

AÑO 31 ESPECIAL 15, 2026
ENERO-JUNIO



AÑO 31 ESPECIAL 15, 2026

ENERO-JUNIO

Revista Venezolana de Gerencia



UNIVERSIDAD DEL ZULIA (LUZ)
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Centro de Estudios de la Empresa

ISSN 1315-9984

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES



Responsabilidad social como eje de la gestión en salud primaria

Martínez Salas, Sayuris Yelind*
Brito Carrillo, Clara Judith**
Villa Navas, Ana Rita***

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la incidencia de la gestión basada en la Responsabilidad Social en la mitigación de las inequidades derivadas de los determinantes sociales de la salud en la atención primaria del departamento de La Guajira, Colombia. Se desarrolló un enfoque mixto, combinando encuestas aplicadas a gestores de las Secretarías de Salud, prestadores de servicios de salud (IPS/EPS) y usuarios de los municipios de Uribia y Maicao. El análisis incluyó estadística descriptiva para los datos cuantitativos y análisis de contenido para las percepciones cualitativas de los participantes. Los resultados evidenciaron una contradicción significativa: mientras los gestores reportan una integración sólida de la Responsabilidad Social en la planificación y evaluación de proyectos, los usuarios, particularmente en Uribia, experimentan graves inequidades en acceso, información y participación, en contraste con una situación relativamente favorable en Maicao. La comunicación con la comunidad emergió como el eslabón más débil y crítico, limitando la efectividad de la gestión en términos de equidad y participación. Se concluye que la incidencia de la Responsabilidad Social en la mitigación de inequidades es limitada y desigual; su efectividad depende menos de su inclusión formal en documentos de planificación y más de su implementación operativa, especialmente en la comunicación bidireccional y la adaptación a los determinantes

Recibido: 24.02.26

Aceptado: 11.05.26

* Doctora en Ciencias, mención Gerencia, y Magíster en Gerencia de Recursos Humanos, Trabajadora Social, Docente de la Universidad de La Guajira, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, programa Trabajo Social, Grupo de investigación Encuentro con la investigación (ENCI). Email: martinezs@uniguajira.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5348-3323>.

** Trabajadora social, magíster en desarrollo y gestión de empresas sociales, docente de la Universidad de La Guajira, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, programa Trabajo Social, Grupo de Investigación Encuentro con la Investigación (ENCI). Email: clarabrito@uniguajira.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8788-7326>.

*** Psicóloga social, magíster en gerencia de recursos humanos, especialista en resolución de conflictos, docente Universidad de La Guajira, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, programa Trabajo Social, Grupo de Investigación Encuentro con la Investigación (ENCI). Email: anarita@uniguajira.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2761-2448>.

sociales locales. Se recomienda fortalecer mecanismos de rendición de cuentas y participación comunitaria real para mejorar la efectividad de la Responsabilidad Social en atención primaria de salud.

Palabras clave: responsabilidad social; atención primaria en salud; inequidades en salud; determinantes sociales de la salud; participación comunitaria.

Social Responsibility as a Cornerstone of Primary Health Care Management

Abstract

This study aimed to evaluate the impact of Social Responsibility (SR)-based management in mitigating inequities derived from the social determinants of health in primary care in the department of La Guajira, Colombia. A mixed-method approach was developed, combining surveys administered to health ministry managers, health service providers (IPS/EPS), and users in the municipalities of Uribia and Maicao. The analysis included descriptive statistics for quantitative data and content analysis for participants' qualitative perceptions. The results revealed a significant contradiction: while managers report a strong integration of SR in project planning and evaluation, users, particularly in Uribia, experience serious inequities in access, information, and participation, in contrast to a relatively favorable situation in Maicao. Communication with the community emerged as the weakest and most critical link, limiting the effectiveness of management in terms of equity and participation. It is concluded that the impact of SR in mitigating inequities is limited and uneven; its effectiveness depends less on its formal inclusion in planning documents and more on its operational implementation, especially in terms of two-way communication and adaptation to local social determinants. It is recommended that accountability mechanisms and meaningful community participation be strengthened to improve the effectiveness of SR in primary health care.

Keywords: social accountability; primary health care; health inequities; social determinants of health; community participation.

