



Fecha de recepción: diciembre 21 de 2020
Fecha de aceptación: febrero 15 de 2022

ARTÍCULO DE RELEXIÓN

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.3.610.23>

Reflexiones frente al acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano: una mirada desde los Determinantes sociales de la salud

Reflections on access to audiology services in the Colombian health system: a view from the social Determinants of health

JAIME ALBERTO MÉNDEZ CASTILLO¹

¹ Fonoaudiólogo, magíster en Salud Pública, candidato a doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Especialización en Audiología de la Corporación Universitaria Iberoamericana. jamcun2604@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5034-021X>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001495251

RESUMEN

La audiología, como campo profesional reciente, ha estado profundamente arraigada al paradigma positivista y a las lógicas de la biomedicina que no permiten superar la visión asistencial, clínica, terapéutica e individualista de la salud. Esto ha dificultado intentar desplazamientos teóricos, epistemológicos y ético-políticos que permitan entender la salud auditiva desde perspectivas que se preocupen por trascender el individuo y su esencia biológica, así como entrar en los debates contemporáneos de la salud. Los Determinantes Sociales de la Salud, como corriente de pensamiento fundamentada en la epidemiología clásica, propone un marco interpretativo social que avanza al estudio de las desigualdades injustas y evitables, entre ellas las que se producen en el acceso y uso a los servicios de salud, los cuales operan de manera desigual en los sistemas sanitarios. Colombia no es la excepción, el asunto es que poco se estudian estas realidades en el sistema de salud desde la audiología, lo cual pone en evidencia las deudas en este campo que requiere de atención urgente de cara a lo que la misma organización propone frente a mejorar las condiciones de vida y luchar por la distribución desigual del dinero, los recursos y el poder.

Palabras clave: servicios de salud, audiología, sistemas de salud, accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT

Audiology, as a recent professional field, has been deeply rooted in the positivist paradigm and the logic of biomedicine that does not allow us to overcome the healthcare, clinical, therapeutic and individualistic vision of health. This has made it difficult to attempt theoretical, epistemological and ethical-political shifts that allow hearing health to be understood from perspectives that are concerned with transcending the individual and its biological essence, as well as entering contemporary health debates. The Social Determinants of Health as a current of thought based on classical epidemiology, proposes a social interpretive framework that advances the study of unfair and avoidable inequalities, including those that occur in access to and use of health services, which operate unequally in health systems. Colombia is no exception, the issue is that these realities are little studied in the health system from audiology, which highlights the debts in this field that requires urgent attention in the face of the recommendations of the Determinants Commission Social Health of the World Health Organization, confront, improve living conditions, and fight for the unequal distribution of money, resources and power. Joint efforts are needed to transform realities that pass through the health system every day.

Keywords: health services, audiology, health systems, health services accessibility.

INTRODUCCIÓN

La audiología como campo profesional desarrollado en clave de la rehabilitación auditiva, con mayor profundidad desde los conflictos configurados en las guerras mundiales, ha estado arraigada a las lógicas de la biomedicina en el marco del capitalismo global (1). Su esencia ha sido principalmente clínica, asistencial, individual y terapéutica, en función de responder a la ausencia, restricciones, carencias y deficiencias auditivas que atraviesan el cuerpo enfermo (2) y naturalizan los déficits (3,4).

Son muy esquivos los intentos por hacer desplazamientos teóricos, epistemológicos y ético-políticos, distintos de los que caracterizan las raíces positivistas y biomédicas del campo de la audiología. Su ausencia en los debates contemporáneos en salud pública es notoria y Colombia no es la excepción, a tal punto que la literatura no da cuenta con suficiente contundencia de corrientes de pensamiento próximas a estudiar problemáticas sociales que comprometen la salud auditiva, como la de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Esta corriente de pensamiento que intenta explicar las desigualdades injustas y evitables, es un buen comienzo para entender y abordar inequidades en salud auditiva, producto de la organización social (5), acumuladas en el campo de la audiología. Aunque sus fundamentos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos no se distancian de la causalidad entendida como la acumulación de factores de riesgo aislados (5) o continúan insertos en la lógica empírico-funcional de la epidemiología clásica (6), sí permiten tener otras comprensiones del proceso salud-enfermedad auditiva en individuos y grupos poblacionales, diferentes de las que ofrece la perspectiva puramente clínica.

