

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN APLICADA

**ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LAS LIMITACIONES PARA EL ACCESO A
LOS MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO NARIÑO: UN ENFOQUE
DIAGNOSTICO PARA LA GERENCIA EN SALUD.**

IVONNE DYANA RODRIGUEZ MONDRAGON



**PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS.
MAESTRÍA EN GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2025

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN APLICADA

**ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LAS LIMITACIONES PARA EL ACCESO A LOS
MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO NARIÑO: UN ENFOQUE
DIAGNOSTICO PARA LA GERENCIA EN SALUD.**

IVONNE DYANA RODRÍGUEZ MONDRAGÓN

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
MAGISTER EN GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE LA SALUD.**

Directora de trabajo de grado

PhD VIVIAN ANDREA GUTIÉRREZ RINCÓN

**PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS.
MAESTRÍA EN GERENCIA EN ORGANIZACIONES DE LA SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2025

Santiago de Cali, 18 de febrero del 2025

Doctora
Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
Cali

Por medio de la presente estoy entregando a usted el trabajo de grado cuyo título es **“ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LAS LIMITACIONES PARA EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO NARIÑO: UN ENFOQUE DIAGNOSTICO PARA LA GERENCIA EN SALUD”**.

Espero que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,



Ivonne Dyana Rodríguez Mondragón
Cedula de ciudadanía 1.1094.944.708.


Doctor
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado **“ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LAS LIMITACIONES PARA EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO NARIÑO: UN ENFOQUE DIAGNOSTICO PARA LA GERENCIA EN SALUD”**, realizado por la estudiante de Maestría en Gerencia de Organizaciones de Salud (MGOS) la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombre: **Ivonne Dyana Rodriguez Mondragón C.C. 1.094.944.708**, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

Viviana A.
Gutiérrez
Rincón

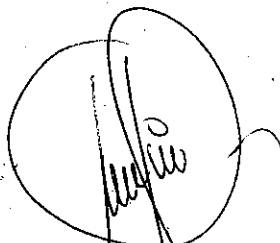
 Firmado digitalmente por
Viviana A. Gutiérrez Rincón
Fecha: 2024.12.10 09:53:28
-05'00'

VIVIANA A. GUTIERREZ-RINCÓN, Ph.D.
Director del Trabajo de Grado

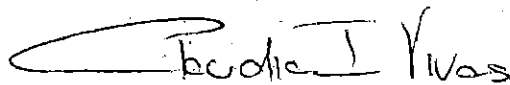
ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

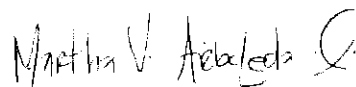
“ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE LAS LIMITACIONES PARA EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO NARIÑO: UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO PARA LA GERENCIA EN SALUD.” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



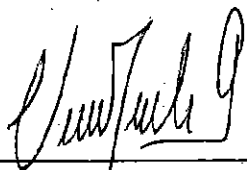
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Martha Viviana Arboleda Cano
Jurado



Viviana Andrea Gutierrez Rincon
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 12 febrero de 2025

DEDICATORIA

A la justicia en salud, principio esencial que guía la búsqueda de equidad, donde cada ser humano, sin importar su origen, condición o lugar de residencia, pueda ejercer plenamente su derecho fundamental a la salud. Que este trabajo sea un pequeño aporte para cerrar brechas, derribar barreras y construir un sistema más humano, solidario y accesible.

"La salud es un derecho humano fundamental, y su disfrute pleno es esencial para el ejercicio de otros derechos humanos." -Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

A mis padres, por ser la roca firme sobre la cual he construido mis sueños, su apoyo incondicional, amor y sabias palabras, me han acompañado en cada paso de este camino. Gracias por creer en mí, por alentarme a superar los desafíos y por recordarme siempre el valor del esfuerzo y la dedicación.

A mis hermanos, por ser mis compañeros de vida, gracias por estar ahí en todos los momentos importantes, por animarme a dar el primer paso y empezar esta maestría cuando las dudas me asaltaban, y por recordarme siempre que era capaz de lograrlo. Su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su fe en mi capacidad me impulsaron a dar lo mejor de mí en este proceso.

Quiero expresar mi sincero reconocimiento hacia los docentes que nos guiaron durante esta maestría. Por su dedicación y compromiso en formarnos no solo como profesionales, sino para ser ciudadanos más responsables y conscientes de nuestro papel en la sociedad. La guía y sabiduría que compartieron han sido una fuente inestimable de inspiración para nosotros.

A la directora de este proyecto de tesis Dra. Vivian Andrea Gutiérrez Rincón, agradezco con sinceridad su guía y paciencia a lo largo del proceso académico tan importante para mí. Su conocimiento especializado y confianza en mi trabajo han sido cruciales en el desarrollo de esta investigación y el éxito de los objetivos establecidos.

A todos ustedes, mi profundo agradecimiento por ser parte de este logro que hoy celebro con orgullo y gratitud.

Contenido

Introducción	14
2 Planteamiento del problema	17
3 Objetivos	20
3.1 General	20
3.2 Específicos.....	20
4 Marco teórico y conceptual	21
4.1 Enfoques teóricos para la gestión de los recursos en salud	21
4.1.1 Teoría basada en los recursos y su aplicación en salud.....	21
4.1.2 Fundamentos de la teoría basada en los recursos (RBV)	21
4.1.3 Conceptos claves de la teoría	22
4.2 Clasificación de los recursos	22
4.2.1 Heterogeneidad	23
4.2.2 Inmovilidad	24
4.3 Sostenibilidad de la ventaja estratégica.....	24
4.3.1 Recursos estratégicos (VRIN).....	24
4.3.2 Capacidades dinámicas.....	25
4.3.3 Barreras de entrada.....	25
4.3.4 Innovación continua	25
4.3.5 Adaptación rápida al entorno	26
4.4 Relación entre la RBV y el sector salud.....	26
4.4.1 Evaluación del impacto	27
4.4.2 Gestión de recursos limitados	27
4.5 Estrategias clave para la gestión de recursos limitados.....	27
4.5.1 Capacitación del personal	27

4.5.2	Optimización de la infraestructura	28
4.5.3	Reorganización de recursos internos	28
4.5.4	Identificación de activos subutilizados	28
4.5.5	Fortalecimiento de alianzas estratégicas.....	28
4.5.6	Integración de sistemas de información	29
4.5.7	Capacidades organizacionales	29
4.6	Críticas a la teoría	30
4.7	Concepto de visión basada en el conocimiento como extensión de la RBV.	31
4.8	Teorías complementarias	31
4.8.1	Teoría de las capacidades dinámicas	31
4.9	Relevancia para el sector salud	33
4.10	Acceso a los servicios de salud	34
4.10.1	Dimensiones del acceso	35
4.10.2	Sistema de salud de Colombia y políticas en salud.	36
4.10.3	Salud Pública y su Relación con el Acceso a Medicamentos	38
4.10.4	Limitaciones del sistema de salud.....	39
4.11	Barreras de acceso a medicamentos y tecnología	39
4.11.1	Barreras geográficas.....	39
4.11.2	Barreras económicas	41
4.11.3	Barreras Administrativas	42
4.11.4	Barreras culturales	43
4.12	Acceso a medicamentos y tecnologías	44
4.12.1	Asequibilidad	45
4.12.2	Accesibilidad	45
4.12.3	Aceptabilidad.....	46

4.12.4	Calidad	46
4.13	Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)	47
4.13.1	Evaluación Técnica y Clínica de Tecnologías en Salud	47
4.13.2	Inequidades en la Oferta de Servicios	48
4.14	Tipos de Tecnologías de la Salud	49
4.14.1	Clasificación de las Tecnologías Médicas.....	50
4.14.2	Impacto de las Tecnologías de la Salud en la Mejora del Acceso	50
4.14.3	Impacto en la equidad	52
4.15	Caracterización del Municipio de El Charco, Nariño	53
4.15.1	Descripción del Área Geográfica y Demográfica.....	53
4.15.2	Vivienda y Servicios Públicos	53
4.15.3	Economía.....	54
4.15.4	Empresas de Comunicación.	54
4.16	Situación de salud en El Charco	54
4.16.1	Aseguramiento.....	54
4.16.2	Instituciones prestadoras de servicios de salud	55
4.16.3	Indicadores de Salud Pública.....	55
4.17	Marco metodológico	56
4.17.1	Enfoque de la investigación.....	56
4.17.2	Población Objeto.....	57
4.17.3	Muestra.....	57
4.17.4	Dimensiones de estudio.....	58
4.17.5	Recolección de datos.....	59
4.17.6	Criterios de selección	61
4.18	Información proporcionada por la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús....	62

4.18.1	Descripción general de los servicios de ESE hospital sagrado corazón de Jesús	62
4.18.2	Disponibilidad de equipos disponibles por áreas.....	62
4.18.3	Área de laboratorio clínico	63
4.18.4	Políticas de medicamentos en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.	63
4.18.5	Resultados generales de las encuestas.....	64
4.19	Discusión	80
4.20	Conclusiones	92
4.21	Limitaciones	94
4.22	Recomendaciones.....	95
4.22.1	Fortalecimiento de los recursos humanos	95
4.22.2	Optimización de los recursos tecnológicos	95
4.22.3	Gestión eficiente de recursos financieros y de medicamentos	96
4.22.4	Mejoras en la comunicación y gestión administrativa:	96
4.23	Anexo	98
4.23.1	Instrumentos de recolección de información.....	98
4.24	Referencias	101

Índice de tablas

Tabla 1 Disponibilidad de equipos del área de imagenología.	62
Tabla 2 Disponibilidad de equipos del área de urgencias.	63
Tabla 3 ¿Considera que los trámites administrativos para acceder a los servicios de salud son complicados?	72
Tabla 4 Medicamentos reportados como faltantes.....	74
Tabla 5 Categorías de obstáculos identificados en el acceso a servicios de salud	78
Tabla 6 Mejoras sugeridas para facilitar el acceso a medicamentos y tecnologías.	79

índice de Figuras

Figura 1 Distribución de la población encuestada por grupos etarios.	64
Figura 2 Distribución de la población encuestada por género.....	65
Figura 3 Distribución de la población encuestada por nivel educativo.....	66
Figura 4 Distribución de la población por ocupación.	66
Figura 5 Distribución de la población por lugar de residencia.	67
Figura 6 ¿Con qué frecuencia encuentra dificultad para obtener una cita médica en el centro de salud más cercano?.....	68
Figura 7 ¿Ha experimentado demoras significativas en la asignación de citas médicas o atención en urgencias?	69
Figura 8 ¿Cuánto tiempo debe esperar para ser atendido por un médico después de solicitar una cita?	69
Figura 9 ¿Ha enfrentado dificultades para obtener autorizaciones de procedimientos o medicamentos por parte de su aseguradora?	70
Figura 10 ¿Cuánto tiempo tarda en recibir la aprobación de un procedimiento médico o medicamento por parte de su EAPB?.....	71

Figura 11 ¿Alguna vez ha tenido que presentar quejas o reclamos debido a la denegación de un servicio?.....	71
Figura 12 ¿Ha encontrado que faltan tecnologías médicas necesarias para su atención en los centros de salud locales?	73
Figura 13 ¿Cuáles tecnologías médicas han faltado?.....	73
Figura 14 ¿Considera que los equipos médicos en los centros de salud que frecuentan están en buen estado?	75
Figura 15 ¿Alguna vez ha tenido que ser referido a otro centro de salud debido a la falta de tecnología adecuada en su centro de salud local?	76
Figura 16 ¿Alguna vez ha tenido que ser referido a otro centro de salud debido a la falta de tecnología adecuada en su centro de salud local?	77
Figura 17 ¿Cree que el personal de salud está adecuadamente capacitado para utilizar las tecnologías disponibles en los centros de salud?	77
Figura 18 ¿Alguna vez ha recibido una atención deficiente debido a un mal manejo de las tecnologías médicas por parte del personal de salud?.....	78

Resumen

Este trabajo analiza las barreras que limitan el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias en El Charco, Nariño, con el objetivo de identificar los factores que perpetúan inequidades en la prestación de servicios de salud. La metodología que se utilizó es de carácter mixto, el cual combina datos cuantitativos y cualitativos. En primera instancia se utilizó la teoría basada en los recursos (RBV) como marco conceptual, explorando su aplicación al sector salud mediante una revisión exhaustiva de la literatura. Y posteriormente se realizó una recolección de datos primarios a través de encuestas estructuradas aplicadas a la población local, enfocándose en dimensiones clave como accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Este proceso permitió articular el análisis conceptual con los hallazgos del contexto local, resaltando las limitaciones específicas en términos geográficos, económicos, administrativos y culturales. A pesar de los desafíos logísticos en la implementación, se logró obtener información significativa para el desarrollo del estudio. Conclusiones: Las barreras identificadas afectan de manera directa la disponibilidad y el uso de medicamentos y tecnologías esenciales, incrementando la carga de enfermedades prevenibles y perpetuando las desigualdades en salud, especialmente en poblaciones rurales y vulnerables.

Palabras clave: Acceso a medicamentos, barreras en salud, tecnologías sanitarias, teoría basada en los recursos, inequidad, El Charco, Nariño.

Abstract

This study analyzes the barriers limiting access to medicines and healthcare technologies in El Charco, Nariño, aiming to identify the factors perpetuating inequities in health service delivery. The methodology employed is mixed, combining quantitative and qualitative data. Initially, the resource-based view (RBV) theory was used as a conceptual framework, exploring its application in the healthcare sector through an exhaustive literature review. Subsequently, primary data was collected through structured surveys administered to the local population, focusing on key dimensions such as accessibility, availability, acceptability, and service quality. This process allowed for the integration of conceptual analysis with local context findings, highlighting specific limitations in geographic, economic, administrative, and cultural terms. Despite logistical challenges during implementation, significant information was obtained to support the study's development. Conclusions: The identified barriers directly impact on the availability and use of essential medicines and technologies, increasing the burden of preventable diseases and perpetuating health inequities, especially in rural and vulnerable populations.

Keywords: Access to medicines, health barriers, healthcare technologies, resource-based view, inequity, El Charco, Nariño.

Introducción

De acuerdo con la Ley 1751 del 2015, el acceso equitativo a medicamentos y tecnologías en salud es un componente esencial para garantizar la calidad y eficacia de cualquier sistema de salud, especialmente en contextos rurales con marcadas limitaciones socioeconómicas. Este estudio aborda las barreras que dificultan dicho acceso en el municipio de El Charco, Nariño, una región del litoral pacífico colombiano caracterizada por su dispersión territorial y aislamiento geográfico. Como mencionan Andrade y Montánchez (2024), las vías de acceso en la zona se limitan al transporte fluvial, marítimo y aéreo, lo que agrava las dificultades en la provisión de recursos sanitarios y tecnologías médicas, perpetuando desigualdades en la atención en salud. Además, la población de El Charco está compuesta predominantemente por comunidades afrodescendientes (96%) e indígenas (4%) en cifras del DANE (2018), acarreado barreras culturales que intensifican las dificultades para acceder a servicios básicos de salud.

Teniendo en cuenta que el acceso a tecnologías sanitarias es fundamental en la práctica médica moderna, ya que estas herramientas desempeñan un papel crucial en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades. Según Ordoñez Sánchez et al. (2018), aunque estas tecnologías son esenciales, su adopción y uso efectivo requieren un proceso riguroso de evaluación que considere su eficacia, seguridad y el impacto económico y social. En América Latina, y particularmente en Colombia, como señala Jiménez Herrera (2018), el acceso a medicamentos enfrenta numerosos desafíos, desde barreras económicas y geográficas hasta limitaciones en las políticas de salud y en la protección de patentes. En El Charco, estas barreras se ven agravadas por la descoordinación que existe entre las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud y los usuarios.

Ruiz Soria (2015) destaca que la logística de distribución de medicamentos es especialmente compleja en áreas rurales, donde la dispersión geográfica y la falta de sistemas de transporte adecuados incrementan los costos operativos y dificultan la entrega oportuna de medicamentos. A estas dificultades se suman las barreras culturales, como la desconfianza hacia el sistema de salud, las creencias tradicionales y el estigma social, que influyen en la disposición de las personas para buscar atención médica y utilizar medicamentos modernos, tal como lo resalta Restrepo-Zea et al. (2014). Estas barreras culturales, combinadas con la falta de educación en salud y la ausencia de programas efectivos de promoción, complican aún más la integración de tecnologías sanitarias modernas en la vida cotidiana de estas comunidades rurales.

En resumen, este trabajo de grado tiene como objetivo principal realizar un análisis diagnóstico detallado de las barreras que limitan el acceso a medicamentos y tecnologías en el municipio de El Charco, Nariño. A través de una metodología mixta que combina datos cuantitativos y cualitativos, se recopilieron datos primarios mediante encuestas estructuradas aplicadas a la población local, enfocándose en dimensiones clave como accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Este enfoque permitió identificar y analizar los factores logísticos, administrativos, económicos y culturales que afectan la calidad del acceso a medicamentos y tecnologías en esta región.

Reconocer y comprender estas barreras desde la perspectiva de la gerencia en salud es esencial para diseñar estrategias que optimicen la asignación de recursos, fortalezcan la infraestructura existente y mejoren la coordinación entre los actores del sistema. La gestión efectiva no solo permite identificar puntos críticos en la cadena de suministro y prestación de servicios, sino que también facilita la implementación de políticas que promuevan la equidad y la

eficiencia. En el contexto de este municipio, donde las limitaciones estructurales y logísticas son predominantes, un enfoque gerencial integral es clave para transformar estas debilidades en oportunidades, asegurando así que el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias se traduzca en mejoras reales en la calidad de vida de la población.

1 Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2025) define el acceso y la cobertura universal de salud como la garantía de que todas las personas y comunidades, sin discriminación, puedan acceder a servicios de salud integrales, oportunos, adecuados y de calidad, ajustados a las necesidades de cada país. Esto incluye garantizar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, asegurando que su uso no genere dificultades económicas, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, según la PAHO (2025), al menos el 29.3% de los países en las Américas reportan que una parte de su población no recibe la atención necesaria debido a múltiples barreras de acceso. Entre estas, el 17.2% se relaciona con tiempos de espera prolongados, horarios inadecuados y trámites administrativos complejos; el 15.1% con barreras financieras; el 8.4% con la disponibilidad insuficiente de recursos, como personal de salud, medicamentos e insumos; y el 5.4% con barreras geográficas.

