

# 2021



**IBEROAMERICANA**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

## **Relaciones de los Determinantes Sociales de la Salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano**

**Jaime Alberto Méndez Castillo**

**Carol Yohana Borda Ramos**

**Angie Paola Morales Leiva**

**Joiner Niño Vásquez**

**María Alejandra Serna Sarmiento**

**Especialización de audiología**

**Ciencias de la salud**

**Corporación**

**Universitaria**

**Iberoamericana**



Relaciones de los Determinantes Sociales de la Salud con el acceso a los servicios de audiolología en el sistema de salud colombiano

Relations of Social Determinants of Health with access to audiology services in the colombian health system

Autor

Jaime Alberto Méndez Castillo

Coautores

Carol Yohana Borda Ramos

Angie Paola Morales Leiva

Joiner Niño Vásquez

María Alejandra Serna Sarmiento

Agosto, 10 de 2021

## Resumen

Desde finales de la década de 1980 y principios de 1990, se profundizaron reformas en los Estados latinoamericanos bajo los principios del neoliberalismo gestado en EEUU. A la par, se desencadenaron reformas en los sistemas de salud de los países de la región, promovidas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). De acuerdo a las políticas de ajuste estructural promovidas por tales instituciones mundiales crediticias, Colombia fue uno de los países que reformó su constitución política en 1991 y el sistema de salud en 1993 con la ley 100, pasando a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fundamentado en el modelo de competencia regulada y controlado principalmente por el sector privado. Desde la aprobación y puesta en marcha de la ley 100, investigadores han identificado un sistema de salud colapsado, fragmentado y segmentado con grandes brechas en el acceso y uso a los servicios de salud y rehabilitación que ponen contra la espada y la pared el derecho fundamental a la salud en el país.

Es un asunto poco estudiado en el campo de la audiología y que amerita investigarse mínimo desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, razón por la cual se plantea la pregunta ¿cómo se relacionan los determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano? Para dar respuesta a la pregunta, se abordaron 2 fases claves: en la primera se realizó una revisión de literatura que incluyó artículos de investigación a nivel nacional e internacional. En la segunda, se llevaron a cabo 20 entrevistas semi-estructuradas realizadas a 8 pacientes, 8 profesionales y 4 tomadores de decisiones de diferentes territorios del país. Se empleó el método hermenéutico en diálogo con el análisis de contenido para procesar la información.

Como hallazgos se encuentra que la disponibilidad de servicios de audiología en las instituciones, las condiciones de vida, los factores socioeconómicos, la ubicación geográfica, la raza/etnia y la humanización en los servicios de audiología, son los principales determinantes sociales relacionados con el acceso y uso a los servicios de

audiología, desde donde se profundizan inequidades sociales y disparidades en salud que son favorecidas por el sistema de salud. En conclusión, es necesario no solo continuar avanzando en políticas públicas, sino que es fundamental replantear las ya existentes, así como el sistema de salud, pensando en la reducción de brechas e inequidades que niegan el derecho fundamental a la salud.

**Palabras clave:**

Determinantes sociales de la salud, inequidades sociales, desigualdades sociales, servicios de audiología, sistema de salud.

## **Abstract**

From the late 1980s and early 1990s, reforms were deepened in Latin American states under the principles of neoliberalism developed in the United States. At the same time, reforms were unleashed in the health systems of the countries of the region, promoted by the World Bank (WB) and the International Monetary Fund (IMF). According to the structural adjustment policies promoted by such global credit institutions, Colombia was one of the countries that reformed its political constitution in 1991 and the health system in 1993 with Law 100, moving to a General System of Social Security in Health (SGSSS) based on the model of competition regulated and controlled mainly by the private sector. Since the approval and implementation of Law 100, researchers have identified a collapsed, fragmented and segmented health system with large gaps in access and use of health and rehabilitation services that put the fundamental right against a rock and a hard place to health in the country.

It is a matter little studied in the field of audiology and that merits minimal investigation from the perspective of the social determinants of health, which is why the question arises, how are the social determinants of health related to access to health? Audiology services in the Colombian health system? To answer the question, 2 key phases were approached: in the first, a literature review was carried out that included research articles at the national and international level. In the second, 20 semi-structured interviews were carried out with 8 patients, 8 professionals and 4 decision makers from different territories of the country. The hermeneutical method was used in dialogue with content analysis to process the information.

As findings, it is found that the availability of audiology services in institutions, living conditions, socioeconomic factors, geographic location, race / ethnicity and humanization in audiology services are the main social determinants related to access and use of audiology services, from where social inequities and health disparities that are favored by the health system are deepened. In conclusion, it is necessary not only to continue advancing in public policies, but it is essential to rethink those that already

exist, thinking about reducing gaps and inequities that deny the fundamental right to health.

**Keywords:**

Social determinants of health, social inequities, social inequalities, audiology services, health system.

## **Agradecimientos**

A todas las personas que participaron en el estudio con sus valiosos aportes brindados en las entrevistas para esta investigación.

Al grupo de investigación- *Desarrollo y discapacidad de la comunicación interpersonal: Estudio y abordaje*- del programa de Fonoaudiología, por todos los aportes que hicieron posible este estudio.

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por permitir y apoyar el desarrollo de esta investigación.

A la Especialización de Audiología por permitirme aportar desde la salud pública al programa.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	13
Pregunta de investigación .....	15
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos .....	15
Capítulo 1 - Fundamentación conceptual y teórica .....	16
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo .....	20
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	20
2.2 Población participante .....	21
2.3 Definición de Categorías .....	22
2.4 Procedimiento e Instrumentos.....	22
2.5 Análisis de entrevistas .....	26
2.6 Consideraciones éticas .....	27
2.7 Alcances y limitaciones .....	29
Capítulo 3 - Resultados .....	30
Capítulo 4 - Discusión .....	43
Capítulo 5 - Conclusiones .....	45
Anexos .....	48
Referencias .....	59

## Índice de Tablas

.

Tabla 1 Proceso de búsqueda de información .....22

Tabla 2 Perfiles de actores claves entrevistados .....24

## Índice de imágenes

Imagen 1. La ruta de análisis .....	27
-------------------------------------	----

## **Índice de Anexos**

Anexo A Formato de consentimiento informado.....	48
Anexo B Protocolo de entrevista para recolección de datos .....	50

## Definición de siglas

<b>SIGLA</b>	<b>DEFINICIÓN DE LA SIGLA</b>
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Servicios de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
BM	Banco Mundial
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible

## Introducción

La década de 1990 estuvo atravesada por una gran oleada de reformas de Estado y de los sistemas sanitarios en América Latina. Estas reformas estuvieron permeadas por las políticas de ajuste estructural provenientes de organismos crediticios internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Dichas políticas de ajuste estructural se orientaron desde la ideología del neoliberalismo gestada en los Estados Unidos de América hacia la década del 1980 (Hernández, 2001).

El neoliberalismo puede definirse como una teoría y una práctica político-económica que exige a los Estados abrir paso a derechos de propiedad privada, libre mercado, y libertad de comercio. De esta manera, las lógicas de la privatización de lo público con un Estado garante del mercado, se desplegaron en América Latina de la mano de las políticas de ajuste estructural emanadas de los Estados Unidos (Ardila , 2016)

Colombia fue uno de los países latinoamericanos que adoptó estas políticas de ajuste estructural, lo cual desencadenó en una nueva constitución política en 1991 y que reformó el Estado, dando lugar a un Estado Social de Derecho. En este mismo marco, se reformó el sistema de salud que hasta entonces estaba en manos del sector público, específicamente, del Ministerio de salud pasando de un Sistema Nacional de Salud a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la ley 100 de 1993 (Vega, Eslava, Arrubla, & Hernández, 2012)

El SGSSS se fundamentó en el modelo de pluralismo estructurado, que no es otra cosa distinta a la competencia o el mercado regulado, pero controlado principalmente por el sector privado en función del lucro y la rentabilidad proveniente de la salud (Hernández & Vega, 2001; Laurell, 2016). A partir de allí, el Estado colombiano impulsó la participación de agentes privados en el sistema sanitario, de tal manera que las instituciones públicas que prestaban servicios de salud financiados por el

sector público, fueron forzadas al auto-sostenimiento y transformarse en empresas eficientes para el sistema (Ardila , 2016).

En este marco, investigadores que se han centrado sus intereses en estudiar el sistema de salud colombiano desde la reforma que trajo la ley 100 de 1993, han identificado un sistema fragmentado, segmentado, desarticulado, colapsado y con grandes problemas que han venido profundizando inequidades sociales no solamente en materia de acceso y uso de los servicios de salud y rehabilitación, sino que ponen que jaque el derecho fundamental a la salud que va más allá del consumo individual de bienes y servicios en salud (Hernández, 2001; Vargas et al., 2010; Molina et al., 2016).

El asunto de las inequidades sociales en acceso y uso de los servicios de salud y rehabilitación ya se han estudiado como un problema de salud pública que amerita ser abordado de manera urgente en todas las ramas de las ciencias de la salud, incluyendo la audiología, todo un campo de conocimiento poco estudiado desde perspectivas epistemológicas y metodológicas críticas que den cuenta de las realidades que día a día vivencian pacientes y profesionales en los servicios de audiología en el sistema de salud.

Gran parte de las investigaciones en el campo de la audiología en Colombia, están centradas en la clínica, la cual queda desarticulada del sistema de salud en la mayoría de los estudios, dando cuenta de una profunda preocupación por el estudio de la enfermedad auditiva desde perspectivas individuales, asistenciales y curativas (Cruz Velandia, 2005), pero además, desde abordajes teórico-metodológicos que ven procesos e individuos aislados de las estructuras de las sociedades (Breilh, 2010). No es común entonces en este campo, ver investigaciones que integren y establezcan relaciones con el sistema de salud y las sociedad colombiana.

Actualmente existe una necesidad evidente y perentoria de la que carece la audiología en Colombia y es como mínimo aproximarse a estudiar los determinantes sociales que se relacionen con el acceso y uso de los servicios de salud auditiva, en

el marco de un sistema de salud con profundas desigualdades que reflejan claras inequidades sociales en salud.

### **Pregunta de investigación**

A la luz de la carencia de estudios que se intenten aproximar a estas problemáticas de salud pública, esta investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo se relacionan los determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano?

