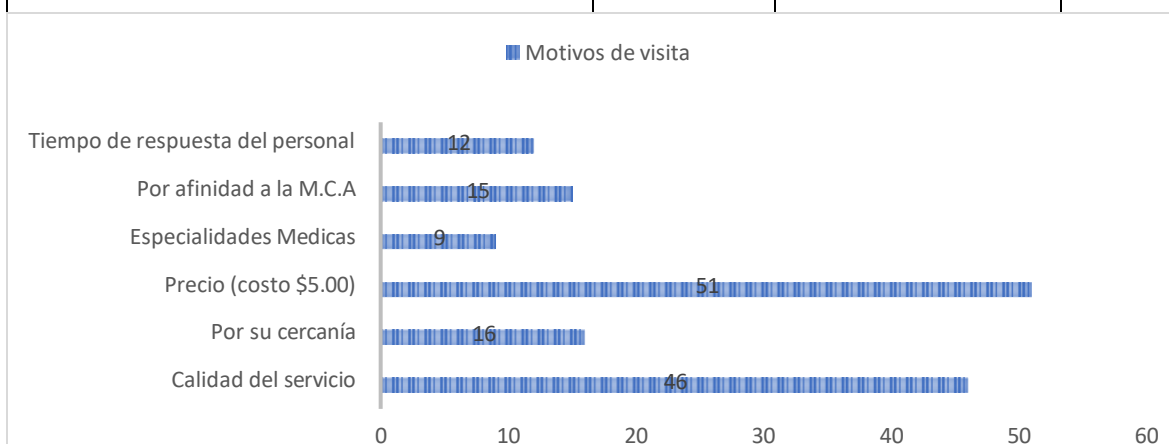
Interpretación: La distribución del costo de la consulta muestra que la mayoría de los encuestados paga entre \$1.00 y \$10.00, concentrando conjuntamente el 52 % de las respuestas. El 24 % indica un costo entre \$11.00 y \$15.00, lo que representa un gasto moderado para una parte importante de la población. Un 16 % paga entre \$16.00 y \$20.00, evidenciando costos más elevados para ciertos usuarios. Solo el 8 % reporta pagar más de \$21.00, siendo el grupo con menor representación. Estos resultados reflejan una mayor prevalencia de consultas de bajo a mediano costo.

Pregunta 12: ¿En caso que la misión centroamericana abra una clínica médica, cerca de su residencia indique la razón por la cual visitaría? (Marque más de una opción de ser necesario)

Objetivo: Conocer la razón de visita a la clínica M.C.A, por parte de los miembros de la

Tabla 1

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Calidad del servicio	46	31.00%
Por su cercanía	16	11.00%
Precio (costo \$5.00)	51	34.00%
Especialidades Medicas	9	6.00%
Por afinidad a la M.C. A	15	10.00%
Tiempo de respuesta del personal	12	8.00%
TOTAL	149	100 %



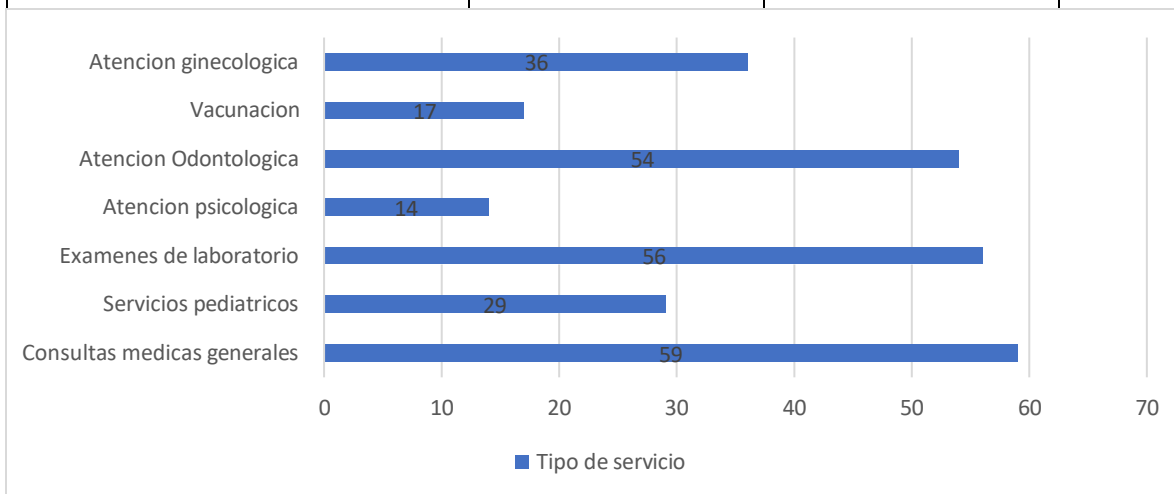
Interpretación: Los resultados indican que el principal motivo de visita a los servicios médicos es el precio accesible, con un 34 % de las respuestas, seguido de la calidad del servicio con un 31 %. En menor medida, la cercanía del establecimiento representa el 11 %, mientras que la afinidad a la M.C.A. alcanza el 10 %. El tiempo de respuesta del personal y la disponibilidad de especialidades médicas presentan porcentajes más bajos, con 8 % y 6 % respectivamente. Esto sugiere que los factores económicos y la calidad percibida influyen principalmente en la elección del servicio médico.