En Colombia, la Ley 1751 de 2015 establece que la salud es un derecho fundamental que debe garantizarse a todos los habitantes del país. Esta ley busca cerrar las brechas ocasionadas por los determinantes sociales de la salud y garantizar las condiciones necesarias para un acceso efectivo a la atención médica, medicamentos y tecnologías sanitarias, permitiendo diagnósticos oportunos, tratamientos eficaces y procesos de rehabilitación de calidad. Sin embargo, como señalan Vargas y Molina (2009), aunque se han logrado avances significativos en la ampliación de la cobertura en aseguramiento, esto no ha garantizado un acceso efectivo a los servicios de salud. Regiones apartadas como El Charco, Nariño, enfrentan barreras económicas, culturales, administrativas y políticas que limitan el ejercicio pleno del derecho a la salud. Además, el modelo de atención actual no considera las particularidades geográficas, sociales y culturales de estas comunidades, perpetuando inequidades que dificultan el acceso a medicamentos y tecnologías

esenciales. Estas barreras no solo vulneran el derecho fundamental a la salud, sino que también dificultan el cumplimiento del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, como lo establece la OMS.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 destaca que el 22.9% de la población colombiana reside en zonas rurales y dispersas. En el caso de El Charco, Nariño, este municipio cuenta con aproximadamente 21,071 habitantes, de los cuales el 66.9% vive en áreas rurales disgregadas. Estas características agravan las dificultades de acceso a servicios de salud, afectando a miles de personas en todo el territorio nacional y exacerbando las inequidades y deficiencias del sistema de salud en las zonas más vulnerables. El Charco presenta desafíos geográficos como la alta concentración de áreas agrarias, la limitada infraestructura vial y la dependencia del transporte fluvial, factores que incrementan los tiempos y costos de distribución de medicamentos y tecnologías esenciales, impidiendo que los residentes accedan a servicios con estándares de calidad equitativos.

La falta de acceso a servicios de salud adecuados impacta negativamente los indicadores de salud del municipio y del departamento de Nariño. Según el Instituto Nacional de Salud (INS), esta región presenta una alta incidencia de enfermedades transmisibles como malaria y dengue, cuyo control depende de un diagnóstico temprano y del acceso oportuno a medicamentos esenciales. Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social reporta una cobertura de aseguramiento del 86% a nivel departamental, en El Charco alcanza el 96%. Sin embargo, esta cobertura no se traduce en una disponibilidad adecuada de servicios, especialmente en áreas rurales. Además, la cobertura de vacunación en el municipio es considerablemente inferior al promedio nacional, con un 70% frente al 87% nacional, según datos del Ministerio de Salud

(2018). Este escenario se agrava con las altas tasas de desnutrición aguda en menores de cinco años y la morbilidad materna, que continúan siendo problemas críticos en la región.

Por lo tanto, este trabajo de grado tiene como objetivo realizar un análisis diagnóstico detallado de las principales barreras que limitan el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias en El Charco, Nariño. Específicamente, se busca identificar cuáles de estas barreras representan un riesgo significativo para los indicadores de salud y perpetúan estas inequidades que afectan la calidad de la atención en esta región del país. Esto permitirá comprender los factores que afectan la calidad de la atención en esta región, con el fin de proponer estrategias que contribuyan a reducir las inequidades y mejorar los resultados en salud de la población.

2 Objetivos

2.1 General

Identificar las barreras específicas que limitan el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias en la población del charco Nariño.

2.2 Específicos

1. Describir las características demográficas de la población objeto del estudio.
2. Reconocer las principales barreras relacionadas con el acceso a medicamentos y tecnologías médicas en las instituciones de salud de El Charco, Nariño.
3. Analizar cómo las barreras en el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias impactan en la carga de enfermedades prevenibles y de qué manera influyen en la eficiencia general de la prestación de los servicios de salud de la región.

3 Marco teórico y conceptual

3.1 Enfoques teóricos para la gestión de los recursos en salud

3.1.1 Teoría basada en los recursos y su aplicación en salud

La teoría basada en los recursos (RBV, Resource Based View) sostiene cómo la gestión eficiente de elementos específicos puede resultar en una ventaja competitiva sostenible. Diversos autores han aportado al avance de este planteamiento, potenciando su uso en diferentes campos, incluyendo el sector sanitario. De acuerdo con Stratopoulos y Wang (2022), la eficaz administración de elementos en las empresas les posibilita aprovechar oportunidades y neutralizar amenazas, lo que resulta en la creación de un atributo competitivo duradero.

Según Nayak et al. (2021), Pereira y Bamel (2021), así como Davis y DeWitt (2021), coinciden en que los recursos que otorgan estas ventajas competitivas deben ser valiosos, raros, inimitables y no sustituibles. Además, vale decir que estos medios permiten a las empresas obtener rentas económicas superiores a las de sus competidores; la posesión de estos elementos, combinada con una gestión efectiva, conduce a un desempeño superior duradero. Brossard et al. (2022) refuerzan esta perspectiva al destacar la importancia de los recursos internos para la generación de beneficios competitivos permanentes.

3.1.2 Fundamentos de la teoría basada en los recursos (RBV)

El origen de esta teoría tiene sus raíces en el trabajo pionero de Edith Penrose (1959), quien propuso el enfoque basado en los recursos como ámbito fundamental para el desarrollo empresarial, según lo señalado por Pereira y Bamel (2021). Más tarde, en la década de 1980, se consolidó esta idea por Wernerfelt (1984), quien profundizó en la visión basada en los recursos. Posteriormente, fue desarrollada por Jay Barney en 1991, al establecer el marco VRIO (Valor,

Raro, Irreemplazable y Organización) que destaca los recursos estratégicos como valiosos y raros que no pueden ser fácilmente imitados y están bien organizados.

El propósito principal de la teoría, según Pereira y Bamel (2021), es explicar cómo las empresas pueden utilizar sus recursos internos para lograr una ventaja competitiva sostenible. Lo cual se logra al identificar, desarrollar y proteger instrumentos estratégicos únicos, maximizando su capacidad para generar valor, en lugar de depender exclusivamente de factores externos, como las condiciones del mercado.

3.1.3 Conceptos claves de la teoría

3.1.3.1 Recursos estratégicos.

Stratopoulos y Wang (2022), así como otros autores, definen los recursos estratégicos como activos tangibles (por ejemplo, infraestructura, equipos, entre otros) e intangibles (tal como la marca, el capital humano y el conocimiento técnico), los cuales necesitan cumplir con los criterios VRIO. En términos generales, los elementos claves abarcan activos, capacidades, procesos organizacionales, información y conocimientos que una empresa utiliza para implementar estrategias que mejoran su eficiencia y efectividad.

3.2 Clasificación de los recursos

Pereira y Bamel (2021) coinciden con Nayak et al. (2021) al afirmar que los recursos estratégicos pueden clasificarse en tres categorías principales:

- **Recursos de capital físico:** Incluyen los activos tangibles de la empresa, como plantas, equipos, tecnología, materias primas y ubicación geográfica.

- **Recursos de capital humano:** Esto abarca los conocimientos, habilidades, experiencia, juicio y capacidad de aprendizaje de los colaboradores.
- **Recursos de capital organizacional:** Aquí se encuentran comprendidos activos intangibles como la cultura organizacional, los procesos, sistemas, estructura, reputación y relaciones con los aliados estratégicos.

Por otro lado, Ployhart (2021) ofrece una clasificación complementaria, diferenciando entre:

- **Recursos genéricos:** Aquellos que pueden ser utilizados en cualquier contexto organizacional.
- **Recursos específicos de la empresa:** Están estrechamente ligados a las características únicas y distintivas de la organización, proporcionando una ventaja competitiva difícil de replicar.

Estas clasificaciones resaltan la importancia de identificar, gestionar y optimizar los componentes estratégicos en función de su naturaleza y aplicabilidad, permitiendo a las organizaciones desarrollar capacidades únicas que mejoren su desempeño.

La RBV también engloba conceptos clave como la heterogeneidad y la inmovilidad, que son esenciales para comprender de qué manera las organizaciones desarrollan atributos competitivos sostenibles.

3.2.1 Heterogeneidad

Este término se refiere a las discrepancias entre la disponibilidad y calidad de recursos en las organizaciones. De acuerdo con Davis y DeWitt (2021), los recursos y capacidades no están

distribuidos de manera uniforme, lo que permite que algunas organizaciones posean activos únicos o distintivos que los diferencian de otras. Esta variación en los recursos facilita que ciertas empresas aprovechen instrumentos difíciles de replicar o de acceder para sus competidores, impidiendo que todas las instituciones puedan obtener las mismas oportunidades de capacidad competitiva sostenible.

3.2.2 Inmovilidad

Es un concepto clave dentro de la RBV y hace referencia a la dificultad para transferir o replicar los recursos específicos de una organización. Esta característica desempeña un papel crucial en la protección del privilegio competitivo, teniendo en cuenta que los recursos inmóviles son difíciles de copiar para otras entidades. Para Ployhart (2021), esta dificultad puede deberse a diversos factores, como la especificidad del activo, la ambigüedad causal, las interdependencias entre recursos, la historia particular de la organización, los aspectos sociales y culturales asociados.

3.3 Sostenibilidad de la ventaja estratégica

De acuerdo con Pereira y Bamel (2021), la sostenibilidad de la ventaja competitiva radica en la capacidad de dicha organización para mantener su posición de liderazgo en el mercado a largo plazo, incluso frente a sus competidores. A continuación, se detallan algunos factores clave que contribuyen a la sostenibilidad de la ventaja competitiva:

3.3.1 Recursos estratégicos (VRIN)

Pereira y Bamel (2021) destacan que los recursos estratégicos, que cumplan con los criterios VRIN, son la base fundamental para mantener el valor diferencial sostenible. Nayak et al. (2021) refuerzan esta idea al introducir que la inclusión social puede actuar como un recurso

estratégico en el marco de la teoría VRIN, fortaleciendo la sostenibilidad de la ventaja competitiva según la visión basada en RBV. Por ejemplo, capacidades humanas altamente especializadas o procesos organizativos patentados son difíciles de imitar y refuerzan la posición de liderazgo. Fadhil et al. (2024) analiza la importancia de los recursos estratégicos en el ámbito sanitario, ya sean conocimientos especializados, infraestructura adaptada a entornos remotos y habilidades específicas para trabajar con comunidades marginadas y adaptarse a las necesidades del entorno.

3.3.2 Capacidades dinámicas

Para Pereira y Bamel (2021), estas habilidades permiten a las entidades adaptar y reconfigurar sus recursos y capacidades en respuesta a los cambios del entorno; esta adaptabilidad es esencial para mantener el posicionamiento estratégico, especialmente en mercados caracterizados por la volatilidad y la incertidumbre.

3.3.3 Barreras de entrada

Stratopoulos y Wang (2022) argumentan cómo las barreras de entrada, tanto estructurales, como las economías de escala y el acceso a los canales de distribución, así como los impedimentos estratégicos, incluyendo una sólida reputación o la lealtad de los clientes, limitan la incorporación de nuevos competidores y fortalecen la posición de liderazgo de las organizaciones.

3.3.4 Innovación continua

Para Nayak et al. (2021), la capacidad de innovar de manera constante en productos, procesos y modelos de atención permite a las entidades no solo mantener su propuesta de valor,

sino también crear nuevas oportunidades para diferenciarse de la competencia. Brossard et al. (2022) aborda cómo la RBV fomenta el uso de enfoques innovadores, como la telesalud, clínicas móviles y herramientas digitales, para superar las barreras geográficas y extender la cobertura en regiones desatendidas.

3.3.5 *Adaptación rápida al entorno*

Stratopoulos y Wang (2022) destacan que el potencial de reaccionar con rapidez a los cambios tecnológicos, regulatorios o de mercado es crucial para garantizar la sostenibilidad del distintivo competitivo. Los entes que demuestran flexibilidad y agilidad en sus operaciones tienen una mayor probabilidad de mantenerse competitivos en el largo plazo.

3.4 Relación entre la RBV y el sector salud

La teoría basada en los recursos (RBV) ofrece un marco conceptual relevante para abordar los desafíos del sector salud, particularmente en áreas vulnerables, al centrarse en la gestión estratégica de recursos tangibles e intangibles. Según Nayak et al. (2021), Stratopoulos y Wang (2022), Pereira y Bamel (2021), una gestión eficiente de recursos tangibles, como la infraestructura y los medicamentos, combinada con intangibles, como el conocimiento médico y las estrategias organizativas, puede superar barreras relacionadas con la accesibilidad y la disponibilidad de servicios esenciales. Este enfoque permite a las instituciones de salud optimizar sus recursos limitados y mejorar la atención sanitaria. Davis y DeWitt (2021) argumentan que la RBV fomenta la innovación en la prestación de servicios, como el uso de tecnologías digitales, clínicas móviles y telesalud, para extender la cobertura en regiones remotas. Aunque gran parte de la literatura no aplica directamente la RBV al ámbito de la

atención médica, sus principios son útiles para diseñar estrategias efectivas. Este enfoque permite identificar puntos clave para optimizar la gestión de recursos en áreas vulnerables.

3.4.1 Evaluación del impacto

Brossard et al. (2022) destacan que la medición continua de las estrategias es esencial para garantizar la eficiencia y eficacia en la atención sanitaria. Esto incluye analizar resultados de salud, identificar áreas de mejora y ajustar los recursos de manera dinámica para satisfacer las necesidades emergentes, maximizando así el impacto de las intervenciones.

3.4.2 Gestión de recursos limitados

Esta teoría hace hincapié en la importancia de la adecuada administración estratégica sobre los recursos limitados para superar barreras de acceso. Tal como menciona Ployhart (2021), la RBV señala que contar con equipo cualificado y una coordinación eficiente en infraestructuras limitadas permite a las redes de salud personalizar servicios según las necesidades locales, lo que refleja el uso planificado de recursos específicos.

Stratopoulos y Wang (2022) destacan que optimizar recursos actuales requiere implementar estrategias como la capacitación continua del personal, mejorar la infraestructura tecnológica y también fortalecer alianzas estratégicas, todo ello con el objetivo de reducir inequidades y optimizar el impacto de los esfuerzos institucionales.

3.5 Estrategias clave para la gestión de recursos limitados

3.5.1 Capacitación del personal

Como lo engloban Fadhil et al. (2024), es esencial entrenar continuamente a los equipos de salud para mejorar la calidad de la atención y adaptarse a las necesidades locales y los avances tecnológicos.

3.5.2 Optimización de la infraestructura

De acuerdo con Nayak et al. (2021), Stratopoulos y Wang (2022), al mejorar las instalaciones físicas y tecnológicas, ayuda a reducir barreras estructurales y a incrementar la accesibilidad de los servicios.

3.5.3 Reorganización de recursos internos

Basándose en lo expresado por Davis y DeWitt (2021), la redistribución del personal y la reestructuración de procesos internos aumentan la eficiencia operativa y permiten eliminar ineficiencias o cuellos de botella en la atención.

3.5.4 Identificación de activos subutilizados

Como expone Brossard et al. (2022), al detectar y aprovechar recursos infrautilizados permite maximizar el impacto de las intervenciones en salud, pero también permite priorizar inversiones en equipos, procesos y tácticas que se alineen a los modelos de atención de dichas instituciones.

3.5.5 Fortalecimiento de alianzas estratégicas

Coincidiendo con Stratopoulos y Wang (2022), así como Palesh et al. (2010), sostienen que las alianzas con comunidades locales y organizaciones no gubernamentales (ONG) son cruciales para acceder a recursos y mejorar la coordinación de los servicios de salud, maximizando el impacto de las intervenciones.

3.5.6 Integración de sistemas de información

En concreto, Fadhil et al. (2024) destacan que la implementación de un sistema de información hospitalaria (HIS) mejora significativamente la planificación, la coordinación y la atención preventiva. Este sistema facilita el abordaje de problemas como las enfermedades crónicas y la carencia de datos precisos y de calidad, esenciales para una gestión eficiente en salud.

3.5.7 Capacidades organizacionales

Dentro del enfoque de la RBV se destaca el desarrollo de capacidades internas como un recurso estratégico esencial para mejorar los resultados operativos y estratégicos en el sector salud. Según Ployhart (2021), invertir en la capacitación específica del personal no solo potencia el rendimiento individual, sino que también optimiza la gestión de los recursos disponibles, logrando una atención más eficiente y equitativa.

Nayak et al. (2021) argumentan que el entrenamiento continuo del personal en salud es crucial para potenciar el impacto de los recursos en contextos con limitaciones tecnológicas o logísticas, lo que es especialmente relevante en áreas donde el acceso a tecnologías avanzadas es limitado. Esto garantiza un servicio más equitativo al fortalecer las competencias del personal. La perspectiva de Pereira y Bamel (2021) puntualiza que el desarrollo de habilidades específicas, como el manejo de tecnologías avanzadas o la gestión de emergencias, resulta fundamental para superar barreras y mejorar la atención sanitaria. Como afirman Barney et al. (2021), el aprendizaje de estas destrezas específicas no solo permite mejorar la atención en salud, sino que también incrementa el impacto de los recursos existentes. Esta postura permite a las instituciones

responder a carencias puntuales dentro de sus comunidades, obteniendo grandes avances en la calidad del servicio.

3.6 Críticas a la teoría

A pesar de su relevancia y amplia aceptación, la teoría RBV ha recibido diversas críticas relacionadas con su implementación y limitaciones conceptuales. Para Stratopoulos y Wang (2022), algunas de estas críticas incluyen:

- **Falta de operatividad:** Existe una dificultad para medir recursos intangibles, como el conocimiento o la reputación, lo que complica su análisis empírico y práctico. Como menciona Barney et al. (2021), otra crítica significativa es la falta de pruebas empíricas sólidas, lo que hace que la teoría sea percibida como demasiado amplia y difícil de delimitar en su aplicación práctica.
- **Enfoque estático:** La RBV se centra en los recursos existentes de una organización, subestimando la influencia de los cambios dinámicos del mercado y las necesidades de adaptabilidad en entornos complejos.
- **Creación de nuevos recursos:** No aborda de manera adecuada cómo las organizaciones pueden generar nuevos recursos estratégicos para adaptarse a los cambios del entorno.
- **Fragmentación en su aplicación práctica:** En algunos casos, la implementación de la RBV carece de coherencia, lo que dificulta su adopción como marco integral.

3.7 Concepto de visión basada en el conocimiento como extensión de la RBV.

La visión basada en el conocimiento (KBV) es una extensión de la teoría basada en los recursos; exponentes como Stratopoulos y Wang (2022) destacan el papel del conocimiento como un recurso clave para alcanzar y mantener el factor diferenciador. Dicho enfoque es especialmente relevante en sectores intensivos en información, como el de la salud, donde el conocimiento especializado puede transformar significativamente la prestación de servicios.

Desde el punto de vista de Pereira y Bamel (2021), el conocimiento es un recurso estratégico debido a sus características únicas: es valioso, específico, socialmente complejo y difícil de imitar. Estas cualidades lo convierten en un activo indispensable para las organizaciones que buscan diferenciarse en entornos altamente competitivos. Por su parte, Fadhil et al. (2024) amplían esta perspectiva al subrayar la importancia de compartir, gestionar y utilizar eficazmente el conocimiento dentro de las organizaciones. Según estos autores, la KBV no solo considera el conocimiento como el recurso más crítico, sino que también comparte que su adecuada gestión es esencial para mantener la ventaja en la propuesta de valor.

