



La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

Yunia Cecilia Quinto Palacios
Yunia.quinto@udea.edu.co

Trabajo de grado para optar al título de administradora en salud con énfasis en gestión de servicios de salud

Asesor
Johnny Alexander Gómez Granada
Magister en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Administración en salud: gestión de servicios de salud
Medellín
2022

Cita	Quinto Palacios Yunia Cecilia (1)	
Referencia	(1)	Quinto Palacios Yunia Cecilia. La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)		



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco

Jefe departamento: Mónica Jaramillo Gallego

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

A Dios todopoderoso, por darme la bendición de culminar mis estudios universitarios;

A mi madre, Sadia L. Palacios Cuesta por su amor infinito, esfuerzo e inacabable compromiso con mi bienestar. Cada uno de sus pasos siempre están enfocados en proveer las herramientas para que construya un futuro exitoso con esfuerzo y transparencia;

A mi amada Universidad de Antioquia, por abrirme las puertas a la maravillosa experiencia de formarme en sus espacios;

A mis profesores, que desde el primer y hasta el último día de mi formación compartieron sus conocimientos y experiencias con el propósito de que aprendiera de ellas lo que es ser un Administrador de Servicios de Salud;

A mi asesor, Johnny Gómez, con quien tuve una muy buena conexión desde que esta investigación era solo un borrador a medias. Su inmensa comprensión fue clave en los momentos en los que mi investigación estuvo en crisis y siempre provinieron de él, palabras de ánimo.

Y muy, pero muy especialmente a mi abuela, Cecilia del Carmen Cuesta de Palacios, quien falleció en el 2018 con la ilusión de verme convertida en una excelente profesional. Le dedico esta investigación, porque su alma noble y buena siempre se inclinó a pensar en los demás, en dar lo mejor de ella para hacer más llevadera la vida de aquellos que requerían una mano amiga.

Gracias abuela por enseñarme lo bello de servir y pensar en los demás.

Tabla de contenido

Glosario	8
Siglas10	
Resumen.....	11
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	2
2. Justificación.....	9
3. Objetivos	12
3.1 General	12
3.2 Específicos	12
4. Marcos del estudio	13
4.1 Marco teórico	13
Discapacidad.....	13
Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Washington Group (WG).....	13
Desde lo médico.....	15
Desde lo social.....	16
Definiciones mixtas.....	16
Desde lo moral y religioso.....	17
Discapacidad auditiva	18
Clasificación de la pérdida auditiva	18
La comunicación.....	20
Lenguaje.....	22
Comunicación dialógica	25
Talento humano	25
Atención en salud	27
Humanización de los servicios de salud.....	28
Confidencialidad del acto médico	30
4.2 Marco legal.....	32
4.3 Marco contextual	35

Chocó.....	35
Quibdó.....	36
Antioquia	41
Medellín.....	43
5. Metodología del estudio	48
5.1 Tipo de estudio	48
4.1 Enfoque.....	48
5.3 Delimitación de los sujetos de estudio	48
5.4 Muestreo	49
5.5 Muestra.....	50
5.6 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	51
5.7 Análisis de la información	52
5.8 Escritura de los resultados.....	54
6. Consideraciones éticas	55
6.1 Resolución 8430 de 1993	55
6.2 Informe Belmont.....	56
6.3 Pautas CIOMS	56
6.4 Ley estatutaria 1581 del 2012 y custodia de la información: archivos de audio, consentimientos informados, diario de campo y transcripción de las entrevistas	57
7 Resultados	58
7.1 Protocolos y políticas internas de atención al paciente con discapacidad auditiva.....	58
7.1.1 Protocolos institucionales para la atención de personas con discapacidad auditiva.	58
7.1.2 Lineamientos establecidos para la resolución de conflictos o emergencias	60
7.1.3 Postura de las directivas respecto a la atención de las personas con discapacidad auditiva.....	62
7.2 Estrategias de comunicación utilizadas en la atención del paciente con discapacidad auditiva	63
7.2.1 Conocimiento y dominio de la LSC.....	63
7.2.2 Estrategias no verbales de comunicación.....	64
7.2.3 Comunicación durante la atención	65
7.3 Atención en los servicios de salud	65

7.3.1	Motivos por los cuales las personas con discapacidad auditiva acuden a los servicios de salud	66
7.3.2	Las personas con discapacidad acuden solas o acompañadas a los servicios de salud.....	67
7.4	Apreciaciones del talento humano en salud	69
7.4.1	Experiencias de interacción con PcDA en el entorno personal	69
7.4.2	Experiencias de interacción en el ámbito laboral	70
7.4.3	Percepción de la interacción con PcDA.....	71
7.4.4	Interés en capacitarse.....	73
7.4.5	Priorización del talento a capacitar	75
8	Discusión	77
8.1	La atención en salud: el triángulo conformado por el talento humano en salud, el paciente con discapacidad auditiva y la familia	77
8.2	La confidencialidad	79
8.3	Instituciones prestadoras de servicios de salud inclusivas	81
8.4	La comunicación en salud, el talento humano y la interacción con el paciente con discapacidad auditiva	83
8.5	Políticas de comunicación y atención en las instituciones vs la formación profesional.....	85
9	Conclusiones	88
10.	Recomendaciones.....	90
11.	Fortalezas y limitaciones en el estudio	93
12.	Referencias bibliográficas.....	95

Anexos.....	104
Anexo 1: Consentimiento Informado	104
Anexo 2 Instrumento informativo de recolección de información	107
Anexo 3 Formato de entrevista para jefe de talento humano administrativo..	109
Anexo 4 Formato de entrevista para el/la directora(a) de la institución	111
Anexo 5 Formato de entrevista para el/la jefe de calidad de la institución.....	113
Anexo 6 Formato de entrevista para el talento humano de admisiones de la institución.....	115
Anexo 7 Formato de entrevista para el talento humano de vigilancia y seguridad física de la institución	117
Anexo 8 Formato de entrevista para el talento humano de medicina y enfermería de la institución.....	118
Anexo 9 Formato de entrevista para el talento humano de trabajo social de la institución.....	120

Lista de tablas

Tabla 1. Dificultad para oír la voz y los sonidos según el sexo. Municipio de Quibdó

Tabla 2. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: No puede hacerlo. Municipio de Quibdó

Tabla 3. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: Puede hacerlo con mucha dificultad. Municipio de Quibdó

Tabla 4. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: Puede hacerlo con alguna dificultad. Municipio de Quibdó

Tabla 5. Dificultad para oír la voz y los sonidos según el sexo. Municipio de Medellín

Tabla 6. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: no puede hacerlo. Municipio de Medellín

Tabla 7. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con mucha dificultad. Municipio de Medellín

Tabla 8. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con alguna dificultad. Municipio de Medellín

Glosario

Los términos presentes en este glosario corresponden a los enmarcados en el contexto de esta investigación. Algunos corresponden a las definiciones establecidas por la normatividad colombiana.

Comunicación: incluye los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida las tecnologías de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Discapacidad: refiere una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Enfoque diferencial: es la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas.

Hipoacusia: disminución de la capacidad auditiva de algunas personas, que puede clasificarse en leve, mediana y profunda.

Intérprete de lengua de señas: persona que realiza una actividad de mediación lingüística, que consiste en transmitir un discurso de tipo oral a lengua de señas o de lengua de señas a discurso oral, facilitando la comunicación y los procesos de participación de esta población.

Lengua de Señas Colombiana: hace referencia a la lengua natural de carácter visogestual, cuyo canal de expresión son las manos, los ojos, el rostro, la boca y el cuerpo, y su canal de recepción es visual. Esta lengua de señas es propia de la población con discapacidad auditiva colombiana.

Lengua de Señas: es la lengua natural de una comunidad de sordos, la cual forma parte de su patrimonio cultural y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral. La Lengua de Señas se caracteriza por ser visual, gestual y espacial. Como cualquier otra lengua tiene su propio

vocabulario, expresiones idiomáticas, gramáticas, sintaxis diferentes del español. Los elementos de esta lengua (las señas individuales) son la configuración, la posición y la orientación de las manos en relación con el cuerpo y con el individuo, la lengua también utiliza el espacio, dirección y velocidad de movimientos, así como la expresión facial para ayudar a transmitir el significado del mensaje, esta es una lengua visogestual. Como cualquier otra lengua, puede ser utilizada por oyentes como una lengua adicional.

Sordo: es todo aquel que no posee la audición suficiente y que en algunos casos no puede sostener una comunicación y socialización natural y fluida en lengua oral alguna, independientemente de cualquier evaluación audiométrica que se le pueda practicar.

Sordo bilingüe: es todo aquel que vive una situación bilingüe en Lengua de Señas Colombiana y castellano escrito u oral según el caso, por lo cual utiliza dos (2) lenguas para establecer comunicación tanto con la comunidad sorda que utiliza la Lengua de Señas, como con la comunidad oyente que usa castellano.

Sordo hablante: es todo aquel que adquirió una primera lengua oral. Esa persona sigue utilizando el español o la lengua nativa, puede presentar restricciones para comunicarse satisfactoriamente y puede hacer uso de ayudas auditivas.

Sordo monolingüe: es todo aquel que utiliza y es competente lingüística comunicativamente en la lengua oral o en la Lengua de Señas.

Sordo semilingüe: es todo aquel que no ha desarrollado a plenitud ninguna lengua, debido a que quedó sordo antes de desarrollar una primera lengua oral y a que tampoco tuvo acceso a una Lengua de Señas.

Sordo señante: es todo aquel cuya forma prioritaria de comunicación e identidad social se define en torno al uso de Lengua de Señas Colombiana y de los valores comunitarios y culturales de la comunidad de sordos.

Siglas

AMM: Asociación Médica Mundial

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ESE: Empresa Social del Estado

LSC: Lengua de Señas Colombiana

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PcDA: Persona con Discapacidad Auditiva

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

THS: Talento Humano en Salud

WG: Washington Group on Disability Statistics

Resumen

La atención en salud puede ser para algunos un proceso complejo debido a los aspectos inherentes al mismo, como la terminología, tramitología, costos, oportunidad, accesibilidad. El entendimiento de temas como la seguridad social, las autorizaciones, procedimientos, adherencia, EPS, IPS, por solo mencionar algunos, tienden a representar una dificultad entre las comunidades dada la poca educación en salud. Esto en términos de oyentes. Cuando nos referimos a la comunidad con discapacidad auditiva la complejidad es mayor dada la dificultad que presentan para comunicarse con los oyentes.

Diversos estudios se han encargado de identificar y exponer las barreras que presenta la población con discapacidad auditiva para acceder a los servicios de salud. Entre ellas destacan la comunicación con el talento humano, sin embargo, existe poca información respecto a la postura del talento humano ante esta situación.

Esta investigación, de carácter cualitativo con influencia etnográfica, abordó la comunicación en la atención en salud desde el punto de vista del talento humano de 2 IPS: una en Quibdó, Chocó y otra en Medellín, Antioquia. Contó con la participación de 24 miembros entre administrativos, asistenciales y personal de apoyo. Se utilizó el diario de campo y la entrevista como herramientas de recolección de la información y el programa Atlas.ti versión 9 como insumo para el diligenciamiento de los códigos, creación de categorías y escritura de resultados.

La comunicación entre los actores en el contexto de ambas instituciones se desarrolla desde lo empírico, desde la informalidad, la presencia de terceros y la omisión de confidencialidad.

Palabras clave: comunicación en salud, atención en salud, talento humano, discapacidad auditiva.

Introducción

Con el transcurrir de los años, la discapacidad auditiva ha dejado de verse como un padecimiento merecedor de lástima, y se ha comprendido como lo que es: una condición que representa una disminución en la capacidad de escucha en las personas. Esto no tiene por qué representar una capacidad intelectual inferior ni mucho menos la imposibilidad de desenvolverse en la sociedad.

Sin embargo, no se puede decir que las personas con discapacidad auditiva no enfrentan retos en el día a día, algunos tan elementales como pedir direcciones, otros tan importantes como la empleabilidad laboral y tan indispensables como la atención de servicios de salud.

Investigaciones previas de autores de todos los niveles académicos han enfatizado en describir las percepciones y experiencias de las personas con discapacidad auditiva en los diversos ámbitos, entre ellos la salud y la atención en los diferentes servicios.

Si bien esta investigación también aborda la atención de las personas con discapacidad auditiva, lo hace desde la perspectiva del talento humano que labora en los servicios de salud. Y no porque no sea importante el sentir de los pacientes, claro que lo es, sino que es importante también considerar qué sucede con el otro lado de la historia y cómo a partir de estas versiones, se puede brindar una atención integral a los pacientes.

Desde la confidencialidad del acto médico, las experiencias de interacción en el ámbito laboral del talento humano con los pacientes con discapacidad auditiva, hasta la percepción que tiene el talento humano sobre las responsabilidades inherentes a la atención del paciente y los retos a los que se enfrentan en cada atención, esta investigación integra aspectos éticos, laborales y personales enmarcados en un pilar fundamental de la interacción en salud: la comunicación.

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere la pérdida de la capacidad auditiva como la dificultad en el funcionamiento del aparato auditivo (1). Los niveles de audición de una persona pueden verse afectados por diversas circunstancias, ya sea de manera prenatal, natal, postnatal inmediata o en el transcurso de la vida(2).

Este padecimiento puede desencadenarse por acontecimientos intraparto, malos hábitos de vida, uso de fármacos, accidentes, genética, factores ambientales, económicos, sociales y de interacción ocurridos a la madre durante el embarazo o al infante posterior a su nacimiento (2) (3).

Las personas con discapacidad auditiva enfrentan diversos retos en cada una de las esferas sociales. Suelen estar aislados de la información y los acontecimientos que suceden en su entorno si no tienen la capacidad de entender la información y a su vez a alguien que pueda interpretarla. De esta misma manera se ven privados de participar en eventos importantes como debates, foros y todos aquellos relacionados con las decisiones sociales (4).

En el ámbito educativo las dificultades se presentan al momento de querer acceder a una educación diferencial, ya sea porque en el entorno de la persona no hay instituciones que tengan las herramientas para educarlos o porque las existentes no están al alcance de ellos y sus familias(4). Debido a esto muchas de las personas que tienen dificultades en la audición de nacimiento, suelen recibir educación por parte de sus familiares o acudientes(5).

Así mismo, se ve involucrada la autonomía para la toma de decisiones relacionadas con su vida y futuro, que pueden ser obstaculizadas por depender de otras personas para que les proporcionen toda la información que requieren para la toma de esas decisiones (4).

Dentro de estas decisiones se encuentran las relacionadas con la salud. El acceso a eficientes e integrales servicios de salud se ve limitado por diversas barreras. La primera y más importante es la comunicación(4). Si la persona con discapacidad auditiva no está acompañada de un oyente que pueda hacer las veces de mediador entre el paciente y el personal de salud, no puede manifestar sus dolencias, cuestionamientos o intereses, ni tampoco puede recibir la información que desde la institución deban proporcionales,

tales como la relacionada con los diagnósticos, exámenes, tratamientos, fechas, fórmulas médicas y demás(4). Las barreras administrativas se relacionan con la capacidad de solicitar citas médicas, autorizaciones, procedimientos, pago de cuotas moderadoras, copagos, consulta de estados de afiliación, quejas e inconformidades, conocer las instituciones donde lo pueden atender, horarios, entre otros(4). Lo que puede desencadenar en el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, del sistema de prestación de servicios de salud y de los procesos que se llevan a cabo en ambos sistemas.

Las relaciones interpersonales se ven limitadas a las personas con las que pueden entablar comunicación. De acuerdo con la educación que hayan recibido y a los métodos utilizados para enseñarles a comunicarse. Está el método oral representado por la lectura labio facial que "se basa en el aprendizaje de los componentes visuales fonológicos del habla a través de los movimientos labiales, linguales y mandibulares"(5). El método verbotonal tiene como propósito que la persona pueda adquirir el sistema fonético de una lengua mediante la corrección fonética. Pretende enseñar la relación audición-habla y habla-movimiento interviniendo así la audición y el movimiento corporal. Implica la unión de todas las acciones del lenguaje y considera al cuerpo como una estructura más que expresa comunicación (5) (6) (7).

Este mismo método incluye La Palabra Complementada que es un sistema complementario a la lectura labial que la facilita al visualizar los fonemas y suprimir la ambigüedades. "Se compone por ocho posiciones de dedos y tres de la mano alrededor de la cara, que reciben el nombre de "kinemas" y permiten discriminar más claramente los mensajes en fonemas aislados, sílabas, palabras, frases, ritmos, al combinarlos con la información de la boca" (7) (5).

El método mixto incluye la comunicación bimodal que comprende la comunicación simultánea del habla y la lengua de señas. La comunicación total que engloba todos los métodos de comunicación y bilingüismo que se refiere al conocimiento de la lengua de señas y el español (5). Estudios han demostrado que es más común que las personas con discapacidad auditiva entiendan el español, a qué personas oyentes conozcan la lengua de señas (8)

El método gestualista comprende la dactilología y la lengua de señas. La dactilología es la representación manual de las letras del alfabeto. De todas las alternativas mencionadas anteriormente, la más utilizada por la población

con discapacidad auditiva a nivel mundial que ha recibido algún tipo de instrucción y educación para la comunicación, es La Lengua de Señas(9).

La lengua de señas se basa en movimientos y expresiones a través de las manos, los ojos, el rostro, la boca y el cuerpo (9) (10). Muchas personas con discapacidad auditiva, o personas sordos (término apropiado para identificar a esta población) se comunican mediante esta lengua y requieren de un intérprete o persona que la conozca para relacionarse con los oyentes que la desconocen(4). Es importante resaltar que no todas las personas con discapacidad auditiva tienen acceso al aprendizaje de la lengua de señas.

