



ORIGINAL

Public-private strategic alliances: A fundamental pillar for strengthening primary health care systems

Alianzas estratégicas público-privadas: Un pilar fundamental para fortalecer los sistemas de atención primaria en salud

Evelin Alexandra Zúñiga Sosa¹  , Cristina Alexandra Mendoza Macías²  

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, Carrera de Laboratorio Clínico. Esmeraldas, Ecuador.

²Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, Carrera de Administración de Empresas. Esmeraldas, Ecuador.

Citar como: Zúñiga Sosa EA, Mendoza Macías CA. Public-private strategic alliances: A fundamental pillar for strengthening primary health care systems. *Seminars in Medical Writing and Education*. 2024; 3:627. <https://doi.org/10.56294/mw2024627>

Enviado: 26-01-2024

Revisado: 11-05-2024

Aceptado: 19-09-2024

Publicado: 20-09-2024

Editor: PhD. Prof. Estela Morales Peralta 

Autor para la correspondencia: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa 

ABSTRACT

Introduction: strategic alliances in health optimize resources and improve care, prioritizing institutional cooperation based on trust and transparency. PAHO highlights the importance of innovation and collaboration with public and private sectors to address health challenges. In Ecuador, the MSP promotes decentralization through public and private networks, ensuring equitable access. PUCESE contributes with research and community outreach, focusing on prevention and health promotion. In Esmeraldas, health limitations and migration aggravate vulnerability, requiring medical brigades and integrated strategies to strengthen coverage and quality of care in marginalized populations.

Method: the study has a cross-sectional, descriptive approach, anonymized data descriptively analyzed in SPSS 20.7.

Results: during the days 28, 29 and 30 of July 2021, 373 inhabitants of three communities received health services: outpatient care (340 consultations), pharmacy (1051 dispensations), laboratory (213) and home care (33 consultations). Taquique had the highest demand, while Chigue had the lowest. 63 % of the beneficiaries were women, predominating in all age groups. The main diseases treated were type 2 diabetes (25 %), hypertension (24 %) and general medical consultations (18 %). Other pathologies included neuralgia (10 %), intestinal parasites (5 %) and urinary tract infections (4 %), reflecting the need for follow-up in chronic diseases and hygienic-sanitary conditions.

Conclusions: strategic alliances allow goals to be met and improve access to health services in isolated communities, strengthening inter-institutional cooperation and reducing health gaps and improving quality of life.

Keywords: Strategic Alliances; Health; Primary Care.

RESUMEN

Introducción: las alianzas estratégicas en salud optimizan recursos y mejoran la atención, priorizando la cooperación institucional basada en confianza y transparencia. La OPS destaca la importancia de innovación y colaboración con sectores públicos y privados para enfrentar desafíos sanitarios. En Ecuador, el MSP impulsa la descentralización mediante redes públicas y privadas, asegurando acceso equitativo. La PUCESE contribuye con investigación y vinculación comunitaria, enfocándose en prevención y promoción de la salud. En Esmeraldas, las limitaciones sanitarias y la migración agravan la vulnerabilidad, requiriendo brigadas médicas y estrategias integradas para fortalecer la cobertura y calidad de atención en poblaciones marginadas.

Método: el estudio tiene un enfoque transversal, descriptivo, datos anonimizados analizados descriptivamente en SPSS 20.7.

Resultados: durante los días 28, 29 y 30 de julio de 2021, 373 habitantes de tres comunidades recibieron servicios de salud: atención ambulatoria (340 consultas), farmacia (1051 dispensaciones), laboratorio (213) y atención domiciliaria (33 consultas). Taquigue tuvo la mayor demanda, mientras que Chigue la menor. El 63 % de los beneficiarios fueron mujeres, predominando en todos los grupos etarios. Las principales enfermedades atendidas fueron diabetes tipo 2 (25 %), hipertensión (24 %) y consultas médicas generales (18 %). Otras patologías incluyeron neuralgia (10 %), parásitos intestinales (5 %) e infecciones urinarias (4 %), reflejando la necesidad de seguimiento en enfermedades crónicas y condiciones higiénico-sanitarias.