En este sentido, pese a que los DSS pretenden buscar las causas de las enfermedades como producto de la exposición a factores de riesgo, en clave de la probabilidad y sus relaciones con el lugar y tiempo definidos, en los que se encuentran los individuos, también definen la estratificación social fundamentada en los contextos sociales, económicos y políticos que determinan la salud de la gente y las desigualdades que la afectan. En coherencia, la estratificación social se produce por marcadas diferencias en educación, ubicación laboral y cohesión social de las personas. Luego, los determinantes sociales intermedios se concretan en las condiciones de vida de los individuos (7).

El informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de 2008, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra con suficiente evidencia que las condiciones en las que la gente vive, son las que determinan las formas desiguales de enfermar y morir.

De allí que se recomiende mejorar dichas condiciones y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, en función de reducir brechas y eliminar desigualdades injustas en salud (8,9). Estas condiciones de vida se reflejan en trabajo, educación, saneamiento, vivienda, asistencia médica, etc., vistas desde la perspectiva de lo justo (10). La pregunta que surge al respecto es ¿qué tanto ha logrado aproximarse la audiología a estos marcos interpretativos para comprender y abordar problemáticas en salud auditiva que no son un mero asunto de la clínica, sino de competencia de la salud pública?

Para no ir tan lejos, vale la pena detenerse en el sistema de salud colombiano y hacer conciencia frente a cuál ha sido la preocupación de la audiología en materia de servicios de salud en últimos años. Lo más próximo en documentación relacionada con DSS en acceso es el informe técnico del análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, publicado en 2016 por el Ministerio de Salud, en el que se describen, desde el punto de vista tecnocrático, las barreras de tipo geográfico con brechas entre lo rural y lo urbano, diferencias de raza/etnia, género, condiciones laborales, socioeconómicas, etc., que determinan cuándo la gente accede o no al sistema de salud para ser atendida en materia de servicios de audiología (11). No obstante, ¿será suficiente para entender por qué la gente accede o no a servicios de audiología completamente ausentes en los territorios en Colombia?

Más allá de la visión técnica del Ministerio sobre los DSS, se hace necesario cuestionar las inequidades en salud o las desigualdades injustas y evitables, en el marco de las dinámicas del mercado en un sistema sanitario con intermediarias privadas que administran los recursos públicos, y en el que los servicios de salud operan respondiendo de manera desigual a los daños de los individuos.

Es importante no perder de vista que, producto de las dinámicas de adopción de las políticas de ajuste estructural en Colombia, propuestas por instituciones financieras y crediticias como el Banco Mundial (BM), se aprobó la Ley 100 de 1993 con la que el país pasó de tener un Sistema Nacional de Salud (SNS) con intervención del Estado a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) atravesado por las lógicas de mercado regulado (12). Esta reforma abrió un abanico de posibilidades alrededor del aseguramiento privado con el que operaría el sistema (13). En este sentido, aparecieron nuevas formas de regulación, nuevas funciones del sector público estatal, solidaridad financiera entre ricos y pobres, y nuevos mecanismos de libre elección para los usuarios (14).

Esta forma de organización del sistema de salud, bajo las lógicas de mercado regulado, con un fundamento más neoclásico centrado en la privatización y la atención individualizada, que no tanto neoliberal, fue aplicable para los países latinoamericanos en los que el sector privado empezó a tener una participación mucho más amplia que el público. Esto ha profundizado en los últimos 27 años inequidades sociales que han hecho de la salud un asunto de privilegios para unos pocos y no un derecho fundamental del que carece la población colombiana, principalmente aquellas personas que no cuentan con capacidad de pago para acceder a los servicios de salud (15,16). En últimas, se trata de un sistema sanitario inequitativo, atrapado en las dinámicas de capital, mercado y negocio (4).

En Colombia se han venido realizando investigaciones acerca de las inequidades en salud, principalmente desde perspectivas dominantes, en tema del acceso y uso de servicios de salud, el cual ha sido abordado desde diferentes ramas de las ciencias de la salud como un problema de salud pública (17,18,19). En el caso de la rehabilitación, específicamente, investigaciones recientes dan cuenta y confirman la evidente desarticulación, desarmonización y las desigualdades e inequidades sociales en materia de políticas públicas, y de acceso y uso a los servicios de rehabilitación en el sistema de salud (20,21,22,23).