3.8 Teorías complementarias

3.8.1 Teoría de las capacidades dinámicas

Esta teoría fue propuesta por Teece et al. (1997); complementa la RBV al centrarse en cómo las organizaciones pueden adaptarse, integrar y reorganizar sus recursos en respuesta a entornos dinámicos y cambiantes. Este sistema reconoce que, si bien los recursos estratégicos son esenciales para obtener distinciones estratégicas, su valor puede disminuir en contextos donde las condiciones del mercado evolucionan rápidamente.

Diferentes autores señalan que los principales aportes de la teoría de las capacidades dinámicas consisten:

- **Adaptabilidad al cambio**

Como acepta Pereira y Bamel (2021) la teoría enfatiza la capacidad de las instituciones en identificar y responder a nuevas oportunidades o amenazas del entorno, asegurando la sostenibilidad de su posicionamiento competitivo.

- **Reconfiguración de recursos**

Más allá de simplemente poseer herramientas estratégicas, Brossard et al. (2022) mencionan que esta teoría destaca la importancia de reorganizar dichos instrumentos para optimizar su uso y alinearlos con los objetivos organizacionales de la compañía en diferentes escenarios.

- **Innovación constante**

Stratopoulos y Wang (2022) argumentan que las capacidades dinámicas impulsan la innovación en procesos, productos y estrategias, permitiendo a las organizaciones mantener su posición en los mercados volátiles.

- **Aprendizaje organizacional**

Pereira y Bamel (2021) sugieren que la adquisición y aplicación de nuevos conocimientos son fundamentales para desarrollar capacidades que permitan a las empresas adaptarse y crecer en contextos inciertos.

3.9 Relevancia para el sector salud

En el ámbito de la salud, la teoría de las capacidades dinámicas ofrece un marco útil para que las instituciones respondan a desafíos como:

- Cambios en la demanda de servicios debido a emergencias sanitarias.
- La necesidad de incorporar tecnologías médicas innovadoras.
- Reestructuración de procesos para atender poblaciones en áreas vulnerables.
- Gestión de recursos limitados en contextos de crisis.

3.10 Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud, como parte esencial de este derecho, implica que todas las personas, independientemente de su condición social, económica o geográfica, puedan obtener servicios de salud oportunos, efectivos y asequibles. La Organización Mundial de la Salud, así como la Ley Estatutaria, resaltan la importancia de garantizar una atención equitativa que responda a las necesidades de la población y promueva el bienestar general. Aunque el concepto de acceso a los servicios de salud ha sido ampliamente discutido, en la práctica, la cobertura universal busca conectar la necesidad de estos servicios con su disponibilidad. Según Fajardo (2015), el acceso efectivo a la salud se define como la capacidad de un individuo con una condición médica que requiere atención de obtener los servicios necesarios para abordar dicha condición y alcanzar el mejor resultado posible. Este concepto tiene un carácter multidimensional, ya que incluye aspectos como la disponibilidad física de los servicios, su asequibilidad económica, la aceptabilidad cultural y social, y la calidad de la atención recibida.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por sí sola, no se traduce automáticamente en un acceso real a los servicios. Como señala Vargas (2009), la dinámica del mercado y los mecanismos de contención de costos, a menudo implementados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), pueden generar barreras que dificultan el acceso a la atención médica, incluso para quienes están afiliados al sistema. Esta situación evidencia cómo la lógica del mercado puede prevalecer sobre el derecho fundamental a la salud, restringiendo de manera significativa el acceso efectivo a los servicios.

Para que una población alcance un verdadero acceso a la salud, no basta con la simple existencia de servicios. Estos deben cumplir con dos características esenciales: pertinencia y

efectividad. Según Fajardo-Dolci et al. (2015), la **pertinencia** implica que los servicios de salud sean adecuados a las necesidades de la población a la que están dirigidos, abordando las condiciones de salud prevalentes y considerando su contexto social y cultural. La sensibilidad cultural es crucial para que los servicios sean aceptados y utilizados por la comunidad. Por otro lado, la **efectividad** exige que los servicios se basen en la mejor evidencia científica disponible y tengan la capacidad de generar resultados positivos en términos de mejora de la salud y el bienestar de las personas. Solo cuando estas dos condiciones se cumplen, la población puede realmente "acceder a resultados satisfactorios" en materia de salud.

3.10.1 Dimensiones del acceso

Comprender el acceso a la atención médica requiere analizar más allá de la simple disponibilidad de servicios; diversos autores han propuesto modelos multidimensionales para abordar este concepto complejo. Según Restrepo-Zea et al. (2014), las dimensiones clave del acceso incluyen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y capacidad de adaptación de los servicios de salud. El análisis de cada una de estas dimensiones permite identificar las barreras específicas que enfrentan las comunidades en su búsqueda de atención médica. Por su parte, Donabedian (1972) y Frenk (1985) subrayan la importancia de la accesibilidad, definiéndola como el "grado de ajuste" entre las características de la población y los recursos disponibles en las instituciones de salud. Este enfoque destaca la necesidad de adaptar los servicios a las particularidades de cada comunidad, considerando factores culturales, sociales y geográficos.

La Organización Mundial de la Salud amplía este marco con un modelo de cinco dimensiones para analizar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias:

- **Disponibilidad:** Existencia física de los medicamentos en los centros de salud

- **Asequibilidad:** Capacidad de los usuarios para costear los medicamentos y tecnologías.
- **Accesibilidad:** Facilidad de los pacientes para llegar a los servicios de salud
- **Aceptabilidad:** Adecuación de los servicios a las necesidades y expectativas de los pacientes.
- **Calidad:** Seguridad y efectividad de los medicamentos y tecnologías disponibles.

Ledezma-Morales et al. (2020) destacan que abordar estas dimensiones de manera integral es esencial para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud y, con ello, mejorar el bienestar general de la población.

3.10.2 Sistema de salud de Colombia y políticas en salud.

El sistema de salud colombiano ha pasado por diversas reformas destinadas a garantizar el acceso universal y mejorar la calidad de los servicios. Bernal y Barbosa (2015) destacan la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 como pilares fundamentales para consolidar un modelo de salud que reconoce el acceso a los servicios como un derecho fundamental. Sin embargo, persisten debilidades estructurales y desafíos significativos, especialmente en las zonas rurales. Más tarde, la Sentencia T-760 de 2008, emitida por la Corte Constitucional, marcó un punto de inflexión al reconocer el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. Como lo plantea Restrepo-Zea et al. (2018), esta sentencia buscó abordar las deficiencias estructurales del sistema de salud, garantizando el acceso a servicios esenciales, incluidos medicamentos y tecnologías.

No obstante, la judicialización de la salud, impulsada en gran medida por la Sentencia T-760, ha generado tanto beneficios como desafíos. Por un lado, ha permitido a los ciudadanos reclamar sus derechos y acceder a tratamientos que de otro modo les habrían sido negados. Por otro lado, ha creado una dependencia en la capacidad de los individuos para interponer acciones legales, lo que, según Restrepo Zea et al. (2018), constituye una barrera adicional de acceso, especialmente en regiones rurales con acceso limitado a la justicia. Las políticas nacionales de medicamentos (PNM) en América Latina, incluyendo Colombia, buscan ordenar, priorizar y evaluar los aspectos más importantes del ciclo de los medicamentos, desde la producción hasta la distribución y el acceso (Jiménez Herrera, 2018). A pesar de los esfuerzos realizados, la implementación de estas políticas ha sido desigual y ha dejado importantes brechas en regiones rurales donde las poblaciones aún enfrentan dificultades significativas para acceder a medicamentos esenciales. Blengio Valdés (2015) enfatiza el rol crucial del Estado en superar estas barreras, resaltando la importancia de garantizar la disponibilidad de medicamentos en todo el territorio nacional, asegurar precios accesibles y establecer un sistema regulatorio que proteja a las poblaciones más vulnerables.

En Colombia, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO (2025) ha desarrollado diversas herramientas para garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías en salud. Entre estas, destaca MIPRES, una plataforma tecnológica que facilita a los profesionales de la salud gestionar la prescripción de medicamentos y tecnologías no cubiertas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), asegurando así que los pacientes accedan a los tratamientos necesarios.

El Plan de Beneficios de Salud (PBS) ha sido un instrumento clave para garantizar un acceso mínimo a medicamentos y servicios esenciales. Ha sufrido múltiples reformas para incluir nuevas tecnologías y tratamientos, como se señala en Romero Prada et al. (2014). La actualización del PBS en 2012 incluyó 59 nuevas tecnologías y cerca de 120 nuevas indicaciones de medicamentos, con el objetivo de ampliar el acceso a servicios más avanzados. No obstante, evaluar el impacto real de esta actualización, particularmente en comunidades vulnerables, requiere un análisis más profundo. Aunque esta implementación de políticas efectivas para mejorar el acceso a medicamentos y tecnologías en áreas rurales enfrenta múltiples desafíos, como la fragmentación de los sistemas de salud, los presupuestos limitados y la necesidad de actualizar los protocolos de tratamiento; Giron et al. (2022) subrayan la importancia de estrategias como la consolidación de la demanda a nivel regional y la promoción de compras conjuntas. Estas estrategias podrían reducir costos, garantizar la disponibilidad de productos de calidad y contribuir a superar las barreras de acceso, mejorando la equidad en salud en estas regiones.

3.10.3 Salud Pública y su Relación con el Acceso a Medicamentos

La salud pública se refiere al esfuerzo organizado de la sociedad para proteger y mejorar la salud de la población, mediante acciones preventivas, promoción de la salud y el acceso equitativo a los servicios sanitarios. En este marco, para Blengio Valdés (2015), el acceso a medicamentos esenciales es un componente crítico en el control y tratamiento de enfermedades, y representa un indicador clave de la efectividad de un sistema de salud. No obstante, el acceso efectivo no solo se limita a la disponibilidad de medicamentos, sino que también depende de la

calidad y capacidad resolutive de los servicios de salud para atender las necesidades de la población.

Por su parte, Fajardo Dolci (2015) señala que la preferencia por servicios de salud privados, incluso entre pacientes con cobertura pública, refleja la persistencia de barreras significativas en el acceso a la atención médica. Estas barreras no solo limitan el acceso a servicios oportunos y de calidad, sino que también evidencian la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive del sistema de salud público para garantizar una atención integral sin discriminación.

3.10.4 Limitaciones del sistema de salud.

El sistema de salud colombiano ha pasado por múltiples reformas d orientadas a ampliar la cobertura y mejorar el acceso a los servicios de salud. A pesar de estas iniciativas no siempre han logrado traducir sus objetivos en mejoras equitativas. Hernández (2009) destaca que la fragmentación estructural del sistema y la dependencia excesiva de los mecanismos de mercado para la distribución de servicios han perpetuado barreras que limitan la garantía del derecho a la salud para toda la población.

3.11 Barreras de acceso a medicamentos y tecnología

A pesar de los esfuerzos por garantizar el acceso universal a la salud, persisten barreras significativas que impiden a muchas personas acceder a los servicios que necesitan. Estas barreras pueden clasificarse en diversas categorías:

3.11.1 Barreras geográficas

En Colombia, las inequidades en el acceso a los servicios de salud son particularmente evidentes en las áreas rurales, donde la oferta de servicios es limitada y la dispersión de la población agrava el panorama. Como dice Rodríguez Acosta (2010), esta concentración de recursos en las ciudades deja a las comunidades rurales en una posición de vulnerabilidad frente a sus necesidades sanitarias. De acuerdo con Vargas-Lorenzo et al. (2010), estas dificultades no solo afectan la atención médica inmediata, sino que también profundizan las disparidades en salud entre áreas urbanas y rurales.

Vargas y Molina (2009) señalan que las grandes distancias que las personas deben recorrer en zonas rurales limitan su capacidad para recibir atención oportuna y adecuada. Esta situación se refleja en regiones rurales, donde la dispersión poblacional y la falta de vías de comunicación adecuadas hacen que acceder a servicios médicos esenciales sea un desafío significativo, como da a conocer Álvarez Salazar et al. (2016). Las dificultades topográficas no solo complican el traslado de pacientes, sino también la distribución de medicamentos y tecnologías sanitarias, incrementando la brecha en el acceso a servicios esenciales (Murillo Palacios, 2012).

Además, la insuficiencia en la cobertura de atención se ve exacerbada por la escasa presencia de prestadores de servicios de salud en estas zonas y por la falta de integración efectiva de los sistemas locales de salud. Mejía-Mejía et al. (2007) subrayan que barreras similares, como la dispersión poblacional y la falta de infraestructura, afectan otras regiones del país, como Antioquia, dificultando tanto el acceso a servicios preventivos como curativos. Esto evidencia un patrón nacional en el que las barreras geográficas limitan el derecho a la salud, especialmente en contextos rurales.

3.11.2 Barreras económicas

La capacidad financiera, tanto de los individuos como del Estado, desempeña un papel crucial en la adquisición de medicamentos y tecnologías en Colombia. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), el gasto de bolsillo en salud en la región pacífica oscila entre el 12.4% y el 17.4%, lo que evidencia las barreras económicas que enfrentan las personas para acceder a servicios de salud. Álvarez Salazar et al. (2016) advierten que estas dificultades se agravan por la crisis económica del sistema de salud, limitando su capacidad para proporcionar servicios accesibles y de calidad

Mejía-Mejía et al. (2007) destacan que estas barreras afectan tanto a los afiliados al régimen subsidiado como a aquellos sin afiliación, quienes enfrentan serias dificultades para costear medicamentos y otros servicios esenciales. La falta de recursos económicos perpetúa las desigualdades en salud, ya que las personas con mejores condiciones económicas tienen mayor facilidad para acceder a atención médica y completar sus tratamientos.

En las zonas rurales, estas limitaciones son más severas debido a la escasez de infraestructura y personal de salud. Lo señalado por Bran Piedrahita et al. (2020) es que esta situación genera largos tiempos de espera y discontinuidad en los tratamientos, obligando a los pacientes a interrumpir su atención médica o incurrir en gastos adicionales para adquirir medicamentos indispensables. Rodríguez Acosta (2010) subraya que la falta de recursos financieros afecta al 14.4% de los asegurados y al 50.24% de los no asegurados, evidenciando que, a pesar de los avances en aseguramiento universal, persisten barreras económicas significativas que dificultan el acceso a tratamientos y tecnologías, especialmente en las zonas

rurales, donde los recursos son más escasos y las desigualdades son más pronunciadas en las áreas más vulnerables.

3.11.3 Barreras Administrativas

Las barreras administrativas en el sistema de salud colombiano incluyen trámites burocráticos complejos, demoras en la asignación de citas, dificultades en los procesos de afiliación y autorización de procedimientos, así como problemas en la dispensación de medicamentos (Rodríguez Hernández et al., 2015). Según Vargas y Molina (2009), la falta de coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud y la excesiva intermediación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) agravan estas problemáticas, dificultando el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales.

En zonas rurales como El Charco, estas barreras administrativas se intensifican debido a la dispersión geográfica, la falta de infraestructura y personal capacitado, y la ausencia de sistemas de transporte adecuados, lo que incrementa los costos operativos y retrasa la entrega de medicamentos (Ruiz Soria, 2015; Álvarez Salazar et al., 2016). Estas limitaciones afectan particularmente a los usuarios del régimen subsidiado, quienes enfrentan largas listas de espera y procesos excesivamente complejos para acceder a tratamientos básicos, desalentándolos a continuar con sus tratamientos, como lo hace notar Mejía-Mejía et al. (2007). Además, en la opinión de Bernal Barón (2020), las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores en zonas rurales enfrentan mayores obstáculos administrativos debido a la falta de información clara sobre los derechos y servicios disponibles. Para Murillo (2012), la burocracia excesiva es un obstáculo significativo que dificulta la implementación de estrategias efectivas para mejorar el acceso a medicamentos y tecnologías.

Por otra parte, las quejas relacionadas con estas barreras han aumentado significativamente, reflejando una creciente insatisfacción con el sistema de salud. Como afirma Rodríguez Acosta (2010), esto se debe, en parte, a las ineficiencias en la adquisición de tecnologías, como la falta de evaluación técnica y clínica adecuada antes de la compra, lo que genera desperdicio de recursos y perpetúa las inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad. Finalmente, la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) podría mitigar algunas de estas barreras al optimizar la selección y distribución de tecnologías en función de criterios de costo-efectividad y necesidades clínicas. Sin embargo, Barrientos Gómez et al. (2016) subraya que, en regiones como El Charco, la falta de recursos financieros y humanos limita la implementación efectiva de ETS, reduciendo su impacto en contextos rurales..

3.11.4 Barreras culturales

Estas barreras incluyen la falta de conocimiento y comprensión de los sistemas de salud, así como la desconfianza hacia los proveedores y el sistema de salud en general. Según Vargas y Molina (2009), la ausencia de adaptaciones culturales en la prestación de servicios puede exacerbar estas problemáticas, limitando la disposición de las personas para buscar atención médica. Además, las creencias tradicionales, el estigma social y la falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud modernos influyen negativamente en la utilización de medicamentos y tecnologías sanitarias (Restrepo-Zea et al., 2014).

Ruiz Soria (2015) destaca que muchos habitantes de áreas rurales desconocen sus derechos en materia de salud, incluyendo su derecho a acceder a medicamentos gratuitos. Este desconocimiento, junto con la ausencia de programas de educación en salud, perpetúa la exclusión y dificulta la utilización efectiva de los recursos disponibles. Bernal Barón (2020)

agrega que estas barreras culturales dificultan la integración de tecnologías sanitarias modernas en la vida cotidiana de las comunidades rurales, lo que limita aún más el acceso equitativo a la salud.

3.11.4.1 Consecuencias de las Barreras de Acceso en la Salud de la Población

Rodríguez Hernández et al. (2015) destacan que las barreras de acceso a los servicios de salud generan efectos negativos tanto para los usuarios como para sus familias, impactando directamente en su calidad de vida. La falta de acceso a tratamientos y medicamentos esenciales puede deteriorar la salud de los pacientes y, en casos extremos, llevar al fallecimiento. Para Bran Piedrahita et al. (2020), estas barreras afectan especialmente a quienes padecen enfermedades crónicas o graves, donde la carencia de medicamentos y tratamientos oportunos resulta en consecuencias fatales.

Por su parte, Álvarez Salazar et al. (2016) identifican que la crisis del sistema de salud colombiano, caracterizada por la fragmentación, la falta de recursos financieros y la ineficiencia en la gestión, perpetúa la inequidad en el acceso a servicios. Murillo Palacios (2012) refuerza esta idea al destacar que la desconexión entre los niveles de atención primaria y superior, especialmente en áreas rurales, compromete la capacidad de respuesta del sistema. Aunque la descentralización buscaba mejorar la eficiencia, ha generado una falta de coherencia en la prestación de servicios, exacerbando las desigualdades existentes.

3.12 Acceso a medicamentos y tecnologías

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) define el acceso a medicamentos como la capacidad de los individuos para obtener medicamentos esenciales en el momento adecuado, en el lugar indicado y a un precio asequible. Jiménez (2018) enfatiza que garantizar este acceso es un

componente fundamental del derecho a la salud, así como una responsabilidad compartida entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil..