Conclusiones: las alianzas estratégicas permiten cumplir metas y mejoran el acceso a servicios de sanitarios en comunidades aisladas, fortaleciendo la cooperación interinstitucional y reduciendo las brechas en salud y mejorando la calidad de vida.

Palabras clave: Alianzas Estratégicas; Salud; Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Las alianzas estratégicas en el sistema sanitario han sido generadas en respuesta a las necesidades y retos que se presentan en los diferentes niveles de la cadena de valor de la salud, lo que aporta un mayor valor a la sociedad y a los pacientes para proporcionar un mejor servicio y/o captar y retener el talento de los profesionales para gestionar desde un enfoque proactivo y no reactivo, optimizando los recursos disponibles y la transformación en la forma de proveer y consumir los servicios de salud.⁽¹⁾

En este sentido, la clave para construir alianzas estratégicas fuertes y sólidas entre las diferentes organizaciones reside en buscar un objetivo común, manteniendo la independencia jurídica de las partes y formalizando explícitamente el marco de colaboración institucional continuado, fomentado en la contribución y la unión de sus fortalezas, facilitando así la posibilidad de alcanzar las metas y resultados que ninguno puede obtener de forma individual a mediano o largo plazo, basado en la confianza y transparencia de los socios como elemento vertebrador, además de invertir en recursos y conocimientos, adaptar la relación de las necesidades específicas de cada socio y el respaldo de todos los miembros que componen la alianza para que se enmarquen en los diferentes ámbitos, basados en la necesidad, calidad y seguridad asistencial con un contexto financieramente disponible.^(1,2)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que, en gran medida, su capacidad para abordar los desafíos de salud en las Américas y el acercamiento a sus metas prioritarias se debe a su capacidad de establecer alianzas sólidas, confiables y de largo plazo a través de la innovación y creatividad, incluyendo a la sociedad civil y el sector privado.⁽³⁾

Las instituciones académicas, son entidades que se dedican a la obtención y difusión del conocimiento por medio de la investigación, la enseñanza y la formación, agregando un trabajo importante a la OPS en el sentido de innovación e independencia desde la construcción de un pensamiento crítico hasta el desarrollo del conocimiento técnico y la capacitación, con el eje principal de la investigación basada en la evidencia para fortalecer las capacidades de cooperación dentro de la comunidad científica mundial. Adicionalmente, la OPS reconoce el valor de la diversidad de las entidades del sector privado no solo como una herramienta importante y fuente de financiamiento, sino también como recursos que complementan los conocimientos técnicos y aumenta el alcance del trabajo para el sector de la salud y sus miembros oficiales para el cumplimiento de las estrategias, los planes nacionales y los objetivos de salud pública de la propia organización mejorando el compromiso con los mecanismos de integración subregional con la finalidad de ampliar el alcance y los resultados de las iniciativas a nivel continental.⁽³⁾

En Ecuador, en los últimos años, con el objetivo de mejorar la calidad y la satisfacción de los pacientes, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha mantenido una estrategia para garantizar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, lo que asegura el ejercicio de su derecho a la salud, según lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador. Con esta finalidad, y mediante la implementación de la Red Pública Integral, junto con su conexión con la Red Privada Complementaria, el MSP descentraliza y desconcentra sus servicios, formando alianzas estratégicas con empresas privadas, lo que permite a cada usuario beneficiarse de una atención de calidad,⁽⁴⁾ es así que para el año 2025, reitera su compromiso por generar alianzas estratégicas que permitan contribuir a la formación y aprendizaje de los profesionales y apostar por una mejor calidad de atención y manejo integral de enfermedades crónicas en beneficio de la población más vulnerable del Ecuador.⁽⁵⁾