En Colombia se signa mediante la Lengua de Señas Colombiana (LSC) que fue reconocida oficialmente por la Ley 324 de 1996 (11).

Retomando el tema de la salud, diversos estudios que han abordado el tema como "*Barreras de comunicación percibidas por la población sorda de la asociación antioqueña de sordos - Asanso, frente a la atención médico-paciente en los servicios de salud*" y *The Interaction between the Healthcare Professional and the Deaf Person. Experiences from the Colombian Healthcare System*, exponen las barreras que se presentan al momento de acceder a los servicios de salud, entre éstas la barrera lingüística ya que el talento humano no conoce la LSC y es una necesidad imperante de la población que estén capacitados para una atención integral (4)(8).

En relación a lo anterior, el artículo 10: *derecho a la salud*, de la Ley 1618 del 2013 indica que "*deberán establecerse programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad*" (12). Lo que indica que la capacitación del talento humano en salud en estrategias que les permitan comunicarse con los pacientes con diversas discapacidades está consignado como un deber según la normativa colombiana, pero según lo expresado por la comunidad sorda en las investigaciones, el personal de las instituciones no posee habilidades para comunicarse con ellos directamente lo que los obliga a estar acompañados permanentemente (4) (13).

Si una persona con discapacidad auditiva que posea o no conocimiento en LSC, requiere acudir a los servicios de salud, debe ir acompañada de un intérprete profesional el cual es contratado por horas. Si no puede acceder a este servicio, debe asistir acompañado de un familiar que conozca la LSC y que este a su vez pueda comunicarse con los oyentes que lo atiendan (10).

De esta recurrente situación, es importante destacar que el triángulo formado por el familiar o interprete, el talento humano y el paciente, invisibiliza a este último por no poder manifestar directamente sus opiniones,

lo cual es común en las atenciones en salud ocurridas en consulta externa, exámenes de laboratorio, y el cambio o instalación de aparatos auditivos, entre otros (8) (14).

Al ser un familiar o persona cercana quien interprete, puede coartar al paciente de expresar información importante por vergüenza o desconfianza. Esto puede influir significativamente en el diagnóstico, medicación o tratamiento. Además, que es una falta a la confidencialidad del acto médico (15)(16), así como de los documentos que se deriven del mismo (17) y el derecho a la privacidad del paciente consignado en la Ley 23 de 1981 (18) , la Ley 1374 del 2010 (19) y en el Manual de Declaraciones de la Asociación Médica Mundial (20).

La interpretación de la LSC y la capacidad de comunicarse mediante la lengua de señas con una persona sordo señante tienen diferencias importantes. La interpretación requiere una mayor especialización y conocimiento de la LSC y de estrategias de comunicación, además de rapidez, fluidez, comprensión en tiempo real de lo que la persona quiere transmitir y la capacidad de poder entregar el mensaje con la mayor exactitud, dada una comunicación tripartita (10).

Por lo que practicar la interpretación sin la preparación y los conocimientos exigidos por las instituciones competentes, puede incurrir en errores en la comunicación y el entendimiento de la información transmitida.

En el ámbito de la salud es primordial que la información entregada al talento humano que atiende al paciente sea lo más exacta, completa y fidedigna posible, así como asegurarse que quien recibe la atención tenga entera claridad de los diagnósticos y recomendaciones entregadas por los profesionales. Esto minimiza los riesgos de errores en los diagnósticos, tratamientos o medicamentos formulados al momento de la atención. También aumenta la posibilidad de adherencia de los pacientes a los procesos.

La contratación por hora de intérpretes profesionales que asistan a los pacientes sordos y sordo señantes a los servicios de salud, no es accesible económicamente hablando para la mayoría de la población (4).

Debido a las dificultades que conlleva para las familias la contratación de un intérprete, la presencia de familiares con conocimientos básicos de LSC suele ser el común denominador(4). En muchos casos, el paciente sordo no posee conocimiento alguno de LSC o el lenguaje oral del español, por lo que desarrollan con sus familiares y miembros del entorno cercano, un lenguaje empírico y personalizado que dista de la LSC oficial y que no tiene validez en

espacios que exceptúan a las personas con quienes se comunica habitualmente(4)(8).

El talento humano es el rostro que refleja y da vida a los intereses, objetivos, metas, valores y principios de las instituciones de salud. La interacción que los pacientes tengan con ellos determina la comodidad, seguridad, confianza y respeto de ambas partes durante los procesos que se lleven a cabo según cada paciente. De esa interacción se deriva un aspecto muy importante que es la confidencialidad de los temas y procesos abordados durante la atención en salud.

Múltiples autores han escrito sobre la confidencialidad del acto médico, la privacidad del paciente y las implicaciones inherentes a la relación entre ambos actores. Desde el ámbito ético, médico, político, legal y filosófico, la confidencialidad apunta siempre a un estatus de prudencia y minuciosa complicidad, la cual no puede desarrollarse si el paciente requiere de un tercero que se comunique por él (14)(16).

Diversos estudios han evidenciado la percepción que tiene la comunidad sorda respecto a la atención en salud y han expresado abiertamente que desean que el talento humano esté capacitado, tenga las herramientas necesarias para comunicarse directamente con ellos y que de esta manera cese la invisibilidad a la que la población se ve sometida por no tener autonomía en la comunicación.

En virtud de que la comunicación constituye un pilar fundamental en la interacción de los seres humanos y que la atención en salud que brinde el talento humano que labora en las instituciones comprende la preservación de la vida, el bienestar de los pacientes, la confidencialidad y el respeto por las diferencias(4), bajo la pregunta ¿Cómo se desarrolla la comunicación en el marco de la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde la perspectiva del talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó? La presente investigación tiene como propósito abordar las percepciones y experiencias del talento humano, las estrategias de atención, comunicación, la confidencialidad de la atención y motivos de consulta de los pacientes.

¿Por qué una IPS de Medellín y una de Quibdó? Si bien la investigadora tiene una relación estrecha y directa con ambas ciudades, por ser Quibdó su ciudad de nacimiento y Medellín la ciudad de residencia, hay razones que convierten a las IPS escogidas de estas ciudades en interesantes sujetos de estudio.

Empezando por los contextos: Medellín es una de las ciudades principales del país, con un enfoque fuerte en la producción textil, industrial y comercial, aporta el 42% del PIB del departamento de Antioquia, el cual a su vez aportó según datos del 2019, el 14,5% del PIB nacional(20). Medellín posee una amplia oferta de servicios de salud, la cual se compone de instituciones prestadoras de servicios de salud de todos los niveles de complejidad, que reciben pacientes provenientes de otras partes del país e incluso del mundo(21).

Quibdó es la capital del departamento del Chocó, la ciudad que alberga la mayor concentración de comercio de compra y venta, prestación de servicios, y turismo por temporada, debido a que no se caracteriza por ser una ciudad de predominio industrial(22). Posee la mayor oferta académica y de servicios de salud en el departamento, lo que la hace un lugar llamativo para la migración de los habitantes chocoanos(22). Es una ciudad pequeña en relación a otras ciudades capitales, lo que se refleja en la oferta de servicios de salud, aunque en el departamento del Chocó, cuando se requiere atención en salud, Quibdó es la ciudad predilecta.

La IPS que representa a Medellín en esta investigación posee más de 50 años de historia, brinda servicios de alta complejidad a los pacientes que acuden a ella y cuenta con una ubicación estratégica que facilita el acceso terrestre de los ciudadanos. Es una institución privada que cuenta con atención de personas con dificultades auditivas en un pabellón interno que se especializa en la colocación, reparación y adaptación de implantes cocleares, entre otros servicios.

La IPS que representa a Quibdó en esta investigación lleva más de 50 años al servicio de la comunidad chocoana, prestando servicios asistenciales de baja y mediana complejidad a los habitantes del departamento que requieren desplazarse hasta ella. Es la institución a la que más acuden los habitantes de escasos recursos propios de Quibdó y municipios aledaños, aunque implique el transporte por vía terrestre o fluvial. Es una institución de carácter público que por no contar con servicios de alta complejidad se involucra en la remisión de pacientes en condiciones graves hacia otros departamentos.

Estas instituciones cuentan con elementos en comunes y diferenciales que despiertan la curiosidad de conocer como se desarrolla la comunicación en ellas. Tienen en común que ambas son representativas en sus ciudades y regiones y se diferencian por los niveles de complejidad, de allí que ¿Es preciso asegurar que una institución privada goza de mejores recursos para brindar una comunicación adecuada en el proceso de atención de una

persona con discapacidad auditiva y una pública no los tiene? Ambas son ciudades capitales, pero solo Medellín es ciudad principal en Colombia, con amplias facilidades para los habitantes aspectos como el transporte y la educación, pero ¿eso implica que esas facilidades se trasladan a la atención de la persona con discapacidad auditiva? ¿Se podría asegurar que la IPS de Quibdó por ser una ciudad pequeña y con una oferta limitada de servicios de salud, no posee herramientas para atender a personas con discapacidad auditiva?

Esas preguntas son las que orientan la realización de esta investigación.

2. Justificación

Las instituciones de salud deben procurar que los recursos de las mismas cumplan con los lineamientos establecidos en las normas para el desarrollo y la prestación de los servicios, así como para garantizar la seguridad en la atención (10) (23). Entre todos los aspectos para tener en cuenta para la estabilidad y eficiencia de una institución prestadora de servicios de salud, que el talento humano esté debidamente capacitado comprende un pilar importante (24).

De ninguna manera, el tener una discapacidad puede ser un pretexto para que una persona no acceda a los servicios y al goce efectivo de sus derechos (25) (26).

Lo anterior, debido a que una de las justificaciones que presentan los directivos de las instituciones de salud es que debido a la conocida crisis financiera que ha atravesado el sector salud en los últimos años, que incluso ha obligado al cierre parcial o total de servicios (27), no ha sido posible implementar mejoras en las condiciones para la atención del paciente con discapacidad auditiva, ya que el interés se enfoca en resolver otros asuntos (27).

Por consiguiente, las condiciones que deben poseer las instituciones para que los pacientes puedan recibir una atención plena, coherente y diferenciada no se presentan. Por otro parte, no se ha enfatizado, ni priorizado la creación de estrategias que eliminen las barreras de comunicación en la atención especialmente de personas con discapacidad auditiva (4) (13).

Aunque se han establecido cambios en el sistema de salud, se busca que las instituciones cuenten con sostenibilidad financiera para garantizar atención de calidad, esto sigue siendo, en algunos casos, utópico (23).

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial crearon en conjunto un informe sobre la discapacidad a partir de la información plasmada en la Encuesta Mundial de Salud de la OMS y el Estudio de Carga Mundial de Morbilidad, de la misma institución. Estos informes se crearon a partir de la información proporcionada por cerca de 70 países de los cuales 59 representaban el 60% de la población mundial (28).

Algunos de los resultados arrojados, indican que la discapacidad prevalece mayoritariamente en los países en desarrollo. En estos países es más frecuente que se presente la discapacidad entre los grupos vulnerables: en adultos mayores y personas ubicadas en el quintil de ingresos más pobre (28).

La Organización Mundial de la Salud en su página web, proporciona información respecto a la población que padece discapacidad auditiva a nivel mundial. Datos arrojados el 15 de marzo del 2018 refieren que 466 millones de personas, de las cuales 34 millones son infantes, sufren discapacidad auditiva a la fecha(1). Esto corresponde al 5% de la población mundial.

Lo anterior configura un gran reto para las naciones y las organizaciones e instituciones en materia de salud, dado que la mayoría de las personas con discapacidad auditiva viven en países y regiones de ingresos bajos y medios, cuentan con poca educación en el tema y así mismo poca ayuda(28).

Sin contar que las instituciones que proporcionan servicios de salud no gozan de personal y condiciones idóneas para atender satisfactoriamente las demandas de esta población (4)(13).

El desconocimiento de la LSC, mencionado anteriormente como el medio de comunicación principal de la población sorda alfabetizada, impide un abordaje completo.

Esta situación le dificulta al personal de la institución aspectos tan sencillos como orientar al paciente hacia el área de la institución donde será atendido (si no se le puede dirigir personalmente)(13).

Preguntarle datos personales, antecedentes en relación con la prestación del servicio, síntomas que presente e hipersensibilidad a fármacos entre otros, impidiendo así la humanización de los servicios, la inclusión del paciente como actor decisorio y la calidad en la atención como pilares que fundamentan la relación del paciente con la institución y el personal que la compone(4).

En la atención en salud la interacción de los pacientes no se limita al talento humano asistencial, en virtud de que el personal de otras áreas, como las administrativas, logísticas y de apoyo tienen inherencia en el proceso.

Dado que de la calidad de la relación paciente-talento humano depende en gran medida el éxito de la prestación, diagnóstico y tratamiento, la importancia de investigaciones de esta naturaleza se refleja en que los resultados derivados del análisis de la relación entre la comunicación, la interacción con el talento humano y la atención en salud, permiten: conocer

la percepción del personal respecto a la situación; identificar los riesgos inherentes al desconocimiento de estrategias de comunicación enfocadas a pacientes con discapacidad auditiva; conocer las experiencias vividas por el personal y a su vez las expectativas de cada uno de los miembros en sus distintas áreas de trabajo, conocer la preparación a nivel de estructura organizacional de la institución de salud en materia de políticas y protocolos relacionados a la atención de los pacientes mencionados.

Al comprender la realidad de la institución e identificar las oportunidades de mejora será posible tomar decisiones e implementar acciones que fortalezcan a las instituciones, al talento humano y la calidad como eje transversal de la atención.

Un talento humano más capacitado, fortalecido, consciente y contextualizado de la situación de sus pacientes tiene mejores herramientas para brindar una atención oportuna, plena y clara. La comunicación directa entre pacientes con discapacidad auditiva y el talento humano en salud mejoraría la interacción creando relaciones fundamentadas en la confianza que deriven en mejores diagnósticos, efectividad y adherencia a los tratamientos.

3. Objetivos

3.1 General

Describir cómo se desarrolla la comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde la perspectiva del talento humano de una IPS de Medellín y una de Quibdó.

3.2 Específicos

- Reconocer las estrategias definidas por las instituciones de salud para la atención de los pacientes con discapacidad auditiva.
- Describir las características de la comunicación entre el talento humano y las PcDA.
- Caracterizar los motivos de consulta por los cuales las PcDA acuden a los servicios de salud.
- Identificar las percepciones y/o experiencias del talento humano en la comunicación con PcDA en la prestación de los servicios de salud.

4. Marcos del estudio

4.1 Marco teórico

Discapacidad

Debatida por grandes autores y vista desde diferentes temáticas como la médica, social, psicológica, filosófica y moral; la discapacidad no es un término al que se le pueda dar una única definición.

Desde el marco político, legal, social, académico y cultural se han propuesto diversos conceptos que puedan englobar el contexto de la persona que lo padece y del entorno que la rodea

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Washington Group (WG)

Organizaciones a nivel mundial se han encargado de emitir sus propios conceptos sobre lo que es la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud se unen en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud para crear un marco conceptual que unifique definiciones relacionadas con las funciones corporales y todas aquellas concatenadas con el bienestar de las personas. Estas hace parte de la familia de clasificaciones de la OMS(29).

La clasificación involucra dos aspectos fundamentales: las funciones físicas y estructuras corporales y las actividades y participación. Este último engloba conceptos relacionados al contexto de las personas y al funcionamiento desde una perspectiva individual y social (29).

- *Las funciones corporales* incluyen las funciones mentales, sensoriales, del dolor, voz y habla, endocrinas, hematológicas, inmunológicas, respiratorias, digestivas, metabólicas, neuromusculoesqueléticas, entre otras.

- *Las estructuras corporales* incluyen todos los sistemas, órganos, músculos, huesos y piel.
- *Las actividades y participación* hacen referencia al cumplimiento de tareas, aplicación del conocimiento, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, relaciones interpersonales, vida comunitaria, social, cívica y áreas principales de la vida.
- *Los factores ambientales* se relacionan con productos y tecnología, entorno natural y cambios derivados de la actividad humana, apoyo y relaciones, actitudes, servicios, sistemas y políticas.

El desglose de esta clasificación tiene como propósito entender la discapacidad como un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden afectar a las personas en cualquier momento de la vida, que comprenden la lucha de quienes la padecen y requieren del apoyo del entorno, desligándose del concepto de la discapacidad como un asunto netamente asistencial (29).

Para la Organización de las Naciones Unidas, la discapacidad es un término que se encuentra constantemente en evolución y que hace referencia a la interacción entre las personas con deficiencias, las barreras actitudinales y del entorno que evitan la participación activa en la sociedad en condiciones igualitarias de las personas que la padecen (30).

El Grupo Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad nació como un grupo de estudio de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas con "*El propósito principal de promover y coordinar la cooperación internacional en materia de generación de estadísticas sobre la discapacidad adecuadas para los censos y las encuestas nacionales*" (31)in. El objetivo principal de este grupo es proporcionar información importante sobre la discapacidad y que esta sea comparable en todo el mundo (31). Para ello se creó la clasificación del nivel de dificultad o severidad.