3.12.1 Asequibilidad

En Colombia, la asequibilidad y regulación de los medicamentos se gestionan a través de herramientas clave implementadas por el SISPRO. Entre estas, el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) desempeña un papel fundamental, ya que recopila y analiza información sobre los precios de los medicamentos en el mercado nacional, mejorando la transparencia y facilitando el acceso para la población de bajos recursos económicos. Además, SISPRO, aunque no funciona como una lista de precios de referencia, permite evaluar la asequibilidad en el país, como destaca el Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

Ledezma Morales et al. (2020) explican que la asequibilidad se refiere a la capacidad de los individuos para adquirir medicamentos esenciales sin enfrentar dificultades financieras. Este concepto está estrechamente relacionado con los precios de los medicamentos, las políticas de subsidios y la cobertura proporcionada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Por su parte, Allard Soto (2018) subraya que en América Latina los altos costos, especialmente de medicamentos protegidos por patentes, constituyen una barrera significativa para el acceso, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables.

3.12.2 Accesibilidad

Ledezma Morales et al. (2020) definen la accesibilidad como la facilidad con la que los individuos pueden acceder a un producto o servicio en función de su ubicación y la del usuario

que lo requiere. Este concepto incluye tanto aspectos geográficos, como la proximidad a los centros de salud, como logísticos, relacionados con la disponibilidad de transporte adecuado.

3.12.3 Aceptabilidad

Ledezma Morales et al. (2020) describen la aceptabilidad como la relación entre las actitudes y expectativas de los usuarios y los servicios ofrecidos. Este concepto implica que los servicios sean culturalmente apropiados, percibidos como eficaces y confiables, lo que contribuye a una mayor satisfacción por parte de los usuarios. De acuerdo con Blengio Valdés (2015), garantizar la aceptabilidad es fundamental para fomentar la adherencia a los tratamientos y mejorar los resultados en salud, especialmente en contextos donde las barreras culturales pueden influir significativamente en el acceso a los servicios.

3.12.4 Calidad

Ledezma Morales et al. (2020) señalan que la calidad de los medicamentos se define por su seguridad, eficacia y consistencia, aspectos fundamentales para garantizar su efectividad y minimizar riesgos para la salud. Por eso, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) lidera los esfuerzos para garantizar la calidad de los medicamentos que se comercializan en el país. Entre sus principales estrategias se encuentra el programa DeMuestra la Calidad, creado en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social. Este programa verifica la calidad de los medicamentos mediante el análisis de muestras representativas del mercado nacional, evaluando su seguridad y eficacia mediante ensayos fisicoquímicos y microbiológicos. Otra medida clave es la implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), que establece directrices para los fabricantes con el objetivo de asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos. La adopción de estas prácticas ha

sido crucial para fortalecer el control sanitario y garantizar la confianza en los medicamentos disponibles en el país.

3.13 Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen un enorme potencial para transformar la salud pública, especialmente en lo relacionado con el acceso a medicamentos. Herramientas como las historias clínicas electrónicas, la telemedicina y los sistemas de gestión de la cadena de suministro pueden optimizar la distribución de medicamentos, garantizando que lleguen de manera eficiente a las personas que más los necesitan, incluso en áreas remotas (Fernández & Oviedo, 2010). Estas tecnologías no solo mejoran los procesos logísticos, sino que también fortalecen la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de las comunidades más vulnerables.

Por otro lado, el acceso a medicamentos no se limita a una cuestión técnica o económica, sino que también plantea importantes consideraciones éticas. Desde la perspectiva de la bioética, resulta esencial que las políticas de salud incluyan principios de equidad y justicia en la distribución de medicamentos. Según Blengio Valdés (2015), garantizar el acceso equitativo a los tratamientos es una responsabilidad ética que debe priorizar a los sectores más vulnerables de la población, promoviendo un sistema de salud más inclusivo y justo.

3.13.1 Evaluación Técnica y Clínica de Tecnologías en Salud

La Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES) es una herramienta esencial para optimizar la toma de decisiones en la adquisición y uso de tecnologías sanitarias. Este proceso integral requiere la participación de comités multidisciplinarios que incluyan ingenieros clínicos, personal médico, administradores y otros actores clave. Según Carvajal Tejada y Ruiz Ibáñez

(2008), este enfoque asegura que las decisiones estén fundamentadas en evidencia científica robusta y que las tecnologías seleccionadas sean seguras y costo-efectivas. La evaluación técnica verifica que las tecnologías cumplan con los estándares establecidos de seguridad y funcionalidad, mientras que la evaluación clínica asegura su adecuación a las necesidades específicas del entorno en el que se implementarán. Este análisis multidimensional resulta crucial para maximizar los beneficios de las inversiones en tecnologías sanitarias. Además, la evaluación de tecnologías en salud (ETS) no solo abarca aspectos técnicos y clínicos, sino que también analiza las consecuencias clínicas, económicas y sociales del uso de estas tecnologías. Barrientos Gómez et al. (2016) destacan que este proceso considera tanto los efectos directos como indirectos, deseados y no deseados, evaluándolos en tres niveles: macro (nacional), meso (institucional) y micro (clínico). Cada nivel es indispensable para tomar decisiones informadas y garantizar que las tecnologías sanitarias estén alineadas con las prioridades del sistema de salud.

En el contexto hospitalario, la ETS desempeña un papel crítico al permitir que los gestores de salud evalúen aspectos como seguridad, eficacia, costo-efectividad e impacto organizacional de las nuevas tecnologías antes de su implementación. Barrientos Gómez et al. (2016) subrayan que este proceso es esencial no solo para justificar las inversiones realizadas, sino también para garantizar que las tecnologías adoptadas respondan de manera efectiva a las necesidades específicas de la población atendida.

3.13.2 Inequidades en la Oferta de Servicios

La concentración de servicios de salud, incluidos medicamentos y tecnologías, en las grandes ciudades genera profundas inequidades en el acceso para las poblaciones rurales. Según Jaramillo y Marín (2009), esta desigualdad afecta especialmente a las regiones más alejadas,

donde los recursos son limitados y la infraestructura de salud es insuficiente. Aunque el sistema de aseguramiento ha ampliado la cobertura, no siempre garantiza la disponibilidad de medicamentos y tecnologías en todas las regiones del país, perpetuando estas inequidades (Bernal & Barbosa, 2015). Por otro lado, las tecnologías en salud abarcan un conjunto integral de conocimientos, habilidades y productos diseñados para mejorar el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de enfermedades, así como para promover la salud y la calidad de vida de los pacientes. Según Ordoñez Sánchez et al. (2018). Sin embargo, la distribución desigual de estas tecnologías refleja las disparidades estructurales en el sistema de salud y subraya la necesidad de políticas públicas que promuevan una oferta más equitativa.

3.14 Tipos de Tecnologías de la Salud

Oviedo y Fernández (2010) clasifican los diferentes tipos de tecnología, los cuales se presentan a continuación.

1. **Dispositivos médicos:** Incluyen herramientas y equipos utilizados en la práctica clínica, como máquinas de diagnóstico por imagen, equipos de monitoreo y dispositivos implantables.
2. **Medicamentos y productos biológicos:** Comprenden sustancias farmacéuticas destinadas al tratamiento de enfermedades, como vacunas y terapias biológicas.
3. **Procedimientos clínicos y quirúrgicos:** Métodos empleados en la intervención médica y quirúrgica para diagnosticar y tratar enfermedades.
4. **Sistemas de Información en Salud:** Tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas en la gestión de servicios de salud, como las historias clínicas electrónicas y la telemedicina.

3.14.1 Clasificación de las Tecnologías Médicas

Las tecnologías médicas pueden clasificarse en función de su aplicación en el ámbito de la salud:

1. **Diagnósticas:** Utilizadas para detectar enfermedades o condiciones médicas, incluyen pruebas de laboratorio, imágenes médicas (radiografías, resonancias magnéticas) y dispositivos de monitoreo continuo, como glucómetros o sistemas cardíacos (Ordoñez Sánchez et al., 2018).
2. **Terapéuticas:** Involucran tecnologías diseñadas para tratar enfermedades o condiciones de salud, como medicamentos, dispositivos implantables (marcapasos) y terapias avanzadas, como la terapia génica.
3. **Preventivas:** Tecnologías enfocadas en prevenir enfermedades o complicaciones. Esto incluye vacunas, programas de tamizaje y tecnologías que apoyan la promoción de la salud, como aplicaciones móviles que monitorean el comportamiento de salud (Ordoñez Sánchez et al., 2018).
4. **Rehabilitadoras:** Orientadas a ayudar a los pacientes a recuperar habilidades después de una enfermedad o lesión. Incluyen dispositivos como prótesis, órtesis y equipos de rehabilitación física, así como tecnologías de asistencia como software de comunicación para personas con discapacidades.

3.14.2 Impacto de las Tecnologías de la Salud en la Mejora del Acceso

Las tecnologías de la salud han desempeñado un papel crucial en la mejora del acceso a los servicios médicos, especialmente en áreas rurales y comunidades marginadas, donde las

barreras geográficas y la falta de infraestructura limitan la atención médica. Herramientas como la telemedicina y los sistemas de información en salud han transformado la prestación de servicios, permitiendo que un mayor número de personas acceda a atención especializada sin necesidad de desplazarse largas distancias. Según Fernández y Oviedo (2010), estas tecnologías no solo optimizan la disponibilidad de servicios, sino que también fomentan la equidad al acercar la atención médica a las poblaciones más vulnerables.

Mejora en la disponibilidad de servicios: Las tecnologías de la salud han sido fundamentales para aumentar la disponibilidad de servicios médicos en ubicaciones remotas. Herramientas como la teleconsulta y la telemedicina han facilitado la conexión entre pacientes y profesionales de la salud a distancia, eliminando barreras geográficas que tradicionalmente dificultaban el acceso. Según Ordoñez Sánchez et al. (2018), estas innovaciones han mejorado significativamente la accesibilidad a servicios esenciales de diagnóstico y tratamiento, beneficiando especialmente a comunidades vulnerables y rurales.

Reducción de costos: La implementación de tecnologías eficientes en el sector salud tiene un impacto significativo en la reducción de costos asociados a la atención médica. Estas tecnologías optimizan los procesos, disminuyen los errores médicos y eliminan la necesidad de procedimientos innecesarios, lo que resulta en un uso más eficiente de los recursos disponibles. Según Ordoñez Sánchez et al. (2018), este aspecto es especialmente relevante en los sistemas de salud pública, donde los recursos son limitados y la demanda de servicios es constantemente elevada.

Personalización y mejora de la calidad del cuidado: Las tecnologías médicas han transformado la atención sanitaria al permitir un enfoque más personalizado del cuidado,

adaptando los tratamientos a las necesidades específicas de cada paciente. Esta personalización no solo optimiza la eficacia de las intervenciones, sino que también incrementa la satisfacción de los pacientes al recibir una atención ajustada a sus condiciones individuales. Según Ordoñez Sánchez et al. (2018), este enfoque contribuye directamente a mejores resultados de salud, fortaleciendo la calidad y la efectividad del sistema de salud.

Equidad en el acceso a la salud: Las tecnologías de la salud desempeñan un papel fundamental en la promoción de la equidad en el acceso a los servicios médicos, al facilitar que los recursos y la atención sean más accesibles para toda la población. Estas herramientas permiten reducir las desigualdades al acercar los servicios de salud a personas que, de otro modo, enfrentarían barreras geográficas o socioeconómicas.

3.14.3 Impacto en la equidad

Las barreras identificadas en el acceso a los servicios de salud generan un impacto profundo en la equidad, perpetuando un ciclo de desigualdades que afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables. Según Mejía-Mejía et al. (2007), la equidad en salud no se limita a la disponibilidad de recursos, sino que también depende de la capacidad de las personas para utilizarlos de manera efectiva. En este sentido, garantizar la equidad implica no solo eliminar las barreras económicas y geográficas, sino también implementar políticas que aseguren que todos los individuos, independientemente de su situación socioeconómica, puedan acceder a los servicios de salud que necesitan (Mejía-Mejía et al., 2007).

Además, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, junto con otros instrumentos internacionales, subraya la importancia de asegurar que todas las personas dispongan de los recursos necesarios para mantener su salud. En este contexto, los gobiernos

tienen la responsabilidad de establecer un entorno normativo y político que facilite el acceso a medicamentos. A su vez, deben proteger los derechos de propiedad intelectual sin que ello interfiera con el derecho fundamental a la salud (Allard Soto, 2018).

3.15 Caracterización del Municipio de El Charco, Nariño

3.15.1 Descripción del Área Geográfica y Demográfica

De acuerdo con la Alcaldía del municipio de El Charco (2024), esta localidad está situada en el departamento de Nariño, a 465 kilómetros al norte de la capital departamental. Limita al norte con el océano Pacífico, al sur con El Rosario, al oriente con el departamento del Cauca y al occidente con La Tola. Con una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar, su territorio se caracteriza por una amplia zona de esteros e islas cubiertas de manglares. Además, está atravesado por importantes corrientes hídricas como los ríos Iscuandé, Muchica, Sequihonda, Tapaje y Amarales, junto con otros afluentes menores, y alberga una porción del Parque Nacional Natural Sanquianga.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, el municipio de El Charco cuenta con una población de 21,071 habitantes, distribuida de manera casi equitativa entre hombres (50.6%) y mujeres (50.4%). En cuanto a su composición étnica, el municipio destaca por tener una mayoría afrodescendiente, que representa el 94.3% de la población, seguido por una comunidad indígena que constituye el 4.8%.

3.15.2 Vivienda y Servicios Públicos

Según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el DANE (2018), el 98% de la población del municipio cuenta con acceso a energía eléctrica, mientras que el 63% dispone de agua potable y saneamiento básico. Además, el 60% de los habitantes tiene acceso al servicio de

recolección de basuras, y solo el 38% cuenta con gas natural. Estas condiciones han llevado a que el 58% de la población considere que enfrenta necesidades básicas insatisfechas, reflejando desafíos significativos en términos de calidad de vida y desarrollo social.

El DANE (2018) reporta que el 33.1% de la población del municipio de El Charco vive en la cabecera municipal, mientras que el 66.9% se encuentra en áreas rurales y dispersas. En estas zonas, los hogares presentan una distribución diversa, con un 16.1% conformado por dos personas, un 18.3% por tres personas y un 17.5% por más de seis personas, lo que evidencia la variedad en el tamaño de los núcleos familiares.

3.15.3 Economía

El documento de la Alcaldía de El Charco (2024) detalla que la economía del municipio depende principalmente de la agricultura, la pesca, la minería y la explotación maderera. Los cultivos más destacados incluyen el plátano, el coco y el cacao. Además, los bosques guandal, natal, manglar y naidizal son explotados de manera no técnica, mientras que la minería ha generado un promedio de 1,019 onzas anuales de oro en los últimos seis años.

3.15.4 Empresas de Comunicación.

Como señala el DANE (2018), únicamente el 11% de la población del municipio tiene acceso a internet, y dentro de la cabecera municipal, este porcentaje se reduce aún más, alcanzando solo al 2%. Estas cifras evidencian una significativa brecha digital que limita las oportunidades de conectividad y desarrollo tecnológico en la región.

3.16 Situación de salud en El Charco

3.16.1 Aseguramiento

Con base en los datos proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2023), el municipio cuenta con una cobertura de aseguramiento del 98.6 %. De esta población, el 94.90% está afiliada al sistema subsidiado, mientras que solo el 2.52% pertenece al sistema contributivo y el 2.57% está cubierto por regímenes especiales o de excepción en salud. Estos indicadores reflejan una marcada dependencia del sistema subsidiado como principal medio de acceso a la atención sanitaria.

3.16.2 Instituciones prestadoras de servicios de salud

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), gestionado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2025), ofrece información detallada sobre los prestadores habilitados en el país. En este registro se encuentran instituciones de salud como el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que funciona como Empresa Social del Estado en El Charco, y la IPS Artemisa Centro Médico Especializado S.A.S., inscrita desde el año 2023. Asimismo, se identifican varios prestadores de salud individuales que brindan servicios independientes, como odontología y laboratorio clínico. La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús dispone de ocho puestos de salud ubicados en distintas zonas veredales, incluyendo Pulbusa, Playa Bazán, San Pedro, El Rosario, San José, Playa Grande y el Cabildo Indígena. Esta entidad ofrece una amplia gama de servicios habilitados, que incluyen consulta externa, atención de urgencias, odontología, laboratorio clínico, vacunación, servicio farmacéutico, imágenes diagnósticas, referencia y contrarreferencia, así como servicios de enfermería.

3.16.3 Indicadores de Salud Pública

El municipio de El Charco presenta indicadores de salud que reflejan tanto fortalezas como desafíos en su sistema de atención sanitaria. Sin embargo, Andrade y Montánchez (2024)

señalan que el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) indica que el 26.6% de la población carece de acceso efectivo a servicios de salud, evidenciando brechas en la cobertura universal. Asimismo, los indicadores de mortalidad infantil destacan que las malformaciones congénitas y las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de muerte en menores de cinco años. Estos datos subrayan la necesidad de fortalecer la atención primaria, la cobertura en servicios básicos y la promoción de la salud en el municipio.

3.17 Marco metodológico

3.17.1 Enfoque de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo mediante un enfoque mixto, orientado a realizar un análisis diagnóstico de las limitaciones en el acceso a medicamentos y tecnologías en el municipio de El Charco, Nariño. Esta metodología permitió abordar de manera integral las diferentes dimensiones del problema, combinando la recolección de datos objetivos con las percepciones y experiencias subjetivas de los actores involucrados. El componente cuantitativo se desarrolló a través de encuestas semiestructuradas dirigidas a la población, con preguntas cerradas diseñadas para identificar la frecuencia, intensidad y factores asociados a las barreras en el acceso a medicamentos y tecnologías. Este enfoque permitió recopilar información medible y generalizable sobre las principales limitaciones que enfrenta la comunidad. Por otro lado, el componente cualitativo se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, en las que se exploraron dos preguntas clave: ¿Cuáles son los principales obstáculos que ha encontrado al intentar acceder a servicios de salud o medicamentos en su comunidad? ¿Qué mejoras sugiere para facilitar el acceso a medicamentos y tecnologías de salud en su comunidad? Estas preguntas posibilitaron la identificación de las barreras desde una perspectiva vivencial, abordando tanto

factores estructurales como emocionales, e integraron las propuestas concretas de los actores locales para mejorar el acceso. De esta manera, se logró una comprensión más profunda y contextualizada de las problemáticas y posibles soluciones planteadas por la propia comunidad.

3.17.2 Población Objeto

La población objeto de este estudio estuvo conformada por los habitantes del municipio del Charco, Nariño, incluyendo tanto a los usuarios del ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, así como profesionales del sector y líderes comunitarios. Se seleccionaron personas mayores de 18 años, residentes permanentes de la zona, con el objetivo de capturar una perspectiva amplia y diversa sobre las barreras que enfrentan en el acceso a medicamentos y tecnologías de salud.