Este asunto de las inequidades sociales en acceso y uso de los servicios en el sistema de salud colombiano es un tema dentro de los muchos que existen y que debe ser de total competencia para todas las ramas de las ciencias de la salud, incluida la profesión de Fonoaudiología y la Especialización de audiología, en las que todavía no se encuentran suficientes investigaciones que den cuenta de estas problemáticas. La mayor producción científica y de trabajos de grado de los programas de la Especialización de Audiología en Colombia se mantienen dentro del paradigma positivista y fuertemente arraigados al quehacer clínico, asistencial y terapéutico, en el que históricamente se han situado las disciplinas provenientes de la rehabilitación como campo profesional reciente (4).

En concordancia, este artículo se propone hacer algunas reflexiones desde los determinantes sociales de la salud, los cuales, como ya se ha mencionado, pese a que no logran explicar a profundidad los problemas de acceso y uso de los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano, su marco interpretativo permite aproximarse a las inequidades en salud. Los DSS dan algunas pistas para continuar investigando incluso desde otras perspectivas y metodologías nuevas, necesarias y urgentes, en clave de conectar las cosas que se mantienen desconectadas, separadas y desarticuladas en los análisis convencionales (24).

¿Qué se ha investigado desde la academia en materia de acceso y uso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano?

Basta con solo entrar a los repositorios institucionales de las universidades que ofertan el programa de Especialización en Audiología en el país para darse cuenta de la ausencia de investigaciones que se aproximen al estudio de los DSS en el campo de la audiología. Allí se reportan pocos trabajos de estudiantes y docentes que se centran en caracterizar grupos poblacionales asistentes a servicios de audiología a diferentes centros de atención audiológicos, por edad, género, condiciones de salud, estrato socioeconómico, ubicación geográfica, etc., como asuntos aislados y no articulados a las realidades del sistema sanitario (25).

Otros proyectos de investigación se han ocupado de estudiar indicadores básicos en recursos humanos en salud e indicadores de calidad en los servicios de Fonoaudiología (26,27). No obstante, lo más próximo al sistema de salud en este tipo de investigaciones es referir que los fonoaudiólogos son poco reconocidos allí y que desconocen como profesionales acerca del marco normativo que rige la salud en Colombia (27).

De otro lado, se han realizado investigaciones que describen estados auditivos de pacientes pertenecientes a diferentes grupos poblaciones, pero no profundizan desde los servicios audiología en el sistema de salud colombiano (28,29). Finalmente, se han hecho algunas aproximaciones a estudiar el nivel de satisfacción de los usuarios de ayudas auditivas, como un asunto separado de las dinámicas de acceso a los servicios de audiología en el sistema sanitario del país (30,31,32).

Se podría seguir enumerando trabajos de investigación que cada vez más van a poner en evidencia la ausencia de estudios que se preocupen por entender las formas desiguales en las que operan los servicios de audiología en el sistema de salud. Todavía hay deudas desde la academia mínimo hacia el estudio de los DSS en el campo de la audiología. Al respecto, vale la pena cuestionarse: ¿qué tanto se conoce en audiología acerca del sistema de salud? ¿Cómo se entiende la estructura del sistema?, ¿qué tanto se comprende acerca del porqué el sistema de salud funciona de la forma en que lo hace? Y, en últimas, ¿qué tanto se ha hecho conciencia frente a la posición política que ocupa la audiología en el sistema de salud? Son apenas algunos de los tantos interrogantes que todo profesional de audiología debería plantearse desde su propio ser y hacer, así como ya se ha reiterado para otras profesiones de las ciencias de la salud, como lo es el caso de la terapia ocupacional (4).

¿Por qué los determinantes sociales son un buen comienzo para entender inequidades en salud en acceso y uso a servicios de audiología en el sistema de salud colombiano?

Los determinantes sociales relacionados con el acceso y uso a servicios de salud ponen de manifiesto que la salud y la enfermedad de individuos y grupos poblacionales depende en gran medida de la forma como se organiza la atención médica y sanitaria, y todos los aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y sus tratamientos (33), e incluso la rehabilitación.

Dice Alfaro (33) que:

(...) el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud en este nivel de agregación.

De allí que los Determinantes Sociales son un importante referente para el estudio del acceso a los servicios de audiología en los que es urgente depositar especial atención de cara a las recomendaciones que desde 2008 ha venido promoviendo la Comisión de los Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud en función de alcanzar sociedades más justas y velar por la salud de individuos y poblaciones en los sistemas sanitarios (8).