La provincia de Esmeraldas está situada en la zona geográfica conocida como región litoral o costa. Su capital administrativa es la ciudad de Esmeraldas, la cual además es su urbe más grande y poblada. Ocupa un territorio de unos 14 893 km², siendo la séptima provincia del país por extensión, limita al este con Carchi e Imbabura, al

sur con Santo Domingo de los Tsáchilas y Manabí, al sureste con Pichincha, al norte con la Provincia de Tumaco-Barbacoas, del departamento de Nariño perteneciente a Colombia, y al oeste y norte con el océano Pacífico a lo largo de una franja marítima de unos 230 kilómetros. En el territorio esmeraldeño habitan 491 168 personas, según el último censo nacional (2010) y la constituyen siete (7) cantones: San Lorenzo, Eloy Alfaro, Rio verde, Esmeraldas, Atacames, Muisne y Quinindé; contando además con cincuenta y siete (57) parroquias rurales y once (11) parroquias urbanas.⁽⁹⁾ Esta provincia se ve afectada constantemente por el fenómeno social de la migración de los países cercanos como Colombia y Venezuela, la misma que se ha incrementa con mayor fuerza los problemas sociales de diferentes índoles y, a pesar de que el MSP es el órgano responsable y regulador de salud, es poco lo que ha podía realizar debido a las demandas de la población, además de los grandes desafíos que tiene que enfrentar día a día con una marcada limitación al acceso de servicios básicos, saneamiento e higiene, atención en salud, alojamiento seguro y adecuado, además de la dificultad en transferencias de efectivo (divisas) obligatorio, para poder cumplir con el autoaislamiento. Dichos factores se agudizan en la población vulnerable, principalmente mujeres embarazadas (en estado de gravidez), personas en contexto de movilidad humana como los refugiados, migrantes, asilados, pueblos y nacionalidades desplazadas por violencia o desastres naturales.

En este sentido, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas (PUCESE), tiene un modelo educativo de carácter transformador, práctico, innovador, interdisciplinar e investigativo que pretende una formación integral e integradora modelada por el humanismo, el compromiso social, el espíritu crítico e innovador, la capacidad de comunicación asertiva para proveer soluciones prácticas a problemas cotidianos de la sociedad desde un compromiso integral y la aspiración a siempre más, marcando la Vinculación con la Comunidad por el Paradigma Pedagógico Ignaciano y el aprendizaje experiencial, que promueven una formación integral y comprometida con la sociedad.⁽⁶⁾ Con este antecedente, las carreras del área de la salud, a través de la Dirección de Investigación, establecen proyectos con un método de análisis, evaluación y seguimiento para que los estudiantes se vinculen con la sociedad desde el campo de la salud y bienestar para iniciar las actividades de prevención y promoción con la finalidad de reducir enfermedades trasmisibles, contribuyendo a la reducción de las brechas de desigualdad sanitarias.⁽⁷⁾

La vinculación académica que realiza la PUCESE, desde el marco legal de acuerdo a lo estipulado en el Art. 117 de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), inciso 3, se promueven funciones sustantivas como la docencia, investigación y vinculación con la sociedad para la gestión del conocimiento en función de los dominios, líneas de investigación, oferta académica, demanda de profesionales y necesidades de la comunidad, en el cual se plantea cómo las Instituciones de Educación Superior (IES) respondan a las expectativas y necesidades de la sociedad, para ello se conectarán con la planificación nacional de desarrollo y prospectivamente con los niveles de diversidad cultural, desarrollo científico, humanístico y tecnológico planteados en el panorama mundial, estableciéndolo como una normativa a la necesidad de fortalecer los lazos con la comunidad y aprovechar el conocimiento académico a favor de los sectores desprotegidos de la provincia de Esmeraldas, mediante procesos de gestión académica y administrativos y un análisis de la realidad social contemplando los ejes trasversales y la articulación de las tres misiones, docencia, investigación y vinculación.^(6,8) No obstante, los recursos son limitados frente a las necesidades en el territorio comprendiendo que debemos orientar los esfuerzos hacia la calidad y calidez de la atención en salud y la potenciación del financiamiento de los sistemas.