Niveles de dificultad o severidad

1. Nivel 1. No puede hacerlo: La persona se encuentra en situación de discapacidad total, sus condiciones le impiden llevar a cabo la actividad, por lo general requiere de ayudas y de apoyo de terceros,

- presentando un alto grado de dependencia. Ejemplo: la persona no puede ver, no puede caminar, no puede oír.
2. Nivel 2. Si, con mucha dificultad: La persona presenta una grave disminución en su capacidad para realizar la actividad, por lo general requiere de ayudas y de apoyo de terceros, muestra un alto grado de dependencia. Ejemplo: la persona no puede oír, ver, o hablar bien con claridad aun usando ayudas técnicas.
 3. Nivel 3. Si, con alguna dificultad (poca-escasa-leve): La persona encuentra dificultades para realizar la actividad, sin embargo, puede realizarla por sí misma, es independiente y en algunos casos puede requerir ayuda o apoyo de terceros.
 4. Nivel 4. Sin dificultad: Cuando la persona no se encuentra en situación de discapacidad, no presentan ningún tipo de limitación que afecte su desempeño(31).

En otro punto, es posible abordar los diferentes conceptos que han surgido sobre la discapacidad desde diferentes perspectivas.

Desde lo médico

Bajo el concepto médico la discapacidad es vista como un problema causado directamente por una enfermedad, condición de salud o trauma, que requiere atención permanente de profesionales. El tratamiento de la discapacidad está enfocado en mejorar las condiciones de vida de la persona para que pueda adaptarse (29).

Otros conceptos que se centran en el cuerpo como el elemento que se ve afectado, apuntan a que es

Una restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia (32).

Desde lo social

La discapacidad es vista como un conjunto de obstáculos contextuales, sociales, políticos, económicos y ambientales que deben ser modificados para darle a la persona que lo padece la posibilidad de desenvolverse en el espectro social (29).

Es tomada como un asunto colectivo y no del individuo que la padece, por lo que requiere que toda la población se involucre en el mejoramiento de las condiciones que permitan la participación de las personas con discapacidad en cada una de las áreas sociales (29).

Para Harlan Hahn *"El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad"* (33).

Otros autores analizan la discapacidad desde un punto de vista crítico de las costumbres sociales. Analizan las barreras institucionales, ideológicas, estructurales y actitudinales de los actores sociales como perpetuadores de las condiciones que les impiden a las personas con discapacidad integrarse naturalmente.

Abberley examinó la discapacidad como medio de opresión, señalando que ver a las personas con discapacidad como seres oprimidos es encarcelarlos como minoría poblacional inferior y carente de estructuras y herramientas para desenvolverse en relación con otros miembros de la sociedad. A la vez explica que las ideologías de grupo existentes en esta población podrían ser las que perpetúen y justifiquen su situación (34).

Definiciones mixtas

Para la Convención Interamericana Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia, la discapacidad *"significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social"* (30).

El modelo biopsicosocial integra los conceptos del modelo médico en la aseveración de que la discapacidad comprende la alteración en la función de órganos o sistemas y del modelo social cuando reconoce a la discapacidad

como diferencia social, considerando que se debe buscar la igualdad de condiciones para el ejercicio de los derechos de las personas (35).

Desde lo moral y religioso

En la antigüedad la discapacidad era considerada un defecto causado por un castigo de los dioses o Dios (dependiendo del lugar del mundo y la época en la que se mire) a las familias por las fallas cometidas. También eran consideradas producto de maldiciones generacionales que debían eliminarse o esconderse para evitar la vergüenza social.

El destino de las personas con discapacidad no tenía muchas alternativas y no dependía de ellas la que se escogiera. Estaba la invisibilización y exclusión del entorno social, aislándola completamente (36). También podía someterse a la medicación y tratamientos caseros proporcionados por las familias o por los médicos de la época. Finalmente, y dependiendo de la discapacidad, se les dejaba morir para evitarles las complicaciones de vivir con la condición (36)(37).

La persona con discapacidad era vista con vergüenza, pesar y lastima, como seres de absoluta dependencia y vulnerabilidad. Solían ser aceptados, cuando los familiares se rehusaban completamente a tenerlos, por los sacerdotes y monjas de las comunidades, que por compasión se hacían cargo de ellos(37).

En la Antigua Grecia, los espartanos llevaban a las personas con discapacidades a la cima del monte Taigeto y las arrojaban desde allí ya que para ellos un "anormal" no podía hacer parte de su pueblo(37).

Para las tribus nómadas, que requerían de fuerza para la obtención de alimento y albergue, una persona con discapacidad sólo representaba limitaciones, atraso e inconvenientes para el grupo, por lo que la mejor alternativa era abandonarla(38). En las comunidades indígenas de Suramérica, como la Salvia, en vez de abandonar a los recién nacidos con indicios de imperfecciones y dificultades congénitas o adquiridas, la alternativa escogida era quitarles la vida. En la India se les arrojaba al río Ganges, sagrados para ellos(38).

Contrario a lo anterior, en Egipto las personas con deformidades, discapacidades y diferencias eran adoradas por ser considerados seres especiales y únicos, que estaban destinados a ser parte del servicio de los faraones(38).

Como se ha visto, la definición y concepción de discapacidad ha evolucionado en el transcurrir de los años y lo seguirá haciendo para adaptarse a las circunstancias, avances sociales, tecnológicos, políticos y de salud. No puede encasillarse en un solo concepto porque desde el contexto de cada comunidad y cada individuo, las vivencias le aplican un tinte diferente.

Discapacidad auditiva

Se entiende como discapacidad auditiva a las anomalías y alteraciones en la estructura y funcionamiento del aparato auditivo que llevan a una deficiencia en la capacidad de escucha. La dificultad o imposibilidad para escuchar restringe a la persona de concretar actividades que se consideran normales (1)(39).

Otras definiciones indican que es un déficit parcial o total de la percepción de los sonidos en cada oído (40).

Existen tres términos claves para entender la clasificación de la pérdida auditiva: hipoacusia, sordera y decibelio.

-Hipoacusia: disminución en la capacidad de escucha.

-Sordera: pérdida total de la capacidad de escucha.

-Decibelio (dB) es la unidad medida con la que se evalúa la intensidad de un sonido. Un dB es la décima parte de un belio (B).

Clasificación de la pérdida auditiva

La pérdida auditiva puede clasificarse de acuerdo con diversos factores. A continuación, se explican los referentes a la parte del aparato auditivo afectada, la cuantificación del grado o nivel de pérdida y la relación con la adquisición del lenguaje.

Según la parte del aparato auditivo afectada

Hipoacusia conductiva: es producida por la afectación en la transmisión del sonido del oído externo y medio, al oído interno. *"Hay una deficiencia de la*

transformación de energía en forma de ondas sonoras a ondas hidráulicas en el oído interno por lesiones localizadas en el oído externo y/en el oído medio” (40)(41).

Hipoacusia neurosensorial: es causada por un daño en las estructuras internas del oído interno, generalmente por daños en el nervio auditivo y las células ciliadas (40)(41).

Hipoacusia mixta: es una combinación de la hipoacusia conductiva y la sensorial que repercuten en daños tanto en el oído medio como en el interno.

Según el grado o nivel de pérdida

Leve: la disminución se encuentra entre 20 y 40 db. La persona puede presentar dificultad para percibir algunos sonidos del habla y escuchar los sonidos de baja intensidad.

Moderada: de primer grado se encuentra entre 41 y 55 db. De segundo grado se ubica entre 56 y 70 db. La persona presenta retraso en el habla y el lenguaje, al mismo tiempo que falta de atención y dificultades en el aprendizaje.

Severa: de primer grado entre 71 a 80 db y de segundo grado se encuentra entre 81 y 90 db. La persona puede percibir los ruidos fuertes. Presenta dificultades en el habla y el lenguaje. Articulación y ritmo prosódico alterados.

Profunda: superior a 90 db. No es posible la percepción del habla, pero sí de los ruidos muy potentes.

Sordera: superior a 120 db. No se percibe nada(41).

Según la relación con la adquisición del lenguaje:

Hipoacusia prelocutiva o prelingual: la hipoacusia sucede antes del desarrollo del habla lo cual tiene un impacto importante ya que dificulta el aprendizaje.

Hipoacusia poslocutiva o postlingual: ocurre después de que el habla se ha desarrollado completamente, teniendo una incidencia escasa o nula en la misma.

Hipoacusia perilocutiva: aparece durante el desarrollo del habla.

Como las anteriores existen otras clasificaciones como la cronología y la evolución, que definen con mayor detalle la pérdida de la capacidad de escucha(41).

Para poder entender y describir los elementos que componen un fenómeno, es menester contar con las herramientas que oriente la adquisición de conocimiento y comprensión. Este amplio acercamiento a los conceptos que engloban la discapacidad y específicamente la discapacidad auditiva desde diversas esferas, le permiten al lector contextualizarse acerca de la historia y las implicaciones que ha tenido en el tiempo la discapacidad para las personas. Las causas de la pérdida de la audición, los niveles de sordera y la relación con la adquisición del lenguaje permite entender que la comunicación con una persona con discapacidad auditiva varía de acuerdo a la etapa de la vida en la que perdió la audición, en cual nivel de pérdida se encuentra, entre otros factores que el lector encontrará en el desarrollo de este apartado.

La comunicación

A lo largo de la historia de la humanidad, la comunicación se ha visto involucrada y ha evolucionado a la par de los seres humanos. Desde las pinturas rupestres, la comunicación ha sido el proceso que permite la transmisión de información de quien la emite a quien pretende que la reciba.

En un principio la comunicación se daba como manifestación humana mediante acciones corporales. Gesticulación, postura corporal, roces o incluso señalar un objeto o camino servía para darle a entender a los semejantes posibles peligros e intenciones.

Otra forma de comunicación visual fue el arte rupestre(42). Las pinturas rupestres son aquellas formas de expresión gráficas realizadas sobre piedra mediante la utilización de pigmentos o métodos de grabado en piedra. Los petrograbados "son aquellos realizados por medio de las técnicas de incisión, abrasión, percusión directa o indirecta sobre el soporte de piedra, mismas que se pueden utilizar de manera única o combinada" que era creados con propósitos místicos o para rituales(43).

Para algunos autores no es apropiado interpretar las intenciones detrás de las pinturas, pero aun así consideran que podrían haber sido creadas con la

intención de representar y recordar eventos y que de igual modo podían tener un significado religioso(43).

Aristóteles concibió la comunicación como un proceso de persuasión mediante el cual se busca convencer a la otra parte de que comparta el mismo punto de vista.

Si bien fue ampliamente aceptado, en el transcurso de los años se fue transformando el discurso de Aristóteles por uno que señalaba a la comunicación como un proceso que implicaba más que solo persuadir a las personas. También infería la transmisión de deseos, sentimientos, expresiones, pensamientos y argumentos(44).

Los ingenieros Claude Shannon y Warren Weaver plantearon un modelo que considera a la comunicación como un fenómeno constituido por 5 partes

Una fuente de información que produce mensajes; un transmisor que convierte los mensajes en señales transmisibles; un canal transportador por el que se efectúa la transmisión de dichos mensajes; un receptor que reconvierte las señales en mensajes; y un destinatario que es la persona, o cosa, a la que van dirigidos los mensajes(44).

Ahora bien, el modelo creado por estos 2 ingenieros, la teoría de la matemática de la comunicación, que daría pie a la teoría de la información, se fundamentaba en la comunicación entre equipos electrónicos, pero fue ampliamente aplicado a seres humanos por otros autores (44).

Harold Lasswell fue un destacado profesor, politólogo y sociólogo estadounidense. Creador del modelo que lleva su apellido, se fundamentó en los cuestionamientos de "*quién se ha comunicado, qué dijo, por qué canal se ha comunicado, a quién se ha dirigido y qué resultado produjo la comunicación*" para definir a la comunicación como un proceso lineal y unidireccional(45).

Al igual que Claude Shannon y Warren Weaver, el modelo de Lasswell no se creó pensando en los seres humanos. En su caso, lo hizo para estudiar los medios de comunicación masivos.

Posteriormente Lasswell se centró en la comunicación afectiva con el propósito de entender cómo el comunicador podía cambiar su forma de comunicarse de manera que pudiera afectar al receptor(45)(46)

Como su principal pensamiento fueron los medios de comunicación, Lasswell veía a la comunicación como un proceso sin retroalimentación, en el que el

mensaje se enviaba y tenía un impacto en quien lo recibía, pero no había una respuesta de ese receptor. Él también incorporaba los elementos más conocidos de la comunicación y emitía conceptos sobre cada uno de ellos.

En el modelo de este sociólogo, el emisor era el sujeto que generaba los estímulos comunicativos con la intención de generar, intencionalmente, un efecto en el receptor. El contenido (comúnmente llamado mensaje) es el conjunto de estímulos provenientes del emisor. El medio es la forma o herramienta que utiliza el emisor para hacer llegar su mensaje. Podría ser por medio del habla, los textos, imágenes u otros. El receptor como ya se ha mencionado es quien recibe la información y el efecto o resultado es lo que se ha conseguido con la trasmisión de la información(46).

Quien sí habló de retroalimentación fue el ingeniero Norbert Wiener. Introdujo el concepto de feedback que se refiere la respuesta que el receptor le envía al emisor como retorno de la información proporcionada(44).

Los conceptos planteados en esta investigación tiene el propósito orientativo de acercarlo y ayudarlo a inmiscuirse en la temática, de forma que la pueda entender. El concepto de comunicación si bien está estructurado académicamente, esbozando incluso concepciones de la ingeniería y el estudio de los medios masivos, tiene el propósito de instruirle en como la comunicación encuentra la forma de desempeñarse y se adapta a las circunstancias, desde el nacimiento de la humanidad.

La investigación indaga como se desarrolla la comunicación entre el talento humano y el paciente con discapacidad auditiva, por lo que la interacción entre estos 2 actores debe estar mediada por estrategias y herramientas que se adapten a las circunstancias.

Lenguaje

No se puede separar a la comunicación del lenguaje puesto que *“El lenguaje es la herramienta que posibilita al hombre realizar o expresar sus ideas, pensamientos, sentimientos y que se materializa a través de signos verbales produciendo la comunicación”* (47).

El lenguaje es un sistema de signos y símbolos que permiten a los individuos comunicarse entre sí.

Noam Chomsky considera que los seres humanos tienen un sistema lingüístico innato. Afirma que existen estructuras en la mente que permiten el aprendizaje de cualquier idioma y a su vez la capacidad de hablar. A partir del léxico de su idioma nativo, según Chomsky, y el relacionamiento con las estructuras sintácticas del lenguaje, el ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse con otros con los que comparte idioma, pero también desarrolla la capacidad de aprender cualquier idioma, incluso si es diferente al de sus progenitores(48).

La teoría innatista de este famoso pensador y lingüista no concibe la repetición e imitación como elementos que influyan en la adquisición del lenguaje. Quien sí considera a la repetición como un elemento fundamental en la conducta es Burrhus Frederic Skinner. El conductismo es una rama de la psicología que se encarga de estudiar y analizar el comportamiento observable de personas y animales mediante estrategias experimentales (48).

Skinner plantea que el ser vivo (porque algunos de sus experimentos se hicieron con ratas) tiene un *condicionamiento operante*, que le hace actuar sobre el ambiente. En el transcurso de este actuar, el ser se encuentra con un estímulo llamado *estímulo reforzador*, que tiene la capacidad de incrementar al *operante*, que es la respuesta al estímulo y la consecuencia que se deriva del mismo, lo que modifica la tendencia a repetir el comportamiento en el futuro(49)(50).

La siguiente situación permite entender mejor la teoría:

Imagínese a una rata en una caja. Esta es una caja especial (llamada, de hecho, "la caja de Skinner") que tiene un pedal o barra en una pared que cuando se presiona, pone en marcha un mecanismo que libera una bolita de comida. La rata corre alrededor de la caja, haciendo lo que las ratas hacen, cuando "sin querer" pisa la barra y ¡presto!, la bolita de comida cae en la caja. Lo operante es el comportamiento inmediatamente precedente al reforzador (la bolita de comida). Prácticamente de inmediato, la rata se retira del pedal con sus bolitas de comida a una esquina de la caja(49).

Si posteriormente la rata presiona el mecanismo repetidamente y no salen bolitas de comida, ella dejará de presionarlo. A eso Skinner le llamó *extinción del condicionamiento operante*. Al reactivar el mecanismo de comida y volver a entregarle bolitas a la rata si presiona el pedal, por el contexto histórico y acción de recompensa, recordará la acción-recompensa y a diferencia de la primera vez cuando estaba aprendiendo, lo hará con mayor rapidez (49).

La aplicación de esta teoría al lenguaje oral en humanos entiende que la repetición del léxico de quien emprenda la acción influye en quien lo escucha de manera que, al repetir las palabras y obtener una respuesta, se vea incentivado el sistema de repetición y aprendizaje.

Si bien ambas teorías expuestas son completamente diferentes, en cada una sus autores intentan describir cómo para ellos sucede el proceso de adquisición de diferentes comportamientos, entre estos el lenguaje(49)(48).

Como característica de los seres vivos el lenguaje no se limita únicamente al habla. El lenguaje puede expresarse de diversas formas, como la no verbal.

El ser humano se comunica mediante gestos desde el inicio de la vida. Estos gestos, acompañados de ruidos o gemidos, pueden indicar hambre, sueño, dolor, incomodidad o alegría. Innatos o producto de un estímulo, son las primeras formas de comunicación utilizadas(49)(48).

A medida que el individuo crece, ya sea que adquiera el lenguaje oral o no, el lenguaje no verbal se va fortaleciendo, generando gestos nuevos. Estos gestos van acompañados de acciones que le dan características específicas a las expresiones en determinadas situaciones(48)(49).