Los determinantes sociales de la salud articulados al acceso y uso de servicios de salud en el sistema de salud colombiano: Una necesidad en audiología

Se ha documentado acerca de las profundas brechas existentes entre los regímenes de afiliación que maneja el sistema, siendo menos privilegiado el régimen subsidiado, el cual cobija gente que demuestra ser pobre en el país (19). Por supuesto que la pobreza estructural incrementa las desigualdades injustas (34) y puede ser un determinante que excluye a grupos poblacionales e individuos marginados en materia de acceso y uso a los servicios de salud, teniendo en cuenta que el sistema sanitario, además de incrementar el consumo, se ha convertido en un blanco de intereses de actores sociopolíticos que manejan el Complejo Médico Industrial, Financiero y Cognitivo de la salud, al que los individuos acceden de acuerdo con su capacidad de pago (16). Además, no siempre reciben lo que realmente necesitan, lo cual obliga a la gente a acudir a las cortes para reclamar

atención digna en bienes y servicios que incluso se encuentran dentro del plan de beneficios en salud y que les correspondería por derecho (35).

En el caso de los dispositivos auditivos, por ejemplo, se sabe que cada día los mercados mundiales compiten con tecnologías de alta complejidad, como ocurre con implantes auditivos y audífonos que son importados y distribuidos en Colombia a precios exorbitantes y que no se garantizan el sistema de salud, lo cual acarrea problemas de acceso y calidad en los servicios técnicos (36,37). En este sentido, ¿se ha preguntado la audiología acerca de quiénes acceden a este tipo de tecnologías?, ¿se ha cuestionado frente a lo que hay detrás de la inteligencia artificial, la nanotecnología y demás desarrollos tecnológicos que incrementan costos de los dispositivos auditivos en el mercado colombiano y dificultan el acceso a los servicios de audiología? Es posible que en algún momento se hayan hecho algunas reflexiones al respecto, pero ninguna se encuentra documentada.

Según la Defensoría del Pueblo, en 2019 se interpusieron 207 638 tutelas que invocaban el derecho a la salud, es decir, el 33,43 % de las 620 257 totales registradas durante los 365 días (38). Se trataba de un porcentaje mucho menor al reportado en 2014 por esta misma institución: con 118 281 reclamos, de un total de 498 200 tutelas interpuestas. Era la cifra más alta desde 2008 cuando la Corte Constitucional declaró la salud como un derecho fundamental autónomo (39). En todo caso, para 2019, 7812 tutelas correspondieron a reclamos por prótesis y órtesis que se encontraban cobijadas por el Plan de Beneficios en Salud. Llama mucho la atención que el 41,46 % de los reclamos por prótesis y órtesis fue en régimen contributivo en comparación con el 33,89 % en régimen subsidiado (38).

De acuerdo con estos planteamientos, el derecho a la salud en el país ha estado en jaque, a la luz de un sistema de salud que no lo garantiza (40), todo lo contrario, lo mercantiliza (15,16) y es un asunto que se debe analizar con mayor profundidad en el campo de la audiología.

Algunas investigaciones en este campo reportan determinantes sociales que dejan ver realidades relacionadas con profundas inequidades en educación para la población Colombiana (8,26), condiciones laborales precarias e injustas, altas tasas de trabajo informal, desempleo, muerte de trabajadores, etc. (27). Por su parte, se han documentado desigualdades en ingresos económicos (27), teniendo en cuenta que Colombia es uno de los países más desiguales en materia de ingresos. Las diferencias profundas en género no son la excepción, no solo en demanda de tareas labo-

rales y domésticas, sino en términos de remuneración salarial (26). A esto se suman las deudas relacionadas con el acceso y uso a los servicios de salud auditiva en el sistema de salud.

El acceso a los servicios de salud en el país se encuentra en áreas de mayor concentración de ingresos altos o en áreas menos desiguales (18); esto corrobora que en zonas desprotegidas, pobres y de bajos ingresos económicos hay servicios de salud y menos servicios de audiología, lo que pone en evidencia amplias asimetrías territoriales entre municipios del país, principalmente en zonas rurales y en las ciudades con marcadas diferencias entre sectores de mayores ingresos (41).

En territorios rurales habitados principalmente por gente pobre, afiliada a régimen subsidiado, las asimetrías en las condiciones de acceso a los servicios de salud son exageradas en comparación con las personas afiliadas al régimen contributivo (19). ¿Será porque allí donde no es rentable para el sistema de salud no hay servicios, infraestructura, disponibilidad del recurso humano en salud, insumos, tecnologías, etc., para la atención en salud auditiva?