De forma general, gran parte de las enfermedades que se muestran en forma recurrente se presentan en las zonas rurales, esto debido a la falta de conocimiento en cuanto a prevención de enfermedades, manejo de alimentos, manejo de desechos comunes, mal manejo de aguas servidas en los sectores que no cuentan con alcantarillado, sumado a la falta de agua potable y al deficiente sistema de recolección de basura, hacen que la proliferación de las enfermedades sea mayor y más fácil.⁽¹⁰⁾

De este modo, con el concepto de la salud pública, se debe proteger la salud a nivel poblacional y se busca mejorar la misma en las comunidades por medio de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de salud y de concienciación, la educación y la investigación, aunque la competencia total en temas de salud rige sobre el MSP, en muchas de las ocasiones la cobertura no llega a todos los puntos poblados de la provincia y más aún cuando se trata de la zona rural, la provincia de Esmeraldas en donde se ven reflejadas muchas necesidades.

⁽¹¹⁾ Aunado a esto, las debilidades en la infraestructura sanitaria, deficiencia de insumos y medicamentos, se suma la brecha de profesionales de salud que puedan brindar la atención adecuada, oportuna y de calidad a la población más vulnerable, ya que poseen amplias áreas con poblaciones en quintiles de pobreza y pobreza extrema, quedando al margen una gran población sin acceso a estos beneficios que concede la salud pública ecuatoriana, motivo por el cual se considera pertinente la ejecución de brigadas médicas que se llevarán a cabo en las comunidades prioritarias para atender a aquella población que requiera tratamiento específico en enfermedades infecciosas, crónicas y aquellas relacionadas con perfil epidemiológico identificado en los sectores de Chinca, Chafu y Taquique brindando atención primaria en medicina general.

Bajo esta perspectiva de salud, el objetivo del presente proyecto fue buscar aliados estratégicos como Oleoductos de Crudos Pesados S.A. (OCP) y el Ministerio de Salud Pública en su forma descentralizada como

Distrito 08D01 Esmeraldas-Rioverde, Salud para que se pueda ayudar a disminuir el índice en diferentes enfermedades, fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud, apoyado en entrega de kits de bioseguridad, ampliar y mejorar la cobertura de atención en salud en las comunidades rurales con la ejecución de brigadas médicas y la realización de pruebas rápidas y moleculares de COVID-19 a personas de escasos recursos económicos de las zonas rurales marginadas de la provincia de Esmeraldas, con un principio de sostenibilidad basado en la gestión, organización y financiación del modelo sanitario a implementar para la provisión en los servicios de salud, siendo importante resaltar que el éxito de la ejecución de este se evidenció gracias al empoderamiento de los participantes de la comunidad priorizada y los actores sociales involucrados, así como la integración de los distintos niveles de atención del Ministerio de Salud Pública para la referencia y contra referencia de pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad del servicio de salud en función de las necesidades.

MÉTODO

Este estudio tiene un enfoque transversal, descriptivo y retrospectivo, del registro de datos anonimizados en Excel con el número total de beneficiarios directos del proyecto, para su posterior análisis mediante estadística descriptiva, utilizando el software SPSS 20.7.

La población estuvo comprendida por 373 habitantes de los sectores rurales de la provincia de Esmeraldas como Chigue, Chaflú y Taquigue a los cuales se les brindó servicio de atención médica ambulatoria y domiciliaria, laboratorio clínico y farmacia.

RESULTADOS

Fecha	Comunidad	Atención ambulatoria	Atención domiciliaria	Servicio de Laboratorio	Servicio de Farmacia
28/7/2021	Chigue	44	0	23	179
29/7/2021	Chaflú	157	8	86	334
30/7/2021	Taquigue	139	25	104	538
Total		340	33	213	1051

Se beneficiaron 373 habitantes en tres comunidades durante los días 28, 29 y 30 de julio de 2021, desglosadas en cuatro tipos de servicios: atención ambulatoria, atención domiciliaria, servicio de laboratorio y servicio de farmacia. En total, se realizaron 340 atenciones ambulatorias, representando el servicio con mayor demanda. Le sigue el servicio de farmacia con 1051 dispensaciones, lo que sugiere una alta necesidad de medicamentos en la población atendida. En contraste, la atención domiciliaria fue la menos frecuente, con solo 33 consultas, lo que puede deberse a una menor solicitud de este servicio.