### **Objetivo general**

Comprender las relaciones de los Determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano.

### **Objetivos específicos**

Identificar relaciones de los determinantes sociales estructurales e intermedios con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano

Describir relaciones de los determinantes sociales estructurales e intermedios con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano

## Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

Existen diferentes corrientes de pensamiento en disputas en el campo de la salud por comprender la salud y la enfermedad desde diferentes perspectivas ontológicas, epistemológicas y praxiológicas. Una de las corrientes dominantes y funcionales a la biomedicina es la multicausalidad, que entiende la salud como un asunto de equilibrio biológico en los individuos y depende de grupo de factores de riesgo que operan de manera aislada, pero se articulan de alguna manera para cada enfermedad. Esto explica porque la multicausalidad se construye en cada enfermedad y de acuerdo a los grados de asociación entre los diferentes factores de riesgo de tipo biológico, ambiental y social (Barata, 1997; Broadbent, 2013).

En este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende la salud como un asunto relacionado al estado completo de bienestar físico, mental y social de los individuos. No obstante, esta definición no supera las nociones de lo normal y lo patológico, atribuyendo concepciones de dolor, enfermedad y muerte (Rillo, 2015). En tanto, tampoco logra trascender lo social más allá de la mera sumatoria de individuos, por lo que la salud se reduce a un asunto de equilibrio que va a depender del comportamiento de diferentes factores de riesgo en interacción con las personas (Breilh, 2013).

Por su parte, a mediados del siglo XX se desarrolló la medicina social anglosajona de la que se derivan los determinantes sociales de la salud, que modifican el modelo epidemiológico clásico, dando lugar a la comprensión de las desigualdades sociales en salud (Morales et al., 2013). Dice Evans y colaboradores que

Las *desigualdades* en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de estas. Las *inequidades* se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La calificación de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no

evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud (Evans et al., 2002:4)

Los contextos políticos, económicos y sociales son los que determinan la salud de los individuos en los grupos poblacionales, justamente porque definen la estratificación social, entendida como las diferencias en ubicación laboral, ingresos, educación y cohesión social. En este sentido, los grupos poblacionales más poderosos, con mayores ingresos y mejor educación, tienen una capacidad superior de mantener y mejorar su salud en comparación con los individuos más pobres y marginados. Esto es lo que los determinantes sociales de la salud conciben como *posición social*, en la que claramente hay relaciones paralelas de acuerdo a diferentes niveles de vida. Es decir, entre más alta sea la posición social, mayores resultados en salud tendrán los grupos poblacionales (Evans et al., 2002).

Diderichsen y colaboradores (2002) refieren que muchos factores de riesgo como la edad, el sexo, los hábitos alimenticios, el consumo de tabaco, alcohol, el peso y la presión arterial, tienen una importante relación con la posición social en la que se encuentran los individuos. En este sentido, estos mismos autores afirman que

muchos de estos factores de riesgo individual se agrupan alrededor de la *posición social* de la persona (o están fuertemente asociados con ella) y de las características de su *contexto social* más amplio, por ejemplo, su lugar de residencia (rural o urbana), su entorno laboral o las políticas sociales y económicas más generales de la sociedad. Por ejemplo, a menudo se encuentra relación entre las posiciones sociales, medidas según los niveles educativos, la profesión o los ingresos, y un conjunto completo de riesgos sanitarios individuales, tales como el consumo de tabaco o una dieta de mala calidad (Diderichsen et al., 2002: 14).

En tanto, los determinantes sociales de la salud ya no solo buscan causas o factores de riesgo aislados en función de la enfermedad, sino que ya brindan un

marco interpretativo que explica diferencias, brechas, inequidades y desigualdades en salud (Diderichsen et al., 2002). Hay una preocupación desde esta perspectiva por superar la multicausalidad y aproximarse a entender el proceso salud-enfermedad como un asunto social. De allí que la salud de la gente esté determinada por los contextos sociales que en últimas son los que definen la estratificación social. Dicha estratificación social se produce por diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos (Morales et al., 2013).

Es importante referenciar que desde la perspectiva de los determinantes sociales, los sistemas de salud operan de manera desigual para cada uno de los daños en la salud. Esto teniendo en cuenta que existen determinantes sociales intermedios próximos a los individuos que están relacionados con el acceso a los servicios de salud. Algunos de estos determinantes se asocian con la zona geográfica donde habita la gente (Coco, Titlow & Marrone, 2018), otros con el estrato socioeconómico y la pobreza en la que viven muchos grupos poblaciones (Su et al., 2021). Estos dos últimos determinantes sociales se reportan con mucha frecuencia en la literatura, pero más allá de ello, el punto que se debería discutir tiene que ver con la vulnerabilidad diferencial, y cómo los individuos dependiendo de su posición social, son más afectados por diferentes riesgos biológicos y sociales determinados que otros, principalmente cuando no logran acceder a su sistema de salud para ser atendidos.

Muchos individuos y grupos poblacionales más allá de sus características biológicas, incluso de la edad que es considerado un determinante de la salud y la enfermedad (Davis et al., 2012), quedan atrapados por profundas inequidades de género, raza/etnia y otros determinantes que los terminan excluyendo de la atención en los sistemas de salud.

## **1.1. Geografía y factores socioeconómicos como determinantes sociales de la salud**

Las disparidades en salud entre territorios urbanos y rurales aun es un asunto que está por estudiarse y eso lo dejan claro Turkkan & Pala (2021), al realizar un estudio en Turquía, donde se encontró que principalmente los indicadores socioeconómicos estuvieron profundamente relacionados con la salud en zonas urbanas y rurales y se declaran como determinantes importantes porque entre más altos sean los factores socioeconómicos, mayores son los indicadores en materia de salud. Por su parte, el área residencial o la ubicación geográfica donde habitan los grupos poblacionales determina la salud de los individuos. En este sentido, los factores socioeconómicos y la ubicación geográfica son determinantes sociales de la salud de las poblaciones (Guo, 2021; Kemp et al., 2021; Turkkan & Pala, 2021).

Claramente la mayoría de las investigaciones que se han preocupado por estudiar los servicios de salud desde la corriente de pensamiento de los Determinantes Sociales de la Salud, confirman que la posición social y de la mano, los factores socioeconómicos, muestran profundas inequidades en la prestación de los servicios de salud dentro de los sistemas sanitarios en el mundo, de manera particular en países de medianos y bajos ingresos, y por ende, se obtienen pobres resultados en los tratamientos de las enfermedades crónicas principalmente (Nidoi et al., 2021; Guo, 2021), Esto sin contar que los sistemas de salud operan de manera desigual en la atención para cada enfermedad.

En todo caso, aunque existen políticas públicas en salud, como es el caso de China, las brechas en la atención de las enfermedades crónicas como la diabetes, en territorios urbanos y rurales, son amplias (Guo, 2021). De allí la necesidad de continuar avanzando en materia de políticas públicas que subsanen las desigualdades sociales en salud.

## Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El estudio se enfocó desde el paradigma cualitativo e interpretativo que busca comprender las relaciones que guardan los determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en un sistema de salud desigual e inequitativo, como es el caso de Colombia.

Esto implicó establecer relaciones entre las partes y el todo de la realidad estudiada (Vargas, 2007). Es decir, fue necesario ir más allá de establecer causas e identificar factores de riesgo que fragmentan realidades, para dar cuenta de procesos sociales, económicos y políticos que subsumen el fenómeno de estudio, desde la indagación y los sentidos y significados otorgados por los actores sociopolíticos participantes en la investigación (Vasiulachis, 2009).

En este sentido, el estudio es hermenéutico-interpretativo, porque asume una postura epistemológica hermenéutica, en coherencia con el paradigma cualitativo, y que es poco común en las investigaciones del campo de la audiología, para ahondar en la reflexión crítica y explicar a profundidad el problema identificado (Arráez, Calles, & Moreno, 2006). Dice Vargas que

(...) el conocimiento es la construcción subjetiva y continua de aquello que le da sentido a la realidad investigada como un todo, donde las partes se significan entre sí y en relación con el todo. El conocimiento avanza a través de formulaciones de sentido común que se van enriqueciendo con matices nuevos y depurando con mejores interpretaciones hasta llegar a conjeturas cada vez más ciertas (Vargas, 2007:16).

De esta manera, la hermenéutica se refleja en esta investigación como una forma de leer e interpretar una realidad social que existe en los servicios de audiología que

presta el sistema de salud colombiano, y de los cuales, es necesario dar cuenta de la manera más profunda posible.

## **2.2 Población participante**

Para este estudio se tuvieron en cuenta tres tipos de actores que fueron claves en función de indagar desde sus experiencias y vivencias en el sistema de salud colombiano, procesos relacionados con acceso y uso a los servicios de audiología y sus relaciones con los determinantes sociales de la salud que allí operan.

En coherencia con el paradigma cualitativo que asume esta investigación, a través de un muestreo por conveniencia se seleccionaron 20 participantes bajo las siguientes características que se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión:

**Tomadores de decisiones:** se tuvieron en cuenta que fueran personas que se encontraran administrando instituciones de salud públicas o privadas y que tomaran algún tipo de decisión sobre los servicios de audiología con los que contara la respectiva entidad. También se consideró a quienes coordinaban, dirigían, lideraban y tomaban servicios sobre departamentos de servicios de audiología en instituciones públicas o privadas de diferentes ciudades y municipios del país.

**Profesionales:** se seleccionaron fonoaudiólogos especialistas en audiología que se encontraran prestando servicios de audiología en instituciones públicas o privadas y que contaran con mínimo un año de vinculación con la institución donde laboraban en el momento del estudio.

**Pacientes:** personas mayores o representantes legales de menores de edad que han acudido a servicios de audiología más de una vez en instituciones de salud, públicas o privadas en diferentes ciudades del país.

## 2.3 Definición de Categorías

2.3.1 *Determinantes sociales estructurales* o de estructura social, referentes a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación social proveniente de los contextos políticos, sociales y económicos que definen la posición social de la gente y determinan su salud. Estos contextos configuran la salud de los individuos en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Es decir, las desigualdades sociales en salud son comparables entre diferentes grupos poblacionales. El adjetivo “estructural” recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (Espelt, 2016)

2.3.2 *Determinantes Sociales Intermedios*, son aquellos que se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad diferenciales de ciertos grupos poblacionales. Las principales categorías de determinantes sociales intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud (Espelt, 2016).