1. Introducción

La Atención Primaria en Salud (APS) constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar la cobertura universal y avanzar hacia sociedades más equitativas en términos de bienestar. Desde la Declaración de Alma-Ata, la APS se ha consolidado como

una estrategia clave para reducir las desigualdades en salud, especialmente en contextos donde la fragmentación de los servicios limita la accesibilidad de las poblaciones más vulnerables. Diversos estudios han resaltado que un sistema sanitario basado en la APS favorece la reducción de las brechas en morbilidad y mortalidad, contribuyendo al desarrollo

sostenible de los territorios (Cotlear et al., 2015; Hone, Macinko & Millett, 2018).

En Colombia, la APS ha sido asumida por el Ministerio de Salud como un enfoque prioritario de gestión y organización, orientado no solo a la atención médica, sino también a la integración de determinantes sociales en el diseño de políticas públicas (Ministerio de Salud, 2016). No obstante, en departamentos como La Guajira persisten marcadas inequidades derivadas de factores estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico, la precariedad en infraestructura y las barreras culturales. Esta situación impacta con particular crudeza a la población indígena Wayuu, que enfrenta desnutrición, limitaciones en el acceso al agua potable y deficiencias en la cobertura de servicios básicos, a lo que se suma la presión ejercida por flujos migratorios provenientes de Venezuela, que tensionan aún más un sistema de salud fragmentado y frágil (Giraldo & Hernández, 2020; Ríos-García et al., 2021).

En este escenario, la APS adquiere relevancia no solo como modelo asistencial, sino como estrategia intersectorial que debe enfrentar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS): condiciones de vida, trabajo y desarrollo que impactan el bienestar y generan desigualdades persistentes (OMS, 2008; Solar & Irwin, 2010). Sin embargo, su efectividad depende de que las instituciones de salud asuman un compromiso ético y social en la gestión de los servicios, integrando principios de Responsabilidad Social (RS).

La RS, entendida no como filantropía, sino como la obligación institucional de responder ante la sociedad por su desempeño, implica la rendición de cuentas, la

transparencia, la pertinencia cultural de las intervenciones, la evaluación de impacto y la participación comunitaria en la toma de decisiones (Castiel & Álvarez-Dardet, 2007; Ríos-García et al., 2021). No obstante, en el contexto colombiano, las acciones en APS suelen reducirse a paquetes básicos de servicios con un enfoque curativo, lo que limita su integralidad y sostenibilidad (Vargas et al., 2016). Aunque el Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031) prioriza la equidad y la acción sobre los DSS, su implementación en territorios con barreras geográficas, culturales y administrativas como La Guajira sigue presentando serias dificultades.

En consecuencia, surge una pregunta crítica: pese a la existencia de marcos normativos y conceptuales, ¿cómo se está operacionalizando la RS en la gestión real de la APS en contextos de alta vulnerabilidad como La Guajira? ¿Está logrando mitigar efectivamente las inequidades derivadas de los determinantes sociales de la salud? Esta interrogante da fundamento a la presente investigación, cuyo propósito es evaluar la incidencia de la gestión basada en la responsabilidad social en la mitigación de las inequidades derivadas de los determinantes sociales de la salud en el nivel de atención primaria del departamento de La Guajira, Colombia.

La investigación resultó oportuna debido a la necesidad de analizar cómo la responsabilidad social incidía en los determinantes sociales de la atención primaria en salud. La temática se inscribió en la línea de investigación Ambiente y Salud Pública y respondió a la urgencia de fortalecer la capacidad de las instituciones sanitarias para enfrentar los desafíos sociales, culturales y estructurales de La Guajira. Mediante el abordaje de la problemática

identificada, el estudio buscó aportar a la consolidación de un marco de gestión que integrara la RS como eje de acción frente a los DSS en territorios altamente vulnerables.

Por su relevancia social, este trabajo ofreció a las comunidades de los municipios guajiros una oportunidad para ampliar el conocimiento sobre los vínculos entre RS y DSS en la APS, generando evidencia útil para el análisis, diseño e implementación de políticas y estrategias dentro del sector salud. Asimismo, brindó a los tomadores de decisiones herramientas que justificaron la importancia de la RS frente a la salud, partiendo del reconocimiento de que la situación de bienestar de las personas y las poblaciones no dependía exclusivamente de la provisión de servicios médicos, sino de un abordaje integral de los determinantes sociales.