Queda claro que el sistema de salud colombiano no garantiza cobertura total a la población (42). Paradójicamente, todo indica que hay un mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia que al régimen contributivo, pero con peores condiciones en acceso y uso de los servicios de salud. En 2019, cerca de 296 529 (47,02 %) se encontraban afiliadas a subsidiado, mientras que 265 904 (42,17 %) reportaron régimen contributivo (19).

Uno de los asuntos preocupantes para el país que se reporta en algunas investigaciones es el tema del envejecimiento poblacional, y con él, diferentes procesos que afectan la salud auditiva de la gente y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Esto se convierte en todo un reto para la salud pública del país, principalmente para la audiología y la rehabilitación auditiva con ayudas implantables y no implantables por los altos costos en el sistema de salud (37).

Es clave hacer conciencia frente a las formas en que operan los servicios de audiología en el sistema, y prestar atención sobre las brechas que explican las limitaciones y exclusiones para diferentes grupos poblacionales (36,43), indígenas, campesinos, desplazados, personas con discapacidad, etc. que acceden de manera inequitativa a los servicios de salud, entre ellos los de audiología. Estos colectivos también son atravesados por desigualdades injustas en raza, género y posición social (44).

CONCLUSIONES

Las inequidades en el acceso y uso de los servicios de salud en el sistema sanitario de Colombia debe ser un escenario de interés, pertinencia y necesidad urgente de ser abordado con mayor entereza desde la audiología. Se hace perentorio emplear otras perspectivas ontológicas, epistemológicas y ético-políticas que permitan no solo describir sino comprender las formas en las que se configuran estas inequidades en salud en el sistema, en clave de contribuir en el planteamiento de propuestas y políticas públicas en el campo de la salud auditiva.

La academia tiene un importante compromiso en la formación de sujetos políticos que no solo se dediquen a reproducir técnicamente sus saberes en función de profundizar inequidades en salud, en un sistema sanitario completamente deshumanizado. Todo lo contrario, deben ser sujetos transformadores de realidades frente al acceso a la salud auditiva como un derecho fundamental colectivo y no como servicio individual mercantilizado.

Los profesionales de fonoaudiología, especialistas en audiología, graduados y futuros, deben asumir un papel activo, militante y político en la toma de decisiones frente a la audiología y los servicios de audiología en el sistema de salud. Se hace necesaria la participación de la audiología en propuestas alternativas frente a políticas y normativas de la salud en el país, que apunten a un reconocimiento y posicionamiento mucho más sólido de la audiología, pero ante todo que vele por el derecho a la salud auditiva en clave de reconocer formas de vida en los territorios.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Financiación:

Financiación interna de la Corporación Universitaria Iberoamericana y el programa de la Especialización de Audiología.

REFERENCIAS

1. Hernández G. Historia de la audiología. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2021; 5(1): 1-10.
2. Testa M. Salud Pública, acerca de su sentido y significado. In *Salud OPdl. La crisis de la salud pública: reflexiones*. Washington, D.C: OPS; 1992. p. 205-29.

3. Testa M. Salud Pública, acerca de su sentido y significado. In *Salud OPdl. La crisis de la salud pública: reflexiones*. Washington, D.C: OPS; 1992. p. 205-29.
4. Arango J, Correa Y, Méndez J. Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Rev. Fac. Med.* 2018; 66(3): 385-373.
5. Borde E, Akerman M, Morales C, Hernández M, Guerra G, Salgado S. Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2016; 34(3): 330-341.
6. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013; 31(1): 13-27.
7. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud pública.* 2013; 15(6): 797-808.
8. Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe final. Ginebra; 2008.
9. Morales C, Eslava JC, Borde E, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública.* 2013; 15(6): 797-808.
10. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
11. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia. *Informe Técnico*; 2016.
12. Vega M, Eslava JC, Arrubla D, Hernández M. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2012; 11(23): 58-84.
13. Hernández, Mario. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. In Franco S. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública.: Universidad Nacional de Colombia; 2005. 463-479.
14. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002; 18(4): 991-1001.