## 2.4 Procedimiento e Instrumentos

### Fase I. Revisión Documental

2.4.1 Búsqueda de información en bases de datos científicas.

**Tabla 1.** Proceso de búsqueda de información.

<b>Palabras claves</b>	<b>Base de datos</b>	<b>Número de artículos</b>
Servicios de salud, acceso a servicios de audiología, sistemas de salud, audiología, pérdida de la audición, tele-audiología, discapacidad auditiva, determinantes sociales de la salud.	Scielo	5
	Ebsco Host	20
	Scopus	6
	ScienceDirect	2
	Pubmed	2
<b>Total artículos localizados</b>		<b>35</b>

#### 2.4.2 Registro de la información documental

La información se registró en un cuadro matriz que apoyó teórica y conceptualmente la investigación. Solamente se trabajaron los documentos pertinentes y que aportaran al estudio.

### **Fase II. Entrevistas semiestructuradas a actores claves**

Es importante aclarar que el instrumento para recolectar la información en esta fase del estudio, fue la entrevista semiestructurada.

2.4.3 Diseño de la entrevista semiestructurada y el consentimiento informado (Ver anexos A y B).

2.4.4 Pilotaje de la entrevista

Previo a la aplicación con los participantes seleccionados para el estudio, se adelantó un pilotaje con 8 personas, 2 por cada tipo de actor, de tal manera que se hicieron ajustes necesarios a las preguntas planteadas en los formatos de entrevista (Ver anexo B).

2.4.5 Identificación y contacto de los actores claves.

Una vez identificados los actores, se hicieron los contactos por medio telefónico y se programaron las entrevistas por común acuerdo.

2.4.6 Realización de entrevistas a los actores claves.

En total se realizaron 20 entrevistas por plataforma virtual zoom, meet y teams entre junio y julio de 2021 a actores claves, de las cuales 8 corresponden a pacientes de Jumbo Valle-Valle del Cauca, Pasto-Nariño, Bogotá-Cundinamarca, Cali- Valle del Cauca, Guapi-Cauca, Carmen de Bolívar- Bolivar y Uribía-Guajira. Por su parte, se entrevistaron 8 profesionales de Fonoaudiología Especialistas en Audiología de Saravena Arauca-Arauca, Tunja-Boyacá, Bogotá-Cundinamarca, Popayán-Cauca, Cali-Valle del Cauca, Sincelejo-Sucre y Barranquilla-Atlántico. Finalmente, se entrevistaron 4 tomadores de decisiones que tienen conocimiento de servicios de audiología en instituciones de salud, públicas y privadas en las ciudades de Popayán-Cauca, Fonseca-Guajira, Cali-Valle del Cauca y Sincelejo-Sucre.

**Tabla 2.** Perfiles de los actores claves entrevistados.

<b>Tipo de actor</b>	<b>Seudónimo</b>	<b>Perfil</b>
Paciente	Anny	51 años de edad, es empleada y su cargo es auxiliar contable. Fue paciente de la Nueva EPS en el servicio de Audiología, actualmente está afiliada a la EPS Compensar
Paciente	Juan	38 años de edad, es empleado desempeñando el cargo de director de calidad. Está afiliado a la EPS Compensar.
Paciente	Ana	24 años de edad, vive en el municipio de El Carmen de Bolívar, es estudiante de Trabajo social, usuaria que asiste a los servicios de Fonoaudiología/audiología en el Hospital Nuestra señora del Carmen, Eps Mutual Ser
Paciente	Lenis	25 años de edad, vive actualmente en Uribía-Guajira, es ama de casa, cuenta con Eps salud total
Paciente	Lucho	39 años de edad, músico, paciente de la EPS Sanitas, usuario de audífono.
Paciente	Davavi	42 años de edad, vive en el municipio de Guapi Cauca actualmente se desempeña como Docente se básica primaria, afiliada a Cosmitet
Paciente	Cipriana	43 años, vive en la ciudad de Cali, se desempeña como empleada de oficios varios, usuario que asiste a los servicios de audiología en la EPS EMSSANAR.
Paciente	Pame	37 años de edad, residente Jumbo Valle, madre de paciente de 18 años de edad, ama de casa y afiliada a régimen subsidiado ASMET SALUD
Profesional especialista en audiología	Kathy	53 años de edad, Fonoaudióloga y especialista en audiología, de la Corporación Universitaria Iberoamericana, magister en salud pública de la Universidad del Norte, se desempeña como docente en la Universidad de Sucre y trabaja en una Ips privada de audiología en la ciudad de Sincelejo-Sucre, en la que actualmente vive. Teniendo más de 20 años de experiencia en el sector de audiología.

Profesional especialista en audiología	Lili	32 años de edad, se desempeña como Audióloga independiente desde hace 5 años en el departamento de Arauca.
Profesional especialistas en audiología	Juana	38 años de edad, es Audióloga desde hace 14 años, actualmente trabaja como independiente en un consultorio particular y también en convenio con una EPS en la Ciudad de Tunja.
Profesional especialista en audiología	Andrew	42 años de edad, profesional especialista en audiología de la Corporación universitaria iberoamericana, vive en la ciudad de Cali Valle.
Profesional especialista en audiología	Albert	33 años, profesional especialista en audiología de la escuela colombiana de rehabilitación, vive en la ciudad de Cali, se desempeña como Audiología y docente de la universidad del valle y de la universidad Santiago de Cali.
Profesional especialista en audiología	Anny	26 años de edad, Fonoaudióloga egresada de la Universidad de sucre, especialista en audiología de la Corporación Universitaria Iberoamericana hace un año; actualmente vive en la ciudad de Barranquilla donde se encuentra laborando. Desempeñándose desde hace 3 años aproximadamente en el campo de audiología en Audiocom.
Profesional especialista en audiología	Nama	34 años, audióloga, egresada de la corporación universitaria Iberoamericana, con un amplio recorrido laboral por diferentes instituciones tanto públicas como privadas en varias ciudades de Colombia, actualmente labora en la ciudad de Popayán.
Profesional especialistas en audiología	Conchita	60 años de edad, audióloga, trabajadora de una institución de salud y consultorio particular, reside en la ciudad de Popayán.
Tomador de decisiones	Lina	54 años, Fonoaudióloga y especialista en audiología, de la Corporación Universitaria Iberoamericana, se desempeña como docente en la Universidad de Sucre, es dueña de una IPS en audiología en la que trabaja como audiología y está a cargo de la dirección en la ciudad de Sincelejo-Sucre, en la que actualmente vive.
Tomador de decisiones	Jesal	32 años de edad, Enfermera profesional, ha desempeñado varios cargos tanto asistenciales como administrativos en una institución de tercer nivel de la ciudad de Popayán que cuenta con servicios de audiología.

Tomador de decisiones	Lady	32 años, médica especialista en auditoría en salud y medicina laboral, vive en la ciudad de Cali, es gerente de la IPS DOCTOR CAMPO. EPS SOS que cuenta con servicios de audiología.
Tomador de decisiones	Mara	32 años de edad, es fonoaudióloga especialista en Gerencia en Servicios de Salud, Salud Ocupacional, magister en desarrollo y procesos comunicativos en educación, docente universitaria en la Universidad de la Guajira y es la gerente, representante legal y fundadora de ARETE IPS dedicada a la prestación de servicios audiológicos especializados en el sur de la Guajira.

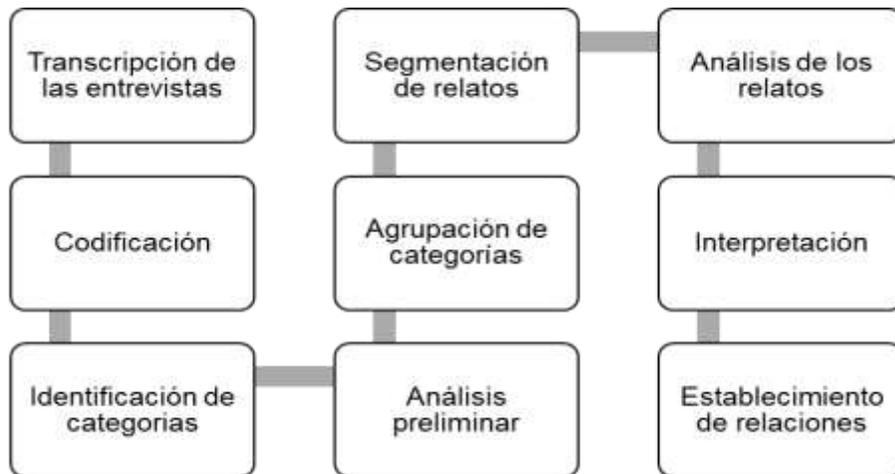
#### 2.4.7 Registro de las entrevistas

Las entrevistas fueron grabadas en audio y algunas en video con el debido consentimiento informado de las personas participantes en el proceso.

### 2.5 Análisis de las entrevistas

El reto en este estadio de la investigación fue articular el análisis de contenido con la interpretación que ofrece la hermenéutica. En este proceso, los investigadores partieron de conocimientos previos revisados en literatura y de experiencias profesionales e investigativas para lograr llegar a reflexiones que permitieran ir dando cuenta de las relaciones de los determinantes sociales de la salud con los servicios de audiología, de cara a realidades de un sistema inequitativo y desigual.

Imagen 1. La ruta de análisis



Fuente: elaboración propia basado en la propuesta de Cáceres (2003)

## 2.6 Consideraciones Éticas:

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 en su artículo 11, esta investigación se considera de sin riesgo, puesto que van a realizar entrevistas semiestructuradas a actores o informantes claves, sin ningún tipo de intervención directa a nivel corporal, que comprometa la salud de cada uno de ellos. Para evitar riesgos de tipo psicológico o moral que puedan afectar a los entrevistados y de acuerdo al informe de Belmont (1978), se dará la garantía de que sean ellos quienes decidan de manera voluntaria su participación, una vez se les informe acerca de la intensidad de la investigación. Las personas están en todo el derecho de aceptar o no participar en las entrevistas, pueden responder o no las preguntas de la entrevista o se pueden retirar en el momento que así lo deseen. En este sentido y acogiendo los artículos 3,4,5 y 6 de la Declaración de los Derechos Humanos (2005), primará el respeto a los intereses de los participantes, la dignidad humana, la autonomía para decidir cuándo y cómo participar en la investigación, y ante todo, se velará porque los participantes den su debido consentimiento informado.