Pregunta 13: ¿Qué tipo de servicios le gustaría que ofrecieran en la clínica? (Marque más de una opción de ser necesario)

Objetivo: Conocer por parte de los usuarios cuáles serían los servicios más demandados por parte de la clínica.

Tabla 13

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Consultas médicas generales	59	22.00%
Servicios Pediátricos	29	11.00%
Exámenes de laboratorio	56	21.00%
Atención psicológica	14	5.00%
Atención odontológica	54	20.00%
Vacunación	17	7.00%
Atención ginecológica	36	14.00%
TOTAL	265	100.00%



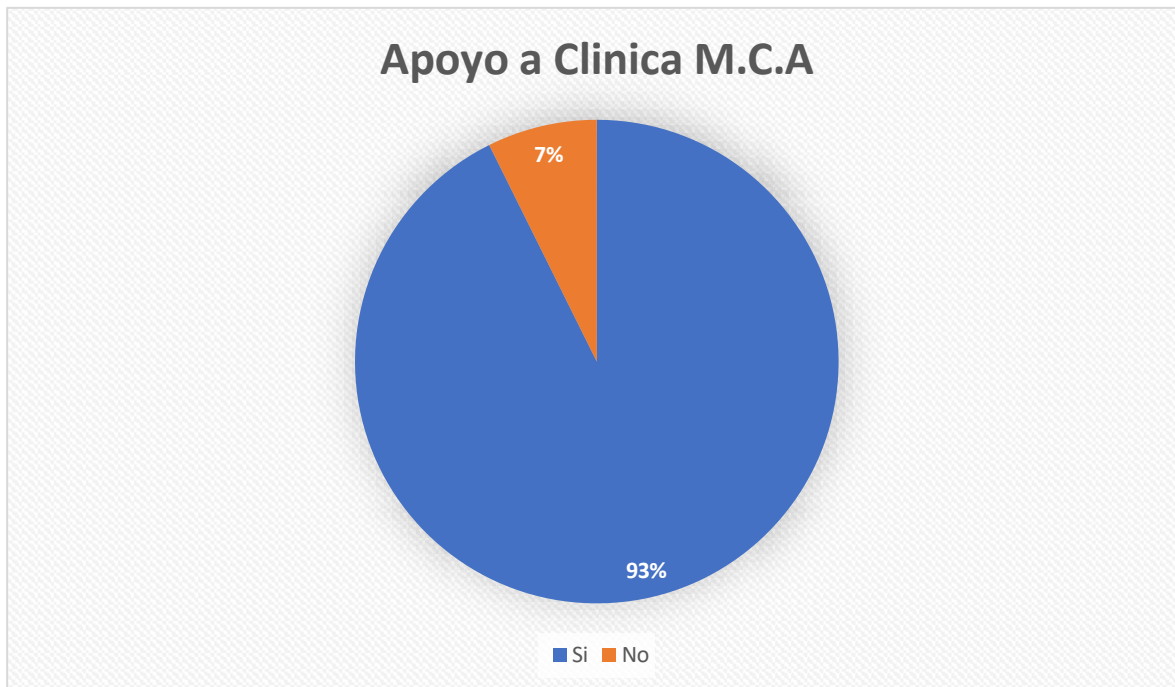
interpretación: El gráfico evidencia que las consultas médicas generales constituyen el servicio con mayor demanda, concentrando el porcentaje más alto del total de atenciones. Asimismo, los exámenes de laboratorio y la atención odontológica presentan una participación significativa, lo que sugiere una alta necesidad de diagnósticos clínicos y cuidado de la salud bucal. La atención ginecológica se ubica en un nivel intermedio de demanda, mostrando una presencia relevante dentro del conjunto de servicios. Por su parte, los servicios pediátricos mantienen una frecuencia moderada de uso. Finalmente, la atención psicológica y la vacunación registran los porcentajes más bajos, aunque continúan siendo componentes esenciales para una atención integral de la salud.