3.17.3 Muestra

3.17.3.1 Tipo de muestra

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizó un muestreo probabilístico con el fin de obtener una muestra aleatoria y representativa de la comunidad, así como una amplia variedad de perspectivas y experiencias relevantes para el estudio. Antes de la recolección de los datos, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, protegiendo confidencialidad y privacidad durante todo el proceso.

3.17.3.2 Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra fue de 150 participantes, seleccionados de manera aleatoria dentro del municipio del Charco, Nariño, sin una distribución preestablecida entre las áreas rurales y la cabecera municipal. Este enfoque aleatorio permitió capturar de forma espontánea una representación de las diversas realidades y experiencias de la población, reflejando las dinámicas propias del territorio.

3.17.4 Dimensiones de estudio

El análisis del estudio se estructura en las siguientes dimensiones.:

3.17.4.1 Dimensiones demográficas

Incluye aspectos relacionados con la edad, género, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia de los participantes, permitiendo caracterizar a la población estudiada.

3.17.4.2 Dimensión de acceso a los servicios de salud

- **Frecuencia de uso y acceso:** Considera la dificultad para obtener citas médicas, los tiempos de espera en la asignación de citas y las demoras en la atención médica.
- **Barreras administrativas:** Examina las dificultades para obtener autorizaciones, los tiempos de espera para la aprobación de medicamentos o procedimientos, problemas con el sistema de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) y la falta de documentación necesaria para acceder a los servicios de salud.

3.17.4.3 Dimensión de acceso a tecnologías y medicamentos

- **Disponibilidad y calidad tecnológica:** Analiza la falta de equipos necesarios para la atención, el estado de mantenimiento de los equipos disponibles y la necesidad de remisiones debido a la ausencia de tecnologías o medicamentos.
- **Capacitación y uso de tecnologías:** Evalúa si el personal de salud está adecuadamente capacitado en el uso de tecnologías y los posibles casos de atención deficiente debido a la falta de entrenamiento.

3.17.4.4 Dimensión de acceso a los medicamentos

Enfocada en la disponibilidad de medicamentos y los costos asociados, lo que refleja las barreras económicas enfrentadas por los usuarios.

3.17.4.5 Dimensión de percepción y propuesta de mejoras

Explora los principales obstáculos identificados por los participantes en el acceso a los servicios de salud y recoge sus sugerencias para facilitar el acceso a medicamentos y tecnologías.

3.17.5 Recolección de datos

3.17.5.1 Revisión documental

La revisión documental se llevó a cabo de manera exhaustiva en múltiples plataformas y bases de datos académicas reconocidas, como PubMed, Elsevier, ScienceDirect, Clinical Key y Google Académico, así como en las bases bibliográficas de la Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana. Esta metodología se enfocó en la recopilación de artículos indexados y literatura científica relacionada con el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, abordando temas como barreras geográficas, económicas y administrativas, además de estrategias y políticas orientadas a mejorar la equidad en el acceso a estos recursos esenciales. El análisis de los documentos seleccionados permitió construir un marco teórico sólido, identificar tendencias regionales y contextualizar los hallazgos con respecto a los desafíos específicos enfrentados por la población en el municipio de El Charco, Nariño. Las fuentes académicas empleadas proporcionaron evidencia actualizada y de alta calidad, que sirvió como base para el diagnóstico y las propuestas de mejora en la gestión del acceso a medicamentos y tecnologías de salud.

Adicionalmente, se integraron datos provenientes de bases oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, así como informes y documentos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Sivigila. Esta información complementaria permitió enriquecer el análisis, contextualizar los hallazgos en el panorama nacional y aportar una visión integral de la problemática abordada.

3.17.5.2 Base de datos local.

Para el desarrollo de este estudio, se recopiló información proveniente de diversas fuentes locales y gubernamentales, incluyendo el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDNS), la página oficial de la Alcaldía Municipal de El Charco y los informes elaborados por el Centro de Estudios de Desarrollo Regional. Además, se realizó una solicitud formal a la Secretaría de Salud Municipal y a la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús para acceder a bases de datos relevantes. Estas consultas se llevaron a cabo utilizando plataformas especializadas como el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), lo que permitió enriquecer el análisis con datos precisos y actualizado.

3.17.5.3 Encuestas semiestructuradas

Para la recolección de información en este estudio, se diseñó y aplicó un instrumento propio en forma de encuesta semiestructuradas, compuesto por 20 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. El objetivo de este instrumento fue obtener una comprensión integral de las barreras en el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, así como recoger propuestas de mejora desde la perspectiva de la población del municipio de El Charco, Nariño.

El instrumento incluyó preguntas cerradas enfocadas en recopilar información básica sobre las características de los participantes, como edad, género, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia. Además, se formularon preguntas para evaluar aspectos clave como la frecuencia de uso de los servicios de salud, los tiempos de espera para citas médicas, la disponibilidad de equipos médicos y la capacitación del personal de salud. Las 2 preguntas abiertas fueron diseñadas específicamente para profundizar en las experiencias individuales de los participantes, permitiendo captar información cualitativa sobre los obstáculos percibidos y recoger sugerencias de mejora en el acceso a servicios, medicamentos y tecnologías sanitarias. Este diseño permitió complementar los datos cuantitativos con perspectivas subjetivas y contextuales, enriqueciendo el análisis del estudio (ver Anexo 1).

3.17.6 Criterios de selección

3.17.6.1 Criterios de inclusión

- Edad mayor de 18 años.
- Haber recibido atención en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús en los últimos 12 meses comprendida entre octubre del 2023 hasta octubre del 2024.
- Residir en el municipio de El Charco, Nariño.

3.17.6.2 Criterios de exclusión

- Se excluyó del estudio a las personas afiliadas a regímenes especiales de salud, como el magisterio, la Policía Nacional y otros regímenes de excepción, debido a que esta población no es atendida directamente por la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

3.18 Información proporcionada por la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

3.18.1 Descripción general de los servicios de ESE hospital sagrado corazón de Jesús

De acuerdo con la información proporcionada por la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, esta ofrece una amplia variedad de servicios esenciales que responden a las necesidades básicas de la población y promueven la salud comunitaria. Entre estos servicios se encuentran la consulta externa y programas de prevención y promoción de la salud, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, control prenatal, crecimiento y desarrollo, y vacunación. Además, la institución proporciona atención en laboratorio clínico, imagenología y urgencias, garantizando así una cobertura integral de los servicios que actualmente presta.

3.18.2 Disponibilidad de equipos disponibles por áreas

Tabla 1

Disponibilidad de equipos del área de imagenología.

Equipos del área de imagenología	Cantidad disponible
Equipo de rayos X digital fijo	1
Computadora	1
Monitor	1
Comando de factores	1
Bucky de mesa desplegable	1
Bucky mural	1
Regulador de energía	1
Detector de imagen	1
Aire acondicionado	1

Nota: La tabla presenta un listado de los equipos disponibles en el área de imagenología,

indicando la cantidad reportada durante la recolección de datos realizada en octubre de 2024.

Tabla 2

Disponibilidad de equipos del área de urgencias.

Área de urgencias	Cantidad de equipo disponible
Electrocardiograma	1
Monitor de signos vitales	2
Bomba de infusión	3
Monitor fetal	1
Desfibrilador	1
Bucky mural	1

3.18.3 Área de laboratorio clínico

La ESE cuenta con tecnología avanzada en diversas áreas:

- **Química clínica:** incluye el equipo BS-120 para análisis bioquímicos como perfiles lipídico, hepático, renal y otros relacionados con diabetes y páncreas.
- **Hematología:** Dispone del sistema Counter 19 (Wiener Lab), que realiza recuentos de glóbulos rojos, blancos y plaquetas, esenciales para el diagnóstico de enfermedades hematológicas.
- **Inmunología:** Cuenta con el sistema Wondfo Finecare, utilizado para pruebas de infecciones, enfermedades cardiovasculares y hormonas.
- **Microbiología:** Incluye microscopios electrónicos Olympus y centrífugas, permitiendo análisis de bacterias, parásitos y componentes de la sangre.

3.18.4 Políticas de medicamentos en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús enfrenta una limitación significativa en la gestión de su suministro de medicamentos, ya que no cuenta con políticas ni protocolos claros para la compra de estos insumos. Aunque la institución dispone de un compendio de información que incluye conceptos básicos y generales sobre el proceso de adquisición, la ausencia de lineamientos estructurados dificulta la implementación de prácticas estandarizadas que garanticen la transparencia, eficiencia y calidad en la adquisición de medicamentos esenciales para la atención de la población.

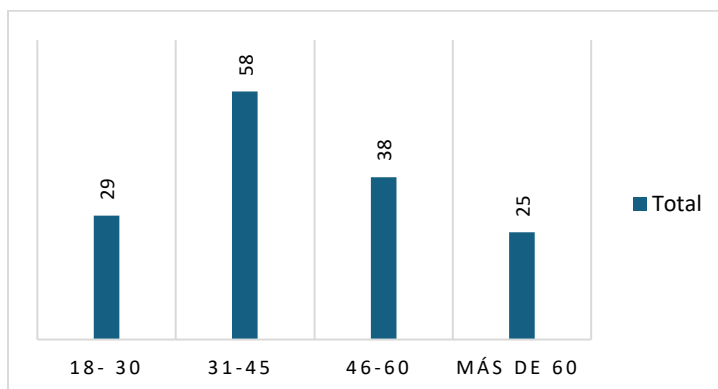
3.18.5 Resultados generales de las encuestas

De acuerdo con las 150 encuestas aplicadas en el municipio de El Charco, Nariño, se realizó un análisis estadístico descriptivo para identificar las principales barreras en el acceso a medicamentos y tecnologías de salud. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la información recopilada en este estudio.

En los resultados obtenidos, se aprecia que en la figura 1, el grupo de 31 a 45 años destaca como el segmento con mayor representación, con 58 personas, lo que corresponde al 39% de la muestra total; le sigue el grupo de 46 a 60 años, que cuenta con 38 encuestados, equivalentes al 25% del total. En la figura 2, se muestran los resultados en cuanto a la distribución por género, en donde se destaca como segmento predominante el correspondiente al género femenino, representando un 59% del total de la muestra, equivalente a 80 participantes; en contraste, el género masculino constituye 36%, y el 5% optó por no especificar su género.

Figura 1

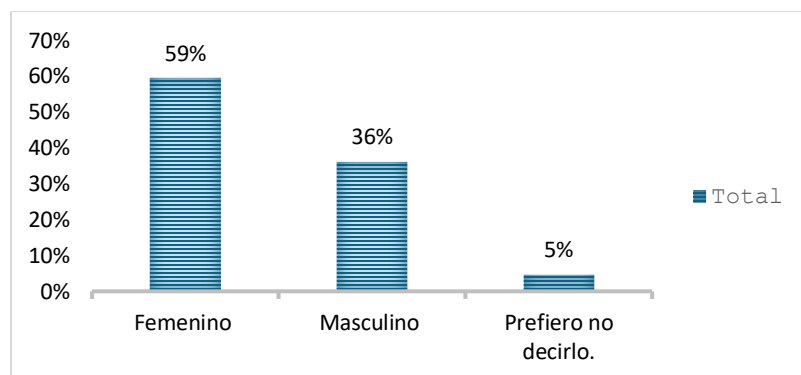
Distribución de la población encuestada por grupos etarios.



Nota. El gráfico ilustra la distribución de las respuestas obtenidas, clasificadas según los diferentes rangos de edad.

Figura 2

Distribución de la población encuestada por género.



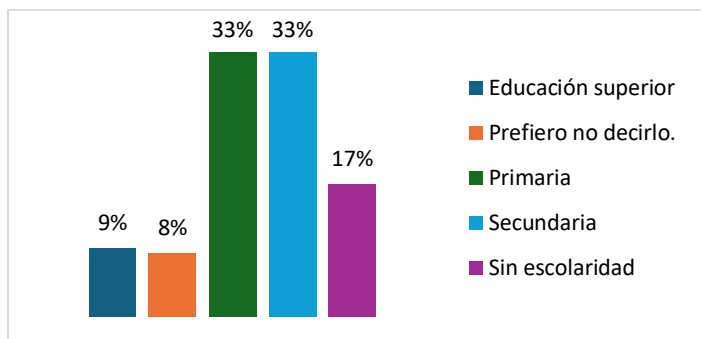
Nota. Esta gráfica muestra la proporción de personas encuestadas según su género, representada en porcentajes. El grupo prefiero no decirlo incluye a aquellas personas que no quisieron declarar su género.

La figura 3 muestra la distribución de los niveles de educación de la población encuestada. Los resultados destacan que los niveles de primaria y secundaria comparten la mayor

representación, cada uno con el 33% de los participantes. En tercer lugar, se encuentra el grupo sin escolaridad, que representa el 17% de la población encuestada.

Figura 3

Distribución de la población encuestada por nivel educativo.

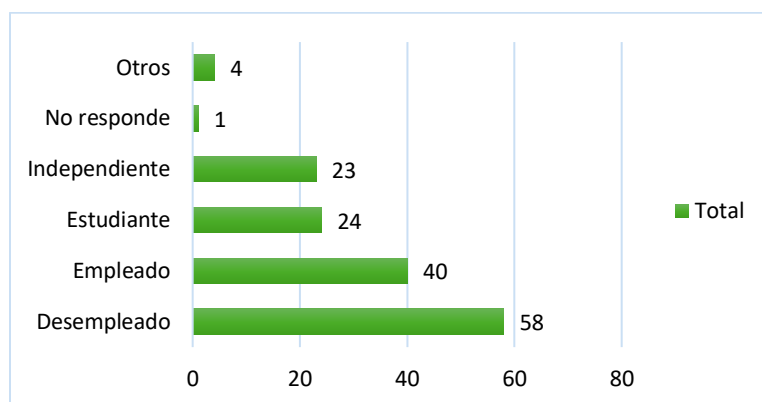


Nota. Esta gráfica representa el porcentaje de participantes según su nivel educativo. El grupo 'Sin escolaridad' incluye a las personas que no han recibido educación formal.

La figura 4 refleja la distribución de la población encuestada según su ocupación, destacando que el grupo de personas desempleadas constituye el 39% del total de la muestra, un 27% de los participantes son empleados y el grupo de estudiantes representa el 15% de la participación.

Figura 4

Distribución de la población por ocupación.

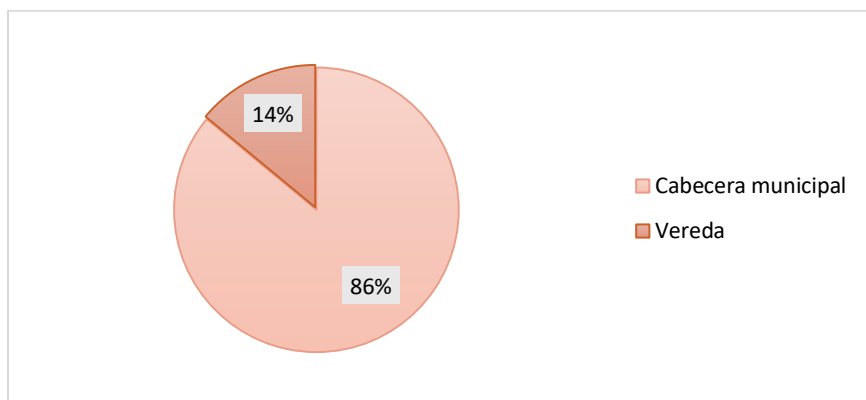


Nota. La gráfica muestra el número de participantes clasificados según su ocupación al momento de la encuesta. La categoría Otros incluye ocupaciones no especificadas o que no encajan en las categorías principales.

La figura 5 muestra la distribución según su lugar de residencia. Estos resultados indican que el 86% de los encuestados residen en la cabecera municipal, mientras que solo el 14% corresponde a habitantes de veredas. En la figura 6, se analiza la frecuencia con la que los participantes encuentran dificultades para obtener una cita médica en el centro de salud más cercano, arrojando que el 44% de los individuos indicó que a veces enfrentan esta dificultad, representando el grupo más numeroso. Por otro lado, el 27% señaló que rara vez tiene este problema, mientras que un 18% afirmó que lo experimenta de manera frecuente.

Figura 5

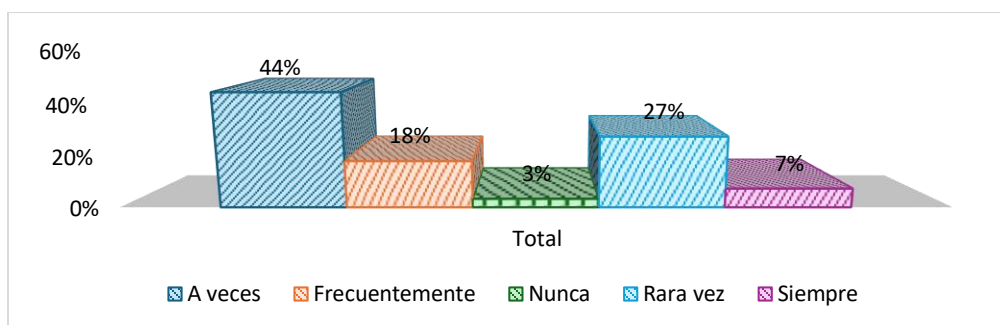
Distribución de la población por lugar de residencia.



Nota. La gráfica presenta el porcentaje de la población encuestada según su lugar de residencia. Cabecera municipal hace referencia a las zonas urbanas principales, mientras que 'vereda' corresponde a las áreas rurales.

Figura 6

¿Con qué frecuencia encuentra dificultad para obtener una cita médica en el centro de salud más cercano?



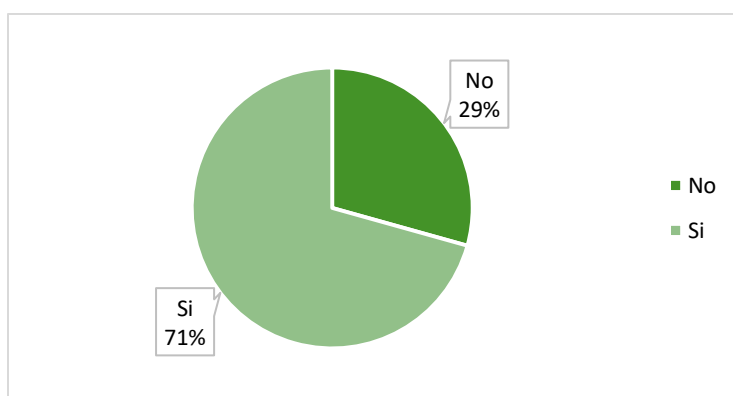
Nota. Esta gráfica muestra las respuestas de los participantes sobre la frecuencia con la que experimentan dificultades para acceder a una cita médica en el centro de salud más cercano.