En concordancia y tal como se enuncia en la metodología de esta investigación, se hace necesario un consentimiento informado que:

- Informe de manera detallada a las personas a entrevistar acerca del objetivo central del estudio.
- Indique a los participantes acerca de las molestias que se pueden presentar, pero también los beneficios de la investigación.
- Especifique los procedimientos a desarrollar durante la entrevista.
- Explique a los participantes que las entrevistas serán grabadas en audio para su posterior transcripción.
- Indique a los participantes acerca de la importancia de la protección de su identidad, guardando debidamente la privacidad de cada participante.
- Les permita de manera autónoma su decisión para participar o no en las entrevistas una vez hayan sido informadas.

El formato de consentimiento se ubica al final de este documento (ver anexo 1).

De acuerdo a la Declaración de Singapur (2010), el investigador se acoge a los principios de: integridad científica con responsabilidad y honradez; asumir de manera honesta la autoría de la investigación y de los productos que de allí deriven, dando los respectivos créditos y reconocimientos a quienes hayan hecho aportes significativos en la investigación; y a cumplir con las normas y políticas establecidas por la Corporación Universitaria Iberoamericana en materia de investigación. De igual manera, el investigador se compromete a asegurar la veracidad de la información y se opone totalmente a la manipulación, falsificación o fabricación de datos inexistentes que no den cuenta o alteren realidades.

De otro lado, el investigador se compromete a respetar los derechos de propiedad intelectual haciendo uso adecuado de citas y referencias de cada una de las fuentes de información consultadas; principalmente, de las provenientes de bases de datos y otros documentos o materiales que sean empleados para fines investigativos del estudio. Esto incluye la producción científica que se derive.

## **2.7 Alcances y limitaciones**

La comprensión del objeto de estudio es la gran apuesta de esta investigación, de tal manera que el marco interpretativo de los determinantes sociales de la salud derivados de la corriente de pensamiento de la medicina social anglosajona, reconoce profundas inequidades reflejadas en desigualdades valoradas en términos de justicia. Esta perspectiva epistemológica permite comprender inequidades sociales en salud y no solamente identificar y describir factores de riesgo aislados relacionados con un acceso y uso a los servicios de audiología.

Las limitaciones de este estudio, justamente se encuentran el marco interpretativo de los determinantes sociales de la salud, puesto que no permite ahondar en dar cuenta del porqué se dan estas relaciones, qué es lo que las producen en sí y cómo se configura la raíz de las relaciones sociales que determinan socialmente el acceso y uso a los servicios de audiología. Se necesita investigar desde otras corrientes de pensamiento en salud pública que integre realidades y no las separe, como la determinación social de la salud, para llegar al fondo de un problema que existe en el campo de la audiología en el marco del sistema de salud y que necesita abordarse en su sentido más complejo.

## Capítulo 3 – Resultados

En este apartado de resultados se plantean las principales relaciones de los determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano, desde los relatos de los actores participantes en la investigación.

### 3.1 Disponibilidad y acceso a servicios de audiología en instituciones de salud

Desde el punto de vista de los actores que toman decisiones en las entidades que prestan servicios de audiología o coordinan dichos servicios en las IPS, reportan que sus instituciones tanto de alta complejidad como en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, principalmente en el sector privado, cuentan con servicios de audiología básica (audiometría tonal, logaudiometría e inmitancia acústica), y audiología avanzada (potenciales auditivos evocados y pruebas vestibulares), tal como lo refiere Jesal al afirmar que (...) *para poder comentarles con qué servicios cuenta del hospital tengo que decirles que... es un hospital de alta complejidad contamos con todos los servicios habilitados en el Reps... (...) en el servicio de audiología contamos con la audiología básica que serían los servicios de audiometría tonal, logaudiometría, e inmitancia acústica y en la especializada tenemos los potenciales auditivos evocados (Jesal 22).* o como dice Lina, (...) *por lo menos aquí se hace electrofisiología, la parte protésica, la audiología básica, y la vestibular (LINA19).*

El asunto es que desde la voz de los pacientes, el hecho de que una institución cuente con todos los servicios de audiología, no necesariamente quiere decir que le presten esos servicios de manera oportuna o que las EPS les suministre los bienes y servicios que ellos necesitan porque *las EPS a veces ponen muchísimas trabas (NAMA29)*, como le ocurrió a PAME, una paciente que relata de la siguiente manera la experiencia vivida con su hija, (...) *el Otorrino decidió hacerle una cirugía para*

*unos tubos ventilatorios, en ese procedimiento de los tubos ventilatorios, era para extraer un líquido que ella tenía dentro de la cóclea del oído, se llevó a cabo ese procedimiento, igual siguiendo tratamientos cómo es el procedimiento de ella, él me recomendó a la niña colocarle audífono, yo hice todo el procedimiento que fue acceder a una tutela por qué en ese tiempo el costo de los audífonos era de 3 millones, era un dinero con el que yo lastimosamente no contaba y la EPS no los cubría, entonces, hice lo de la tutela (PAME22).*

La tutela ha sido uno de los mecanismos con los que los pacientes reclaman el derecho a la salud en el sistema, en este caso a los servicios de audiología, pero ¿qué les brinda el sistema de salud a los pacientes ante la exigencia del derecho fundamental a la salud auditiva? ¿realmente responde al derecho fundamental a la salud de los pacientes? ¿por qué? Es un buen punto de reflexión frente a los itinerarios que viven día a día los pacientes para lograr acceder a bienes y servicios en un sistema de salud atravesado por las lógicas de Estado-mercado, principalmente de mercado regulado (Hernández, 2000).

Todo se convierte en gastos de bolsillo para quienes tienen capacidad de pago, mientras que para la gente pobre, solamente les queda esperar el turno, como lo refiere PAME, cuando continua narrando su experiencia en el sistema de salud:

*(...) la niña usó audífonos digamos unos seis meses, alcanzó a utilizar los audífonos porque no fue apta para los audífonos, a ella le producía otitis, inflamación de los oídos, el cual tocó retirarles los audífonos... se llegó a un acuerdo de qué la niña era apta para un implante coclear en el cual pues siempre se llevó como dos años para todo el procedimiento de ella, con exámenes, **esperando que llegara el turno, igual también me tocó meter una tutela** donde la primera la gané a medias se puede decir, me tocó luego hacerla nuevamente la tutela porque **no me le cubría todo lo que necesitaba** lo cual me **tocaba pagar copagos** y era algo con lo que no contaba en el momento, ya de ahí gane la tutela... salí, en todo ya le cubría la EPS el valor del implante (PAME22)..*

Lucho, un paciente de 25 años de edad habitante de Uribia en el departamento de la Guajira también a través de su testimonio da cuenta de lo difícil que fue para él *acceder al tema de las prótesis, porque hubo mucho trámite hasta un momento en el cual ya estaba muy desesperado (LUCHO20)*. En concordancia, los trámites burocráticos que se dan en el sistema de salud muchas veces terminan complicando el acceso a bienes y servicios en audiología, independientemente de su disponibilidad en las instituciones de salud.

Todas estas situaciones dan cuenta de las profundas inequidades que se reflejan en el sistema de salud colombiano, como caso emblemático en América Latina de las reformas neoliberalitas que privatizaron la salud. Justamente la OMS pone el sistema sanitario de Colombia como el ejemplo de uno de los sistemas más exitosos en el mundo, pero la experiencia ha demostrado lo contrario en el país con las EPS como intermediarias, que han negado posibilidades de equidad frente al derecho fundamental a la salud, y a la luz de las dinámicas del mercado, le han dado al sector privado el poder para dominar la salud.

Albert, un Fonoaudiólogo Especialista en Audiología, que ha tenido la posibilidad de atravesar la academia no solo por su formación profesional en pregrado, especialización y maestría, sino que también se ha desempeñado como docente, deja muy claro cómo se van profundizando brechas e inequidades en los servicios de audiología entre grupos poblacionales que de acuerdo a su posición social y factores socioeconómicos, no pueden acceder de la misma manera a la atención.

*(...) dentro de mi consulta particular, ya mi consultorio como tal, la población que puede acceder a los servicios audiología de forma particular son estratos socioeconómicos mucho más altos por decirlo así; pero eso no quiere decir que el hecho de que yo tenga en mi consulta particular y la consulta que se hace dentro de las universidades este su premeditado a esta población y que de una forma u otra se trate a la población diferente, en las tres situaciones de atención a los usuarios*

*se realiza de buena forma, pues la más adecuada posible, la mejor atención y a todos se les trata de igual forma adecuada en los servicios y se les da la capacitación y toda la información que sea necesaria para que la población pueda entender lo que se le está realizando y puedan también comprender cuáles son los resultados que se obtienen en las pruebas que se realizan en el servicio (ALBERT 5).*

El punto de cuestión frente al relato de Abert no es si se trata bien o no al paciente, o si se tratan por igual, el asunto es ¿quiénes acceden a los servicios de audiología? ¿cuándo acceden? Incluso para los regímenes de afiliación ¿la forma de respuesta en acceso y atención en servicios de audiología es el mismo?

### **3.2 Acceso a servicios de audiología por régimen de afiliación y factores socioeconómicos**

En el año 2012 el Ministerio de salud y protección social aseguró que los afiliados tanto a régimen subsidiado como al contributivo tendrían los mismos beneficios, esto pensando en un asunto de “equidad”, donde al parecer no importaría la capacidad de pago, porque todos los afiliados accederían tratamientos, procedimientos, medicamentos y tecnologías, pero además, tendrían la posibilidad de trasladarse con facilidad de un régimen de afiliación a otro y ser atendidos en cualquier región del país. Casi 10 años el asunto no es diferente, o eso es lo que refiere Andrew en su papel de profesional cuando dice...