La formalización del lenguaje no verbal en sistemas como la lengua de señas, ha permitido la integración social de las personas que no poseen el lenguaje verbal como sistema primario de comunicación, entendiendo que el habla no es indispensable para comunicarse.

En este punto es posible entender cómo se van concatenando los conceptos para darle cuerpo al resto de la investigación. En el apartado de *planteamiento del problema* de este documento, se explica ampliamente la lengua de señas, un sistema complejo de signos que se vale de las manos y los gestos corporales para expresarse, que es utilizado por las personas con discapacidad auditiva que lo han aprendido y que, de acuerdo a los estudios mencionados en ese apartado, solicitan que el talento humano lo aprenda.

¿Para qué necesita el lector una catedra de lenguaje en el marco de esta investigación? Lo que precisa el entendimiento del lenguaje es que puede variar de individuo a individuo, comunidad o colectivo, por lo que, en la búsqueda de respuestas a ¿Cómo se desarrolla la comunicación entre el talento humano y el paciente con discapacidad auditiva? Es menester tener presente que en la necesidad de comunicarse las personas puedan valerse de las herramientas que estén a su alcance, así no sean las convencionales.

Comunicación dialógica

El yo-tú, yo-Tú y yo ello, son las consignas de la filosofía del diálogo del Martin Buber, también conocida como filosofía del yo y filosofía personalista. Esta se basa en la premisa de que no existe un yo aislado, que los seres humanos no nos encontramos solos en el entorno, que siempre existe una relación con el otro. Ese otro puede verse como un tú de persona, un Tú divino y un ello como un elemento u objeto(51).

La relación con el tú implica reciprocidad, coparticipación, naturalidad, compromiso, respeto, autenticidad, entendimiento y una gama de expresiones que reconocen al otro en su esencia, en sus particularidades como persona, evitando así la dominación e imposición sobre él(51).

"El yo-tú permite una relación mutua y directa por medio de la cual el yo se da al tú y viceversa"(51). En la interacción, se condensa la interpretación del otro, creando un ambiente de apertura y confianza, en el que cada individuo participa desde su esencia. Si bien hay una integración, cada individuo continúa siendo él mismo, conservando sus diferencias, generando equidad y respeto en el hecho(51).

Contrario a esto, la relación con el yo-ello refleja cosificación y utilización, puesto que ello no tiene la misma naturaleza del yo, de manera que solo se ve como un objeto que proporciona un beneficio(51).

En la experiencia entre el yo y tú se despliega la relación participativa, directa, mutua y en la que la comunicación juega un papel importante.

"Lo dialógico se conceptualiza entonces como una instancia de relación ilimitada que trasciende al lenguaje (finito por naturaleza) y que se define como ese estar en dos en recíproca presencia, que es donde se realiza y reconoce el encuentro con el otro". Para Buber, el diálogo debe ser fluido y natural; no impuesto ya que es como el ser se transforma y se presenta ante el otro. El interlocutor, es decir, el tú, debe estar presente, coherente y en la capacidad de dar respuesta al diálogo(51).

Talento humano

El talento humano es el músculo que le da vida a los objetivos de las organizaciones. Anteriormente llamado recursos humanos, se cambió al

término "talento" debido a que los recursos son finitos, sin embargo, el talento permanece y a medida que se ejerce, se fortalece.

Idalberto Chiavenato es un renombrado autor brasileño que se ha destacado por sus aportes a la administración. Escritor de más de 30 libros, de los cuales más de 17 han sido traducidos al español, creó una serie de escritos en los que aborda la teoría de la administración desde sus inicios.

Entre esos libros se encuentra Administración de Recursos Humanos, en el que plantea de forma abierta y explícita el estudio de los seres humanos en las organizaciones, el proceso de reclutamiento, los cargos, la rotación del personal, la comunicación, el trabajo en equipo, entre otros importantes puntos de la administración(52).

Para Chiavenato, las personas son seres individuales que planean, coordinan, actúan y establecen directrices para el cumplimiento de las determinadas metas de las organizaciones. Para que las organizaciones logren la continuidad y el éxito, deben estar compuestas de un talento humano capacitado, organizado, propositivo y eficaz(52). Anteriormente las personas eran vistas como máquinas que solo debían ejecutar sus respectivas tareas, a medida que los estudios administrativos avanzaban, se comprendió que era importante que el sujeto también fuese administrador de sus tareas, de manera que tuviera completa conciencia de sus responsabilidades, las soluciones a los posibles problemas y las herramientas para el mejoramiento continuo de sus funciones(52).

Como poseedores de personalidad, objetivos individuales, capacidades, diferentes y conocimientos, las personas se integran a las organizaciones con la intención de, primero, obtener a cambio una retribución económica que permita la subsistencia, y segundo, para el cumplimiento de objetivos académicos, profesionales y laborales. De allí que es indispensable que se logre la unidad de forma que los individuos se complementen en un equipo que unifique esfuerzos y cumplan los objetivos de las organizaciones(52).

El talento humano que labora en las instituciones de salud lleva consigo la responsabilidad de atender con dedicación y esmero a las personas que buscan la mejoría de sus condiciones de salud, incluso cuando las condiciones para laborar no son óptimas. El personal no siempre cuenta con los insumos apropiados para la realización de sus funciones y se ven en la necesidad de improvisar, lo que no influye positivamente en la motivación de los mismos. Como se menciona en el apartado, son seres sintientes con aspiraciones y objetivos, por lo que sus percepciones y experiencias son claves y necesarias para el entendimiento de la situación.

En la revisión bibliográfica, las investigaciones suelen priorizar la voz de los pacientes, lo cual es sumamente valioso, pero ¿y la voz del talento humano? La voz de las personas que conforman la otra parte de la historia también tiene algo que contar.

Atención en salud

Es un conjunto de procesos encaminados a prestar servicios, cuidados, tratamientos y atenciones en salud a los individuos y comunidades con el propósito de contribuir en su bienestar(53).

Si bien se suele pensar como un mecanismo para curar la enfermedad, la atención en salud también se enfoca en prevenirla, de modo que se creen estrategias y programas para educar a la población sobre los cuidados necesarios para evitar determinadas enfermedades, estrategias específicas que implican acciones protectoras en las personas, como la vacunación y la toma de presión arterial y la promoción de hábitos de vida saludables para que las poblaciones adopten comportamientos que contribuyan al bienestar, como el consumo de frutas, verduras, la actividad física y el cuidado de la salud mental(53).

La asistencia sanitaria comprende determinados objetivos pensados en conservar, prevenir, curar, tratar, paliar y rehabilitar los procesos de salud-enfermedad.

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como su nombre lo indica, se trata de evitar que los individuos se enfermen. Esto se logra mediante la capacitación de las personas sobre las acciones que deben tomar para conservar un estado de salud óptimo. También se logra proporcionándoles a las comunidades las herramientas en salud pública necesarias, como el agua potable(53).

Uno de los componentes de la prevención de la enfermedad es la detección temprana, que es el conjunto de procedimientos e intervenciones dirigidas a diagnosticar de manera oportuna la enfermedad, para así brindar las atenciones pertinentes y disminuir los riesgos de complicaciones, duración, incapacidad y muerte(53).

Llegada la enfermedad, las atenciones se encaminan en evitar el deterioro y curar las patologías. En aquellas afecciones de carácter crónico, se busca

lograr el equilibrio que le permita a las personas controlar la enfermedad y tener una vida normal, como en el caso de la hipertensión y la diabetes(53).

El proceso de rehabilitación comprende la identificación de la enfermedad, los mecanismos para combatirla, las herramientas necesarias y demás elementos importantes del proceso, de manera que, de acuerdo con el paciente, los estudios, y la patología en sí, se logre la recuperación deseada.

Los cuidados paliativos toman lugar cuando las acciones científicas y médicas no obtienen la curación de la afección, en el caso de las enfermedades incurables. Lo que se intenta es evitar el dolor y el sufrimiento(53).

Humanización de los servicios de salud

La humanización de los servicios de salud implica el trato respetuoso a cada uno de los pacientes indistintamente de sus características y orígenes. Involucra la sensibilidad del talento humano que debe anteponer la dignidad, compasión, comunicación y atención óptima ante cualquier adversidad que se presente(53).

Las condiciones socioeconómicas, personales, familiares y morales, no deben ser un argumento para no prestar la atención merecida a cada persona, así como tampoco lo debe ser la orientación sexual, inclinaciones políticas, religiosas y académicas(54)(55). Como sujetos de derechos, el goce efectivo del derecho a la salud debe brindarse sin limitaciones (12)(56).

La ética del talento humano en salud involucrado en la prestación de servicios juega un papel fundamental en su humanización(57) . En una era en la que ciertamente las instituciones de salud pasan por problemas financieros que ponen en riesgo la sostenibilidad de los servicios, infortunadamente existen datos de instituciones que restringen a los profesionales de la salud a prescribir ciertos medicamentos y atenciones a los pacientes con el fin de no "elevar" los costos(27).

No se trata de minimizar la vida del paciente reduciéndolo a ¿cuánto le va a costar a la institución?, tampoco se trata de utilizar los recursos indiscriminadamente como si fueran infinitos. Se trata de encontrar el equilibrio necesario para que la atención se de en condiciones plenas.

El talento humano requiere contar con los insumos apropiados. Eliminar las barreras administrativas con el fin de que puedan cumplir con la responsabilidad de brindar las condiciones óptimas para la atención(54). Esto

incluye incentivos al talento humano, pago oportuno de salarios, contratos que no representen incertidumbre en el futuro, capacitaciones y fortalecimiento de los conocimientos. Suministrar los elementos científicos, técnicos, médicos, psicológicos, éticos, físicos y condiciones laborales que incentiven a hacer cada día un mejor trabajo(54).

Esta humanización se extiende a los familiares de los pacientes. Sensibilizarse ante la postura de la situación que enfrentan, recordar que también son seres sintientes, a quienes se les debe abordar con dignidad, respeto y comprensión. Ariza enfatiza en la importancia de entender que los familiares son una parte fundamental en la vida de los pacientes, por lo que una relación sana, sincrónica, compenetrada y transparente, influye positivamente en su estado de salud, lo que a su vez permite la creación de esquemas que faciliten la recuperación(54)(58).

La humanización de los servicios de salud implica la unificación de todos los actores involucrados: talento humano, administración, familiares y entidades regulatorias. También la comprensión de todos los recursos imprescindibles, que complementan los conocimientos de los profesionales(57).

En ese sentido, la humanización debe comprender cada una de las aristas que componen al paciente. Esto incluye las dificultades para comunicarse en el caso de los pacientes con discapacidad auditiva.

Una comunicación fluida, directa, transparente, amable, concreta, sana y explícita con el paciente, permite que se cree confianza y lazos fuertes con el talento humano en salud, así como la correcta comprensión e interpretación de su situación en salud (54)(13). La inquietud que se presenta es ¿cómo garantizar la humanización de los servicios en el contexto de una persona con discapacidad auditiva, no oralizada, que no pueda comunicarse directamente con el talento humano?

Esta comunicación no se restringe únicamente al personal asistencial. La imposibilidad de comunicarse directamente impacta todos los aspectos que comprende la atención en salud: recibir indicaciones para acceder a los espacios físicos de la institución, recibir información relacionada con el acceso a los servicios, participar de las campañas de promoción y prevención, solicitar citas de forma autónoma, conocer la posología de los medicamentos, integrarse a los grupos de apoyo destinados a pacientes con patologías específicas, eliminar el analfabetismo en salud, garantizar la adherencia del paciente a los tratamientos indicados, por solo mencionar algunos(59)(60).

La implementación de programas de capacitación que le brinden al talento humano las herramientas para establecer comunicación directa con el paciente eliminarían estas barreras y le darían vida a la atención humanizada (4)(13)(59).

Confidencialidad del acto médico

La Asociación Médica Mundial es la organización internacional que representa a los médicos desde su creación en 1947. El propósito de la organización es velar por el cumplimiento de las responsabilidades, conductas y deberes de los médicos, así como el derecho de estos a la autonomía e independencia en el ejercicio de la carrera(61). Algunas de sus funciones incluyen velar por los derechos de médicos y pacientes, la generación de conocimiento y educación médica, políticas de salud pública, liderazgo y planificación del talento humano para los servicios de salud(61).

En la segunda Asamblea General de Ginebra en 1948, nace la Declaración de Ginebra, que adoptó los principios básicos del juramento hipocrático antiguo y crea la versión moderna del mismo(62).

El juramento hipocrático es un discurso antiguo creado por Hipócrates de Cos (460 Ac- 377 Ac) quien es considerado el padre de la medicina, y que describe directrices éticas y profesionales que deben cumplir aquellos que estudian las ciencias de la medicina(63).

La Declaración de Ginebra hace mención del respeto por las decisiones del paciente en lo referente a su tratamiento, la confidencialidad de la información suministrada, la protección del derecho a la privacidad del acto médico, el respeto por las diferencias religiosas, culturales, y personales de cada paciente. Indica la responsabilidad del profesional por procurar el mejor bienestar por la vida de todos, crear relaciones amistosas y sanas con sus pacientes, solicitar opiniones de otros profesionales cuando sea necesario, actuar con justicia, bondad, compasión, prudencia, entre otros(62).

La confidencialidad del acto médico corresponde a uno de los mayores compromisos y responsabilidades que se adquieren en el ejercicio de las ciencias de la salud y se extiende a los documentos que se deriven de las atenciones en salud, como lo es la historia clínica.

Diversos autores han escrito sobre la confidencialidad del acto médico, la privacidad del paciente y las implicaciones inherentes a la relación entre

ambos actores. Desde el ámbito ético, médico, político, legal y filosófico, la confidencialidad apunta siempre a un estatus de prudencia y minuciosa complicidad.

Carlos Alberto Almonacid, en su artículo *La reserva y confidencialidad en la relación médica como manifestación del derecho constitucional a la intimidad*, refiere un punto muy importante en relación con esta investigación: El acceso a la historia clínica por parte de los familiares de una persona que no se encuentra en la capacidad de acceder por sí misma, es decir, una persona que posea alguna discapacidad que le impida entender la historia clínica(16).

La historia clínica es un documento de carácter privado y confidencial al cual solo pueden acceder: la institución donde se genere, el profesional de la salud y el paciente en cuestión (64)(65). Cuando una persona se encuentra incapacitada para acceder a la historia clínica, o para interpretarla, como en el caso de las personas con discapacidad auditiva que no saben leer en español, la normatividad colombiana permite que familiares y/o allegados del paciente, puedan acceder a ella para efectos de la continuidad de la atención o tratamiento y en caso de que la persona no exprese explícitamente que no permite el acceso(16).

Para Almonacid así sean familiares, acudientes o allegados y por más que las normas lo permitan, si acceden a los datos confidenciales del paciente, la privacidad no está siendo resguardada(16).

La atención en salud como marco de la interacción entre el talento humano y el paciente con discapacidad auditiva, la humanización de los servicios y la confidencialidad en la atención, como pilares de la investigación, concluyen el apartado teórico recordándole al lector lo que se espera de una atención en salud que refleje la calidad, el cuidado y en el caso de las personas con discapacidad auditiva, el enfoque diferencial. Ahora bien, la atención en salud varía según el contexto, y como esta investigación se sitúa en Medellín y Quibdó, 2 ciudades completamente diferentes, tan diferentes como las instituciones hospitalarias que las representan, es preciso cuestionarse cuán diferente es el manejo que se le da al proceso de atención y a la comunicación con el paciente que presenta una discapacidad auditiva.

4.2 Marco legal

La discapacidad auditiva como un tema de preocupación a nivel mundial, ha incitado la creación de políticas nacionales e internacionales que propendan por la correcta atención y el desarrollo de la persona con discapacidad auditiva. En esto se engranan normas de diferentes niveles.

Es fundamental hacer mención, en primer lugar, a la declaración universal de los derechos humanos, que establece que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”* y que las naciones deben proteger estos derechos(55).

En relación, el artículo 3 de la declaración establece que todo individuo tiene derecho a la vida, la libertad y seguridad de su persona (55). El artículo 19 menciona que toda persona tiene derecho a la libertad de expresión, poder difundir sus pensamientos e ideas sin miramientos y, sobre todo, el poder recibir información, lo cual, en el contexto de la salud asistencial influye en la recuperación del paciente.

El artículo 21, numeral 2, dice que *“Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país”*(55), igualmente, el numeral 22 dicta que toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social de su país y obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales.

En ese orden, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad busca visualizar la necesidad de la población que las compone, eliminar las barreras que impiden el libre desarrollo de la personalidad de las personas con discapacidad, así como promover el castigo a todo tipo de vulneración y discriminación(30).

Contextualizando el plano nacional, la norma de normas que rige es la Constitución Política Colombiana de 1991, en la que se establece que los ciudadanos del territorio nacional son poseedores de deberes y derechos que deben ser respetados(26). A su vez hace mención de la responsabilidad del estado de proteger la vida de los ciudadanos. El artículo 48 refiere que la seguridad social es un servicio del estado de carácter público que se prestará bajo coordinación del estado y que es de carácter irrenunciable. De esta manera el artículo 49 indica que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación en salud(26).

En consecuencia, se establece en el año 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual dicta que deberán eliminarse las barreras que impidan el acceso a los servicios de salud (66).

Equiparación de oportunidades para las personas sordas según la Ley 982 de 2005(10). La relación de esta norma con la investigación se fundamenta en que las personas con discapacidad, al igual que el resto de la población, pueden cumplir un rol activo en la sociedad y por ende beneficiarse de los servicios que disponen el resto de los ciudadanos.