Pregunta 14: ¿Considera que la comunidad apoyará y utilizaría frecuente una clínica asistencial en la misión centroamericana?

Objetivo: Conocer si la comunidad consideraría apoyar una clínica asistencial de la iglesia M.C.A

Tabla 14

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	101	93.00%
No	8	7.00%
TOTAL	109	100 %



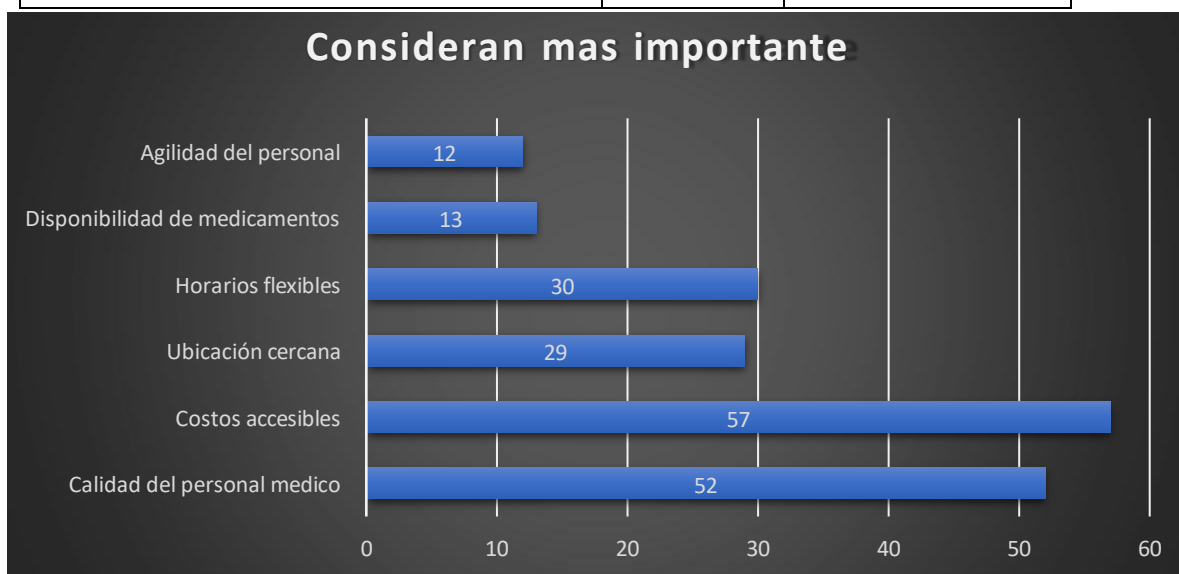
Interpretación: El gráfico muestra un alto nivel de apoyo hacia la Clínica M.C.A, ya que la gran mayoría de los encuestados respondió de manera afirmativa. Con un 93% de respuestas positivas, se evidencia una percepción favorable y un respaldo significativo por parte de los participantes. En contraste, solo un 7% manifestó no brindar apoyo, lo que representa una proporción mínima. Estos resultados reflejan confianza y aceptación general hacia la clínica. En términos generales, la diferencia entre ambas respuestas indica una valoración positiva predominante de la institución.

Pregunta 15: ¿Qué aspectos considera importantes para que la clínica atienda de manera efectiva? (Marque más de una opción de ser necesario)

Objetivo: Conocer los aspectos consideran más importantes los futuros usuarios de la clínica

Tabla 15

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Calidad del personal medico	52	29.00%
Costos accesibles	57	32.00%
Ubicación cercana	29	16.00%
Horarios flexibles	30	17.00%
Disponibilidad de medicamentos	13	6.00%
TOTAL	181	100 %



Interpretación: El gráfico indica que los costos accesibles son el aspecto considerado más importante por los encuestados, concentrando el mayor porcentaje de respuestas. La calidad del personal médico ocupa el segundo lugar, lo que resalta la relevancia de una atención profesional y confiable. En un nivel intermedio se encuentran los horarios flexibles y la ubicación cercana, factores que facilitan el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, la disponibilidad de medicamentos presenta una menor prioridad. En general, los resultados reflejan que los factores económicos y la calidad del servicio son los más valorados por la población.