***Digamos que en este momento están en el mismo nivel*** (hace referencia a los regímenes de afiliación), ***el contributivo y subsidiado, por las condiciones que se están dando en el mercado***, entonces a mí en mi consultorio particular yo atiendo paciente del subsidiado y el contributivo y no hay diferencia entre quién llama a pedir la cita del subsidiado y quién llama a pedir la cita del contributivo, inmediatamente se les hacen a las citas y de esa manera también funciona en la IPS dónde estoy trabajando; obviamente lo que va a estar marcando en otras

*instituciones que conozco es básicamente la condición en la que se encuentra la cartera morosa de las EPS a las cuales están vinculados sus pacientes sean subsidiados sean contributivo, si la EPS está al día y está girando los recursos que le corresponden para esa institución, el paciente va a ser atendido de manera oportuna, pues en las condiciones en las que esté la cita 15- 20 días 1 mes, 2 mes, 3 mes dependiendo del servicio, pero básicamente lo que va a estar determinados por él por el tipo de condición económica frente a la que esté la EPS el paciente (ANDREW29).*

Lina en su papel de actor tomador de decisiones en la institución para que labora, también coincide con Andrew en que (...) *hoy en día no hay como una diferencia por decirlo así, o sea tanto subsidiados como contributivo tienen las ayudas auditivas que necesitan, sean quirúrgicas o no quirúrgicas, igualmente tienen la asistencia cuando lo piden los médicos a los servicios de audiología, o sea yo no he visto ninguna diferencia, antes a veces pienso que es más rápido el subsidiado que el contributivo; el contributivo pone un poquito más de traba en el tema de las ayudas auditivas que el subsidiado pero...(LINA18)*

En todo caso, el tema va más allá de los planes de beneficios y de la “equidad” en su unificación a la que hace referencia el Ministerio de Salud. Andrew deja claro en su relato que el tema pasa por allí y que lo que en últimas va a determinar si el paciente es atendido o no, es el estado financiero en el que se encuentre la EPS frente a la IPS. En este sentido, sigue perdiendo el paciente porque no recibe la atención que necesita, y aquí sí se puede decir que va a depender mucho de la capacidad de pago de las personas, porque cuando ellas necesitan una atención inmediata pero no hay respuesta del sistema de salud, todo se convierte en gastos de bolsillo y claramente se amplían las brechas porque accederán mucho más fácil las personas que tengan capacidad de pago, incluyendo a quienes tienen planes complementarios en salud y medicina prepagada, que no logran los pacientes del régimen subsidiado porque (...) *el que tiene prepaga lo atienden más rápido que el*

*que tiene Sisbén, por ejemplo, entonces si yo tengo prepagada y pido una cita, me atienden inmediatamente (ANDREW28).*

Desde la perspectiva de los pacientes, Lenis reconoce que (...) *la salud en Colombia es mala, eso toca reconocerlo y tras que uno es subsidiado, no le dan a veces las citas hasta los medicamentos, porque es que aquí en Colombia todo es plata, y el que tiene plata es el que está bien y le dan el mejor servicio y así no es, porque la salud es de todos, por eso yo pienso que en toda la salud faltan muchas cosas, mira que acá en Uribía la mayoría de las personas hasta yo, debemos ir a otro lado para que nos atiendan porque acá nos tienen abandonados (Lenis18).*

**Abandono**, ese es el sentir de Lenis y el de muchos colombianos que no logran acceder a un servicio de salud y de audiología en el país, empezando porque en diferentes regiones de Colombia, la gente todavía no cuenta con atención en salud en sus territorios.

### **3.3 Geografía y acceso a servicios de audiología**

Las dinámicas del sistema de salud centralizan los servicios de audiología y como lo refiere Lenis en su relato 18, desprotege completamente los territorios rurales, acrecentando las inequidades en los servicios de salud y de audiología. En territorios rurales no hay servicios de audiología permanentes, algunos son transitorios como los que refiere MARA cuando dice (...) *otra forma en la que promovemos el servicio... es con las campañas de salud auditiva que realizamos muy a menudo en los resguardos indígenas, en la zona rural, qué siempre por lo menos cada trimestre estamos llegando a un corregimiento, y a los resguardos hacer actividades de higiene auditiva, hacer actividades de promoción y prevención (MARA25).*

Tampoco muchos servicios en audiología se encuentran en las zonas urbanas de algunos municipios, principalmente pequeños en población y pobres, ¿a qué

obedece eso? ¿por qué algunos territorios rurales y urbanos del país no cuentan con servicios de audiología, mínimo la básica? ¿Será un asunto de distribución geográfica de los servicios de salud y de audiología? ¿será porque allí donde no es rentable no hay presencia de servicios de salud ni de audiología? Lo cierto es que estas realidades profundizan las inequidades en el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud.

Desde la perspectiva de Lili como profesional, se reconoce la ausencia de los servicios de audiología y de profesionales en territorios del país, y a la vez, las necesidades de dar cobertura a la gente en materia de salud auditiva. Ella refiere que *Algunas empresas de salud no tienen el servicio radicado aquí en el municipio, entonces son los pacientes que te comentaba que a veces por las consultas tienen que trasladarse a otros municipios o a otros departamentos donde sí está el profesional (LILI 19).*

La discusión entonces trasciende de un simple asunto de ubicación geográfica de los grupos poblacionales que no acceden a los servicios de salud, o que para acceder a ellos se debe transportar por varios kilómetros de una ciudad a otra incluso de un departamento a otro como lo refiere el paciente Davavi en su relato...

*Son 12 horas en barco y en lancha 8 horas para llegar de guapi a Buenaventura. Y muchas veces se sufren accidentes porque se sabe que son máquinas. A veces en el barco se dañan porque son máquinas, entonces uno dice 12 horas, pero muchas veces se echan 14 o 16... ha tocado gastar 24 horas... (...) (DAVAVI24).*

*(...) si tengo alguna situación que requiera servicio fuera del municipio, entonces me dan esa remisión, pero me toca esperar muchos días, a veces meses para obtener el Sí desde la ciudad de Popayán de la Ciudad de Cali dónde es que lo manden a uno" (Davavi 4).*

El tema desborda a las inequidades de un sistema de salud que no logra responder al derecho fundamental a la salud de cara a las lógicas de las relaciones

Estado-mercado que lo caracterizan. En este sentido, no es solamente la zona geográfica donde habitan los grupos poblacionales, sino que son sus condiciones de vida, tal como lo refiere la Fonoaudióloga y Especialista en Audiología Conchita cuando que relata (...) *he trabajado más de 20 años en la parte de audiología.. (...) en el hospital acude mucha gente de zona rural donde las condiciones de vida de esas personas de pronto no son favorables en el estado de salud por diversas causas diversas características geográficas por su calidad de vida por su acceso a los servicios de salud entonces es más desfavorable para la zona rural para los estratos bajos.*

Esto empieza a explicar por qué los servicios de audiología se encuentran principalmente en las grandes ciudades del país de tal manera que muchos territorios rurales y pobres no cuentan con servicios de audiología y menos con profesionales que atiendan a las problemáticas de salud auditiva que son de total pertenencia para la salud pública, pero que no son posibles, justamente porque la salud se encuentra en manos del sector privado, entonces ¿podríamos hablar de salud pública con un sistema de salud predominantemente privado?. Lady como tomadora de decisiones en su entidad para la que labora también coincide frente a dicho interrogante sobre el que vale la pena reflexionar, *[P]rimero que todo, pienso que la salud en Colombia debe ser de forma gratuita y subsidiada 100% por el Estado; eso debería de ser el deber ser, para mí, ya que no contamos con esa modalidad en Colombia*

Dice ALBERT, (...) *mira, si nos vamos a la ruralidad, por ejemplo si yo te digo qué servicios de audiología hay en el cauca, solamente los hay en Popayán, de todo el cauca, sólo Popayán, ahí te coloco una, y en el valle, todo lo que es esta parte hacia el centro todo lo que tenga que ver con Palmira, con Tuluá, y zarzal (ALBERT24).*

(...) *y si nos vamos para la costa pacífica..., ahí en Buenaventura hay una audiólogo. Si nos vamos al chocó,... no hay Audiólogo, ah sí!, en el chocó hay*

*audiólogo pero solamente está en Quibdó, y si nos vamos para Pasto, solamente hay en Pasto... pero el resto no hay nada, y si no vamos para Putumayo en Orito, ... hay audiólogo, pues si nos vamos para Villavicencio, si nos vamos para Arauca, si nos vamos para el Amazona pues si. Yo te digo desde la parte estamos en un 10% Y eso va más allá y obviamente eso tiene un trasfondo y es un trasfondo social y generalmente todos pegamos para la ciudad (ALBERT 27).*

Es claro que desde la perspectiva de los actores participantes en la investigación, geográficamente sí hay una relación con los servicios de audiología y es un determinante central a la hora de hablar de acceso al sistema de salud. Esto, articulado a las formas como las instituciones de salud prestan los servicios de audiología a los grupos poblacionales o a los pacientes de zonas geográficas de difícil acceso.

Muchas veces la atención no depende de los profesionales, justamente porque están condicionados por el sistema. Es lo que Ardila (2016) refiere en parte a lo largo de su investigación alusiva al trabajo médico explotado en el sistema de salud. JUANA en su papel de profesional en Audiología reconoce que *a veces la autonomía profesional y el tiempo profesional de consulta de médico es muy corto, porque ustedes saben muy bien que el proceso de consulta es muy corto (JUANA19).*

Pero, ¿qué relación tiene la **pérdida de la autonomía profesional** con los servicios de audiología en el sistema de salud? No es solo un asunto relacionado con el tiempo de duración de una consulta, es también, entre otras cosas, lo que el paciente termina recibiendo en el sistema de salud y que no siempre es asertivo de acuerdo a sus necesidades. Es el sentir de Cirpiana, una paciente que percibe no se ha logrado dar alcance a su problema de salud auditiva.

*En este momento la verdad es que yo llevo mucho tiempo con el problema de los oídos y hace como dos años o tres años que ya vengo sufriendo de los oídos; he ido*

*a mi EPS y no han podido con el chiste mío de los oídos, entonces pues yo digo que para mí como que no me trataron bien o algo (CIPRIANA6).*

De manera que, se desprenden inequidades en acceso y uso a los servicios de audiología para los pacientes que quedan en desventaja geográfica al no llegar a recibir la atención que requieren, pero también inequidades por posición social, género, régimen de afiliación al sistema de salud, etc. y que JUANA reconoce cuando dice que (...) *uno es consciente de que el paciente sea contributivo, sea subsidiado venga de donde venga, imagínate venir un paciente de Chiquinquirá que es como a dos horas de donde yo vivo en Tunja para yo decirle al paciente es que no te puedo atender porque tienes un tapón de cera, el tiempo del paciente, el gasto en la consulta, el transporte del paciente, y porque muchos pacientes no tienen para venir a la consulta, yo creo que es eso, saber priorizar (JUANA 19).*

En todo caso, no es un asunto meramente de profesionales de audiología, sino que tiene todo que ver con las dinámicas de un sistema de salud que renta no solo de la atención en audiología para los pacientes sino del mismo trabajo de los profesionales y que como lo refiere Ardila (2016), deshumaniza la atención en salud.