Las disposiciones en materia de talento humano en salud son establecidas por la Ley 1164 del 2007(67). Esta norma define que el talento humano en salud debe cumplir con las competencias y la formación académica propias de la profesión para ejercer la práctica en instituciones de salud(66). Para efectos de esta investigación esta norma es pertinente debido a la interacción del paciente con discapacidad auditiva, el talento humano y la necesidad de que estén capacitados en herramientas de comunicación dirigidas a la condición de los pacientes, que se enfatiza en la Ley 1618 del 2013(12).

La sentencia T-760 del 2008 que define la salud como un derecho fundamental y comprende el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna(68). Dicha norma aplica para todos y cada uno de los habitantes del territorio nacional, por lo que es completamente aplicable a la población con discapacidad auditiva.

La Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, que presenta datos relevantes, relacionados con la caracterización de esta población, la construcción de la política en sí, las dificultades para el acceso a los servicios básicos, enfoques, objetivos, líneas y ejes(69).

La Ley estatutaria en salud, 1751 del 2015, que regula la salud como derecho fundamental y establece los mecanismos de protección(23).

En Colombia también se ha legislado sobre la historia clínica mediante la Resolución 1995 de 1999. Esta norma la define como:

Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley (65).

Finalmente, el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, (RLCPD) "es la plataforma en la cual se registra la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad, a fin de establecer la caracterización y localización geográfica, en los niveles municipal, distrital, departamental y nacional del solicitante"(70).

4.3 Marco contextual

Chocó

El departamento del Chocó hace parte de los 32 departamentos que conforman el territorio nacional. Ubicado en el noroeste de Colombia, es uno de los departamentos geográficamente más ricos del país por su inmensa diversidad de fauna y flora y por ser el único en limitar tanto con el océano pacífico como con el atlántico.

En el territorio colombiano limita con los departamentos del Valle del Cauca, Risaralda y Antioquia, a los cuales se puede acceder por vía terrestre, pero con mayor facilidad por vía aérea.

Con 30 municipios, el Chocó se caracteriza por tener selvas densas y abundantes, que proporcionan alimentos y víveres para la población. Las constantes lluvias, que ocurren más de 200 días al año, impiden el cultivo de ciertos alimentos, sin embargo, la producción de plátano, yuca, banano, arroz, chontaduro, entre otros, proporcionan sustento a los habitantes; los caminos terrestres usualmente son difíciles de recorrer debido al pésimo estado de las vías(71).

La variedad de ríos que recorren el territorio proporcionan abundantes frutos comestibles como el dentón, (un pez muy consumido en la región) y a su vez permiten transportar a los habitantes y los productos de básica necesidad hacia los municipios más alejados del departamento; el río Atrato y el San Juan son los más importantes.

Su economía se fundamenta en la pesca, agricultura, explotación forestal y minería, aunque desafortunadamente este último representa un factor destructivo para el medio ambiente. En la minería destaca la extracción de oro, plata y en menor proporción, platino, lo que ha hecho del departamento un objetivo atractivo para las empresas mineras internacionales.

Pese a las grandes fortalezas que tiene el Chocó, paradójicamente, es uno de los departamentos con mayores índices de pobreza, desempleo, hambre, necesidades básicas insatisfechas, violencia, desplazamiento forzado, abandono estatal, mortalidad infantil, deterioro de vías y más. Del 65 al 81% de los habitantes del departamento carecen de las necesidades básicas en el componente de servicios públicos, ubicando a los municipios de Riosucio, Medio Baudó, Istmina y Medio Atrato por encima del 90%. Según el

indicador de importancia económica del DANE, la participación porcentual del Chocó en el PIB nacional es solo del 0.4%, lo cual es consecuente con la estructura económica del departamento. La tasa de desempleo se encuentra en el 11.4%, predominando la informalidad(72)(73).

Según datos del 2019, el Chocó era el departamento de la región pacífica colombiana con el mayor porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional con el 42,3%, según Índice de Pobreza Multidimensional del DANE (IPM)(73).

Los problemas de salud que se presentan en la región son una consecuencia directa de lo antes mencionado.

En el departamento solo los municipios de Quibdó, Istmina, Tadó, Carmen de Atrato, Acandí, Condoto y Bahía Solano cuentan con hospitales públicos. El resto de los municipios y corregimientos poseen centros de salud, la mayoría en condiciones deplorables para la prestación de los servicios. Es por ello por lo que la mayoría de los habitantes del departamento deben dirigirse al único hospital de segundo nivel del departamento, ubicado en la ciudad de Quibdó: la ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís. Desde esta institución se gestiona la mayoría de las atenciones en salud que reciben los habitantes que no pueden acceder al resto de instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter privado. De esa misma manera, cuando los pacientes requieren servicios que no presta esta IPS, son trasladados a otras ciudades, generalmente las capitales de los departamentos limítrofes. La ESE Hospital Ismael Roldan de carácter municipal y de primer nivel de complejidad, también ubicado en la capital, es la segunda IPS pública que recibe pacientes provenientes de todo el departamento, pero en su mayoría son residentes de Quibdó.

Quibdó

Quibdó o San Francisco de Quibdó como aún los nombran algunos habitantes de la ciudad, es la capital del departamento del Chocó.

Con una extensión de 3337.5 km² y un aproximado de 120.679 habitantes según el censo de población del 2018, Quibdó tiene una participación en el territorio chocoano del 13%. Este mismo censo indicó un total de 35.071 viviendas(22).

Cuenta con 27 corregimientos y un área urbana del 65% del territorio. Es la ciudad donde más se concentra la actividad comercial, política y económica

del territorio, seguido del municipio de Istmina. En Quibdó se concentra la mayor oferta académica del departamento del Chocó en lo referente a educación superior y la migración más grande, siendo la ciudad predilecta de los habitantes de los municipios alejados que buscan mejores condiciones de vida(22).

En relación con capitales departamentales, Quibdó es una ciudad pequeña, mayormente regida por el comercio de compra y venta, restaurantes, sitios de entretenimiento como discotecas y bares. No se destaca por ser una ciudad industrial, y el turismo se desarrolla en temporadas específicas.

Tiene grandes dificultades en lo referente a servicios públicos domiciliarios lo que se refleja en que más del 69% de los habitantes del municipio no tienen acceso a los servicios básicos(74). El agua no es un servicio permanente a pesar de que existen redes de distribución del líquido, por lo que los habitantes deben recoger agua lluvia en tinas elevadas, subterráneas y a nivel. Esto ocasiona grandes riesgos a la salud de los habitantes debido a la frecuencia en la que se lavan estas tinas y por ende la limpieza del agua que, por razones evidentes, no puede ser consumida.

A 2022 en el Chocó aún debe hervirse el agua para poderse consumir o comprarse en las tiendas. Los habitantes deben adquirir las llamadas pipetas o cilindros de gas para cocinar los alimentos. La electricidad es el servicio público de más cobertura en el municipio, aunque en determinadas zonas no funciona las 24 horas del día.

Las vías de acceso a la ciudad no se encuentran pavimentadas en su totalidad, por lo que el acceso es difícil. Eso implica que los productos que ingresan a la ciudad, por vía terrestre, sean más costosos, sin mencionar que, por el mismo estado, las vías son peligrosas y predominan los abismos. El medio de transporte más utilizado dentro del municipio es la motocicleta.

Culturalmente Quibdó es una ciudad en la que prevalecen las expresiones artísticas autóctonas. Se transmiten de generación en generación las diversas costumbres que destacan al pueblo quibdoseño. Fervientemente religiosos, celebran las fiestas del patrono de la ciudad, San Francisco de Asís, del 20 de septiembre al 5 de octubre, con celebraciones preliminares que comienzan en agosto. Es una fiesta cargada de colores, tradición, baile, religión, representaciones físicas que destacan la situación de la ciudad o el departamento, como suelen mostrarlo mediante los llamados disfraces(75).

Esta celebración no solo es una expresión del ser quibdoseño, sino que además representa ingresos económicos importantes a los artesanos, diseñadores, modistas, costureras, maquilladores, elaboradores y

trabajadores encargados de darle vida a la fiesta, así como a los comerciantes gracias a la visita de los turistas que curiosos acuden a conocer la festividad de mayor duración del país(75).

En el transcurso de los años Quibdó ha sufrido una transformación en el comercio debido a la integración de nuevas unidades de negocio para los habitantes, como restaurantes de cadena, cines, modernización de edificaciones como el aeropuerto El Caraño, bibliotecas, miradores, el malecón sobre el río Atrato y comercios que eran desconocidos para los habitantes que nunca han viajado a otras ciudades. Se ha visto incentivado el emprendimiento, la creación de empresas propias y la inversión en bienes raíces que ha repercutido en que físicamente la ciudad se transforme y a su vez, se expanda a hacia las zonas que eran consideradas alejadas. Esto también incluye al sector salud, en el que han incursionado nuevas instituciones privadas con edificaciones modernas y servicios que antes no eran conocidos en la región.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, predominan las instituciones de carácter privado; dos instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y más de quince privadas, en las que se incluyen consultorios independientes, odontológicos, laboratorios, terapias físicas, estéticas, servicios médicos domiciliarios 24 horas, entre otros. A pesar de ello, hay una importante carencia de servicios de salud en el departamento, lo que obliga a los habitantes a recurrir a otras ciudades. Muestra de ello es la ausencia de bancos de sangre, instituciones de tercer nivel de complejidad y quirófanos para procedimientos específicos.

La relación de las EPS e IPS es otro factor determinante. El incumplimiento de las primeras en los pagos a las segundas no permite que estas adquieran los equipos necesarios para la prestación, ni puedan pagar los salarios cumplidamente al talento humano(76).

El deterioro del sistema de prestación de servicios de salud en el municipio tiene un pasado plagado de corrupción, desvío de fondos, malversación de recursos y repetidas intervenciones por parte de las autoridades, aunque los problemas solo se ven solucionados momentáneamente(76)(77).

La institución prestadora de servicios de salud que hace parte de esta investigación tiene un papel importante en la preservación de la vida. Cuenta con un talento humano en salud altamente calificado y comprometido que se vale cada día de sus conocimientos y los escasos recursos para trabajar por la población.

Esta IPS se ha caracterizado, en sus años de existencia, por ser el lugar de excelencia para el desarrollo profesional de los chocoanos, que hasta hace un tiempo solo podían realizar sus estudios y prácticas asistenciales fuera del departamento.

Si bien desde hace algunos años ha enfrentado diversos retos relacionados con la sostenibilidad financiera, ha fortalecido sus espacios y en ese orden de ideas ha formulado proyectos para mejorar la infraestructura física hospitalaria con la ampliación de salas UCI y otros servicios.

Abarca a la población chocoana indistintamente de sus características, orígenes y concentra esfuerzos en proporcionarle a todos, aquellas soluciones en salud que necesitan.

El Chocó tiene una población diversa entre mestizos, indígenas y población afro, por lo que la atención de los pacientes se presta desde la individualidad de sus características y condiciones. También comprende a la población con discapacidades como la visual, motora, cognitiva y auditiva.

La población con discapacidad auditiva de Quibdó es una comunidad pequeña que en el transcurso de los años se ha unido para exigir mejores condiciones de vida para ellos y sus familias, que se eliminen las barreras sociales y estructurales que les impiden el goce efectivo de sus derechos y que se visibilice a la persona sorda como un miembro activo y útil.

A continuación, las cifras referentes a los habitantes de Quibdó que poseen dificultades en su audición.

Tabla 1. Dificultad para oír la voz y los sonidos según el sexo. Municipio de Quibdó

Nivel de dificultad	Hombres	%	Mujeres	%	Total
No puede hacerlo	87	44,39	109	55,61	196
Puede hacerlo con mucha dificultad	186	44,08	236	55,92	422
Puede hacerlo con alguna dificultad	263	38,45	421	61,55	684

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 2. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: no puede hacerlo. Municipio de Quibdó

Grupo de edad	%
0 a 5 años	9,69
6 a 11 años	11,22
12 a 18 años	9,18
19 a 26 años	9,69
27 a 59 años	36,22
60 años y más	23,98

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 3. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con mucha dificultad. Municipio de Quibdó

Grupo de edad	%
0 a 5 años	2,84
6 a 11 años	5,21
12 a 18 años	4,03
19 a 26 años	5,21
27 a 59 años	32,94
60 años y más	49,76

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 4. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con alguna dificultad. Municipio de Quibdó

Grupo de edad	%
0 a 5 años	5,7
6 a 11 años	4,68
12 a 18 años	5,85
19 a 26 años	5,85
27 a 59 años	31,73
60 años y más	46,2

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

La caracterización de las personas con discapacidad auditiva en el departamento del Chocó y en el municipio de Quibdó ha representado diversos inconvenientes en los últimos años. Las repercusiones directas que esto representa son visibles en la falta de oportunidades de empleo y mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

Para algunos desenvolverse en el entorno chocoano llega a ser difícil debido a las barreras diarias que enfrentan los habitantes, pero en el contexto de una persona con discapacidad, las dificultades pueden ser aún más retadoras. El acceso a los servicios públicos, a la salud, a la educación, a representarse a sí mismos y tomar la vocería de sus decisiones, están limitadas no solo por el contexto sino también por la dificultad para comunicarse con los oyentes e incluso entre ellos puesto que no todos dominan la LSC.

En torno a esto es importante aclarar que, en la ciudad de Quibdó, hasta la realización de esta investigación, no existen instituciones ni públicas ni privadas que realicen cursos y capacitaciones en materia de lengua de señas.

Las estadísticas reflejan que las dificultades para escuchar tienen cifras más altas en la población económicamente activa y en los adultos mayores.

Antioquia

Con una extensión de 63612 km² Antioquia es el sexto departamento más extenso de Colombia y es el primero con más municipios, con un total de 125(78).

Geográficamente el departamento de Antioquia se caracteriza por diversos relieves y superficies marcadas por montañas y valles. Atravesada por la cordillera de los Andes, el 80% del territorio es montañoso. En medio de la ramificación occidental de la cordillera, se encuentra el Valle de Aburrá, donde se ubica la capital del departamento. Llegando al norte la cordillera pierde altura hasta que desaparece en lo que se constituye como la zona costera antioqueña(78).

A pesar del extenso porcentaje montañoso de la región, Antioquia también cuenta con zonas planas como Bajo Cauca, Magdalena Medio, Atrato y Urabá, siendo este último la salida al mar caribe que tiene el departamento.

La hidrografía se compone por el mar caribe, ciénagas y ríos que bañan el territorio. Los más importantes son el río Atrato que lo separa del departamento del Chocó, el río Cauca que separa la cordillera occidental de la central y recorre el departamento por el centro y el río Magdalena que limita con el departamento de Santander(78).

Es el segundo departamento más importante del país después de Cundinamarca. Limita al norte con el mar Caribe y los departamentos de Córdoba y Bolívar, por el este con Bolívar, Santander y Boyacá, por el sur con Caldas y Risaralda y por el oeste con el departamento del Chocó(78).

La economía antioqueña es muy variada. Se destaca por la industria, manufactura, agricultura, comercio, prestación de servicios, ganadería, minera, producción textil, finca raíz, etc. En la agricultura prima el cultivo de café, caña, papa, naranja, cacao, plátano. En la prestación de servicios se encuentra los relacionados con las tecnologías de la información y la comunicación en el que el departamento se encuentra altamente fortalecido, al igual que en los servicios bancarios, alquiler y venta de propiedad raíz, industria de alimentos, producción de cementos, productos químicos, metalmecánica, papel, y fármacos. Las favorables vías terrestres permiten el transporte fluido de todo tipo de productos desde y hacia el departamento (78).

En la industria minera prima la extracción de oro, plata, hierro, cobre y otros minerales.

La participación de Antioquia en el PIB Nacional del 2019 fue del 14,5%. Tomando en cuenta que Bogotá se cuantifica como distrito capital, Antioquia es el departamento con mayor influencia en el PIB nacional(20).

La población antioqueña se ha caracterizado por aprovechar las características del territorio para el beneficio de los habitantes, haciendo del mismo, unos de los departamentos más ricos, pujantes, transformadores y representativos de Colombia. Ahora bien, ha sido una región altamente azotada por la violencia, los desplazamientos forzados, atentados, secuestros, guerras de carteles de droga, violencia, explotación sexual infantil y ataques al campesinado.

Si bien en todos los departamentos es posible encontrar zonas menos favorecidas que otras, el índice de pobreza multidimensional del DANE arrojó para en su último informe un 15,7% para el departamento, 10,2% para las cabeceras y 35,9% para centros poblados y rurales(79).

Según este mismo indicador, en el 68% de los hogares predomina el trabajo informal, en el 42,5% el bajo logro educativo, el 25% rezago educativo y el 11,2% no cuentan con aseguramiento en salud(79).

Los municipios del departamento antioqueño con índices más altos de necesidades básicas insatisfechas son Vigía del Fuerte con el 95,2% y Murindó con un 92,14%.

Medellín

Capital del departamento de Antioquia, es la segunda ciudad más importante del país.

Ubicada en el Valle de Aburrá, hace parte de las 10 ciudades que conforman el área metropolitana. Medellín tiene una extensión de 362 km², 798.063 viviendas, 16 comunas en la zona urbana, 5 corregimientos y 52 veredas (21).

Según el censo nacional del 2018 en Medellín residen 2.372.330 ciudadanos, lo que la hace la segunda ciudad más habitada del país, después de Bogotá que alberga a 7.734.955 personas(80) .