En la figura 7 se presentan los resultados sobre la percepción de demoras significativas en la asignación de citas médicas y atención de urgencias, donde un 71% de los encuestados reporta haber experimentado este problema, mientras que el 29% afirma no haber enfrentado dichas

demoras. Los tiempos de espera reportados por los encuestados para ser atendidos por un médico tras solicitar la cita se muestran en la figura 8, donde el 48% de la muestra espera entre 3 a 4 semanas; en contraste, el 17% indicó que espera menos de 1 semana.

Figura 7

¿Ha experimentado demoras significativas en la asignación de citas médicas o atención en urgencias?

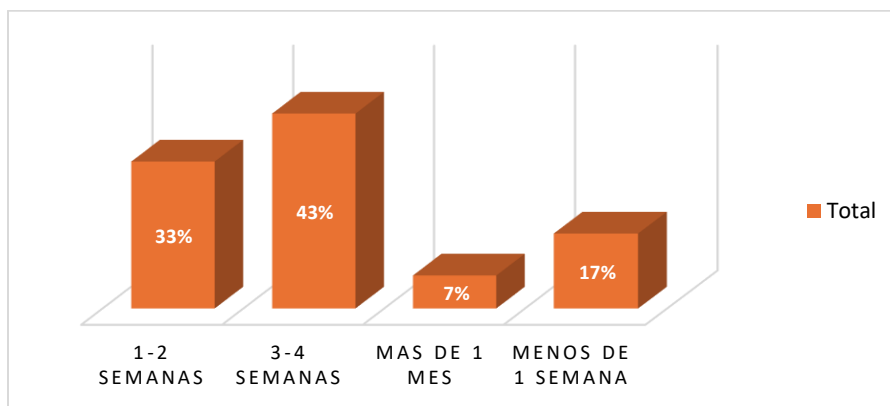


Nota. Este gráfico refleja las respuestas de los encuestados sobre si han experimentado demoras significativas al intentar obtener citas médicas o atención en servicios de urgencias.

La figura 9 analiza las dificultades para obtener autorización de procedimientos o medicamentos donde el 58% de los usuarios respondió haber enfrentado dicha dificultad y el 42% reportó no haber tenido inconvenientes. En relación con los tiempos de espera para recibir la aprobación, el 48% de los participantes señaló un periodo de 1 a 2 semanas y un 23% reportó un tiempo de espera inferior a una semana, como se ilustra en la figura 10.

Figura 8

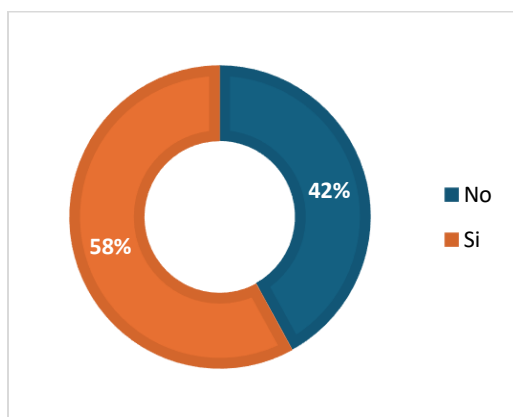
¿Cuánto tiempo debe esperar para ser atendido por un médico después de solicitar una cita?



Nota. La gráfica muestra los tiempos de espera reportados por los encuestados para ser atendidos por un médico tras solicitar una cita.

Figura 9

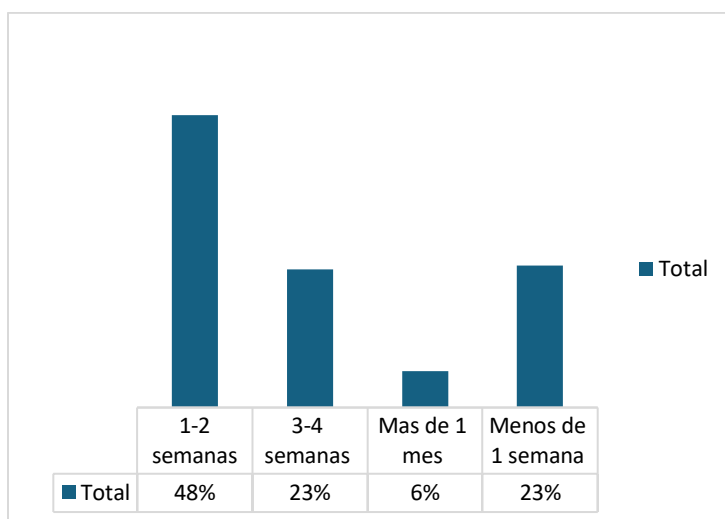
¿Ha enfrentado dificultades para obtener autorizaciones de procedimientos o medicamentos por parte de su aseguradora?



Nota. La gráfica representa el porcentaje de encuestados que han enfrentado dificultades para obtener autorizaciones de procedimientos médicos o medicamentos por parte de su aseguradora.

Figura 10

¿Cuánto tiempo tarda en recibir la aprobación de un procedimiento médico o medicamento por parte de su EAPB?

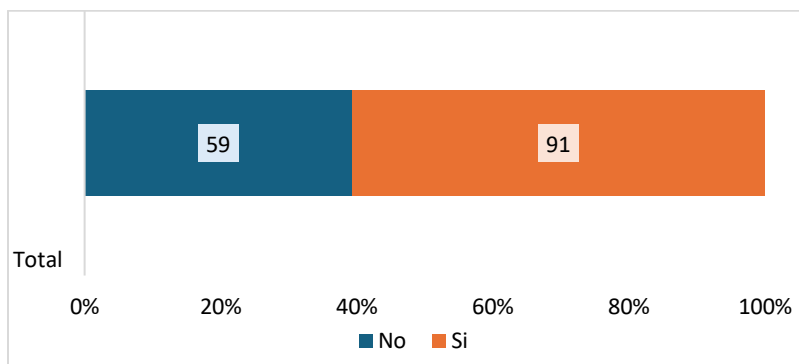


Nota. La gráfica presenta el tiempo promedio que reportaron los encuestados para recibir la aprobación de un procedimiento médico o medicamento por parte de su EAPB.

En la figura 11 se muestra que el 61% de los participantes ha presentado quejas o reclamos debido a la designación o el retraso en la autorización de servicios de salud, mientras que el 39% afirmó no haber presentado esta situación.

Figura 11

¿Alguna vez ha tenido que presentar quejas o reclamos debido a la denegación de un servicio?



Nota. Esta gráfica representa el porcentaje de encuestados que han tenido que presentar quejas o reclamos debido a la denegación de un servicio por parte de su aseguradora o prestador de servicios de salud.

La Tabla 3 muestra las percepciones de los encuestados sobre la complejidad de los trámites administrativos para acceder a los servicios de salud. Según los datos, el 48% considera que estos trámites son algo complicados, mientras que el 27% los califica como muy complicados.

Tabla 3

¿Considera que los trámites administrativos para acceder a los servicios de salud son complicados?

Respuesta	Encuestados	Porcentaje
Muy complicados	41	27%
Algo complicados	72	48%
No muy complicados	30	20%
Nada complicados	7	5%

Esta encuesta arrojó que el 56% de los participantes indicó que alguna vez ha tenido problemas, debido a la falta de documentos requeridos para acceder a servicios de salud, mientras que el 44% señaló no haber enfrentado esta problemática. Por otro lado, la figura 12 muestra cómo el 64% de los encuestados reportó carencias en tecnologías médicas necesarias en los centros de salud. En la figura 13 se detallan las tecnologías específicas que se consideran insuficientes. Dentro del grupo, el 30% señaló la falta de equipos de rayos X; seguido por un 26% que destacó la ausencia de ecografías y un 23% que mencionó otras tecnologías como electrocardiograma y monitor de signos vitales.

Figura 12

¿Ha encontrado que faltan tecnologías médicas necesarias para su atención en los centros de salud locales?

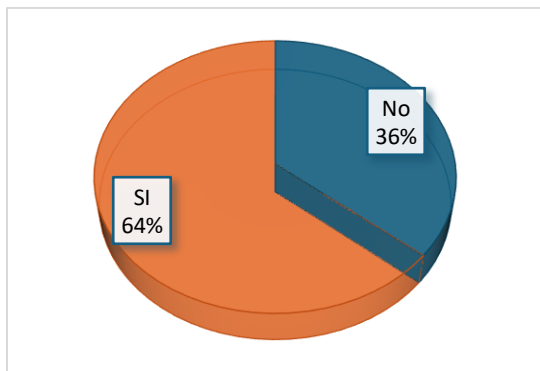
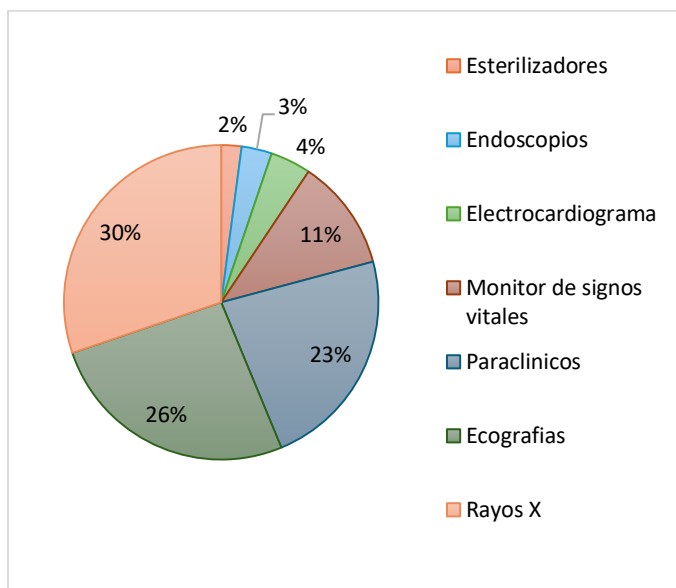


Figura 13

¿Cuáles tecnologías médicas han faltado?



Nota. Este gráfico de pastel muestra la proporción de encuestados que reportaron la falta de diversas tecnologías médicas en el momento de su atención.

El 72% de los encuestados reportó haber enfrentado la falta de medicamentos esenciales en farmacias locales o centros de salud, mientras que solo el 28% no ha experimentado esta situación. La tabla 4 presenta en detalle los medicamentos que más se reportaron, donde se destacan los antidiabéticos y antihipertensivos como el grupo más mencionado (26%), seguido por antitusivos e inhibidores de bomba de protones (10% cada uno) y otros medicamentos esenciales.

Tabla 4

Medicamentos reportados como faltantes.

Medicamentos	Cantidad	Porcentaje
Anticonvulsivos	4	4%
Antiinflamatorios (Diclofenaco gel)	5	5%
No responden	5	5%

Medicamentos	Cantidad	Porcentaje
Antifúngicos (Clotrimazol crema)	7	6%
Antipiréticos (Dipirona)	8	7%
Corticoides (Betametasona)	9	8%
Broncodilatador (Salbutamol)	10	9%
Antibióticos (Trimetoprim sulfá, Cefazolina, Amoxicilina)	10	9%
Antitusivos	11	10%
Inhibidores de bomba de protones	11	10%
Antidiabéticos, antihipertensivos	28	26%

Nota. Esa tabla presenta los medicamentos reportados como faltantes por los encuestados, junto con la cantidad de menciones y su porcentaje relativo.

En la figura 14 se muestra la percepción de los encuestados sobre el estado y funcionamiento de los equipos médicos en los centros de salud que frecuentan. Se evidencia que el 51% de los participantes afirmó que no sabe sobre el estado de los equipos, mientras que el 29% considera que estos equipos no se encuentran en buen estado y solo el 20% respondió que sí están en buen estado. Por otro lado, la figura 15 señala como el 62% de los encuestados han sido referidos a otro centro de salud debido a la falta de tecnología adecuada en su centro de salud local, mientras que el 38% afirma no haber experimentado esta situación.

Figura 14

¿Considera que los equipos médicos en los centros de salud que frecuentan están en buen estado?

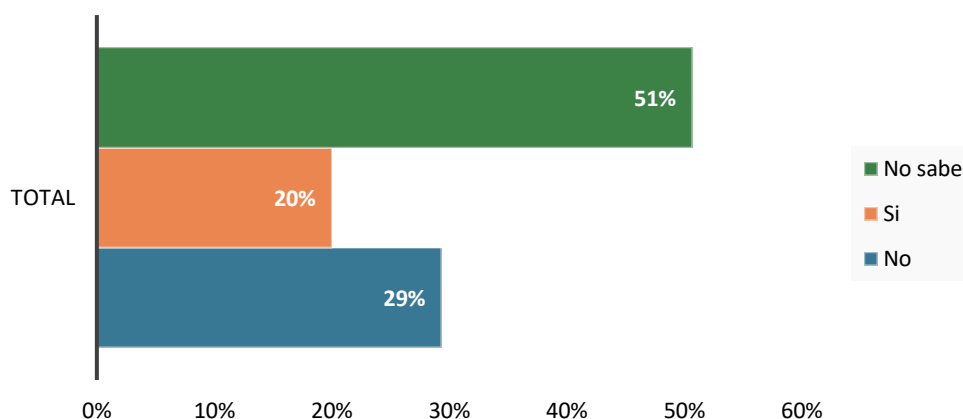
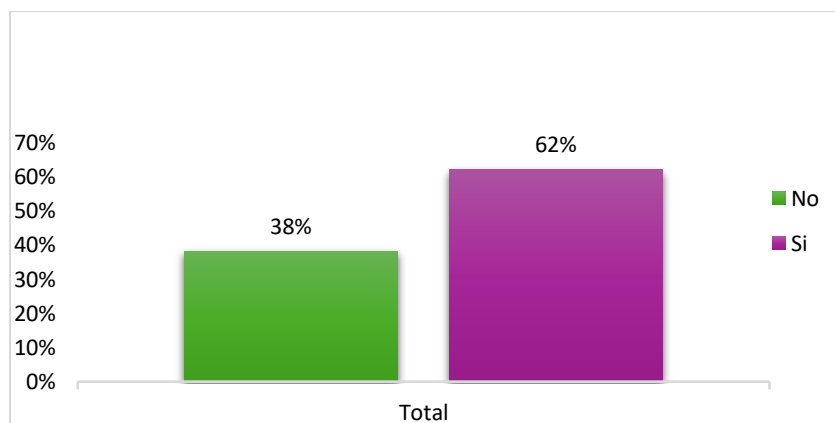


Figura 15

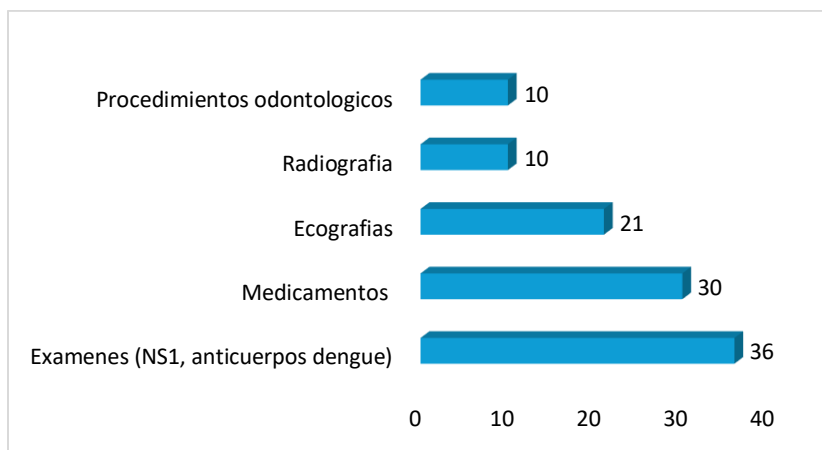
¿Alguna vez ha tenido que ser referido a otro centro de salud debido a la falta de tecnología adecuada en su centro de salud local?



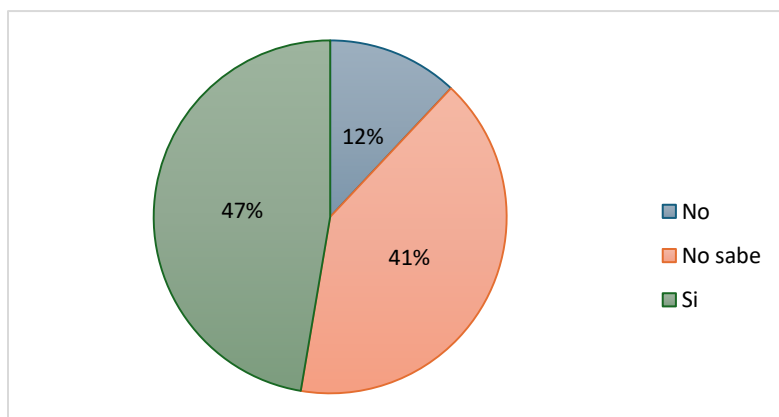
EL 71% de los participantes indicó que ha tenido que pagar de su propio bolsillo por servicios o tecnologías médicas que deberían estar cubiertos por su EAPB. Entre los servicios más mencionados se destacan los exámenes especializados como NS1 y anticuerpos para dengue (36%), seguidos de medicamentos (30%) y ecografías (21%). Otros servicios incluyen procedimientos odontológicos y radiografías, ambos con un 10% (ver figura 16).

Figura 16

¿Alguna vez ha tenido que ser referido a otro centro de salud debido a la falta de tecnología adecuada en su centro de salud local?

**Figura 17**

¿Cree que el personal de salud está adecuadamente capacitado para utilizar las tecnologías disponibles en los centros de salud?

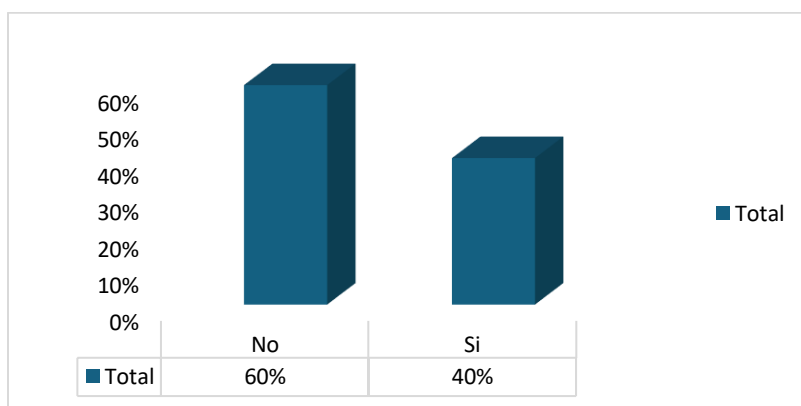


La figura 17 refleja las percepciones de los participantes sobre la capacitación del personal de salud para utilizar las tecnologías disponibles en los centros de salud. Los resultados muestran que el 47% considera que el personal está adecuadamente capacitado, mientras que un

41% indicó que no sabe, y el 12% opina que el personal no cuenta con la capacitación adecuada. Cuando se indagó la percepción de los encuestados sobre si alguna vez han recibido una atención deficiente debido al mal manejo de tecnologías por parte del personal de salud, el 60% de los encuestados afirmó que no ha experimentado una atención deficiente debido al mal manejo de tecnologías por parte del personal de salud; sin embargo, el 40% indicó que sí la ha enfrentado, como se muestra en la figura 18.