De las atenciones en las diferentes comunidades, en Chigue se registraron 44 atenciones ambulatorias, ninguna domiciliaria, 23 pruebas de laboratorio y 179 servicios de farmacia, siendo la comunidad con menor demanda. En Chaflú hubo un incremento significativo en todos los servicios, con 157 atenciones ambulatorias, 8 domiciliarias, 86 pruebas de laboratorio y 334 dispensaciones en farmacia y Taquigue, con mayor demanda, con 139 atenciones ambulatorias, 25 domiciliarias, 104 pruebas de laboratorio y 538 atenciones en farmacia, lo que podría indicar una mayor prevalencia de enfermedades, esto también se debe a una mayor concentración de la población.

Tabla 2. Distribución de beneficiarios por sexo y grupo etario						
Grupo etario (años)		Género			Total	
		Masculino		Femenino		
No	%	No	%	No	%	
0 a 9	22	44	28	56	50	13
10 a 19	21	55	17	45	38	10
20 a 39	15	23	49	77	64	17
40 a 64	23	23	75	77	98	26
> 65	56	46	67	54	123	33
Total	137	37	236	63	373	100

En la distribución de los beneficiarios según su grupo etario y género. Se observa que la muestra total es de 373 personas, de las cuales 137 (37 %) son hombres y 236 (63 %) son mujeres, lo que indica una mayor participación femenina en los servicios de salud.

De los grupos etarios, Infancia (0 a 9 años), representa el 13 % de la muestra total. La distribución por género es equilibrada, con 22 niños (44 %) y 28 niñas (56 %); Adolescentes (10 a 19 años), constituye el 10 % de los beneficiarios, con una ligera predominancia masculina (55 % masculino vs. 45 % femenino); Adultos jóvenes (20 a 39 años) representan el 17 % del total, con un marcado predominio femenino (77 % mujeres vs. 23 % hombres); Adultos (40 a 64 años) comprenden el 26 % de los beneficiarios, nuevamente con una mayoría de mujeres (77 %) y por último Adultos mayores (> 65 años) que son el grupo más numeroso, con 33 % del total. Aquí también se observa una mayor proporción de mujeres (54 %) en comparación con los hombres (46 %).

Tabla 3. Principales causas de morbilidad

Patología	No.	%
E118 DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	93	25
I10: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	89	24
Z000.0 EXAMEN MÉDICO GENERAL	68	18
M792: NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS	39	10
B829: PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	20	5
J00: RINOFARINGITIS AGUDA	16	4
N390: INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	15	4
T784: ALERGIA NO ESPECIFICADA	13	3
N760 VAGINITIS AGUDA	12	3
A090 OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	8	2
TOTAL	373	100

Dentro de las causas de morbilidad con mayor tasa de atención se encuentran, la Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones no especificadas es la principal representando el 25 % de los casos (93 registros). Esto indica una alta prevalencia de esta enfermedad crónica y sugiere la necesidad de estrategias de control y seguimiento. Seguida de esta se encuentra Hipertensión esencial (primaria) con 24 % (89 casos), lo que refuerza la carga de enfermedades cardiovasculares en la población analizada y el examen médico general aparece con 18 % (68 casos), debido a consultas rutinarias preventivas.

Entre las causas menos frecuentes estuvieron la Neuralgia y neuritis no especificadas representando el 10 % de los casos (39 registros), lo que sugiere una notable incidencia de trastornos neurológicos o dolor crónico, parásitos intestinales tiene un 5 % (20 casos), lo que indica una presencia moderada de infecciones parasitarias, probablemente relacionadas con condiciones higiénico-sanitarias y otras patologías como infecciones urinarias (4 %), alergias no especificadas (3 %), vaginitis aguda (3 %) y gastroenteritis infecciosa (2 %) tienen menor impacto, pero siguen siendo relevantes en la carga de enfermedad.