Es mundialmente conocida, entre otros aspectos, por contar con uno de los sistemas de transporte masivos más eficientes del mundo: el Metro de Medellín, que se compone de metrocables, alimentadores, tranvía, Metroplús, y las líneas principales del Metro que recorren el Valle de Aburrá desde Niquía en el municipio de Bello, hasta el municipio de La Estrella.

Su desarrollo económico, urbano, tecnológico, industrial, laboral, arquitectónico, financiero, de servicios de salud, alimentación, educación, comercial, motriz, textil, entre otros, le permiten ser la segunda ciudad más importantes del país y una de las más destacadas en Latinoamérica.

Ampliamente visitada por turistas en todas las épocas del año, Medellín es el epicentro de diversos eventos de renombre en Colombia como lo es la Feria de las Flores y las variadas festividades que se derivan de dicho evento como el Festival Nacional de la Trova, la Feria Nacional Equina, el desfile de autos antiguos, y el famoso Festival de Poesía. También es la casa de Colombiamoda, la feria de moda más importante del país, que sirve de escenario para nuevos y reconocidos diseñadores, empresas, modelos y personalidades colombianas.

Culturalmente es una ciudad en la que se desarrollan variadas y nutridas manifestaciones artísticas. Es sede del Festival Internacional del Tango, del Festival Internacional del Jazz, de 24 museos y de uno de los parques interactivos de ciencia más reconocidos de Latinoamérica: el Parque Explora.

Llamada la ciudad de la eterna primavera, posee un clima favorable para el cultivo de una gran variedad de flores que incluso son producto de exportación.

Medellín aporta el 42,7% del PIB del departamento de Antioquia. Posee una alta cobertura de servicios públicos y diversas estrategias para mejorar la seguridad del municipio que se ve fuertemente afectada por la delincuencia común, homicidios, fleteos, extorsión a comerciantes y robo de vehículos(20). Uno de los aspectos que ensombrecen a la ciudad es la explotación sexual infantil, problemática que se ve reforzada por los turistas que acceden a la ciudad en búsqueda de estupefacientes debido a las facilidades de su consumo y distribución.

Los Medellinenses luchan fuertemente contra los estigmas que le dejó a la ciudad la época de las guerras de carteles de droga. Para estos ciudadanos esos tiempos son propios del pasado y Medellín tiene mucho más que ofrecer que *tours* de narcóticos.

A pesar de las facilidades que comprende la ciudad, como menor costo en el transporte para ciudadanos de determinados estratos socioeconómicos, edades y estudiantes, existen algunas barreras que no permiten que sean accesibles en todo momento algunos servicios.

Una de ellas son las fronteras invisibles de algunos barrios, que son vigilados por los grupos y bandas delincuenciales que rigen en los mismos. Estas bandas dirigen el microtráfico de estupefacientes, extorsión a los negocios o las llamadas "vacunas" que garantizan que los comerciantes que las pagan no sufran consecuencias en sus negocios y sus familias(81). Estas mismas bandas incluso llegan a determinar toques de queda para que los residentes no salgan de sus hogares después de determinadas horas y zonas por las cuales no se debe pasar(81).

Medellín es una ciudad en la que predominan las lomas, lo que puede complicar el acceso a determinadas zonas dependiendo del vehículo en el que se transporte. Las personas que viven en zonas alejadas del centro urbano de la ciudad tienen el reto de llegar a sus sitios de trabajo o centros de salud de acuerdo con cuán distantes se encuentren de sus viviendas.

Una población que debe enfrentar diversos retos todos los días para acceder a los diversos servicios es la población con discapacidad auditiva.

En Medellín la población con discapacidad auditiva se encuentra organizada y representada por asociaciones que velan por visibilizar a la comunidad sorda, estudiarla, brindarle oportunidades de empleo, vivienda y una completa inclusión en la sociedad(82). A su vez existen diferentes instituciones educativas y asociaciones de personas sordas que dictan cursos de LSC a los oyentes interesados en aprenderla, incluso los niveles correspondientes a la interpretación y a grupos específicos como profesionales de la salud(83).

La Secretaría de Inclusión Social de la Alcaldía de Medellín ha creado una unidad llamada Ser Capaz, que tiene como propósito participar en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad, en los procesos de participación ciudadana, orientar a las personas en el goce de sus derechos y promover espacios de inclusión para ellos y sus familias (84).

Aun así, diversos estudios han determinado que una gran parte de la población con discapacidad es analfabeta y enfrentan retos importantes al momento de querer acceder a servicios públicos(4)(8).

Datos estadísticos arrojaron las siguientes cifras sobre esta población:

Según el Geovisor del DANE, en el componente de salud y funcionamiento humano en Medellín 148.803 personas presentan alguna dificultad. De la principal actividad que genera dificultad, el oír la voz o los sonidos está presente en 12.018 personas, siendo la quinta dificultad más presente en los habitantes después de ver de cerca, de lejos o alrededor con 47.520, mover el cuerpo, caminar, bajar o subir escaleras con 44.710, hacer actividades diarias sin presentar problemas cardiacos o respiratorios que lo padecen 15.648, y entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo lo cual es un reto para 14.718 personas .

Tabla 5. Dificultad para oír la voz y los sonidos según el sexo. Municipio de Medellín

Nivel de dificultad	Hombres	%	Mujeres	%	Total
No puede hacerlo	1599	48,43	1703	51,57	3302
Puede hacerlo con mucha dificultad	5310	48,18	5712	51,82	11022
Puede hacerlo con	7366	45,54	8809	54,46	16175

alguna dificultad

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 6. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: no puede hacerlo. Municipio de Medellín

Grupo de edad	%
0 a 5 años	2,03
6 a 11 años	3,51
12 a 18 años	5,18
19 a 26 años	9,24
27 a 59 años	39,46
60 años y más	40,58

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 7. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con mucha dificultad. Municipio de Medellín

Grupo de edad	%
0 a 5 años	0,93
6 a 11 años	2,06
12 a 18 años	3,04
19 a 26 años	4,13
27 a 59 años	25,97
60 años y más	63,84

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Tabla 8. Dificultad para oír la voz y los sonidos por grupos de edad. Nivel de dificultad: puede hacerlo con alguna dificultad. Municipio de Medellín

Grupo de edad	%
0 a 5 años	1,04
6 a 11 años	2,06
12 a 18 años	2,75
19 a 26 años	3,61
27 a 59 años	26,71

60 años y más 63,81

Tomado de: DANE. Funcionamiento humano, características sociodemográficas de las personas con dificultades. Caracterización de las personas con dificultades para realizar actividades básicas diarias: oír la voz y los sonidos, 2018.

Medellín tiene un amplio sistema de prestación de servicios de salud. En el territorio se encuentran múltiples instituciones prestadoras, reconocidas a nivel nacional e internacional por la tecnología, infraestructura y talento humano. Debido a esto es usual que pacientes de otras ciudades viajen a la ciudad de la eterna primavera para recibir atenciones en salud, ya sea por elección o por remisión de sus ciudades de origen (85).

Dentro de este círculo de instituciones se encuentra la IPS que representa a la ciudad de Medellín en esta investigación. Es una institución de salud de alta complejidad ubicada en el centro de la ciudad. Cuenta con más de 50 años de servicios a la comunidad antioqueña y nacional. Se destaca por prestar servicios especializados con personal altamente calificado e insumos adaptados a las últimas tecnologías.

Por su estratégica ubicación y los diversos medios de transporte que la circundan, es de fácil acceso a los habitantes y confluye gran cantidad de pacientes por día.

Para esta IPS, los pacientes son el motor principal, por eso fundamentan sus servicios en un fuerte enfoque humano que garantice la recuperación, tratamiento y atención de manera integral.

También consideran al círculo de apoyo del paciente, el talento humano, los socios y visitantes de la clínica como un músculo importante, por ello desarrollan políticas alrededor de estos y sus necesidades.

Entre sus valores corporativos destaca el respeto, la humanización, el liderazgo, la innovación y la responsabilidad social como herramientas para mejorar su quehacer y cumplir los objetivos.

5. Metodología del estudio

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cualitativo, debido a que tiene como propósito comprender las experiencias, percepciones, puntos de vista y aspiraciones de los participantes, y el abordaje de las barreras comunicativas, desde la realidad del personal de la institución y cómo interpretan su relación laboral con la discapacidad auditiva, propio de la investigación cualitativa(86).

4.1 Enfoque

Como rama de la antropología que se centra en abordar y describir los fenómenos sociales y culturales de las comunidades, la etnografía abarca la realidad de los sujetos desde el punto de vista del investigador, permitiéndole integrarse en los procesos sociales de los cuales tiene interés (87). La adquisición e interpretación de la información de un modo tan próximo, le da la facultad al investigador de comprender la composición de los esquemas y los significados que estos tienen para los sujetos de estudio (88)(89).

Dada la naturaleza cualitativa del estudio, este incorpora algunas técnicas y herramientas que brinda la etnografía, más no se considera una investigación netamente etnográfica debido a todos los componentes que integran esta rama de las ciencias sociales.

5.3 Delimitación de los sujetos de estudio

Participantes: el talento humano perteneciente a la una IPS de la ciudad de Medellín, y una perteneciente a la ciudad de Quibdó. Que labore en las áreas administrativas, asistenciales y de apoyo, mayores de 18 años y pleno en el uso de sus facultades mentales.

Criterios de inclusión:

- ✓ Talento humano que manifieste abiertamente su deseo de participar en la investigación con aportes significativos a criterio de la investigadora.
- ✓ Haber tenido o no, contacto con una persona con discapacidad auditiva.

Criterios de exclusión:

- × Talento humano con contrato ocasional que le impida interacción permanente con la institución.
- × Personal que manifieste abiertamente no querer participar en la investigación.
- × No se consideró un criterio de exclusión que el talento humano no posea experiencia de interacción con el paciente con discapacidad auditiva en el entorno laboral, ya que se abordó al personal de salud como seres integrales, que también se componen de experiencias personales valiosas que aportan al desarrollo de su ejercicio profesional.

Categorías de estudio:

- ✓ Protocolos y políticas internas de atención al paciente con discapacidad auditiva.
- ✓ Estrategias de comunicación utilizadas en la atención del paciente con discapacidad auditiva.
- ✓ Atención en los servicios de salud.
- ✓ Apreciaciones del talento humano en salud.

5.4 Muestreo

Muestreo no probabilístico, debido a que la elección no es mecánica, ni toma como referencia a fórmulas de probabilidad matemática, sino que es intencionada y se rige de acuerdo con las características de la investigación y el proceso de toma de decisiones del investigador, quien toma como base el cumplimiento de los criterios de la investigación, tal como lo plantea

Sampieri(86). Partiendo de ello, para la realización del instrumento de recolección de la información y posteriormente de las entrevista, se escogieron algunos cargos claves.

Como se ha mencionado anteriormente, en el marco de la atención en salud la relación con el paciente no se limita únicamente al personal asistencial, por lo que, en pro de la integralidad de la investigación, se escogieron cargos tanto administrativos, asistenciales y de apoyo para la recolección de la información. Se comenzaron con entrevistas de personas conocidas en las instituciones y el muestreo *bola de nieve* permitió que los participantes de la investigación remitieran a la investigadora a otros miembros de las instituciones que también podrían aportar información valiosa(86).

5.5 Muestra

La elección de la muestra tomó como fundamento que la atención en salud involucra a todos los actores que participan en el proceso de atención del paciente, desde el talento humano del departamento de vigilancia y seguridad física que recibe al paciente y lo orienta, hasta el personal asistencial que realiza el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Por ello se invitó a participar en la investigación a las personas de acuerdo con sus perfiles. Se tuvo en cuenta cuán repetitiva y similar era la información recibida de los participantes, lo que influyó en cuán necesario era integrar a más personas en la investigación.

En la IPS de la ciudad de Medellín la muestra estuvo compuesta por talento humano de vigilancia y seguridad física [1], atención al usuario [1], puesto de información y enfermería [1], radiología-mamografías [1], servicios generales [1], gestión del talento humano [1], calidad [1], y [2] de una IPS interna que se encarga de la atención de pacientes con discapacidad auditiva que utilizan aparatos auditivos.

En IPS de la ciudad de Quibdó, el talento humano que participó en la investigación fue: vigilancia y seguridad física [3], enfermería [2], auxiliar de enfermería [1], trabajo social [1], médico [1], atención al usuario [1], estadística e historias clínicas [2], seguridad y salud en el trabajo [1], administración [1], servicios generales [1]. En el transcurso de algunas entrevistas, miembros de la institución que no estaban siendo entrevistados, dieron importantes aportes y complementaron la información proporcionada por los entrevistados.

Se consideró valioso para la investigación la inclusión de talento humano que ha tenido contacto con la población con discapacidad auditiva desde el entorno familiar y personal, aunque no haya tenido contacto en el entorno laboral, ya que en la integralidad de los seres humano está inmersa su vida personal, las experiencias que de ello se deriven y la aplicabilidad de esas experiencias en el entorno laboral.

5.6 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se tomó la entrevista como técnica de recolección de la información, ya que permite la creación de un ambiente de confianza en el que el participante puede expresar libremente sus opiniones respecto a la comunicación en la atención del paciente con discapacidad auditiva, qué retos genera esta interacción y la postura del talento humano respecto a las circunstancias que esto genera.

La entrevista semiestructurada establece la realización previa de unas preguntas base que permitan iniciar la conversación. Es semiestructurada porque permite que se generen nuevas preguntas a medida que el entrevistado relata sus experiencias y deja abierta la posibilidad de que este se exprese sin limitación(90).

Baptista(90) sugiere algunas recomendaciones a la hora de entrevistar. Entre ellas plantea la importancia de evitar los comentarios calificativos, las preguntas intencionadas a inducir respuestas, los cambios abruptos de temática y la omisión de información relevante para el participante. Hacer de la entrevista un diálogo ameno, influye en la calidad de la información que se recibe, que es fundamental para el éxito de la investigación(90).

La ética debe primar sobre todos los intereses del investigador, por lo que no debe incitar al entrevistado a responder aquellos cuestionamientos a los cuales se rehúsa, así como no debe incomodarlo, invadir su privacidad o juzgarlo(90).

El derrotero de preguntas que se utilizó para las entrevistas se creó a partir de las categorías de estudio. A medida que las entrevistas eran realizadas, se reforzaban, eliminaban o añadían preguntas.

Cada entrevistado es diferente, tanto en su persona como en el cargo que desempeña en la institución, por lo que, si bien se tenían preguntas base, las relacionadas a cada participante variaron de acuerdo con su cargo (Anexos del 3 al 9).

Al inicio de cada entrevista se le proporcionó al entrevistado el consentimiento informado, que es un documento en el cual se plasma el propósito de la investigación, la información de los investigadores, comités de ética, metodología, detalles relacionados con la participación, las consideraciones éticas, el derecho a suspender la entrevista en el momento que lo desee, así como el derecho a rehusarse a responder las preguntas que no desee. (Anexo 1).

Como herramienta de seguimiento se utilizó un diario de campo en el que se plasmaron los puntos importantes de las entrevistas, como las inquietudes que presentaban los entrevistados, las preguntas que surgían en el transcurso de las entrevistas y aquellas que resultaban repetitivas o innecesarias para posteriormente hacer la corrección en el derrotero. Las entrevistas fueron grabadas en audio, lo que facilitó la transcripción de cada una. La observación del entorno fue clave para entender las características físicas y de ambiente que componen ambas instituciones.

La revisión documental que se realizó en la estructuración de la investigación permitió establecer una idea clara y un orden para la realización de las entrevistas, aunque como se mencionó anteriormente, por ser semiestructurada la misma puede tomar un camino distinto al momento de realizarse. También fue fundamental para conocer la forma correcta de abordar a los participantes, los diferentes mecanismos de recolección de información y las emociones que pueden generar temas como el que aborda el estudio.

5.7 Análisis de la información

Se hicieron 11 entrevistas en la IPS de Quibdó, con un total de 14 participantes. El número de entrevistas y entrevistados no es el mismo debido a que en algunas entrevistas participaron 2 personas del mismo puesto de trabajo y al ser respuestas complementarias, no era necesario crear una entrevista alterna. En la IPS de Medellín participaron 9 miembros del talento humano.

En análisis de las entrevistas se realizó como un proceso compuesto por 2 etapas: creados los derroteros con las preguntas base se procedió a realizar 3 entrevistas en la institución de Medellín, en un mismo día. A raíz de la pandemia del Sars-Cov2 se suspendieron las entrevistas en la IPS de

Medellín durante el periodo de aislamiento, por lo que en ese tiempo se transcribieron las entrevistas y se procedió a leerlas. Ese ejercicio ayudó a entender mejor la dinámica de entrevistar al talento humano, cuales preguntas eran innecesarias, repetitivas, cuales conducían a respuestas de sí y no y no generaban conversación. El diario de campo en el que se realizaron apuntes durante las entrevistas fue clave para anotar las preguntas que surgían en medio de la conversación, que era oportunas y no estaban planeadas.

A partir de este análisis se pudo mejorar los derroteros y la confianza de la investigadora, quien no poseía experiencia en la realización de entrevistas.

La siguiente etapa comprendió la realización del resto de entrevistas: las entrevistas de la IPS de Quibdó y las que restaban de la IPS de Medellín. Luego de ser efectuadas todas las entrevistas de cada institución, se procedió a transcribirlas en Microsoft Office Word con el código de la entrevista según la institución, seguido del número que identifique el orden de realización, de esta manera:

- Institución Prestadora de Servicios de Salud de Quibdó, entrevista 01: (IPSQuibdó01).
- Institución Prestadora de Servicios de Salud de Medellín, entrevista 01: (IPSMedellín01).