Desde un punto de vista práctico, la investigación permitió proponer estrategias de aplicabilidad de la RS en la gestión de la APS, con miras al fortalecimiento de los DSS en La Guajira. En el plano teórico, se fundamentó en la revisión conceptual y legal de las variables en estudio, integrando postulados que vincularon la filosofía de la RS con los determinantes sociales en el marco de la APS. Finalmente, en el plano metodológico, el estudio buscó alcanzar sus objetivos mediante el diseño de instrumentos de recolección y análisis de datos confiables, que además pudieron ser empleados en futuras investigaciones en esta misma línea.

La investigación se desarrolló en el departamento de La Guajira, Colombia, focalizándose específicamente en los municipios de Maicao y Uribía. Estos territorios representaron contextos significativos para el análisis de la responsabilidad social en salud debido

a sus particulares características sociodemográficas y su condición fronteriza. Maicao, ubicado en el centro-este del departamento, constituyó un enclave estratégico de intercambio comercial y cultural entre Colombia y Venezuela, caracterizado por su diversidad poblacional que incluyó comunidades indígenas wayuu y zenú, además de una significativa colonia de origen árabe que contribuyó al desarrollo económico y social de la región. Por su parte, Uribía, localizada al norte de La Guajira y reconocida como la capital indígena de Colombia, presentó una composición poblacional predominantemente wayuu, grupo étnico que mantuvo una fuerte cohesión cultural y una relación ancestral con el territorio a través del resguardo indígena de la Alta y Media Guajira.

La condición fronteriza de ambos municipios los convirtió en escenarios de intensa movilidad humana, donde convergieron flujos migratorios mixtos que incluyeron población venezolana, colombianos retornados y comunidades binacionales Wayuu. Esta dinámica transfronteriza generó desafíos particulares para la prestación de servicios de salud en el marco de las políticas públicas de atención a población vulnerable. La particular combinación de determinantes sociales, incluidas las barreras geográficas, la diversidad cultural, las condiciones de pobreza y la presión sobre los servicios de salud derivada de los flujos migratorios, convirtió a estos municipios en territorios paradigmáticos para analizar la implementación de la responsabilidad social institucional en el abordaje de los determinantes sociales de la salud en contextos de alta vulnerabilidad y diversidad cultural.

2. Atención primaria, responsabilidad social y determinantes sociales de la salud

La Atención Primaria de Salud (APS) se consolidó como el eje de los sistemas de salud modernos a partir de la Declaración de Alma-Ata, al proponer principios de equidad, participación comunitaria, acción intersectorial e integralidad en la atención (Frenk, 1994; Starfield, 2011). Estos fundamentos, reafirmados en la Renovación de la APS en las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014) y en informes de la OMS (2012), han sido clave para orientar a los sistemas hacia la cobertura universal y la reducción de inequidades sanitarias. La APS, entendida como estrategia central para alcanzar la salud como derecho fundamental, implica no solo garantizar acceso, sino responder a las necesidades sociales, económicas y culturales de las comunidades (OPS, 2018).

En este marco, la Responsabilidad Social (RS) emerge como un concepto transversal. Originalmente planteada en el ámbito empresarial como un enfoque estratégico que integra preocupaciones sociales y ambientales en las operaciones y en la relación con los grupos de interés (Sabogal, 2008), la RS trasciende el cumplimiento legal para convertirse en un compromiso ético con la sostenibilidad, la transparencia y la rendición de cuentas (Peláez & García, 2014).

Trasladada al campo de la salud, la RS no debe confundirse con filantropía, sino entenderse como la obligación de las instituciones de responder ante la sociedad por sus impactos, garantizando

pertinencia cultural, evaluación de resultados y participación comunitaria (Tacumá & Tovar, 2021; Castiel & Álvarez-Dardet, 2007).

En el ámbito de la gestión sanitaria, la RS puede desarrollarse siguiendo modelos dinámicos de planeación, implementación, evaluación y retroalimentación.

Martínez, Brito & Villa (2026) propone un esquema en el que la identificación de stakeholders, el diseño de planes de acción, la medición con indicadores verificables, la comunicación bidireccional y la incorporación de retroalimentación constituyen un ciclo continuo de legitimidad social.

Este tipo de gestión aplicada a la APS implica transformar la administración tradicional en un proceso integral de corresponsabilidad y equidad, donde los resultados no se midan solo por cobertura, sino por su contribución al bienestar social y a la reducción de inequidades (Rovere, 2018; Almeida et al., 2024).