### **3.4 Humanización en los servicios de audiología**

En concordancia con los hallazgos que se vienen tratando hasta el momento, la voz de los participantes habló de la humanización en los servicios de audiología en el sistema de salud, una categoría que no se tenía presupuestada, pero que emergió en el estudio al preguntarles a los actores por la teleaudiología como estrategia para reducir brechas e inequidades en la atención.

Anny, una paciente de 51 años de edad desde su sentir como paciente refiere (...) *para mí la verdad la tele-consulta no me gusta, no hay como la atención de profesional-paciente pienso yo, como que uno como paciente se siente muy*

*agradecido que el doctor te mire, al menos te prestó atención, te tocó, te miro por aquí, eso es bonito para uno como paciente (ANNY 40).*

¿Qué relación guarda la humanización con los servicios de audiología y por qué es importante para el acceso a la atención? Los pacientes siempre esperan ser atendidos de la mejor manera posible en sus consultas presenciales por parte de los profesionales, asunto que no es sencillo de manejar en atención por modalidad remota. No obstante, la humanización en los servicios de audiología no depende solamente de los profesionales, sino que tal como lo refiere Ardila (2016), también se refiere desde el sistema de salud, su estructura, funcionamiento, y por ende, desde las lógicas en las que se presta la atención.

La voz de los profesionales lo dejan claro, no solo en términos de recortes de tiempo que hacen las instituciones de salud como ya se refirió en apartados anteriores de esta investigación, sino su carga laboral con más pacientes que los satura, los fatiga, les produce estrés y bajo esas dinámicas en sus escenarios laborales, cumplen su papel profesional en la atención. Presión, es lo que refiere sentir Juana en su relato que comparte al referir que, *si ya se excede más del 20 o 21 (hace alusión a los pacientes) uno si ya siente mucha presión.... pues uno trabaja de acuerdo a la necesidad, yo realmente trabajo de acuerdo a la necesidad del paciente... entonces más allá del cansancio, la fatiga o del nivel de estrés al que me Enfrente, a mí me apasiona mi trabajo (JUANA 10).*

Andrew también manifiesta en su relato lo que significa el volumen de pacientes en sus consultas audiológicas al referir que *[D]igamos que serían 40 pacientes hablando de que es cada 20 minutos un paciente, entonces por hora serían tres pacientes, estamos hablando de que sería más o menos 7 pacientes aproximadamente, 7 u 8 aproximadamente por día por hora (ANDREW 23), pero, ¿Su salario se mantiene? ¿Cambia de acuerdo al volumen de pacientes?.*

En todo caso, es la perspectiva profesional, pensando el prestar una atención lo más humanizada posible al paciente que logra llegar a sus consultas, más allá de lo que pueda estar sintiendo física y psicológicamente quien brinda los servicios de audiología en un sistema de salud en el que la humanización es negada. En este sentido, valdría la pena preguntarse ¿quién piensa en el profesional? ¿es posible hablar de humanización en los servicios de audiología cuando los profesionales no cuentan con las condiciones laborales adecuadas?, y en últimas, ¿se podría hablar de humanización en la prestación de los servicios de audiología sin la garantía del derecho fundamental a la salud que involucra a pacientes y profesionales también?

### **3.5 Raza/etnia y servicios de audiología**

Los grupos poblacionales indígenas siguen siendo individuos con mínima participación en el sistema de salud colombiano. Es cierto que cuentan con sus propias políticas, normativas y formas de atención en materia de salud de acuerdo a sus procesos socio-culturales, pero todavía se observan brechas e inequidades sociales en el acceso a servicios de salud y de audiología, empezando porque sus territorios están desprotegidos por el sistema sanitario nacional.

Mara lo deja claro, *tengo que resaltar más las de indígenas* (Se refiere a las EPS indígenas), *EPS de indígenas ha sido bastante complicado el acercamiento (MARA11).*

Adicionalmente, *aquí siempre el acceso es complicado* (se refiere a territorios indígenas en la Guajira), *como te digo lo que nosotros hacemos es campañas de salud y nos trasladamos hasta donde están ellos y hacemos todo lo que es jornadas de otoscopias, jornadas de Audiometrías tamiz, jornadas de higiene auditiva, Nos trasladamos hasta allá para poderle dar la atención a ese tipo de población, porque pues por lo menos los resguardos indígenas Siempre están un poco lejitos (MARA27).*

En otras regiones del país como lo es el Cauca, profesionales de experiencia en el campo de la audiolología, como Jesal, afirma que (...) *acá en el Cauca tienen unas muy buenas EPS Indígenas como lo son la AIC que es una IPS que cumple con todos los criterios y es muy exigente para la prestación de los servicios de salud de sus usuarios al igual que la EPS MAYAMAS (Jesal 23).*

## **Capítulo 4 – Discusión**

### **4.1 Relaciones de los determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano**

En esta investigación no se separan los determinantes sociales de la salud para ser estudiados y analizados por separado en estructurales e intermedios, pese a que así se plantearon los objetivos específicos, todo lo contrario, en este apartado se establecerán relaciones a manera de discusión de acuerdo a lo que ya se viene poniendo en diálogo con los resultados del estudio, donde ya se dejan planteadas algunas inquietudes para la reflexión.

Sin duda, la literatura científica es clara en que los principales determinantes sociales de la salud se reflejan en posición social, factores socioeconómicos, ubicación geográfica de los grupos poblacionales, servicios de salud, raza/etnia, género y hasta religión, etc. (Guo, 2021; Kemp et al., 2021; Turkkan & Pala, 2021; Nidoi et al., 2021). De hecho, desde la voz de los participantes en esta investigación, todos estos determinantes se hacen expuestos en sus relatos de experiencias con los servicios de audiología en el sistema de salud. En este sentido, se reafirma que en verdad son los contextos los que determinan la salud de la gente porque en últimas definen la estratificación social que se refleja en diferencias en ubicación laboral, ingresos, educación y cohesión social.

En el caso de la ubicación geográfica que muchos de los actores participantes del estudio reportan como un determinante del acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud, en coherencia con lo que plantean algunos estudios (Kemp et al., 2021; Turkkan & Pala, 2021), va más allá, y obedece a un asunto de desterritorialización de la salud en Colombia, producto de un sistema de salud centralizado, pensado para la atención de la enfermedad y que es dominado en gran parte por el sector privado y en menor, por el sector público. Esto hace que no se vele por la salud en los territorios que es donde la gente vive y donde se

configura la salud y la enfermedad auditiva. Es la razón por la que ya se han venido planteando alternativas en salud para el país que le dé el lugar al derecho fundamental a la salud (Hernández, 2020).

Por ahora queda para la reflexión y el accionar el siguiente interrogante ¿De qué derecho a la salud estamos hablando si la gente no logra siquiera acceder debidamente a un servicio de audiología y menos cuando su capacidad de pago no se lo permite?

## Capítulo 5 - Conclusiones

Los servicios de audiología no se pueden convertir en un mero consumo por parte de los pacientes, quienes muchas veces acceden a ellos a través de mecanismos de tutela o empleando otros medios para reclamar el derecho a ser atendidos, porque sus condiciones de vida, su ubicación laboral, sus recursos económicos o su ubicación geográfica los deja en desventaja social. El tema debe verse como un asunto de derecho fundamental a la salud, por lo que es necesario apuntar a la reducción de brechas e inequidades sociales en salud no solo en un sistema sanitario centrado en la atención de la enfermedad, sino que es fundamental pensar en la salud auditiva en los diferentes territorios del país.

La salud en Colombia está completamente desterritorializada, esto queda claro en los resultados de la presente investigación que no solo hacen alusión a un simple asunto de ubicación geográfica de los grupos poblacionales, que les dificulta el acceso y uso a los servicios de audiología. El punto es que hay territorios rurales, urbanos e indígenas en los que no se cuenta con servicios de audiología que respondan a las reales necesidades de la gente. En este sentido se deja una vez más el siguiente interrogante que surge de este estudio, pensando en las líneas futuras de trabajo académico e investigativo y es, ¿será posible hablar del derecho fundamental a la salud en medio de profundas inequidades en acceso y uso a los servicios de salud en el sistema de salud colombiano?

De cara a estas inquietudes que surgen de un análisis hermenéutico en este estudio, poco frecuente en el campo de la audiología, se hace necesario dejar en claro la necesidad urgente no solo de continuar avanzando en materia de formulación e implementación de políticas públicas para el mejoramiento del

acceso a los servicios de audiología, sino que es clave pensar en la reestructuración de las ya existentes, al igual que una reforma contundente de fondo para el sistema de salud, de tal manera que desde allí se puedan abordar las disparidades en salud y las inequidades sociales que desprenden formas desiguales de enfermedad auditiva en los territorios.

### **5.1 Cumplimiento de objetivos**

Se da por cumplido el 100% de los objetivos propuestos que quedan condensados en los resultados de esta investigación, no solo en términos de identificación y descripción de los determinantes sociales de la salud, sino en sus relaciones con el acceso y uso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano.

### **5.2 Producción asociada al proyecto**

Producto de esta investigación se derivan 2 artículos que serán postulados en revista indexada.

- 1) Título del artículo: Relaciones de los determinantes sociales de la salud con los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano: perspectivas desde los profesionales, los pacientes y los tomadores de decisiones.
- 2) Título del artículo: Inequidades en los servicios de audiología: una mirada desde los determinantes sociales de la salud.

### **5.3 Líneas de trabajo futuras**

Se dejan abiertas las posibilidades de continuar estudiando el acceso y uso de los servicios de audiología no solamente como un asunto de consumo que alimenta el Complejo Médico Industrial, sino como un tema de derecho fundamental a la salud que es lo que recalca bastante esta investigación.