En las entrevistas en las que participaba más de una persona, a cada una se le asignaba el mismo código con la siguiente diferencia

- Institución Prestadora de Servicios de Salud de Quibdó, entrevista 08: (IPSQuibdó08) y (IPSQuibdó08.1)

Transcritas cada una de las entrevistas, se procedió a crear el proyecto en el programa ATLAS.Ti versión 9: titulado "Comunicación y Atención en Salud a PcDA".

Se insertaron los documentos en el proyecto y posterior a ello, se crearon los códigos definidos según las categorías de estudio. Se codificaron las entrevistas una por una, leyéndolas varias veces para verificar que no se estaba excluyendo información. A los códigos creados previamente se le añadieron los que surgieron en el análisis de las entrevistas, lo que permitió complementar mejor el estudio. En total se aplicaron 31 códigos.

Codificadas las entrevistas se crearon grupos de códigos de acuerdo con las categorías establecidas anteriormente y la concordancia que tuvieran. Si bien se crea una estructura de análisis de la información, la misma puede plantear una ruta de estudio diferente. A medida que se avanzaba en el

análisis, las categorías previamente establecidas se modificaron; ya fuera por el nombre de la categoría, la distribución de los códigos de cada una, por la necesidad de añadir, disminuir e incluso fusionar categorías con contenido similar. El resultado de todo el proceso fueron 4 categorías: *protocolos y políticas internas de atención al paciente con discapacidad auditiva; estrategias de comunicación utilizadas en la atención del paciente con discapacidad auditiva; atención en los servicios de salud* y finalmente *apreciaciones del talento humano en salud*.

En cada categoría se pueden apreciar diversas subcategorías que desagregan y al mismo tiempo reflejan con mayor detalle la naturaleza de los temas.

Por cada grupo de códigos se creó una red que facilitó jerarquizar, organizar y relacionar los códigos y a su vez las citas correspondientes a cada uno mediante mapas. Se analizaron 303 citas.

Cada mapa permitió organizar las citas de manera que pudiera interpretarse la información según cada categoría de estudio. Esto fue relevante al momento de escribir el apartado de resultados de la investigación ya que permitió que se hiciera de manera ordenada, lógica, y coherente, integrando cada uno de los hallazgos.

5.8 Escritura de los resultados

Para la escritura de los resultados, se enfatizó en los comentarios que reflejan la percepción de los participantes, utilizando citas textuales extraídas de los documentos en los que se transcribieron las entrevistas. Esto no implicó que la voz del investigadora desapareciera, pero sí que se centrará en los hallazgos y la conexión coherente de ellos con los objetivos y categorías del estudio. Se evitó realizar juicios, señalamientos, comentarios calificativos y comparaciones que desvirtuaron a las instituciones.

El propósito fundamental del apartado es evidenciar lo que sucede en ambas instituciones respecto al tema de estudio según los participantes, los contextos y particularidades.

6. Consideraciones éticas

6.1 Resolución 8430 de 1993

Esta norma del Ministerio de Salud y Protección Social establece los criterios técnicos, científicos y administrativos para las investigaciones en salud en Colombia.

Los capítulos concernientes a esta resolución dictan los requerimientos para la investigación en seres humanos, comunidades, menores de edad y discapacitados, mujeres en estado de embarazo, mujeres en edad fértil, órganos humanos y tejidos, áreas farmacológicas, en nuevos recursos y en lo que compete a esta investigación: grupos subordinados(91).

El artículo 45 de la resolución incluye dentro de los grupos subordinados a: “estudiantes, trabajadores de los laboratorios y *hospitales*, empleados y miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el Consentimiento Informado pueda ser influenciado por alguna autoridad” (91).

En el artículo 46, los incisos a), b) y c), para los grupos subordinados, determinan que el derecho a no participar o a retirarse de la investigación no debe afectar la situación laboral, académica o militar del participante.

El mismo que debe recibir un consentimiento informado que detalle todos los pormenores de la investigación. En caso de generarse una afectación derivada de la investigación, la institución que respalda al investigadora debe brindar atención y no menos importante, que los resultados de la investigación no sean usados en contra de los participantes(91).

Esta norma clasifica las investigaciones según el riesgo en 3 categorías: sin riesgo, riesgo mínimo y riesgo mayor que el mínimo(91). La interpretación exhaustiva de las características y riesgos inherentes a esta investigación ha determinado que es de riesgo mínimo, debido a que ni las preguntas ni el planteamiento de situaciones hipotéticas, tienen como intención generar emociones negativas en los participantes.

Sin embargo, es importante esbozar que determinados temas pueden tener un impacto desfavorable en los participantes, debido a experiencias

negativas ocurridas en algún momento de la vida, por lo que realmente siempre existe un riesgo y se deben disponer los recursos necesarios para afrontar los inconvenientes que surjan, como acompañamiento psicológico para el talento humano, proporcionado por la institución educativa o por la institución de salud.

6.2 Informe Belmont

Publicado en Estados Unidos en 1979, tiene como propósito precisar unos principios éticos y orientaciones para las investigaciones en humanos (92).

Los principios que establecen son el respeto por las personas, beneficencia y justicia. En cumplimiento del principio de respeto se les proporcionó a los participantes de la investigación, previo a su inicio, el consentimiento informado. En él se plasman claramente los propósitos y la naturaleza de la investigación, la confidencialidad de la información, sus derechos como participantes y la autonomía que poseen de decidir si acceden a participar (92) (93).

El principio de justicia se cumple mediante la elección de los participantes que si bien, es según los intereses de la investigación, deja abierta la participación a aquellos individuos que cumplan con los criterios de inclusión y no estén en los de exclusión, sin discriminación de naturaleza racial, religiosa, política, económica y sexual.

Finalmente, para la beneficencia, se estudiaron los riesgos inherentes de la investigación con el propósito de que esta no ocasione un daño en las personas. Por otro lado, el análisis de la comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva permitirá la toma de decisiones en las instituciones que lleve a la implementación de cambios que beneficiará no solo a la población con discapacidad auditiva sino también al talento humano perteneciente, mejorando las condiciones de trabajo y contribuyendo a la adquisición de nuevos conocimientos.

6.3 Pautas CIOMS

Para garantizar la protección de los participantes de la investigación, se toma como referencia las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), específicamente las pautas(94):

- ✓ 1: valor social, científico y respeto de los derechos.
- ✓ 4: beneficios individuales y riesgos de una investigación.
- ✓ 8: asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.
- ✓ 9: personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado.
- ✓ 10: modificaciones y dispensas del consentimiento informado.
- ✓ 15: investigación con personas y grupos vulnerables.

6.4 Ley estatutaria 1581 del 2012 y custodia de la información: archivos de audio, consentimientos informados, diario de campo y transcripción de las entrevistas

Para garantizar la protección y confidencialidad de los archivos, audios y documentos que se generaron durante las entrevistas, la investigación estuvo regida bajo la Ley estatutaria 1581 del 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Esta norma menciona los principios que deben tenerse en cuenta al tratar datos personales, como la confidencialidad y la seguridad de la información que garantice que no haya datos que permitan asociar a individuos u organizaciones. Que la utilización de la información tenga una finalidad, sea confiable, verificable, transparente, esté enmarcada en consentimiento previo e informado y el acceso a la misma está restringido a personas externas a las autorizadas(95).

La información recopilada por medio de las entrevistas fue depositada en el computador de la investigadora, al cual solo tiene acceso el mismo mediante contraseña. Los audios de las entrevistas y las transcripciones fueron etiquetados según la codificación que se explicó en el apartado anterior, lo cual protege la identidad del talento humano que accedió a participar en la investigación. De esta manera se garantiza la confidencialidad.

7 Resultados

El análisis conjunto de 2 instituciones de salud completamente diferentes en contexto, nivel de complejidad, ubicación geográfica, población a la que atienden, barreras de acceso y servicios que ofrece, permitió conocer las diversas percepciones que tiene el talento humano de ambas instituciones acerca de la atención a pacientes con discapacidad auditiva.

Cada uno de los temas abordados en este apartado, comprende un grupo de subtemas que permiten entender aspectos importantes que engloban la atención en salud. El abordaje de estos temas y subtemas logró el entendimiento de los puntos de vista de los participantes de la investigación.

7.1 Protocolos y políticas internas de atención al paciente con discapacidad auditiva.

Como ya se ha mencionado, existen diversas normas y políticas nacionales referentes a la población con discapacidad auditiva, sus derechos, el acceso a los servicios de salud, y demás. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas deben regirse bajo estas normas, pero tienen la libertad de crear protocolos y políticas internas que faciliten el acceso de los pacientes a determinados servicios.

7.1.1 Protocolos institucionales para la atención de personas con discapacidad auditiva.

Para la integración de nuevo talento humano al equipo de las instituciones es posible solicitar a los aspirantes poseer conocimiento en estrategias de comunicación enfocadas a la atención de personas con diversas

discapacidades, en este caso la auditiva, o en ese sentido, que cuenten con experiencia en lo mencionado.

Según lo expresado por un miembro del área de talento humano de la IPS de la ciudad de Medellín, no se ha determinado que en el proceso de selección se deba solicitar a los aspirantes a los cargos que posean conocimiento en LSC o que se priorice a aquellos que cuenten con estos conocimientos.

En el proceso de selección no lo tenemos pues como establecido. Porque digamos que de acuerdo a los perfiles y las necesidades de los cargos se requiere que las personas tengan el lenguaje hablado y aunque vemos que obviamente hay una necesidad porque tenemos personas con discapacidad auditiva, la verdad no tenemos algo como establecido (IPSMedellín02).

En la institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Quibdó la situación no es muy diferente debido a que al momento de hacer públicas las vacantes para los aspirantes, no se solicita que tengan conocimientos en estrategias de comunicación con personas con discapacidad ni se les pregunta a los aspirantes en las entrevistas. Es un tema al que no se le ha dado prioridad al momento de contratar nuevo personal.

En cuanto a la existencia de protocolos de atención y protocolos de comunicación orientados a la atención de PcDA, un miembro del talento humano administrativo manifestó "tampoco hay ni protocolo ni programa, primero porque nosotros somos segundo nivel y segundo porque no hacemos es tipo de promoción y prevención en la institución" (IPSQuibdó01).

Protocolo protocolo como tal, no. Los protocolos que nosotros manejamos son los establecidos de bioseguridad, los protocolos del programa ambiental, así. Los protocolos que salgan según cada programa. Pero para el paciente sordo no. No creo que exista porque nosotros no manejamos el personal (IPSQuibdó01).

Para los miembros del talento humano es importante que se creen programas que proporcionen un acompañamiento a los pacientes con discapacidad auditiva, brindándole a su vez soporte a todo el equipo de la institución y un complemento para aquellos que deseen vincularse como fuerza de trabajo.

7.1.2 Lineamientos establecidos para la resolución de conflictos o emergencias

En ese mismo orden, no existen protocolos para las situaciones en las que las PcDA acudan solas, ni para aquellas en las que se genere una situación adversa como un problema o conflicto.

Ante la inquietud acerca de la existencia de protocolos para emergencias (incendio, terremoto, inundación) y los procesos de evacuación que deben realizarse, tomando en cuenta que las personas con discapacidad auditiva, de acuerdo con el nivel de sordera, no perciben los sonidos de las alarmas, se obtuvo de un miembro del área de calidad, "pues yo no he visto luces en los simulacros de emergencia. Yo sé que suenan las alarmas, la emergencia, y todo eso" (IPSMedellín01). "Las alarmas son horribles de duras, se escuchan en todas partes y ellos a veces logran percibir las vibraciones, pero no sé qué protocolo tendrán para eso" (IPSMedellín08).

La indicación que han recibido es que durante una emergencia es el talento humano que se encuentre con el paciente en ese momento quien debe indicarle cómo evacuar "A nosotros nos dicen pues que, a las personas con cierta discapacidad, a uno le tocaría evacuar ese tipo de personas. Si estaría acá en el servicio, a nosotros nos han capacitado a que estás obligado a evacuar a ese tipo de paciente" (IPSMedellín03).

Respecto a quienes son los miembros de la institución encargados de la resolución de conflictos, que medios utilizan cuando estas situaciones se presentan o cuáles utilizarían en el caso de que se presentaran, como no se han establecido protocolos para la atención ni para la comunicación, el talento humano interpreta lo que sería para ellos la solución más lógica.

En la institución de Medellín consideran que en el consultorio de fonoaudiología posiblemente alguien sepa comunicarse con ellos, "¿a mí qué idea se me ocurriría?, llevarlo al consultorio de audiología. A ver si ellas allá pueden porque a veces va la fonoaudióloga y pues como están comunicados entre ellos" (IPSMedellín04)

Pero consideran que realmente en la oficina de atención al usuario debe darse respuesta a todas las inquietudes que los pacientes presenten: "el área encargada es atención al usuario" (IPSMedellín02). "A la oficina de atención al usuario, pero como te digo en la oficina de atención al usuario ni siquiera manejan LSC" (IPSMedellín01).

La persona encargada de la atención al usuario considera que de estar en una situación en la que una persona con discapacidad auditiva le solicite ayuda, trataría de comunicarse mediante señas, "Con señas, direccionándolo hacia donde yo entiendo que necesita el servicio" (IPSMedellín03), aunque admite no saber nada de lengua de señas "pero me imagino que uno a veces entenderá lo que le quieren decir, me imagino con las señas o lo que diga, uno trata de ubicarlo, pero yo no manejo LSC" (IPSMedellín03). "Como poniéndole el sexto sentido uno a ver qué es lo que quiere" (IPSMedellín03).

Esto refleja el desconocimiento que se tiene de la lengua de señas, como está organizada, cuáles son sus normas, cómo es su funcionamiento y cuán compleja puede ser. También es una de las barreras que encuentran los pacientes al momento de acudir a los servicios e influye directamente en la percepción que le genera la información que recibe(4).

En la IPS de la ciudad de Quibdó se presentó una situación interesante y llamativa. Los entrevistados apuntaban a quienes ellos consideran deberían asumir la responsabilidad de solucionar las diversas situaciones que se puedan presentar en la atención de un paciente con discapacidad auditiva, pero ninguno de ellos se consideró así mismo "la fonoaudióloga, ella. La que es contratada para los pacientes" (IPSQuibdó01) comentaba uno de los miembros de seguridad y salud en el trabajo.

Por otro lado, para un miembro del equipo de vigilancia y seguridad física "quien nos podría solucionar esa discapacidad...como primera medida es el gerente" (IPSQuibdó05). Para otros ya existe un equipo que debería encargarse de esos temas "Uno diría que las de trabajo social porque ella son las que se ven con ellos" (IPSQuibdó09), mencionó la persona encargada de atención al usuario y contrario a ello, para un trabajador social la solución sería "Lo mandamos para la oficina de calidad" (IPSQuibdó10)

Desde enfermería la percepción es la misma que en atención al usuario "trabajo social o en caso de que trabajo social no esté, sería buscar a alguien que nos ayude a saber lo que el usuario quiere decir" (IPSQuibdó10) considera una enfermera.

Debido a la ausencia de protocolos de comunicación, la solución que plantean algunos miembros de esta institución es que se capacite al talento humano, como lo menciona esta participante que pertenece a la oficina de atención al usuario "si sería muy bueno que lo capacitarán a uno porque mire que yo estoy aquí sola y si salgo a vacación o algo, quedaría alguien más" (IPSQuibdó09).

De esta manera se podría prever que siempre haya alguien disponible para atender a los pacientes.

7.1.3 Postura de las directivas respecto a la atención de las personas con discapacidad auditiva

La administración de ambas instituciones presenta posturas similares respecto a la falta de protocolos y políticas institucionales y sobre la implementación de programas orientados a capacitar al talento humano en LSC.

En la institución de salud de Medellín se encontró una postura favorable para que se creen estas estrategias “Esa es una de las metas que tengo acá en la institución, que alguna de las personas que trabajan en atención al usuario aprenda lenguaje de señas. No tenemos en la IPS a nadie preparado” (IPSMedellín01).

En la institución de Quibdó surgieron varios interrogantes ante esta posibilidad. Uno de los miembros de la administración manifestó lo siguiente:

Hay que hacer la evaluación principalmente, de que tan frecuente o de que tanto nosotros vamos a tener pacientes, porque si no lo tenemos es porque no tenemos la frecuencia de pacientes sordomudos, porque a veces uno cree que son sordos y también son mudos, pero no. Entonces se tendría que hacer el estudio y mirar si sí es viable o no es viable, para sostener el programa. Saber si es rentable, pero dentro del protocolo de prestación de servicios no está (IPSQuibdó01).

Para otro miembro del equipo, el punto de vista respecto a la creación de estrategias en base a la asistencia de los PcDA a los servicios de salud es completamente diferente, “cuando a ti te dicen que lo tienes que garantizar, lo tienes que hacer, así no vengan. Pero usted tiene que responder”. Es como decir, yo no tengo extinguidores porque aquí nunca ha habido un incendio, no, los tiene que tener, porque la Ley es esa” (IPSQuibdó11).

En torno a esto es importante aclarar que, en la ciudad de Quibdó, hasta la realización de esta investigación, no existen instituciones ni públicas ni privadas que realicen cursos y capacitaciones en materia de lengua de señas.

En Medellín existen diferentes instituciones educativas y asociaciones de personas sordas que dictan cursos de LSC a los oyentes interesados en aprenderla, incluso los niveles correspondientes a la interpretación y a grupos específicos como profesionales de la salud.