El concepto de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), se refiere a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales están mediadas por la distribución desigual de dinero, poder y recursos (Solar & Irwin, 2010). Estos determinantes se clasifican en estructurales, que definen la posición socioeconómica de los individuos, e intermedios, que incluyen factores materiales, conductuales y psicosociales (OMS, 2007). Su importancia radica en que explican la mayor parte de las inequidades en salud que son injustas y evitables, dado que distribuyen de manera desigual los riesgos y las oportunidades de bienestar (Whitehead, 1992; Marmot & Wilkinson, 2006).

Investigaciones en América Latina han mostrado cómo la pobreza, el bajo nivel educativo, el desempleo, la exclusión social y las condiciones precarias de vivienda se convierten en factores estructurales que perpetúan la vulnerabilidad en salud (Braveman & Gottlieb, 2014; Arcaya, Arcaya & Subramanian, 2015). En contextos como La Guajira, donde confluyen desigualdades históricas y culturales, estos determinantes se reflejan en altos índices de desnutrición, dificultades de acceso a servicios básicos y profundas brechas en indicadores sanitarios, afectando de manera particular a comunidades indígenas como la Wayuu (Restrepo & Málaga, 2019; Tarupi, 2019; Marmot & Bell, 2018).

El marco legal colombiano reconoce la necesidad de abordar los DSS mediante una APS fortalecida. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud y obliga al Estado a reducir desigualdades en los determinantes sociales. La Ley 1438 de 2011, por su parte, define la APS como estrategia de atención integral e integrada, guiada por principios de universalidad, interculturalidad, equidad y participación social. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incorporó enfoques diferenciales, poblacionales y territoriales, con el fin de adaptar la respuesta institucional a la diversidad cultural, étnica y geográfica de cada región.

De este modo, la integración de los principios de APS, el marco ético de la RS y la perspectiva de los DSS permite configurar un modelo de gestión en salud orientado a la justicia social. Este modelo demanda mecanismos de capacitación continua, evaluación con criterios de RS, mejora institucional basada en evidencia, y construcción

participativa de planes de salud (Vargas et al., 2016; López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017; Martínez, Terrazas & Álvarez, 2014). La comunicación intercultural y la gobernanza corresponsable se convierten en condiciones indispensables para garantizar legitimidad y sostenibilidad (Giovannella et al., 2015).

En síntesis, los DSS explican las inequidades estructurales en salud; la APS constituye la estrategia para enfrentarlas; y la RS ofrece el marco ético-operativo que permite legitimar las acciones sanitarias y asegurar su pertinencia social. Este enfoque tripartito constituye la base conceptual y metodológica sobre la cual se sustenta el presente estudio, orientado a evaluar la incidencia de la gestión basada en la RS en la mitigación de inequidades en el nivel de atención primaria en La Guajira.

3. Aspectos metodológicos

La investigación se diseñó bajo un enfoque no experimental, transversal y de campo, orientado a evaluar la incidencia de la gestión basada en la responsabilidad social en la mitigación de las inequidades derivadas de los determinantes sociales de la salud en el nivel de atención primaria del departamento de La Guajira, Colombia. Siguiendo a Tamayo y Tamayo (2004), la metodología actuó como un marco estructural que permitió controlar el proceso investigativo y garantizar la obtención de resultados confiables, asegurando que la recolección y análisis de datos respondieran de manera coherente a los objetivos del estudio. Desde la perspectiva epistemológica, el estudio adoptó el paradigma positivista, complementado con un enfoque mixto, donde las técnicas cuantitativas

se combinaron con herramientas cualitativas para captar las percepciones de los participantes, permitiendo así un análisis integral de la realidad estudiada, tal como lo señalan Aday y Andersen (1974) y Mercer y Watt (2007).

El estudio se desarrolló en el departamento de La Guajira, focalizándose en los municipios de Maicao y Uribía, territorios caracterizados por su diversidad cultural, dinámica fronteriza y desigualdades estructurales en salud. Maicao se destacó como un enclave estratégico de intercambio cultural y económico, con población indígena wayuu y zenú, así como una comunidad árabe significativa. Uribía, por su parte, concentró principalmente población wayuu, con fuertes vínculos culturales y territoriales en el resguardo indígena de la Alta y Media Guajira. La población de estudio incluyó tres grupos: funcionarios de las Secretarías de Salud municipales, personal de las IPS y EPS, y usuarios de los servicios de APS. Se seleccionó un total de 104 participantes, aplicando muestreo censal para gestores y muestreo por conveniencia para los usuarios, atendiendo a criterios de accesibilidad y disponibilidad en los municipios, siguiendo la recomendación de Briatore, Elorza y Estrada (2024) sobre la necesidad de considerar la dinámica local en contextos de vulnerabilidad.