Figura 18

¿Alguna vez ha recibido una atención deficiente debido a un mal manejo de las tecnologías médicas por parte del personal de salud?



A partir de las respuestas proporcionadas sobre los principales obstáculos para acceder a servicios de salud o medicamentos, se pueden agrupar las respuestas en categorías principales que abarcan las distintas problemáticas identificadas (ver tabla 5).

Tabla 5

Categorías de obstáculos identificados en el acceso a servicios de salud

Categoría	Total de respuestas
Deficiencias en la atención al usuario	62

Categoría	Total de respuestas
Acceso limitado a medicamentos y tecnología	61
Falta de recursos humanos y capacitación	21
Barreras administrativas y de autorización	15
Limitaciones en infraestructura y servicios	9
Problemas generales o no identificados	7

Las categorías más reportadas fueron el acceso limitado a medicamentos y tecnología (61 menciones) y las deficiencias en la atención al usuario (62 menciones); la falta de personal y capacitación (21 menciones) destaca como un área clave que impacta. Aunque menos frecuentes, las barreras administrativas con 15 respuestas. Además, y por último, las limitaciones en infraestructura con 9 menciones.

Continuando con las respuestas sobre las mejoras sugeridas para facilitar el acceso a medicamentos y tecnologías de salud, se agrupan las respuestas en categorías principales para facilitar el análisis y destacar las prioridades, como se presenta en la tabla 6.

Tabla 6

Mejoras sugeridas para facilitar el acceso a medicamentos y tecnologías.

Categoría	Total
Mejora en equipos, infraestructura y tecnología	56
Incremento y capacitación del personal de salud	55
Gestión administrativa y servicios	41
Acceso y disponibilidad de medicamentos	39
Accesibilidad a los servicios de salud	17
Atención específica y guías	2

3.19 Discusión

El análisis demográfico resalta cómo las características de los diferentes **grupos etarios** permiten identificar las necesidades específicas de la población. El grupo predominante está conformado por personas de 31 a 45 años, quienes se caracterizan por desempeñar actividades económicas y asumir roles como proveedores del hogar. Desde la perspectiva de la teoría basada en los recursos (RBV), conocer estas necesidades facilita el diseño de estrategias sostenibles que mejoren el acceso a servicios de salud. Por otro lado, los adultos mayores representan un grupo con requerimientos específicos derivados de su ciclo de vida, lo que exige la implementación de estrategias personalizadas. La institución, al prestar servicios de promoción y prevención, puede desarrollar modelos de atención más amigables para esta población, además de adecuar la infraestructura existente con el fin de reducir barreras físicas y económicas haciendo uso de los recursos tangibles que ya posee. La alta participación **femenina** puede estar relacionada con su rol tradicional como responsables del cuidado del hogar y su interés en garantizar el bienestar de la familia, de acuerdo con su distribución municipal que representa el 50.6% de la población. Desde una perspectiva teórica, este grupo puede considerarse un recurso estratégico, ya que su participación constituye un activo valioso e inimitable que permite superar barreras de acceso a la salud, al aportar conocimientos y experiencias específicas sobre las necesidades del entorno familiar. Su involucramiento ofrece una oportunidad para diseñar estrategias que fortalezcan los vínculos clave con actores comunitarios y organizaciones locales, fomentando su participación en programas de promoción y prevención. Esto incluye la implementación de grupos de apoyo con pacientes expertos, iniciativas de educación en salud y actividades que promuevan el cuidado integral de la familia y la comunidad. Por ello, resulta fundamental incorporar

estrategias con enfoque de género al momento de diseñar procesos orientados a mejorar el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias.

El **nivel educativo y la situación económica** de la población son factores determinantes que afectan el acceso y el uso adecuado de los servicios de salud. La baja escolaridad limita la comprensión de información sanitaria, lo que genera barreras en el uso de tecnologías y dificulta el seguimiento adecuado de los tratamientos. Por ello, es fundamental diseñar campañas educativas con un lenguaje claro y formatos prácticos que faciliten su comprensión. Además, optimizando recursos intangibles como el conocimiento técnico, se puede reorganizar el talento humano para garantizar que las recomendaciones sean comprendidas y aplicadas de manera efectiva, fortaleciendo así el impacto de las intervenciones en salud.

Por otro lado, la **alta tasa de desempleo** en la población sugiere la existencia de barreras económicas que dificultan el acceso a medicamentos y tecnologías debido a la falta de recursos financieros. En este contexto, es crucial que la institución asuma un papel garante, asegurando la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los medicamentos y tecnologías autorizados por los entes de control. Esto contribuye a reducir complicaciones de salud, evitar interrupciones abruptas en los tratamientos y mantener a los pacientes bajo un adecuado control, disminuyendo así la carga de la enfermedad. Desde la perspectiva de la teoría RBV, para superar estas limitaciones es posible establecer alianzas estratégicas con actores clave como proveedores, transportistas, farmacias locales y laboratorios clínicos independientes. Estas alianzas permitirían construir una red sólida que garantice el suministro continuo de los materiales necesarios, añadiendo valor al modelo de atención. Además, este enfoque promueve la sostenibilidad y la

equidad en la comunidad, al asegurar que los recursos lleguen de manera efectiva a quienes más los necesitan.

La **dispersión poblacional** en las veredas plantea importantes desafíos para la institución de salud, los cuales requieren el desarrollo de capacidades dinámicas. Esta estrategia implica identificar y optimizar recursos tangibles e intangibles, además de adaptar procesos clave. Entre las acciones necesarias destacan la organización de brigadas de salud extramurales, la capacitación del talento humano y su distribución eficiente en los puestos de salud. Asimismo, la implementación de programas de telemedicina con especialistas es fundamental para superar barreras relacionadas con la distancia y el transporte, permitiendo así un acceso más equitativo a los servicios de salud. Estas iniciativas no solo abordan la diversidad de necesidades entre los habitantes rurales y urbanos, sino que también ayudan a reducir las referencias innecesarias y a mantener un adecuado control de patologías prioritarias como hipertensión arterial, diabetes, desnutrición infantil y malaria, contribuyendo a combatir las principales causas de mortalidad en el municipio.

En el **sistema de asignación** de citas médicas, según la teoría RBV, puede mejorarse al optimizar recursos estratégicos tangibles, como plataformas digitales, software para la asignación de citas, nuevas líneas telefónicas. Estas dificultades señaladas por el 44% de los encuestados reflejan la necesidad de desarrollar dichas capacidades flexibles que permitan la reestructuración de los procesos internos, donde se prioricen a los usuarios con mayores barreras y se logre una reducción de los tiempos de espera, mejorando la accesibilidad al servicio.

La alta incidencia de demoras en la atención médica refuerza las problemáticas previamente identificadas, destacando su impacto en la calidad del servicio, especialmente en

situaciones de emergencia donde el tiempo es crítico; estas demoras pueden derivar en complicaciones en la salud de los pacientes y un aumento en la carga de enfermedad. Desde la perspectiva de esta teoría, se evidencia la necesidad de optimizar el personal en salud, la infraestructura hospitalaria y adaptar los procesos administrativos. Al tomar medidas como la extensión de horarios en servicios de consulta externa, contratar y entrenar más personal, así como la digitalización de procesos simples para adaptarse a las necesidades de la población, permiten mantener una ventaja competitiva en relación con otros prestadores.

El hecho de que el 43% de los encuestados experimente tiempos de espera **por atención médica** de 3 a 4 semanas evidencia una problemática crítica en la capacidad del sistema para responder oportunamente a las necesidades médicas. Este retraso se debe principalmente a la alta demanda y a la limitada capacidad del personal y la infraestructura disponibles. Para abordar esta situación, es imperativo que la institución reconfigure sus modelos de atención y procesos, así como optimice el uso de los recursos disponibles. Esto incluye realizar un diagnóstico de los recursos subutilizados, redistribuir las funciones del personal y adecuar espacios para la contratación temporal de profesionales de la salud en periodos de alta demanda. Estas acciones no solo agilizan los tiempos de atención, mejorando la satisfacción de los usuarios, sino que también impactan positivamente en los resultados de salud de la población.

El 58% de los usuarios reporta **dificultades en la autorización** de procedimientos o medicamentos, lo que evidencia barreras administrativas causadas por trámites complejos, deficiencias en la comunicación con la EAPB y restricciones en la cobertura de servicios. Esto refleja una ineficiencia en la gestión de los recursos estratégicos. Por tanto, es indispensable rediseñar los procesos administrativos y fortalecer la comunicación entre los usuarios y las

EAPB para garantizar un acceso más eficiente y oportuno a los servicios de salud. Estas dificultades no solo generan frustración, sino que también pueden tener graves consecuencias en la continuidad de los tratamientos, especialmente en casos donde los procedimientos o medicamentos son esenciales para la recuperación o el manejo de enfermedades crónicas o eventos agudos. Al actualizar o digitalizar procesos se busca reducir estas demoras e implementar sistemas de satisfacción de usuario para ajustar de manera oportuna y pertinente las obstrucciones y garantizar un servicio eficiente.

Aunque el tiempo de espera de la aprobación por parte de la EAPB fue de 1 a 2 semanas, el más reportado, este periodo puede resultar crítico para pacientes con condiciones urgentes o con deterioro progresivo. Esto refuerza la importancia de simplificar los procesos administrativos y aumentar la eficiencia en la aprobación de servicios esenciales. Al adaptar los procesos y recursos estratégicos, se pueden implementar nuevos canales de atención, documentos más sencillos de diligenciar que permitan disminuir significativamente los tiempos de espera y las barreras percibidas.

El hecho de que más de la mitad de los encuestados haya presentado **quejas o reclamos** revela una problemática significativa en la gestión de autorizaciones por parte de las EAPB. Estas quejas suelen estar relacionadas con trámites excesivamente largos, falta de claridad en los procedimientos, denegación de servicios esenciales o demoras injustificadas en las respuestas, lo que evidencia una desconexión entre los usuarios y las EAPB que impacta negativamente en la experiencia del usuario. Para garantizar la sostenibilidad y la calidad del servicio, es fundamental capacitar al talento humano en comunicación asertiva y efectiva, de manera que puedan atender de forma adecuada las quejas de los usuarios. Además, es necesario implementar nuevos canales

para simplificar y transparentar los trámites, agilizando la aprobación de solicitudes y mejorando la satisfacción de los usuarios.

El hecho de que el 75% de los encuestados (suma del 48% y el 27%) perciba los **trámites administrativos** como complicados en algún grado refleja una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud. Y tal como plantea la teoría se observa la deficiencia en la gestión de recursos estratégicos. Esta situación se encuentra vinculada a procesos burocráticos complejos y falta de claridad para los usuarios por lo cual es necesario la optimización de sistemas tecnológicos y mayor capacitación al personal. la digitalización de procesos, la reducción de requisitos y la capacitación tanto del personal administrativo como de los usuarios emergen como estrategias clave para la gestión de recursos limitados, no sólo disminuye la percepción de dificultad en los trámites, sino que también fortalece la eficiencia operativa de la institución.

Asimismo, el hecho de que más de la mitad de los encuestados haya enfrentado problemas por la falta de documentos resalta otra barrera administrativa importante. Como lo expone la teoría, esos inconvenientes puntualizan la deficiencia en la gestión de recursos administrativos. Por eso se deben ajustar los procesos y simplificar los planes; mejorar la gestión de la documentación mediante digitalización de registros y la implementación de sistemas de información integrados, son herramientas claves para atenuar esta falla. Además, estas acciones no solo agilizan los procesos, si no que reduce la carga administrativa para los usuarios y garantiza acceso equitativo.

De manera que, la **carencia de tecnologías médicas** básicas en los centros de salud locales, reportada por el 64% de los encuestados, pone en evidencia una brecha significativa en

la disponibilidad de equipos esenciales para diagnósticos y tratamientos adecuados en la institución. Entre las tecnologías más mencionadas como faltantes destacan **los rayos X** (30%) y las **ecografías** (26%), indispensables para cubrir necesidades que van desde emergencias hasta evaluaciones de rutina. Su ausencia limita gravemente la capacidad de respuesta de los centros de salud y genera consecuencias importantes, como retrasos en diagnósticos, referencias a centros más distantes y mayores costos para los usuarios. La falta de tecnologías médicas no solo afecta la calidad de la atención, sino que también profundiza las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Estos resultados resaltan la urgencia de priorizar inversiones en equipamiento médico básico y fortalecer la infraestructura tecnológica en el centro de salud local. Además, resulta esencial implementar estrategias de mantenimiento y actualización de los equipos existentes para garantizar su funcionalidad continua y mejorar la calidad del servicio ofrecido a la población.

El hecho de que la mayoría de los encuestados (51%) **no tenga información** sobre el estado de los equipos médicos refleja una carencia significativa en la comunicación y transparencia por parte de las instituciones de salud respecto a su infraestructura y funcionamiento. Esto podría estar relacionado con una interacción limitada entre los usuarios y los equipos médicos o con la falta de información accesible al público. Por otro lado, el 29% de los participantes percibe que los equipos no están en buen estado, evidenciando una preocupación relevante sobre la capacidad de los centros de salud para brindar atención de calidad. Estas percepciones negativas podrían deberse a problemas de mantenimiento, obsolescencia de los equipos o insuficiente inversión en infraestructura médica. La combinación de desconocimiento y percepción negativa impacta directamente en la confianza de los usuarios hacia los servicios de salud locales, generando incertidumbre sobre la calidad de la atención que

pueden recibir. Este panorama resalta la necesidad de fortalecer la transparencia y la comunicación sobre el estado de las tecnologías médicas, implementar estrategias efectivas para su mantenimiento y actualización, y mejorar la capacitación del personal. Además, educar a los usuarios sobre el funcionamiento y la disponibilidad de los equipos podría reducir significativamente el desconocimiento y mejorar la percepción pública, fomentando una mayor confianza en los servicios de salud.

En línea con esta problemática, más de la mitad de los participantes reporta **haber sido referido** a otros centros de salud debido a la falta de tecnología adecuada en la institución, lo que evidencia una brecha significativa en la infraestructura tecnológica disponible. Esta situación resalta la incapacidad de los establecimientos locales para cubrir las necesidades básicas de diagnóstico y tratamiento, limitando su capacidad de brindar una atención efectiva y oportuna. Las referencias a otros centros generan múltiples inconvenientes para los usuarios, como mayores costos de transporte, pérdida de tiempo y retrasos en la atención médica. Además, esta problemática incrementa la carga en los centros de mayor nivel, afectando su capacidad de respuesta y contribuyendo a la saturación de los servicios disponibles.

La insuficiencia de tecnologías médicas en los centros locales podría estar relacionada con una planificación inadecuada, falta de inversión en infraestructura o deficiencias en el mantenimiento de los equipos existentes. Estas carencias comprometen la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos, acentuando las desigualdades en el acceso a la atención. Para abordar esta problemática, resulta fundamental priorizar la inversión en tecnologías básicas de diagnóstico y tratamiento, así como implementar protocolos de mantenimiento preventivo. Estas acciones no

solo reducirían la necesidad de referencias a otros centros, sino que también mejorarían significativamente la atención primaria y la calidad del servicio en el centro de salud local.

El hecho de que el 71% de los participantes haya reportado incurrir **en gastos de bolsillo** para acceder a servicios médicos esenciales evidencia una deficiencia crítica en la gestión y provisión de recursos estratégicos por parte del sistema de salud local según los principios de dicha teoría. Los pagos directos para exámenes especializados (36%) y medicamentos (30%) reflejan problemas en la gestión de recursos tangibles, como el abastecimiento de medicamentos y servicios diagnósticos, así como la falta de alianzas estratégicas que optimicen la prestación de estos servicios esenciales. En contraste con este resultado, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) reporta que el gasto de bolsillo para la región del Pacífico oscila entre el 14 y el 17%. La necesidad de fortalecer políticas de cobertura, garantizar un suministro adecuado y desarrollar estrategias centradas en la accesibilidad y disponibilidad es fundamental para abordar estas fallas estructurales y brindar servicios de salud con calidad. Al tomar medidas para la optimización de procesos logísticos, mejorar la coordinación entre actores clave y la implementación de subsidios específicos para servicios críticos ayudan a reducir las barreras económicas y aligerar la carga de los usuarios.

El hecho de que solo el 47% de los encuestados considere que el personal de salud está adecuadamente capacitado indica una necesidad de optimizar recursos intangibles, como las competencias del personal. Para abordar esta percepción y las dudas sobre la calidad de la atención, es fundamental implementar programas de capacitación continua y evaluaciones periódicas. Estas estrategias, alineadas, fortalecerían las capacidades del personal, mejorando tanto la confianza de los usuarios como la calidad y eficiencia del sistema de salud.

El 60% de los encuestados que no reportó **problemas en el manejo de tecnologías** médicas refleja una base adecuada de capacitación del personal. Sin embargo, el 40% que sí señaló deficiencias evidencia brechas significativas en el uso de equipos médicos. Estas brechas pueden abordarse mediante programas de capacitación técnica especializada y protocolos claros para el manejo seguro de tecnologías. Estas estrategias optimizan recursos intangibles, fortalecen la confianza de los usuarios y mejoran la calidad de la atención, asegurando un uso eficiente y sostenible de los recursos disponibles.

Para identificar y priorizar las principales barreras percibidas por los participantes, se formularon preguntas clave enfocadas en los desafíos que enfrentan al acceder a los servicios de salud, así como en las mejoras sugeridas para optimizar el acceso a medicamentos y tecnologías. Estas respuestas proporcionan una base sólida para analizar las necesidades locales y orientar las estrategias de intervención. A partir de este análisis, y con base en la teoría basada en los recursos (RBV), se busca desarrollar recomendaciones que maximicen el uso eficiente de los recursos disponibles, tanto tangibles como intangibles, para garantizar un acceso más equitativo y sostenible a los servicios de salud.

En cuanto a los obstáculos identificados por los usuarios, las respuestas con mayor frecuencia señalaron las siguientes problemáticas:

- **Deficiencias en la atención al usuario:** Este obstáculo refleja importantes problemas en la calidad del servicio, como la falta de comunicación efectiva, empatía y capacidad para resolver problemas en los puntos de atención.

- **Acceso limitado a medicamentos y tecnologías:** Las restricciones de acceso están vinculadas a factores como la disponibilidad, asequibilidad y calidad de los medicamentos y tecnologías.
- **Acceso limitado a medicamentos y tecnologías** Las restricciones de acceso se relacionan con la disponibilidad, asequibilidad y calidad. Estas limitaciones pueden ser exacerbadas por problemas logísticos y administrativo
- **Barreras administrativas y de autorización** Los trámites burocráticos complejos y la falta de comunicación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) generan frustración y demoras en la atención.

sugerencias de mejora y estrategias de implementación propuestos por los encuestados

- **Mejora en equipos, infraestructura y tecnología**

Acción: Invertir en la modernización de equipos y tecnologías esenciales, alineando estas mejoras con una evaluación técnica y clínica para maximizar el impacto.