DISCUSIÓN

Este estudio sugiere que las mujeres (63 %) hacen un mayor uso de los servicios de salud en comparación con los hombres (37 %), con predominio femenino en casi todos los grupos etarios, con una proporción significativamente mayor en los grupos de 20 a 39 y 40 a 64 años. Esto podría estar relacionado con una mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres en edad reproductiva y adulta. Este patrón puede deberse a varios factores, como una mayor conciencia sobre la salud en la población femenina o una mayor necesidad de atención médica debido a factores biológicos y reproductivos. Estos hallazgos coinciden con un reporte de la Organización Panamericana de la Salud el cual establece que las mujeres tienen mayores costos de salud debido a su mayor utilización de los servicios.⁽¹²⁾

Con respecto a la mayor representación de adultos mayores, que conforman el grupo etario más numeroso (33 %). Esto se contrasta con el reporte realizado por Huenchuan, 2018,⁽¹³⁾ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁴⁾ sobre el envejecimiento de las personas y el cambio de estructura por edades de la población, siendo el envejecimiento demográfico elevado, mismo que a nivel mundial entre 2015 y 2030 la población mayor a 60 años incrementará en el 64 % en tan solo 5 años, el cual está entrando en la mitad de los países de América Latina y el Caribe, algunos de los cuales corresponderá a los más pobres para el año 2050. Estos datos podría indicar una mayor demanda de servicios de salud en este grupo etario debido a enfermedades crónicas y afecciones relacionadas con el envejecimiento, entre las cuales se determinaron la diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones no especificadas es la principal representando el 25 % de los casos, seguida de la Hipertensión

esencial (primaria) con 24 % lo que sugiere que la población estudiada podría tener factores de riesgo como obesidad, sedentarismo o malos hábitos alimenticios, como lo sugiere Sotolongo Olga, 2022, indicando que con el envejecimiento de las poblaciones se produce un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2.⁽¹⁵⁾

La alta proporción de adultos mayores resalta la necesidad de estrategias enfocadas en la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, lo que concuerda con Chandía & Luengo, 2018, quienes manifiestan la importancia de que el equipo sanitario pueda proteger el acceso a la atención médica en los adultos mayores, favoreciendo la adherencia a los controles y tratamientos, tanto de enfermedades no transmisibles como evaluaciones del estado mental, con derivaciones oportunas, favoreciendo instancias de estimulación cognitiva.⁽¹⁶⁾ De hecho, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador⁽¹⁷⁾ normó que las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia, a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación.

El incremento progresivo en los servicios a lo largo de los tres días sugiere una posible acumulación de demanda o una mayor accesibilidad conforme avanzó la jornada de atención, lo que destaca un progreso positivo por la respuesta a los usuarios a la jornada de atención, lo cual se debió a la capacidad instalada, reducción del tiempo de espera y la disponibilidad de los servicios. Además, la disparidad en la prestación de servicios entre las comunidades podría estar influenciada por factores como la densidad poblacional, la accesibilidad geográfica o la disponibilidad de recursos sanitarios. En este contexto, es importante que se realicen las acciones conjuntas de servicios de apoyo diagnóstico compartidos, de complementación de servicios y de todas aquellas formas de asociación que de una u otra manera benefician a las partes en el cumplimiento de los objetivos comunes mediante las alianzas estratégicas como lo describe Ochoa Díaz y colaboradores en su estudio sobre las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las empresas sociales del estado.⁽¹⁸⁾ En este contexto, la alianza estratégica en el entorno público-privado entre PUCSE, OCP y MSP contribuyeron a disminuir las desigualdades e inequidades del sistema sanitario mediante el acceso efectivo, universal y gratuito de la atención en salud, así como la implementación de estrategias que abordaron los desafíos del sistema de salud con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, con un incremento significativo de la cobertura de atención, minimizando las brechas del acceso integral de salud a las comunidades más pobres,⁽¹⁰⁾ en un entorno regulado con entidades privadas en mejora de las circunstancias de la gestión estratégica con aspectos cruciales como la disponibilidad de evidencia sobre desigualdad en el acceso, el liderazgo local efectivo, la identificación de una intervención apropiada, el control y evaluación de gestión e impacto y la identificación de recursos adicionales que contribuyan a eliminar la exclusión.^(19,20)