La recolección de datos se realizó mediante encuestas estructuradas, diferenciadas para funcionarios y usuarios, incorporando ítems de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Los cuestionarios para funcionarios estuvieron orientados a evaluar la gestión institucional y el grado de aplicación de la responsabilidad social, mientras que los dirigidos a los usuarios captaron la percepción sobre accesibilidad, calidad, trato y resultados de la atención primaria.

Además, se incluyeron preguntas abiertas que permitieron identificar experiencias y barreras desde la perspectiva de los usuarios, generando información cualitativa que trianguló los datos cuantitativos, enriqueciendo la interpretación de los hallazgos.

El análisis de los datos se llevó a cabo en dos niveles. En el plano cuantitativo, se realizaron análisis estadísticos descriptivos, incluyendo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, con énfasis en comparaciones entre Uribía y Maicao, y entre gestores y prestadores de servicios, siguiendo la guía metodológica de Vargas, Vázquez y Mogollón-Pérez (2020) para contrastar contextos diferenciados en atención primaria. En el plano cualitativo, se aplicó un análisis temático a las respuestas abiertas, identificando categorías relacionadas con accesibilidad, calidad, trato y pertinencia cultural de los servicios, lo que permitió triangular los hallazgos estadísticos con las percepciones de los usuarios, tal como plantean Mercer y Watt (2007). De esta manera, la metodología permitió capturar tanto la gestión institucional como los resultados percibidos por la comunidad, aportando evidencia integral sobre la aplicación de la responsabilidad social en la mitigación de inequidades derivadas de los determinantes sociales en la APS de La Guajira, en concordancia con el enfoque integral recomendado por Briatore, Elorza y Estrada (2024).

4. Evaluación de la gestión de responsabilidad social en atención primaria en la Guajira

Los hallazgos del estudio evidenciaron la presencia de prácticas

de responsabilidad social en la gestión de la atención primaria en salud en los municipios de Maicao y Uribía, con diferencias notables en la consistencia de su aplicación. En Maicao, los funcionarios de la Secretaría de Salud reportaron que la capacitación en responsabilidad social se realizaba “siempre” en el 42,86% de los casos, mientras que un 28,57% indicó que

solo ocurría “a veces”, lo que refleja brechas en la formación sistemática. La integración de estos criterios en las evaluaciones se daba “siempre” en el 57,14% de los casos y “a veces” en el 28,57%, mientras que el uso de los resultados para mejorar la gestión era “siempre” en el 57,14% y “casi nunca” en el 7,14% (tabla 1).

Tabla 1
Secretaría de Salud – Uribía

Indicador	Siempre (%)	Casi Siempre (%)	A veces (%)	Casi Nunca (%)	Nunca (%)
Capacitación en responsabilidad social	47,62	-	52,38	-	-
Integración en evaluaciones de responsabilidad social	100	-	-	-	-
Uso de resultados para mejorar la gestión	100	-	-	-	-
Integración en planificación de proyectos	100	-	-	-	-
Seguimiento de acciones de responsabilidad social	-	100	-	-	-
Comunicación efectiva con la comunidad	-	100	-	-	-

La planificación de proyectos mostró un cumplimiento equilibrado, con un 50% que reportó “siempre” y otro 50% “casi siempre”. La comunicación efectiva con la comunidad, aunque se realizaba “siempre” en un 42,86%, presentó un 7,14% de reportes de “nunca”, evidenciando áreas críticas para fortalecer la participación ciudadana.

En Uribía, la capacitación reflejó una falta de constancia, con un 47,62% que indicó “siempre” y un 52,38% que señaló “a veces”. Sin embargo, la utilización de los resultados de las evaluaciones para mejorar la gestión alcanzó un 100% de cumplimiento “siempre”, y la integración de los principios de responsabilidad social en la planificación también fue reportada al 100%. El seguimiento de

acciones de responsabilidad social se realizó “siempre” o “casi siempre” en todos los casos. A pesar de estos resultados positivos desde la gestión interna, la comunicación efectiva con la comunidad mostró limitaciones en la percepción de los usuarios, indicando que la información no siempre llegaba de manera clara o suficiente.