15. Hernández M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Revista de Salud Pública*. 2000; 2(2): 121-144.
16. Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde debate*. 2020; 43(5): 29-43.
17. Duarte G, Navarro J, Eslava J. Inequity in healthcare —The outlook for obstetric analgesia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013; 41(3): 215-217.
18. Rodríguez S. La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perf. latinoam*. 2016; 24(48): 265-296.
19. Hilarión L, Díaz D, Cotes K, Castañeda C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomédica*. 2019; 39: 737-747.
20. Angarita DC. Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la Discapacidad. Tesis de Maestría. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social; 2014.
21. Oviedo MdP, Hernández M, Ruiz M. Baja visión en Colombia: una situación invisible para el país. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(1): 22-30.
22. Molina N, Mogollón A, Balanta P, Moreno M, Hernández J, Rojas C. Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2016; 15(30): 94-106.
23. Moreno M, Balanta P, Mogollón A, Molina N, Hernández J, Rojas C. Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación integral percibido por distintos actores involucrados. *Revista Facultad de Medicina*. 2016; 64: 79-84.
24. Breilh J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. En Rodríguez E. Posnormales.: ASPO; 2020. p. 31-90.
25. Leal D, Amaya Z, Gutiérrez D, Santillana M. Caracterización de antecedentes clínicos en adultos mayores con pérdida auditiva en el adulto mayor en el Departamento de Cundinamarca. Trabajo de grado de especialización en Audiología. Corporación Universitaria Iberoamericana; 2011.
26. Barrera N, Carmona S, Rodero J, Martínez O. Caracterización de la población de fonoaudiólogos especialistas en audiología de Colombia con los indicadores básicos para el análisis de recursos humanos para la salud. Trabajo de grado de especialización en Audiología. Escuela Colombiana de Rehabilitación; 2016.

27. Figue D. Identificación de indicadores de calidad en servicios de fonoaudiología de Bogotá. Proyecto docente. Corporación Universitaria Iberoamericana; 2011.
28. Kamel M, Moreno M, Santoya O. Estado auditivo en escolares de 6 a 16 años con rinitis alérgica de la ciudad de Cartagena. Trabajo de grado de especialización en Audiología. Escuela Colombiana de Rehabilitación; 2008.
29. Marulanda M, Sara T. Caracterización del estado auditivo del personal del batallón de mantenimiento de aviones n° 1 División de Aviación Ejército Nacional. Trabajo de grado de especialización en Audiología. Corporación Universitaria Iberoamericana; 2017.
30. Bautista C, Ocampo G. Relación entre la satisfacción de usuarios de audífonos marca Widex, el nivel tecnológico de la ayuda auditiva y su demanda comunicativa. Trabajo de grado. Escuela Colombiana de Rehabilitación; 2016.
31. Majarrez ELL, Castillo E. Satisfacción en el uso de ayudas auditivas de los beneficiarios de la misión Starkey 2018 de Cartagena de Indias. Universidad de San Buenaventura sede Cartagena; 2020.
32. Ramírez J, Sánchez L, Torres J. Satisfacción en la adaptación de audífonos en pacientes de un centro auditivo en Cali utilizando el perfil abreviado del beneficio de audífonos (APHAB). Trabajo de grado. Corporación Univeristaria Iberoamericana; 2020.
33. Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*. 2018; 1(1): 36-46.
34. Instituto Nacional de Salud- Ministerio de Salud. Desigualdades Sociales en salud. Informe Nacional; 2015.
35. Pinto Masis D,&CMI. En el Sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2004; 3(7): 40-61.
36. Fonseca M, Martínez D. Caracterización de peticiones, quejas y reclamos del SGSSS en Colombia en 2014-2019: retos y perspectivas. Tesis de especialización. Universidad Nacional de Colombia; 2020.
37. Jojoa V. Revisión sistemática de literatura a nivel nacional e internacional sobre programas de rehabilitación auditiva basadas en estrategias de intervención en salud para el adulto mayor con Presbiacusia adaptado con audífono. Tesis de maestría. Bogotá, Pontifica Universidad Javeriana; 2017.
38. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019; 2019.

39. Hernández M. Persiste crisis en sistema de salud. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Grupo de Comunicaciones. Marzo de 2016. p. 4.
40. Rodríguez S. La desigualdad de ingreso y salud en Colombia. *Perfiles Latinoamericanos*. 2016; 24(48).
41. Hernández M. Territorializar el sistema de salud y la protección social en Colombia para disminuir las desigualdades. 3 de mayo de 2020.
42. Pinto D, Castellanos M. En el Sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los cobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2004;(7): 40-61.
43. Ariza J, Hernández M. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2007; 10(1): 58-71.
44. Vanegas H, Soto J, Sánchez J. Relación entre determinantes sociales de salud y perfil de funcionamiento de personas con discapacidad del municipio Los Patios, Norte de Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2020; 22(1): p. 1-6.