En este sentido, es necesario recurrir no solo a otras metodologías de investigación, sino que es clave también explorar otras perspectivas epistemológicas y ético-políticas que permitan ampliar la comprensión de las dinámicas de los servicios de audiología, los cuales deben descentralizarse, territorializarse y desplazarse de la visión de la enfermedad auditiva hacia la salud en clave de lo que los mismos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) declaran.

## **Anexos**

### **ANEXO A. FORMATO PARA EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado participante, mediante este documento le invitamos a participar de la investigación titulada: “Relaciones de los Determinantes Sociales de la Salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano”, cuyo objetivo se orienta a Comprender las relaciones de los Determinantes sociales de la salud con el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano.

En este estudio, usted participará en la fase de entrevistas, la cual consiste en recolectar información ya sea como paciente, como profesional o como tomador de decisiones. Teniendo en cuenta que sus opiniones son de vital importancia para este estudio, se procederá a aplicar una entrevista semiestructurada.

Los testimonios brindados por usted serán grabados en audio para su posterior transcripción y análisis, por lo que esperamos que sus respuestas lo más sinceras posibles. En este sentido, el procedimiento será sólo de intercambio verbal, y no involucra intervenciones ni modificaciones de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, de acuerdo a lo que se establece en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que permite resaltar esta investigación como un estudio sin riesgo.

En calidad de investigadores académicos, nos comprometemos a guardar total confidencialidad de la información suministrada por usted y se mantendrá reservada su identificación y privacidad, de acuerdo a lo que reza el artículo 15 de esta misma normativa nacional. La información suministrada será utilizada únicamente con fines científicos.

El beneficio derivado de su participación en esta investigación consiste en el reconocimiento de sus trayectorias, experiencias de vida, conocimientos y calidades humanas, como actor clave y como ciudadano(a), en el acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud. En tal sentido, en cuanto sea posible, para motivar propuestas de mejoramiento del escenario y políticas públicas que contribuyan a mejoras en el acceso a servicios de audiología en el sistema de salud colombiano.

La razón de llevar a cabo este estudio es contribuir a los fonoaudiólogos especialistas en audiología, a tomadores de decisiones y a responsables de la formulación de Políticas Públicas para que a futuro contemplen transformaciones en la prestación de los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano.

Es posible que durante la entrevista haya preguntas que puedan generar algún tipo de molestia y que impidan ser respondidas por usted. En este sentido, usted puede omitir la respuesta, no responder la pregunta o retirarse del estudio cuando así lo desee.

De igual manera, usted está en su libre derecho de solicitar al autor de la investigación todas las aclaraciones a las que haya lugar y que se relacionen con la investigación. Por su parte, el investigador se compromete a suministrar toda la información que usted requiera respecto al estudio. Esto incluye socialización de resultados de la investigación.

En constancia de lo anteriormente expuesto:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información suministrada y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Comprendo que los datos obtenidos en el estudio serán publicados o difundidos con fines académico-científicos. Autorizo participar en la investigación.

-----  
**Firma del (a) participante**  
**Fecha:**

-----  
**Firma del (a) Testigo**  
**Fecha:**

-----  
**Firma del Investigador**  
**Fecha:**

## **ANEXO B. PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### ***Contexto del protocolo***

La investigación es un proceso complejo, crítico y reflexivo frente al estudio de un fenómeno o problema (Hernández & Mendoza, 2018). Investigar en el campo de la salud implica construir colectivamente el conocimiento relacionado con las condiciones de la salud y sus respuestas sociales a ella.

Es así como esta investigación buscó construir un protocolo de entrevista que permitiera poner en confluencia las experiencias, saberes y conocimientos de los y las participantes en relación con los servicios de audiología en el sistema de salud. Según Hernández & Mendoza (2018), la investigación cualitativa le apuesta a extraer sentidos y significados de los relatos de las personas participantes en el estudio.

En este marco, fue necesario pensar en una conversación con los sujetos entrevistados, más allá de bombardear con preguntas sin sentido a las y los participantes entrevistados (Guber, 2004; Troncoso y Amaya, 2017). De esta manera se definió un protocolo que permitiera recoger relatos de los sujetos, escucharlos, e interpretar sus sentidos y significados expresos en los mensajes.

En este sentido, para esta investigación, la entrevista es entendida como una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones cargadas de sentidos y significados profundos, provenientes de los actores participantes (Guber, 2004).

### ***Construyendo la guía de entrevista para la recolección de los datos***

Se pensó en estructurar una entrevista que dialogue con los actores claves de la investigación como lo son; tomadores de decisiones en salud, fonoaudiólogos especialistas en audiología, y pacientes que acuden o han asistido a los servicios de audiología. Para ello, fue necesario acudir a bases de datos científicas en búsqueda de pistas para la construcción del protocolo.

### ***Explorando información en bases de datos para el diseño del protocolo de entrevista.***

Se llevó a cabo una revisión documental en bases de datos científicas de la Corporación Universitaria Iberoamericana tales como: EBSCO Host, Indodir, Medigraphic, Pubmed, Scielo, Scopus y Science direct; de los cuales, se tomaron elementos para construir la entrevista alrededor de las categorías de análisis preestablecidas para la investigación y reportadas en la literatura. De esta misma forma se estructuraron las preguntas a realizar con los actores claves (tomadores de decisión, profesionales especialistas en audiología y pacientes que asistieron o asisten al servicio de audiología).

Dichas categorías de análisis se configuraron desde los determinantes sociales de la salud, entendidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Posteriormente se realizó síntesis de los artículos científicos, donde se retomaron elementos centrales que hacen parte de los determinantes sociales en salud, para así poder desglosar las preguntas entorno a las categorías principales (determinantes sociales estructurales y determinantes sociales intermedios). Seguidamente la información obtenida se registró en una matriz que permitió organizar la información acorde a las categorías de análisis preestablecidas para este estudio ya definidas en el apartado de la metodología.

#### ***Construyendo las preguntas para la entrevista***

Las preguntas se construyeron pensando en los actores claves de la pesquisa, se hizo una estructura de tres tipos de preguntas centradas en las categorías de análisis del proyecto. En un primer momento, se plantearon las preguntas para los tomadores

de decisiones; en un segundo momento, para los profesionales de audiología y, por último, se estructuraron las preguntas para los pacientes.

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA TOMADORES DE DECISIONES**

NOMBRES \_\_\_\_\_ Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DE  
 NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO  
 CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ ESTRATO: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE AFILIACIÓN:  
 \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_  
 CUANTO TIEMPO LLEVA PRESTANDO LOS SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA
<p align="center">Determinantes Sociales Estructurales.</p>	<p>Los determinantes estructurales, están dado por la posición social de las personas, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.</p> <p>Es importante saber, que estos determinantes no es solo del sector salud sino de toda la sociedad y del Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afecta los resultados de salud de una población.</p>	<p>Sistema de salud, relaciones con Ips, Eps, factor económico, político, social, cultural, régimen de afiliación, políticas institucionales, Gobernanza, etnia, financiamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Con qué servicios de audiología cuenta la institución?</li> <li>2. Desde su experiencia, ¿cómo considera la atención de los regímenes de afiliación (subsidiados y contributivos) frente a los servicios de audiología?</li> <li>3. ¿Qué estrategias emplean cuando llega un usuario que no cuenta con una afiliación a un régimen de salud y necesita atención en audiología?</li> <li>4. ¿Cómo se financian los servicios de audiología en la institución?</li> <li>5. ¿Con cuáles entidades o redes cuenta la institución para apoyar el acceso a los servicios de audiología?</li> <li>6. ¿Desde su experiencia, cree usted que el tener un régimen subsidiado o contributivo afecta el acceso a los servicios de audiología para los usuarios?</li> <li>7. ¿Cuáles son las políticas institucionales que maneja la entidad para que los usuarios accedan a los servicios de audiología cuando lo requieren?</li> <li>8. ¿Cuáles son las estrategias que implementa la institución con los usuarios de bajos recursos para acceder servicios de audiología?</li> </ol>

			<p>9. ¿Ha tenido experiencia la Institución con servicio de teleaudiología? ¿Cuénteme como ha sido esa experiencia?</p> <p>10. ¿Por qué cree usted que las personas no acceden a los servicios de audiología?</p>
<p>Determinantes Sociales Intermedios.</p>	<p>Los determinantes intermedios están dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de las personas, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades.</p>	<p>Acceso geográfico, educativo, hábitos saludables, circunstancias materiales (vivienda, trabajo), factores psicosociales, biológicos, condiciones de vida.</p>	<p>11. ¿Cómo se toman las decisiones para el acceso a los servicios de audiología en la institución?</p> <p>12. ¿A quiénes convocan cuando es necesario la toma de decisiones en los servicios de audiología en la institución?</p> <p>13. ¿Qué estrategias emplea la institución para que los usuarios de difícil acceso geográfico asistan a citas audiológicas?</p> <p>14. ¿Cómo percibe usted el acceso a los servicios de audiología en la institución?</p> <p>15. ¿Al momento de contratar al personal de audiología, que tiene en cuenta la Institución?</p> <p>16. ¿Qué hace la institución para mejorar la atención y seguir prestando un buen servicio en audiología a la población?</p> <p>17. ¿Puede contarme cómo la institución brinda la atención y tratamientos en los servicios de audiología para los usuarios?</p>

## PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE AUDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE  
 NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO  
 CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ ESTRATO: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE AFILIACIÓN:  
 \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_  
 CUANTO TIEMPO LLEVA PRESTANDO LOS SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA
<p>Determinantes Sociales Estructurales.</p>	<p>Los determinantes estructurales, están dado por la posición social de las personas, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.</p> <p>Es importante saber, que estos determinantes no es solo del sector salud sino de toda la sociedad y del Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afecta los resultados de salud de una población.</p>	<p>Sistema de salud, relaciones con Ips, Eps, factor económico, político, social, cultural, régimen de afiliación, políticas institucionales, Gobernanza, etnia, financiamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo ha sido su experiencia profesional en la prestación de servicios de audiología en la institución donde usted labora?</li> <li>2. ¿Qué tiempos tiene estipulados para la prestación de los servicios de audiología por paciente?</li> <li>3. ¿Cuántos pacientes puede ver en promedio por turno y a que se debe este número?</li> <li>4. ¿Cómo percibe su jornada laboral en la institución donde labora?</li> <li>5. ¿Qué barreras ha identificado como profesional en el acceso y uso de los servicios de audiología en la institución?</li> <li>6. ¿Ha tenido experiencia profesional en la prestación de servicios de audiología en modalidad de teleaudiología? Cuénteme esas experiencias</li> <li>7. ¿Desde su ejercicio profesional que opina del acceso a los servicios de audiología por régimen de afiliación al sistema de salud?</li> <li>8. ¿Cómo especialista en audiología que cambios sugeriría usted frente a la prestación de los servicios de audiología en el sistema de salud?</li> </ol>