En las IPS y EPS de Maicao, la capacitación fue consistente, con un 80% que señaló “siempre” y un 20% “casi siempre”. La inclusión de criterios de responsabilidad social en las evaluaciones se reportó como “siempre” en el 33,33% y “casi siempre” en el 66,67%. El uso de los resultados para mejorar la gestión se dividió entre “siempre” (50%) y “casi siempre”

(50%), mientras que la comunicación efectiva con la comunidad fue reportada “siempre” en un 40% y “casi siempre” en un 46,67%. Por su parte, en las IPS y EPS de Uribía, la capacitación presentó resultados mixtos, con un 47,62% que indicó “siempre” y un 28,57% “a

veces” o “casi nunca”, y el uso de los resultados mostró que un 19,05% nunca se aplicaba. La comunicación efectiva con la comunidad solo alcanzó un 38,1% de cumplimiento “siempre”, indicando un área crítica de mejora (tabla 2).

Tabla 2
Secretaría de Salud – Maicao

Indicador	Siempre (%)	Casi Siempre (%)	A veces (%)	Casi Nunca (%)	Nunca (%)
Capacitación en responsabilidad social	42,86	28,57	28,57	-	-
Integración en evaluaciones de responsabilidad social	57,14	14,29	-	28,57	-
Uso de resultados para mejorar la gestión	57,14	35,71	-	7,14	-
Integración en planificación de proyectos	50	50	-	-	-
Comunicación efectiva con la comunidad	42,86	34,51	-	7,14	15,49

Desde la perspectiva de los usuarios, las diferencias territoriales fueron significativas. En Uribía, solo un 5,26% reportó recibir información clara sobre cómo mantener la salud, mientras que un 73,68% mencionó dificultades de accesibilidad geográfica, revelando inequidades estructurales. En contraste, en Maicao, el 50% de los usuarios percibió recibir información clara “siempre” o “casi siempre” y el 80% indicó buena accesibilidad a los servicios de salud. Las percepciones cualitativas recogidas mostraron que los usuarios experimentaban falta de participación en decisiones sobre su salud, trato deficiente en algunas instalaciones y escasez de medicamentos, particularmente en Uribía. Citas anónimas reflejaron estas limitaciones: “Nunca nos explican cómo cuidar nuestra salud y siempre tenemos que viajar lejos para una consulta”; “A veces no hay medicamentos y nos atienden con prisa”; “No nos consultan

sobre lo que necesitamos, sentimos que no nos escuchan”.

El contraste territorial evidenció que, aunque la gestión interna mostraba una intención positiva de implementar responsabilidad social, las diferencias en infraestructura, comunicación y acceso a los servicios generaban inequidades notables. En Maicao, la aplicación de los principios de responsabilidad social fue más consistente y percibida positivamente por los usuarios, mientras que en Uribía se identificaron brechas críticas que requieren atención inmediata, especialmente en comunicación y accesibilidad. Estos hallazgos permiten inferir que la incidencia de la gestión basada en responsabilidad social sobre la mitigación de inequidades depende no solo de la planificación institucional, sino también de la efectividad en la ejecución y la interacción con la comunidad.

Los hallazgos de este estudio evidencian una disociación significativa

entre la gestión reportada por los funcionarios de las Secretarías de Salud de Maicao y Uribía y la experiencia percibida por los usuarios de los servicios de salud, particularmente en las zonas más vulnerables como Uribía. Mientras que los gestores reportan altos niveles de integración de la responsabilidad social (RS) en la planificación y evaluación de proyectos, los usuarios perciben barreras considerables en el acceso, la calidad de la atención y la comunicación, lo que limita la efectividad de las estrategias de salud primaria (Vargas et al., 2016; López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017).

Aunque las instituciones han incluido la RS en sus documentos de planificación y evaluaciones, la implementación operativa es inconsistente. La capacitación del personal no es sistemática, y el seguimiento continuo de las acciones varía según la localidad. Esto refleja la contradicción entre los compromisos formales y la ejecución real de la gestión, en línea con lo señalado por Martínez, Terrazas y Álvarez (2014), quienes advierten que la formalización de políticas no garantiza su eficacia sin una ejecución efectiva y sostenida.

La comunicación emerge como el eslabón crítico de la gestión en RS. Sin canales efectivos de interacción con la comunidad, no se logra participación activa, rendición de cuentas ni adaptación cultural de los servicios de salud. Este hallazgo coincide con Kickbusch (2015), quien enfatiza que la promoción de la salud requiere información clara y un diálogo constante con la población para garantizar resultados equitativos. La falta de comunicación adecuada convierte la RS en un ejercicio burocrático más que en una fuerza transformadora, limitando el impacto real sobre los determinantes

sociales de la salud.