- **Incremento y capacitación del personal de salud**

Acción: Diseñar programas de formación continua enfocados en competencias técnicas y habilidades blandas para mejorar la calidad de los servicios.

- **Gestión administrativa y servicios**

Acción: Simplificar trámites administrativos mediante la digitalización y automatización de procesos, priorizando la transparencia y la comunicación con los usuarios.

- **Acceso y disponibilidad de medicamentos**

Acción: Establecer cadenas logísticas eficientes y asegurar el abastecimiento continuo a través de alianzas estratégicas con proveedores y farmacias locales.

- **Guías específicas**

Acción: Desarrollar guías prácticas y campañas educativas para promover el uso adecuado de los servicios y tecnologías sanitarias.

En conjunto, estas acciones alineadas con la RBV aseguran una mejor utilización de los recursos disponibles en la institución, fortalecen la confianza de la comunidad en el sistema de salud, además promueven el acceso más equitativo y eficiente, desarrollando características de sostenibilidad y calidad para toda la comunidad.

3.20 Conclusiones

Los residentes de El Charco, Nariño, enfrentan múltiples barreras y desafíos significativos en el acceso a medicamentos y tecnologías de salud, los cuales impactan directamente en la calidad, equidad y eficiencia de la prestación de servicios en la región. A partir de los datos analizados, se identifican las siguientes conclusiones.

Respondiendo a los objetivos propuestos en este documento.

- Se identificaron barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que dificultan el acceso a medicamentos y tecnologías. La dispersión geográfica y la dependencia del transporte fluvial fueron las principales limitantes en términos logísticos. Además, las carencias en el abastecimiento de medicamentos esenciales y equipos tecnológicos representan una barrera estructural importante.
- Las barreras económicas se manifestaron afectando al 71% de los usuarios, que reporta haber incurrido en gastos personales para adquirir medicamentos, mientras que el 64% percibe deficiencias tecnológicas en los centros de salud locales.
- Las barreras administrativas, como trámites engorrosos y demoras en autorizaciones, fueron recurrentes, desincentivando el acceso oportuno a los servicios.
- Se identificaron barreras culturales, las cuales están asociadas a la desconfianza en el sistema de salud.
- Se confirmó que el desabastecimiento de medicamentos esenciales en el único hospital de baja complejidad afecta directamente la atención.

- Las limitaciones en infraestructura, la falta de equipos médicos adecuados y la escasa capacitación del personal impactan negativamente la calidad y disponibilidad de los servicios.
- Las demoras administrativas para la autorización de procedimientos y medicamentos exacerbaban la percepción de ineficiencia en el sistema.
- Las barreras identificadas contribuyen a diagnósticos tardíos, tratamientos incompletos y aumento en la incidencia de enfermedades transmisibles como malaria y dengue.
- La falta de acceso oportuno a medicamentos esenciales y tecnologías médicas afecta el tratamiento preventivo y curativo de enfermedades como malaria y dengue, que tienen alta incidencia en la región.
- La baja cobertura de vacunación (70% frente al promedio nacional del 87%) aumenta la vulnerabilidad a enfermedades prevenibles.
- La baja capacidad del hospital de equipos tecnológicos resulta en diagnósticos y tratamientos tardíos; esto incrementa la carga de enfermedades crónicas y emergentes, particularmente en poblaciones vulnerables como niños y mujeres embarazadas.
- La insuficiencia de infraestructura y personal sanitario genera largas esperas y tratamientos incompletos, saturando el sistema de salud y deteriorando la calidad de la atención.

3.21 Limitaciones

Se presentaron algunas limitaciones en la realización de este trabajo, como la dispersión geográfica; asociado a las dificultades de transporte, limitó la cobertura de encuestas en zonas más lejanas. Adicionalmente, las fallas en la conectividad dificultaron la digitalización de las respuestas, generando retrasos en el procesamiento de datos.

3.22 Recomendaciones

La teoría de los recursos se centra en la optimización de los activos tangibles e intangibles disponibles para alcanzar los objetivos organizacionales. Aplicando esta perspectiva al sistema de salud en El Charco, Nariño, se proponen las siguientes recomendaciones:

3.22.1 Fortalecimiento de los recursos humanos

- **Contratación estratégica:** Incrementar el número de profesionales de la salud, priorizando especialidades críticas, como médicos generales, enfermeros y especialistas en áreas de alta demanda.
- **Capacitación continua:** Implementar programas regulares de formación y actualización del personal en el uso de tecnologías médicas y protocolos de atención para mejorar la eficiencia y la calidad del servicio.

3.22.2 Optimización de los recursos tecnológicos

- **Adquisición de tecnologías clave:** Invertir en equipos médicos esenciales para diagnóstico y tratamiento, como ecógrafos, equipos de rayos X adicionales y monitores de signos vitales, que respondan a las necesidades identificadas en el diagnóstico.
- **Mantenimiento preventivo:** Establecer un plan de mantenimiento regular para los equipos existentes, asegurando su funcionalidad y prolongando su vida útil, lo que evitará interrupciones en los servicios.

- **Digitalización de procesos:** Implementar tecnologías de la información para optimizar la gestión administrativa, como plataformas digitales para la asignación de citas, autorizaciones y manejo de inventarios de medicamentos.

3.22.3 Gestión eficiente de recursos financieros y de medicamentos

- **Planificación de compras:** Basar las adquisiciones de medicamentos en un análisis de consumo real y en las necesidades locales para evitar desabastecimientos recurrentes.
- **Optimización del presupuesto:** Asignar recursos financieros de manera estratégica, priorizando áreas críticas como contratación, equipamiento y abastecimiento de medicamentos.
- **Supervisión del inventario:** Implementar sistemas de control para el seguimiento de inventarios de medicamentos, evitando pérdidas por vencimiento o mala gestión.

3.22.4 Mejoras en la comunicación y gestión administrativa:

- **Transparencia en la comunicación:** Informar a los usuarios sobre la disponibilidad de servicios, medicamentos y tecnologías, mejorando la confianza en el sistema de salud.
- **Capacitación en atención al cliente:** Entrenar al personal administrativo y médico en habilidades de atención al usuario para mejorar la experiencia del paciente.

Estas recomendaciones, alineadas con la teoría de los recursos, buscan maximizar el aprovechamiento de los activos existentes (tecnología, personal, infraestructura) y minimizar las limitaciones actuales; esto contribuirá a:

- Incrementar la calidad de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de los recursos humanos y tecnológicos.
- Mejorar la equidad al reducir las desigualdades en el acceso, especialmente en comunidades rurales.
- Aumentar la eficiencia operativa al optimizar los procesos administrativos y la gestión de los recursos disponibles.
- Estas sugerencias permitirán avanzar hacia un sistema de salud más robusto, capaz de satisfacer las necesidades de los residentes de El Charco, Nariño, y garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios esenciales.

3.23 Anexo

3.23.1 Instrumentos de recolección de información

3.23.1.1 Anexo A. Formato de consentimiento informado

Formato de Consentimiento Informado
<p>Tratamiento de datos personales para participación en la encuesta</p> <p>Título del proyecto: Análisis diagnóstico de las limitaciones para el acceso a medicamentos y tecnologías en El Charco, Nariño: Un enfoque diagnóstico para la gerencia en salud.</p> <p>Investigador principal: Ivonne Dyana Rodríguez Mondragón</p> <p>Institución: Pontificia Universidad Javeriana Cali – Maestría en Gerencia en Organizaciones de la Salud</p> <p>Objetivo del proyecto: Identificar y analizar las barreras de acceso a medicamentos y tecnologías en el municipio de El Charco, Nariño, con el fin de proponer estrategias que promuevan la equidad y la mejora de los servicios de salud en esta región.</p> <p>Información General En el marco de este proyecto, se está realizando una encuesta para recopilar información sobre las barreras y limitaciones en el acceso a los servicios de salud en El Charco, Nariño. Aunque las respuestas serán tratadas de forma anónima, es necesario obtener su consentimiento para el tratamiento de la información proporcionada.</p> <p>Tratamiento de la información</p> <ol style="list-style-type: none"> Confidencialidad y anonimato: La información recolectada será manejada de forma estrictamente confidencial y utilizada únicamente para los fines de esta investigación. en ningún momento se asociará la información recolectada con su identidad personal. Protección de datos personales: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de 2012 sobre protección de datos personales en Colombia, se garantizará la seguridad de la información proporcionada. los datos serán almacenados en un sistema seguro y solo serán accesibles por los investigadores. Uso exclusivo para la investigación: Los resultados de la encuesta serán usados únicamente para este trabajo de grado y podrán ser presentados en informes o publicaciones académicas de manera

Participación voluntaria

- Su participación es completamente voluntaria. usted tiene derecho a decidir si desea participar o no.
- Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin que esto implique repercusiones negativas para usted.

Consentimiento**Por favor, lea cuidadosamente y firme si está de acuerdo con participar:**

1. He sido informado(a) sobre los objetivos de esta investigación y la forma en que se tratarán mis datos.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.
3. Consiento en proporcionar mi información de forma anónima y autorizo su tratamiento de acuerdo con lo descrito.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

3.23.1.2 Anexo B. Encuesta.

ENCUESTA SOBRE BARRERAS Y DESAFÍOS EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN EL CHARCO (NARIÑO)	
Información Demográfica	
Edad:	<input type="radio"/> Otros (especificar) _____
<input type="radio"/> 18-30 años	
<input type="radio"/> 31-45 años	
<input type="radio"/> 46-60 años	
<input type="radio"/> Más de 60 años	
Género:	
<input type="radio"/> Masculino	
<input type="radio"/> Femenino	
<input type="radio"/> Prefiero no decirlo	
Nivel de educación:	
<input type="radio"/> Sin escolaridad	
<input type="radio"/> Primaria	
<input type="radio"/> Secundaria	
<input type="radio"/> Educación superior	
<input type="radio"/> Prefiero no decirlo	
Ocupación:	
<input type="radio"/> Estudiante	
<input type="radio"/> Empleado	
<input type="radio"/> Desempleado	
<input type="radio"/> Independiente	
<input type="radio"/> Otros (especificar)	
Acceso a Medicamentos	
¿Con qué frecuencia ha tenido dificultad para obtener los medicamentos recetados?	¿Cómo afecta la falta de acceso a medicamentos en su salud o la de su familia?
<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> No afecta
<input type="radio"/> Rara vez	<input type="radio"/> Afecta ligeramente
<input type="radio"/> A veces	<input type="radio"/> Afecta moderadamente
<input type="radio"/> Frecuentemente	<input type="radio"/> Afecta severamente
<input type="radio"/> Siempre	
¿Cuáles son las principales barreras que ha enfrentado para obtener medicamentos? (Puede seleccionar más de una opción)	Acceso a Tecnologías de Salud
<input type="radio"/> Costo elevado	¿Con qué frecuencia ha tenido dificultad para acceder a tecnologías de salud (equipos médicos, diagnósticos avanzados, etc.)?
<input type="radio"/> Falta de disponibilidad en farmacias locales	<input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Lejanía de las farmacias	<input type="radio"/> Rara vez
<input type="radio"/> Falta de prescripción médica adecuada	<input type="radio"/> A veces
<input type="radio"/> Problemas con la EPS	<input type="radio"/> Frecuentemente
	<input type="radio"/> Siempre
	¿Cuáles son las principales barreras que ha enfrentado para acceder a tecnologías de salud? (Puede seleccionar más de una opción)
	<input type="radio"/> Costo elevado
	<input type="radio"/> Falta de disponibilidad en el centro de salud local
	<input type="radio"/> Lejanía de los centros de diagnóstico
	<input type="radio"/> Falta de prescripción médica adecuada
	<input type="radio"/> Problemas con la EPS
	<input type="radio"/> Otros (especificar) _____
	¿Cómo afecta la falta de acceso a tecnologías de salud en su salud o la de su familia?
	<input type="radio"/> No afecta
	<input type="radio"/> Afecta ligeramente
	<input type="radio"/> Afecta moderadamente
	<input type="radio"/> Afecta severamente
	Impacto en la Prestación de Servicios de Salud
	¿Considera que las limitaciones en el acceso a medicamentos y tecnologías afectan la calidad de los servicios de salud en su región?
	<input type="radio"/> No afecta
	<input type="radio"/> Afecta ligeramente
	<input type="radio"/> Afecta moderadamente
	<input type="radio"/> Afecta severamente

¿Cree que las dificultades para conseguir medicamentos y tecnologías hacen que los servicios de salud en su región sean menos justos para todos?

- No afecta
- Afecta ligeramente
- Afecta moderadamente
- Afecta severamente

¿Cree que las dificultades para conseguir medicamentos y tecnologías hacen que los servicios de salud en su región sean menos eficientes?

- No afecta
- Afecta ligeramente
- Afecta moderadamente
- Afecta severamente

3.24 Referencias

- Allard Soto, R. (2018). La colisión de derechos y su impacto en el acceso a medicamentos esenciales: desafíos para Suramérica. *Revista Derecho del Estado*, 41, 3-36
- Álvarez Salazar, G. J., García Gallego, M., & Londoño Usme, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*, 7(2), 106-125. Otras fuentes consultadas
- Andrade, D., & Montánchez, P. (2024). Contexto del municipio de El Charco – Nariño. Asociación de Municipios del Pacífico Sur - ASOMPASC.
- Barney, J. B., Ketchen Jr, D. J., & Wright, M. (2021). Bold voices and new opportunities: an expanded research agenda for the resource-based view. *Journal of Management*, 47(7), 1677-1683.
- Barrientos Gómez, J. G., Marín Castro, A. E., Becerra Ruiz, L., & Tobón Arango, M. A. (2016). La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa. *Medicina U.P.B.*, 35(2), 120-134
- Bernal Barón, L. A. (2020). Competencia para el cuidado y barreras en el acceso a la salud en la diada persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar de zona rural. Universidad Nacional de Colombia.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, 57(5), 433-440
- Blengio Valdés, M. (2015). Salud, acceso a medicamentos y bioética. *Revista de Derecho Público*, 48, 13-38

- Bran-Piedrahita, L., Valencia-Arias, A., Palacios-Moya, L., Gómez-Molina, S., Acevedo-Correa, Y., & Arias-Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38.
- Brossard, P. Y., Minvielle, E., & Sicotte, C. (2022). The path from big data analytics capabilities to value in hospitals: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 134.
- Carvajal Tejada, M., & Ruiz Ibañez, C. G. (2008). Evaluación técnica y clínica de tecnología biomédica en procesos de adquisición: un enfoque en evaluación de tecnologías en salud. *Revista Ingeniería Biomédica*, 2(4), 34-45.
- DANE. Geoportal del Dane [Internet]. Censo Nacional de Población y Vivienda. 2018 Colombia. 2018 [cited 2025 Ene 12]. Available from: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>
- Davis, G. F., & DeWitt, T. (2021). Organization theory and the resource-based view of the firm: The great divide. *Journal of Management*, 47(7), 1684-1697.
- Departamento de Nariño. (2022). Análisis de la situación de salud (ASIS) 2022. Gobernación del Departamento de Nariño. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx.]
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2023). Pacífico nariñense: Información socioeconómica y territorial

- Fajardo Riveros, K. V. (2020). Red de Suministro de Tecnologías en Salud en el Municipio de Bahía Solano, Chocó. Universidad Nacional de Colombia.
- Fernández, A., & Oviedo, E. (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. CEPAL.
- Geoportal del DANE - Geovisor CNPV 2018. (n.d.). DANE - Departamento Administrativo Nacional De Estadística. <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>
- Giron, N., Lim, C., Vallini, J., & Hallar, K. (2023). Avanzando para mejorar el acceso a los medicamentos y tecnologías sanitarias para las enfermedades cardiovasculares. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e156.
- Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1947-1958.
- Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/innovacion-acceso-medicamentos-tecnologias-sanitarias>
- Jiménez Herrera, L. G. (2018). La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 398-421.
- Ledezma-Morales, M., Amariles, P., Vargas-Peláez, C. M., & Rossi-Buenaventura, F. A. (2020). Estrategias para promover el acceso a medicamentos de interés en salud pública: revisión estructurada de la literatura. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1).

Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. F., & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). Decreto 4725 de 2005: Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permisos de comercialización y vigilancia sanitaria de dispositivos médicos y productos para la salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-4725-de-2005.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). *Consulta de cadena de comercialización de medicamentos*. SISPRO. Recuperado el [2025-01-18], de https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarCNPMCadenaComercializacionCircu2yPA_028_2_2.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado el [2025-01-12], de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS): Consultas. Recuperado el [2025-01-17], de https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx

Mohd Fadhil, N. F., Teoh, S. Y., Young, L. W., & Wickramasinghe, N. (2024). Use of HIS in achieving preventive care performance: a resource orchestration study. *Information Technology & People*.

Municipio de El Charco. (2024). Capítulo independiente a cargo del Sistema General de Regalías (SGR): Plan de desarrollo municipal "El cambio es ahora" 2024-2027. Recuperado de [<https://www.elcharco-narino.gov.co/>]

Murillo Palacios, O. L. (2012). Desafíos en la prestación de servicios de salud en zonas rurales de Colombia: Experiencia del proyecto malaria fondo mundial. Universidad Nacional de Colombia.

Nayak, B., Bhattacharyya, S. S., & Krishnamoorthy, B. (2021). Strategic advantage through social inclusivity: an empirical study on resource-based view in health insurance firms in India. *Journal of Cleaner Production*, 298, 126805.

Ordoñez Sánchez, J. L., Palacios Albarracín, I. A., Calderón Vallejo, C. E., & Navas Román, J. I. (2018). Las tecnologías sanitarias: Su importancia y evaluación. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 2(3), 659-680.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>

Oviedo, E., & Fernández, A. (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. CEPAL.

Palesh, M., Tishelman, C., Fredrikson, S., Jamshidi, H., Tomson, G., & Emami, A. (2010). " We noticed that suddenly the country has become full of MRI". Policy makers' views on

- diffusion and use of health technologies in Iran. *Health Research Policy and Systems*, 8, 1-10.
- Pereira, V., & Bamel, U. (2021). Extending the resource and knowledge-based view: A critical analysis into its theoretical evolution and future research directions. *Journal of Business Research*, 132, 557-570.
- Ployhart, R. E. (2021). Resources for what? Understanding performance in the resource-based view and strategic human capital resource literatures. *Journal of Management*, 47(7), 1771-1786.
- Restrepo-Zea, J. H., Casas-Bustamante, L. P., & Espinal-Piedrahita, J. J. (2020). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?. *Revista de Salud pública*, 20, 670-676.
- Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265.
- Ruiz Soria, D. M. (2015). El libre acceso a los medicamentos gratuitos y el derecho a la salud pública. Universidad Técnica de Ambato.
- Stratopoulos, T. C., & Wang, V. X. (2022). Estimating the duration of competitive advantage from emerging technology adoption. *International Journal of Accounting Information Systems*, 47, 100577.

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130.

World Health Organization. *WHO Medicines Strategy: countries at the core 2004-2007*. Geneva: WHO; 2004.