			<p>9. ¿Cómo considera que las formas de financiamiento de servicios de audiología permiten o no que las personas accedan?</p> <p>10. ¿En qué medida cree usted que se cumplen las políticas y programas creadas por el gobierno en relación a los servicios de audiología?</p> <p>11. ¿Usted como profesional porque cree usted que la gente no accede a los servicios de audiología?</p>
Determinantes Sociales Intermedios.	<p>Los determinantes intermedios están dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de las personas, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades.</p>	<p>Acceso geográfico, educativo, hábitos saludables, circunstancias materiales (vivienda, trabajo), factores psicosociales, biológicos, condiciones de vida.</p>	<p>12. ¿Qué necesidades le expresan sus pacientes con relación a los servicios de audiología que usted y la institución presta?</p> <p>13. ¿Cuáles son las mayores inconformidades que los pacientes le refieren en sus consultas con respecto al acceso a los servicios de audiología?</p> <p>14. Si usted tuviera la posibilidad de cambiar algo en los servicios de audiología, ¿qué cambiaría?</p> <p>15. ¿Cuáles son los casos más recurrentes de reingresos a los servicios de audiología?</p> <p>16. ¿Qué conocimientos de las necesidades de los pacientes en los servicios de audiología deberían tener otros profesionales de la salud? (Médicos, pediatras, enfermeras)</p> <p>17. ¿Qué ha observado usted que limita la continuidad de los servicios de audiología en los pacientes de acuerdo a sus necesidades?</p> <p>18. ¿De qué forma considera usted que el lugar de donde proviene el paciente (zona rural o urbana) afecta el acceso a los servicios de audiología?</p>

## PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE  
 NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO  
 CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ ESTRATO: \_\_\_\_\_ REGIMEN DE AFILIACIÓN:  
 \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_  
 CUANTO TIEMPO LLEVA PRESTANDO LOS SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	PREGUNTAS CORREGIDAS
<p style="text-align: center;">Determinantes Sociales Estructurales.</p>	<p>Los determinantes estructurales, están dado por la posición social de las personas, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.</p> <p>Es importante saber, que estos determinantes no es solo del sector salud sino de toda la sociedad y del Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afecta los resultados de salud de una población.</p>	<p>Sistema de salud, relaciones con Ips, Eps, factor económico, político, social, cultural, régimen de afiliación, políticas institucionales, Gobernanza, etnia, financiamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Con base a su experiencia, cuénteme como le ha ido en los servicios de audiología que presta su EPS?</li> <li>2. ¿Puede contarme como fue el paso a paso para adquirir la cita en el servicio de audiología por la EPS?</li> <li>3. ¿Cómo percibe el tiempo de consulta proporcionado por la EPS en el servicio de audiología? ¿Qué sugerencias podría brindarnos?</li> <li>4. ¿Según su experiencia que recomendaciones le daría a la EPS a la que asiste para mejorar los servicios de audiología?</li> <li>5. ¿Desde su experiencia como paciente que cambios le gustaría que se implantarán en la atención de los servicios de audiología?, ¿qué sugerencias podría brindarnos?</li> <li>6. ¿Desde su experiencia, que opinión puede darnos acerca del apoyo del gobierno con los servicios de audiología?</li> <li>7. ¿Puede contarme como fue todo el proceso de realización de exámenes y consultas hasta la adquisición del audífono? ¿En cuánto tiempo le proporcionaron la ayuda auditiva? ¿A cuántas citas tuvo que asistir? ¿Considera que fue difícil este proceso, por qué?</li> </ol>
	<p>Los determinantes intermedios están</p>	<p>Acceso geográfico,</p>	<p>8. ¿Qué es para usted una pérdida auditiva, como la entiende?</p>

<p>Determinantes Sociales Intermedios.</p>	<p>dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de las personas, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades.</p>	<p>educativo, hábitos saludables, circunstancias materiales (vivienda, trabajo), factores psicosociales, biológicos, condiciones de vida.</p>	<p>9. El acceso a los servicios de salud implica que estos servicios sean prestados sin discriminación alguna con servicios integrales, oportunos, adecuados y de calidad, con base a lo anterior mencionado, ¿Podría contarme como ha sido su experiencia en el acceso a los servicios de audiología en la EPS donde usted asiste?</p> <p>10. ¿Qué inconformidades ha tenido con respecto al acceso a los servicios de audiología que presta la EPS?</p> <p>11. ¿Cómo percibe que la EPS responde a sus necesidades en los servicios de audiología?</p> <p>12. ¿Qué dificultades ha tenido para poder acceder a los servicios de audiología?</p> <p>13. ¿Puede contarme como es el trayecto desde su vivienda hasta la institución donde recibe los servicios de audiología?</p> <p>14. ¿Ha recibido algún servicio de audiología en la modalidad de teleaudiología? ¿Cuénteme cómo fue su experiencia?</p>
--	---	---	--

## Referencias

- Ardila , A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Doctorado en Salud Pública, Bogotá D.C. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/53386/1/598690.2016.pdf>
- Arráez, M., Calles, J., & Moreno, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*, 7(7), 171-181
- Barata RB (1997). "Causalidades e epidemiologia". *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, 4(1): 31-49
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Rev. Salud colectiva*, 6(1):83-101
- 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(1), 13-27.
- Broadbent A (2013). *Philosophy of Epidemiology* (Chap. 1 a 3). New York, Palgrave MacMillan: 1-5
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, II (1),53-81.
- Cruz, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII (1), 92-101. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a08.pdf>
- Coco, L., Titlow, K. S., & Marrone, N. (2018). Geographic Distribution of the Hearing Aid Dispensing Workforce: A Teleaudiology Planning Assessment for Arizona. *American Journal of Audiology*, 27, 462–473.
- Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. (2010). Disponible en <https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION-SINGAPUR.pdf>

- Davis, A., Smith, P. A., Booth, M., & Martin, M. (2012). Diagnosing Patients with Age-Related Hearing Loss and Tinnitus: Supporting GP Clinical Engagement through Innovation and Pathway Redesign in Audiology Services. *International Journal of Otolaryngology*, 1–5.
- Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En *Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción*. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller. Washington, D.C. 13-25.
- Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M. F., Fernández-Villa, T., Monge, S., Borrell, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 38–44. doi:10.1016/j.gaceta.2016.05.011
- Evans T., Whitehaed M., Diderichsen, F., Bhuyia, A., Wirth, Meg. (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud de la ética a la acción*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller.
- Guber, R. (2004). El Salvaje Metropolitano Reconstrucción del Conocimiento Social en el Trabajo de Campo. Defensa 599, Buenos Aires, 1° edición en Editorial Paidós, 203-211.
- Guo, J., Wu, Y., Deng, X., Liu, Z., Chen, L., & Huang, Y. (2021). Association between social determinants of health and direct economic burden on middle-aged and elderly individuals living with diabetes in China. *PLoS ONE*, 16(4), 1–16. DOI:10.1371/journal.pone.0250200
- Hernández, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública.*, 2(2), 121 -144. Obtenido de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18882/19840>
- Hernández, M. (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 56-70.

- Hernández R., Mendoza C. (2018). *Metodología de la investigación. Rutas cualitativa, cuantitativa y mixta*. México, McGrawHill Interamericana editores S.A.
- Kemp, E., Knott, V., Ward, P., Freegard, S., Olver, I., Fallon, F. J., Emery, J., Christensen, C., Bareham, M., & Koczwara, B. (2021). Barriers to employment of Australian cancer survivors living with geographic or socio-economic disadvantage: A qualitative study. *Health Expectations*, 24(3), 951–966. DOI: 10.1111/hex.13238
- Laurell, A. E. (2016). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.1074.2668
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993 por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Ministerio de Salud (9 de junio de 2012). *Todos los colombianos tendrán los mismos beneficios en salud sin importar su condición*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Todos-los-colombianos-tendran-los-mismos-beneficios-en-salud-sin-importar-su-condicion.aspx>
- Molina, N., Mogollón, A., Balanta, P., Moreno, M., Hernández, J., & Rojas, C. (2016). Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 15(30), 94-106. doi:10.11144/Javeriana.rgyys15-30.ldfp
- Morales, C. Borde, E. Eslava, J Concha, S (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones Praxiológicas. *Revista de salud Pública*, artículo 15 paginas 797 - 808
- Nidoi, J., Muttamba, W., Walusimbi, S., Imoko, J. F., Lochoro, P., Ictho, J., Mugenyi, L., Sekibira, R., Turyahabwe, S., Byaruhanga, R., Putoto, G., Villa, S., Raviglione, M. C., & Kirenga, B. (2021). Impact of socio-economic factors on Tuberculosis treatment outcomes in north-eastern Uganda: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 21(1), 1–16. DOI: 10.1186/s12889-021-12056-1
- Rillo, Arturo G. (2015). Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud. *Humanidades Médicas*, 15(3), 401-420.

- Su, E; Leung, J.; Morton, R.; Dickinson, L.; Vandal, A.; Balisa, N.; Purdy, S. (2021). Feasibility of a hearing screening programme using DPOAEs in 3-year-old children in South Auckland, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Volume 141.
- Turkkan, A. y Pala, K. (2021). Determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud: diferencias entre zonas urbanas y rurales. *Paradoks: Revista de economía, sociología y política.*, 17 (2), 155-166.
- Troncoso C., Amaya, A. (2016) Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 2017 Vol. 65 No. 2: 329-32.
- Vargas, X. (2007). *¿Cómo hacer investigación cualitativa?* Jalisco: ETXETA.
- UNESCO. (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Disponible en [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825\\_eng#page=80](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825_eng#page=80)
- Vargas-Lorenzo, Ingrid, Vázquez-Navarrete, M. Luisa, & Mogollón-Pérez, Amparo S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712.
- Vasiulachis, I. A. (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Vega, M., Eslava, J. C., Arrubla, D., & Hernández, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 58-84.