A pesar de que las evaluaciones de desempeño incluyen criterios de RS, los resultados no siempre se utilizan para mejorar la gestión. Esta ausencia de retroalimentación impide la adaptación de las estrategias y perpetúa las inequidades observadas, especialmente en las comunidades Wayuu de Uribía. Hosseinpoor, Bergen y Schlottheuber (2016) destacan que el uso efectivo de la información de evaluación es fundamental para reducir las inequidades en salud, y su ausencia representa un obstáculo crítico para la mejora continua.

La persistencia de estas brechas no es exclusiva de La Guajira. Estudios previos han identificado que la comunicación deficiente y la falta de retroalimentación son problemas recurrentes en la implementación de RS en contextos de atención primaria, tanto en regiones urbanas como rurales (Breilh, 2013; Blanco & Carvalho, 2018). En contextos indígenas, la literatura subraya la necesidad de adaptar las estrategias de salud a los saberes tradicionales y garantizar la participación comunitaria activa, reforzando la pertinencia de los hallazgos aquí reportados.

Se reconoce que la investigación presenta ciertas limitaciones. La muestra se obtuvo por conveniencia, lo que podría afectar la representatividad de los resultados. Además, la posible deseabilidad social en las respuestas de los funcionarios podría haber sobreestimado el nivel de implementación de la RS. Por último, la percepción de los usuarios se concentra en los municipios estudiados, por lo que los hallazgos no necesariamente son generalizables a toda La Guajira o a otras regiones con características socioeconómicas y culturales diferentes.

Los resultados confirman que, si bien existe un marco institucional favorable para la gestión de la RS en salud primaria, la efectividad de estas estrategias depende críticamente de la consistencia en la implementación, la comunicación efectiva y la retroalimentación sistemática. Abordar estas limitaciones permitirá no solo mejorar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios, sino también fortalecer la participación comunitaria y garantizar un impacto real y sostenible sobre los determinantes sociales de la salud en La Guajira.

5. Conclusiones

La gestión basada en la responsabilidad social (RS) en la atención primaria en salud en La Guajira ejerce una incidencia indirecta y moderada en la mitigación de las inequidades derivadas de los determinantes sociales de la salud, efecto que está mediado principalmente por la correcta implementación de mecanismos de comunicación efectiva y participación comunitaria, los cuales resultan decisivos para transformar la planificación estratégica en resultados tangibles para los usuarios.

El contexto territorial se identifica como un moderador esencial de la efectividad de la gestión, dado que mientras en Maicao las estrategias de RS muestran mayor consistencia y respuesta positiva de la comunidad, en Uribia persisten barreras geográficas, culturales y estructurales que limitan el impacto de las acciones, evidenciando que lo que funciona en un municipio no puede trasladarse automáticamente a otro sin ajustes contextualizados. Asimismo, se reafirma que la RS no puede funcionar como un anexo o complemento de la gestión de salud;

debe constituirse en su principio rector, integrando sistemáticamente la capacitación, la planificación, la evaluación y, especialmente, la rendición de cuentas frente a la comunidad, para garantizar que las acciones tengan un impacto real y sostenible sobre los determinantes sociales de la salud.

En términos prácticos, se recomienda a los gestores de salud diseñar e implementar un plan obligatorio y permanente de capacitación en RS, incluyendo competencias interculturales y enfoque en determinantes sociales de la salud, así como establecer mecanismos de seguimiento que aseguren la aplicación efectiva de los aprendizajes en la gestión diaria. Para las IPS y EPS, resulta crucial crear protocolos estrictos de comunicación bidireccional con la comunidad mediante asambleas, veedurías y el uso de medios locales, garantizando canales claros de retroalimentación y participación de los usuarios en la definición de prioridades y en la evaluación de los servicios ofrecidos. Finalmente, en el ámbito de la política pública, es indispensable vincular la financiación de los programas de APS al cumplimiento de indicadores de resultado en equidad, participación comunitaria y efectividad de la gestión de RS, no solo a los niveles de cobertura, promoviendo políticas diferenciadas que consideren las características geográficas, culturales y socioeconómicas de cada municipio para asegurar estrategias adaptadas y efectivas. Estas conclusiones y recomendaciones buscan orientar la implementación de la RS como herramienta estratégica para reducir inequidades en salud, fortaleciendo la atención primaria desde un enfoque integral, participativo y sostenible.