La mayor demanda se concentró en el servicio de farmacia, lo que resalta la importancia del acceso a medicamentos con el sesgo de contabilización de unidades de medicamentos descargadas por paciente. Sin embargo, la mayor cantidad de medicamentos suministrados se deben al tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles identificadas en los adultos mayores para asegurar la continuidad del tratamiento, debido a la baja accesibilidad a los mismos dentro de las unidades de salud a las cuales están asignados geográficamente. Esto puede deberse a las bajas presupuestarias del sistema de salud, la falta de un adecuado análisis epidemiológico que garantice las intervenciones efectivas o como reporta Maciel & Macfarland, 2022,⁽²¹⁾ que lineamientos establecidos por la Organización Mundial del Comercio, en materia de medicamentos, margina del acceso a estas a la población vulnerable, por los altos costos de las medicinas de patente y el retraso de la incorporación de los productos genéricos debido a aranceles, ganancias, rentas y control monopólico; y, aunque la Organización Mundial de la Salud recomendó, a los Estados miembros, la implementación de diversas medidas con la intención de garantizar el acceso efectivo y equitativo a los medicamentos, así como su uso racional en armonía con el ambiente, aún se identifica esta problemática de salud, siendo así que en Latinoamérica el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos tiene una tendencia mercantilista, donde la comercialización se realiza con matices de lucro, lo que transgrede los derechos de las personas que aspiran a un mejor bienestar.⁽²²⁾

Finalmente, este estudio permitió identificar patrones en la prestación de servicios de salud y orienta la toma de decisiones para optimizar la distribución de recursos en futuras intervenciones para comprender mejor el perfil de la población beneficiaria y orientar la planificación de recursos y estrategias en salud, lo que concuerda con Zúñiga, E et al. 2024, quienes concluyen en su estudio que la implementación de actividades de atención médica en la comunidad, junto con el fortalecimiento de los servicios de salud en función de las necesidades de cobertura, ha permitido enfrentar los desafíos del sistema sanitario y permite dar respuesta a las necesidades emergentes derivadas de los cambios en el perfil epidemiológico, incluyendo enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas y hereditarias, así como a otros problemas considerados prioritarios.⁽²³⁾

CONCLUSIONES

Las alianzas estratégicas desempeñan un papel fundamental en la provisión de servicios de salud oportunos

en comunidades aisladas, facilitando el acceso a atención médica integral y en el cumplimiento de las metas de los planes locales de salud impactando positivamente en la reducción de la carga de enfermedad de los pacientes/usuarios. En este estudio, la colaboración entre distintos actores permitió beneficiar a habitantes de zonas rurales en condiciones de pobreza y pobreza extrema con servicios ambulatorios, domiciliarios, de laboratorio y farmacia, respondiendo a las principales necesidades de salud de la población gracias al proceso de gestión y levantamiento de información como línea base para identificar las necesidades prioritarias de la comunidad.