Referencias

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1071804/>
- Almeida, P. F. de, Giovanella, L., Schenkman, S., Franco, C. M., Duarte, P. O., Houghton, N., Báscolo, E., & Bousquat, A. (2024). Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciencia & saude coletiva*, 29(7), e03792024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Blanco, J. R., & Carvalho, L. A. (2018). *Determinantes sociales de la salud: Más allá del modelo biomédico*. Editorial Médica Panamericana.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Supl. 2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), S13–S27.
- Briatore, H., Elorza, M. E., & Estrada, M. E. (2024). Accesibilidad geográfica al primer nivel de atención de las personas mayores en una ciudad intermedia de Argentina. *Población & Sociedad*, 31(1), 1–28. <https://doi.org/10.19137/pys-2024-310102>
- Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet, C. (2007). La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad. *Revista Española de Salud Pública*, 81(3), 209–214. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272007000300002>
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenz, P., Guerrero, R., Lozano, R., Marten, R., & Sáenz, R. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1248–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0)
- Frenk, J. (1994). La salud de la población: Hacia una nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 36(1), 57–67. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5821>
- Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega, R. R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39(105), 300–322. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510500023005>
- Giraldo, C., & Hernández, J. J. (2020). Desigualdad en el acceso a los servicios de salud en zonas rurales de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 120–127. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n1.78905>
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*, 392(10156), 1461–1472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)
- Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., & Schlottheuber, A. (2016). Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national

- levels. *Global Health Action*, 9(1), Artículo 31634. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31634>
- Kickbusch, I. (2015). The political determinants of health—10 years on. *BMJ*, 350, Artículo h81. <https://doi.org/10.1136/bmj.h81>
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015. D.O. No. 49427.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: Evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Supl. 2), Artículo e00087416. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00087416>
- Marmot, M., & Bell, R. (2018). The sustainable development goals and health equity. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 29(1), 5–7. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2006). *Social determinants of health* (2.ª ed.). Oxford University Press.
- Martínez, A., Terrazas, P., & Álvarez, F. (2014). Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: El papel del sector salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 264–269. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/05.pdf>
- Martínez, S. Y., Brito, C. J., & Villa, A. R. (2026). Responsabilidad social como eje de la gestión en salud primaria. *Revista Venezolana De Gerencia*, 31(113), e311137. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.31.113.7>
- Mercer, S. W., & Watt, G. C. M. (2007). The inverse care law: Clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *The Annals of Family Medicine*, 5(6), 503–510. <https://doi.org/10.1370/afm.778>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud (PAIS)*. República de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe final sobre los determinantes sociales de la salud: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS (2018). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la OPS/OMS*. OPS.
- Restrepo, D., & Málaga, H. (2019). Equidad en salud: Principio rector de la salud pública. *Biomédica*, 39(4), 649–653. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i4.5204>
- Ríos-García, A. L., Baquero-Latorre, H. M., Ruiz-Martínez, L., Castro-Mercado, S., Alonso-Palacio, L. M., & Tuesca-Molina, R. (2021). Determinantes sociales de salud y su relación con desnutrición infantil en dos comunidades étnicas colombianas. *Revista de Salud Pública*, 23(4), 1–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n4.88442>
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en debate. *Saúde em Debate*, 36(94), 327–342. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300002>
- Rovere, M. (2018). La atención primaria en la encrucijada: Desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde em Debate*, 42(Supl. 1), 336–350. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S121>

- Sabogal, J. (2008). Aproximación y cuestionamientos al concepto responsabilidad social empresarial. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 16(1), 179-195. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-68052008000100013&lng=en&lng=es.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), Artículo 15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
- Tacumá, C. P., & Tovar, B. E. (2021). La relación entre bioética y salud pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21(2), 143–156. <https://doi.org/10.18359/r/bi.5020>
- Tamayo, M., & Tamayo, C. (2004). *El proceso de investigación científica*. Limusa.
- Tarupi, W. (2019). Equidad en salud: concepciones e implicaciones. *Práctica Familiar Rural*, 4(3). <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/111>
- Vargas, I., Mogollón, A. S., De Paepe, P., Ferreira, R., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (2016). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*, 31(Supl. 1), i67–i78. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- Vargas, I., Vázquez, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2020). Acceso a la atención primaria de salud: Marcos conceptuales y evidencia internacional. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 101–106. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.005>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LOX2-ACAV-96LT>