La alta demanda en ciertas comunidades resalta la importancia de fortalecer estas alianzas para mejorar la cobertura y continuidad de la atención. Así, la cooperación interinstitucional se consolida como una estrategia clave para reducir brechas en salud y sugiere la necesidad de estrategias de atención diferenciadas por género, una alta proporción de fortalecer los programadas de atención geriátrica con un enfoque integral y preventivo, orientada en la planificación de los recursos que permitan mejorar la calidad de vida con programas de salud más específicos y equitativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundación Administrador. <https://www.fundacioneconomiaysalud.org/2021/10/11/alianzas-estrategicas-entre-actores-del-sistema-sanitario/>. 2021. Alianzas estratégicas entre actores del sistema sanitario.
2. Pastrana F, Cortijo C, López M, Bañares A, Bravo M, Triquell L, et al. Alianzas estratégicas en el entorno hospitalario: Guía Práctica para su Implantación. 2016.
3. OPS. <https://www.paho.org/es/alianzas>. 2022. Alianzas.
4. Robalino Barreno M. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador y sus alianzas estratégicas con el sector privado y su impacto en la mejora de los servicios médicos en los últimos 3 años. [Administración Pública]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2014.
5. MSP. <https://www.salud.gob.ec/msp-impulsa-alianzas-estrategicas-para-la-mejora-de-la-atencion-y-manejo-integral-de-enfermedades-cronicas-en-el-pais/>. 2025. MSP impulsa alianzas estratégicas para la mejora de la atención y manejo integral de enfermedades crónicas en el país.
6. Corrales C. MODELO EDUCATIVO DE LA PUCE: Lineamientos Nacionales para la implementación del Proyecto Académico 25 de septiembre de 2024. 2024.
7. Pacto Mundial Red España. <https://www.pactomundial.org/ods/3-salud-y-bienestar/>. 2019. ODS 3 Salud y bienestar.
8. De Vinculación V. Vicerrectorado de Vinculación. 2017.
9. Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Esmeraldas. <https://prefecturadeesmeraldas.gob.ec/index.php/provincia-de-esmeraldas/>. 2019. Provincia de Esmeraldas.
10. Zúñiga-Sosa E. Prevention and health promotion: A strategy for linking academia with society. AG Salud [Internet]. 2025 Jan 24;3:188. Available from: <https://agsalud.ageditor.org/index.php/agsalud/article/view/188>
11. Garzón X, Ruales J, Moreira M, Aguinaga. María, Pérez R, Corral J, et al. Plan Decenal de Salud 2022-2031. 2022 Jul 4;
12. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. 2019. Determinantes sociales de la salud.
13. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 1st ed. Vol. 1. Naciones Unidas: CEPAL; 2018.
14. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 2024. Envejecimiento y salud.
15. Sotolongo O. Complicaciones crónicas y enfermedades asociadas en adultos mayores con diabetes

mellitus tipo 2 en Punta Brava, Cuba de enero a junio de 2019. Revista Cubana de Endocrinología. 2022;

16. Chandía-Reyes V, Luengo-Martínez C. Relación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con deterioro cognitivo en adultos mayores. GEROKOMOS. 2018 Dec 10;172-5.

17. Álvarez-Yáñez P, Pazmiño-Figueroa L, Villalobos A. Norma y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Quito; 2010 May.

18. Ochoa Díaz H, Nabor W, Muñoz R. Las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las empresas sociales del estado. 2003.

19. Peiró M. Alianzas estratégicas. 2006.

20. Flores-Sandí G. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud (Accessibility Management and the Right to Health). 2012.

21. Maciel B, Macfarland C. ACCESS TO MEDICINES. THE HUMAN RIGHT FORHEAD PHARMACEUTICAL MONOPOLIES. Bol Mex Derecho Comp. 2022;55(163).

22. Jiménez L. El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica. Rev Cub Salud Publica. 2020 Mar 16;

23. Zúñiga-Sosa EA, Piguave-Reyes JM, Chila-García KC. Implementación de Centro Médico de Especialidades en una zona rural de Esmeraldas: Una estrategia para abordar disparidades en la atención médica. MQRInvestigar [Internet]. 2024 Nov 5;8(4):3242-54. Available from: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/1957>

FINANCIACIÓN

OCP Ecuador S.A. financió la ejecución total del proyecto.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa, Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Curación de datos: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa.

Análisis formal: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa.

Investigación: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa.

Metodología: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa.

Administración del proyecto: Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Supervisión: Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Validación: Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Visualización: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa, Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Redacción - borrador original: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa, Cristina Alexandra Mendoza Macías.

Redacción - revisión y edición: Evelin Alexandra Zúñiga Sosa, Cristina Alexandra Mendoza Macías.