7.2 Estrategias de comunicación utilizadas en la atención del paciente con discapacidad auditiva

En este apartado se indagó la relación del talento humano en salud con las diversas estrategias de comunicación en materia de discapacidad auditiva. Para comprender cómo se entabla la comunicación entre el PcDA y el talento humano en salud, fue preciso explorar en las herramientas y/o estrategias ya sean empíricas u oficiales, que utilizan los miembros de las instituciones para comunicarse y entender los requerimientos en salud de los pacientes.

7.2.1 Conocimiento y dominio de la LSC

Diversos estudios han evidenciado que en términos generales el talento humano en salud no conoce la LSC. Sin embargo, se inquirió a los participantes de la investigación para corroborar la veracidad de las afirmaciones. De este modo no solo se les preguntó si tenían conocimiento en LSC si no también el dominio de la misma.

De los entrevistados de la institución de salud de Medellín, solo 2 manifestaron tener conocimiento de LSC, pero el dominio lo consideran muy básico, el necesario para comunicarse con familiares que tienen discapacidad auditiva, pero no como para entablar conversaciones extensas.

En la institución de Quibdó la mayoría de los miembros de talento humano entrevistado aseguran no tener conocimiento alguno y que no podrían entender si una persona con discapacidad auditiva intenta establecer comunicación. Solo 3 personas manifestaron tener conocimientos claros y amplios en comunicación mediante LSC. Uno de los entrevistados atribuye su conocimiento y dominio de la LSC a haber crecido con un vecino con discapacidad auditiva

Por ejemplo, yo soy de un municipio llamado Tadó y allá teníamos un amigo y nosotros le entendíamos y hablábamos con él, pero porque crecimos con él. Si no se ha convivido con

la persona no le va a entender ni va a aprender nada. Si porque cada uno de ellos maneja su propia, virtud, cada una de las personas que son así tienen su propia virtud y de pronto la virtud se la conoce uno cuando ha vivido con la persona. (IPSQuibdó04).

Si bien este miembro del equipo de vigilancia y seguridad física considera que sus conocimientos le permiten comunicarse sin inconvenientes con una persona con discapacidad auditiva, como en el caso de su amigo, es importante entender que es un conocimiento nace de lo empírico y no representa una pluralidad con el resto de las personas con discapacidad auditiva que conozcan la lengua de señas oficial.

7.2.2 Estrategias no verbales de comunicación

Dado que para la mayoría la LSC es completamente desconocida, fue necesario conocer cuáles estrategias utilizan para comunicarse con los pacientes.

En la mayoría de los casos intentan establecer contacto mediante la escritura con lápiz y papel.

Uno de los miembros de la institución de Medellín que labora en el área de radiología, relató que desde hace años atiende a una paciente con discapacidad auditiva, la espera en determinadas fechas del año y se comunican mediante la escritura porque esta paciente sabe leer y escribir.

La persona encargada del puesto de información utiliza la misma estrategia y considera que resulta útil, "incluso los que vienen aquí para determinado servicio yo les digo: "Buenas, en que les puedo..." y me hacen seña de que no escuchan. Entonces yo les escribo "buenas en que les puedo colaborar" y ellos me comunican a través del papel que es lo que necesitan" (IPSMedellín04). "Antes ellos vuelven y me responden, busco esto, busco aquello" (IPSMedellín04). De esta manera logra orientarlos lo más que puede para que reciban la atención que solicitan.

Cuando el paciente no sabe leer y escribir establecer la comunicación es más complejo. Por lo general si les ven documentos en las manos intentan pedirles que se los muestren para ellos leer si van para una cita, examen, cirugía o el servicio que requieran y de esa manera dirigirlos personalmente ya que no pueden explicarles cómo llegar.

Muy pocos conocen la alternativa de la lectura labial, que puede ser utilizada en los casos en los que los pacientes hayan sido oralizados (Es decir que aprendieron a hablar utilizando la voz) y puedan responder abiertamente si saben leer los labios del emisor como lo expresa una audióloga, “a menos a que desde pequeño haya sido estimulado oralmente y sepa leer los labios y pueda entender y ya así puedan contestar. Así que salvo que el paciente no pueda contestar, le pregunto al acompañante”. (IPSMedellín08).

7.2.3 Comunicación durante la atención

La comunicación con el paciente representa en gran medida el éxito del diagnóstico y por ende la asignación del tratamiento. Contribuye a que la información que se le proporcione al paciente sea la indicada de acuerdo con sus requerimientos e influye en la adherencia a los procesos y a su vez en la conexión que se cree con el talento humano de la institución.

El talento humano, en su mayoría, no posee los conocimientos necesarios para comunicarse con una persona con discapacidad auditiva. Esto lleva a cuestionar cómo se da la comunicación durante la atención y cómo el paciente le da a conocer al profesional su necesidad.

En el apartado anterior se pudo evidenciar que el talento humano intenta de diversas maneras comunicarse con los pacientes con discapacidad auditiva, ya sea mediante la lectura labial, las “mímicas” o la escritura.

Algunos empleados de la IPS de Medellín explicaron que para ellos es fundamental que la comunicación sea únicamente entre el paciente y ellos, y mientras el paciente no tenga una sordera profunda, intentan comunicarse “Procuró hablar directamente con el paciente, a menos a que esté tan sordo tan sordo que no pueda escuchar” (IPSMedellín08). Pero conscientes de que no es posible, optan por comunicarse con los familiares que lo acompañan, como última opción

7.3 Atención en los servicios de salud

La atención en los servicios incluye la integración del PcDA en la atención en salud, los motivos y patologías por los cuales acuden a los servicios, cómo se protege la confidencialidad del acto médico y si las PcDA acuden solas o acompañadas a sus procesos.

7.3.1 Motivos por los cuales las personas con discapacidad auditiva acuden a los servicios de salud

Los motivos que llevan a las personas con discapacidad auditiva a consultar los servicios de salud comúnmente son los relacionados con la audición, pero no se puede desconocer que, como seres humanos, pueden verse afectados en otros sentidos y sistemas.

En ninguna de las instituciones participantes de la investigación se lleva a cabo un seguimiento de los motivos de consulta de las PcDA, por lo que lo hallado corresponde al conocimiento que tiene el talento humano de acuerdo con la interacción con los pacientes en el área que laboran.

En la IPS de Medellín, mayoritariamente se indicó que los pacientes acuden a consultas relacionadas con implantes cocleares y audífonos: programación e implantación, revisión, control y cambio de baterías; “Para programación del implante y cuando son de audífonos vienen a controles también” (IPSMedellín09). Refieren que acuden para citas con audiometría, radiografías y exámenes generales.

En cuanto a patologías, se encontró que algunos acuden por problemas neurológicos e hipoacusias sensoriales. Generalmente son consultas y no requieren hospitalización. “No siempre vienen al consultorio de audiología, a veces vienen a hacerse una radiografía o un examen de laboratorio” (IPSMedellín04).

El talento humano de la IPS de Quibdó señaló que las razones más frecuentes por las cuales las PcDA acuden a los servicios incluye riñas, disputas que terminan con personas apuñaladas, heridas con machete y heridas por balas. También accidentes de tránsito, trastornos mentales y aquellos que viven en zonas alejadas y boscosas, suelen acudir por picadura de culebra “Algunos vienen baleados, macheteados o picados por culebra” comentó un miembro del equipo de vigilancia y seguridad física (IPSQuibdó04).

7.3.2 Las personas con discapacidad acuden solas o acompañadas a los servicios de salud

Previamente se estableció que la concurrencia de los pacientes con discapacidad auditiva a los servicios de salud es mayor de lo que se suele pensar y en el apartado anterior se evidenció que las razones son variadas. Pero ¿suelen ir solos o acompañados?

Las respuestas se debatieron entre solos y acompañados, pero en su mayoría indicaron que acudían acompañados y que estos acompañantes son familiares que se comunican por ellos.

Eventualmente si acuden pacientes solos, pero en menor proporción.

En Quibdó, los pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la IPS lo hacen acompañados dependiendo de la situación.

Los que han sido víctimas de accidentes de tránsito, suelen ser llevados por transeúntes. Aquellos que han sido heridos en riñas y disputas, dependiendo de la gravedad de la situación, son llevados por la policía:

Ese que le digo que es especial y tiene problemas psicológicos, a veces lo trae la policía" IPSQuibdó08. "Después llegó uno chuzado a ese también lo trajo la policía" (IPSQuibdó04)". Pero en su mayoría suelen ir acompañados de familiares. "Cuando viene algún paciente con discapacidad viene con el acompañante, ya sea con el papá o la mamá o en su defecto los que vienen con la abuela (IPSQuibdó04).

De esta situación se derivan dos aspectos muy importantes: la invisibilidad del paciente y la violación de la confidencialidad. Algunos entrevistados dieron sus interpretaciones respecto a cómo puede influir la comunicación con los familiares en estos dos aspectos. "Para garantizar esa privacidad y que nadie más entre a la consulta yo tendría que tener a todos los médicos sabiendo LSC" (IPSMedellín01).

Un miembro del área de talento humano no considera que se esté violando la confidencialidad del paciente porque el consentimiento informado explica todo "Para eso se les entrega el consentimiento informado y ahí se le explica que, al acceder, acepta que otra persona conozca la información" (IPSMedellín01). Este tipo de expresiones reflejan el desconocimiento que se tiene del contexto de una persona con discapacidad auditiva y que para algunos el español es completamente desconocido, además de que en

ninguna de las 2 instituciones se encontraron consentimientos informados que estén adaptados a la lengua de señas

No sé, la verdad no lo entiendo, porque la verdad no sé si en realidad se está violando algo justamente porque si viene acompañado es porque sabe que hay dificultades, hay limitaciones a la hora de la interpretación para su lenguaje entonces tiene que venir acompañado (IPSMedellín02).

Aun así, diversos estudios han indicado que la comunidad conformada por las personas con discapacidad auditiva exige que se respete el derecho que poseen de ser partícipes de la atención y que la comunicación sea directa para así ellos tomar sus propias decisiones (4).

En Quibdó el panorama no es muy diferente. La comunicación suele establecerse entre el talento humano en salud y el acompañante, ya sea familiar, amigo, vecino o incluso las autoridades. La participación del paciente es nula y la comunicación entre el acompañante y el paciente suele darse en un lenguaje que solo ellos conocen.

La percepción que algunos tienen de la violación de la confidencialidad y la invisibilidad del paciente suele apuntar a las situaciones de vergüenza que pueda experimentar el paciente, la información que el paciente oculte por esa misma vergüenza y los riesgos que se deriven.

Imagínese que venga una sordita con la mamá y ella se haya hecho un aborto fuera de la institución y esté con ese dolor, pero como está la mamá ahí no lo quiera decir. Donde ella llegue a decirle eso a la mamá para que se lo diga al médico, la mamá la mata. Y se inventa cualquier otra cosa y por ahí se puede ir el problema, porque uno no está orientado (IPSQuibdó03).

De esa misma manera atribuyen la presencia de familiares en los procesos de atención en salud, a que las mismas personas con discapacidad auditiva son conscientes de las limitaciones en la comunicación. "Por que por lo general cuando ellos vienen, como saben que nadie les va a entender vienen acompañados de alguien que sí sepa brindar la información" (IPSQuibdó05).

7.4 Apreciaciones del talento humano en salud

El talento humano es la fuerza que le da vida a los objetivos de las instituciones y es la cara visible de todos los procesos que se llevan a cabo para ser mejores cada día. Crean lazos con los pacientes y se convierten en sus aliados en los procesos de atención.

Por ello es importante indagar en los diversos aspectos que incorporan la relación talento humano en salud - persona con discapacidad auditiva, tanto en el contexto laboral como en el personal.

7.4.1 Experiencias de interacción con PcDA en el entorno personal

Los participantes refieren haber tenido contacto con personas con discapacidad auditiva en diversos espacios. Algunos han tenido contacto con ellos en supermercados, centros de servicio, almacenes o los han identificado cuando los ven comunicándose con otras personas mediante LSC.

Por ello es importante indagar en los diversos aspectos que incorporan la relación talento humano en salud - persona con discapacidad auditiva, tanto en el contexto laboral como en el personal. "En mi vida cotidiana en otros ambientes y en otras instituciones donde yo he trabajado y en supermercados, en las cajas es donde hemos tenido contacto con personas con dificultad auditiva", expresó un miembro del área administrativa de la IPS de Medellín (IPSMedellín01).

Otros han tenido contacto directamente con ellos porque son familiares, amigos, o vecinos de la infancia. "Pues para mí es muy cotidiano tratar con personas sordomudas, porque he tratado mucho con ellos en mi barrio. Yo conviví también con personas sordomudas. Con una persona que cuando ya no es...que saben decir palabras (Oralizada)" (IPSQuibdó08). "Él tiene esa condición de discapacidad y entonces casi siempre que llega que habla con el hijo hacen muchas señas, entonces aprendí a decirle que no se moviera de la casa y que permaneciera siempre ahí" (IPSQuibdó05).

Los que han tenido contacto con ellos porque son familiares indican que la cercanía influye positivamente en cuanto pueden entenderles. "Tengo un primo sordomudo. Pues como él es mayor que mí, él como que nació así

entonces uno fue creciendo con él y fui entendiendo y aprendiendo” (IPSQuibdó09).

Aunque los comentarios anteriores refieren experiencias con personas con discapacidad auditiva en diversos espacios, la mayoría de los participantes afirmaron sin mayores explicaciones que hasta el momento de la entrevista nunca habían interactuado con un miembro de esta comunidad. De los más de 20 entrevistados, solo 4 expresaron haber tenido contacto con ellos en el ámbito personal.

7.4.2 Experiencias de interacción en el ámbito laboral

En el ámbito laboral las respuestas fueron muy variadas. En la institución de Medellín algunos relataron tener contacto muy seguido con PcDA e incluso hicieron alusión a que van muy seguido a los servicios, mientras que para otros miembros de la misma institución la situación es completamente diferente y nunca los han visto, “No, y llevo acá 12 años... y no han llegado pacientes con discapacidad auditiva” (IPSMedellín03), “No, no, yo no he tenido contacto con población sorda, aquí en *** desde hace que estoy” (IPSMedellín01).

Para las personas que laboran en las áreas administrativas es coherente no relacionarse con PcDA porque consideran que ellos son de trato constante con el talento humano asistencial, sin embargo, un miembro de este equipo afirmó que en más de 28 años trabajando como asistencial, jamás tuvo interacción con ninguna PcDA, pero cuando fue trasladada al área administrativa comenzó a verlos muy seguido y así supo que acudían constantemente a los servicios.

Respecto a cuan seguido acuden los pacientes a los servicios, las respuestas fueron consecuentes a quienes habían tenido interacción con ellos. Para quienes no han tenido contacto, los pacientes no van a la institución. Quienes han tenido contacto con ellos afirman que la concurrencia es constante.

Uno de los miembros recordó “En el transcurso de este mes he visto a varios pacientes con discapacidad auditiva, no han sido pocos” (IPSMedellín06).

Si bien en la institución Quibdosená la mayoría de los miembros entrevistados tampoco han tenido contacto con PcDA, el talento humano que sí lo ha tenido, hace mayor énfasis en la impresión que les han dejado estos encuentros.

En cuanto a la concurrencia de los pacientes a los servicios, las respuestas alternaron entre alta, esporádica y poca, pero de la misma manera que sucedió en la institución de salud de Medellín, las respuestas estaban orientadas a los cargos que desempeñan los miembros, aquellos que tienen más contacto con el público que acude a la institución refiere que la concurrencia de los PcDA es alta.

A pesar de ello también se encontró que personal asistencial ha interactuado muy poco con ellos, "Si bien es cierto que la población sorda aquí no es muy grande me atrevería a decir, porque en mi ejercicio profesional, en mi vida, recuerdo haber atendido 2 sordos" (IPSQuibdó03), refirió un médico que labora hace 30 años en la institución.

7.4.3 Percepción de la interacción con PcDA

Así mismo, las percepciones en relación con el trato con las PcDA son muy diversas. Fue necesario preguntarle al talento humano sobre la percepción que tienen de la interacción con PcDA porque en el imaginario colectivo existen algunas creencias. Algunas de ellas apuntan a que "son personas agresivas y violentas", otros dicen que son "personas dóciles que siempre tratan de hacerse entender", por lo que fue menester saber cuál fue su apreciación cuando tuvieron contacto con esta población.

Una miembro del equipo de radiología expresó. "Son tranquilos. A mí en lo personal nunca me ha tocado un paciente con esquizofrenia o alguna enfermedad mental o algo. A mí siempre me han tocado pacientes muy tranquilos y calmados" (IPSMedellín08)

En el servicio de atención al usuario consideran que el tono de voz de las PcDA es fuerte, "A veces ellos hablan muy duro, entonces la gente piensa que es que el otro está enojado, entonces para evitar que se exalten y eso yo prefiero llevarlos a donde se tienen que dirigir" (IPSMedellín03). Es importante recordar que el no escuchar no implica directamente que la persona no tenga algún problema en sus cuerdas vocales y por ende no

pueda emitir sonidos o incluso hablar, como ya se ha hecho mención. Las personas que han sido oralizadas aprendieron en el proceso a modular el timbre de la voz, por ende, pueden hablar en un tono que para el que lo escuche, es moderado y aceptable.

Para otros, la interacción con estas personas ha despertado en ellos un interés en aprender a comunicarse: "Yo me he sentido muy limitada. Ehh, pues porque yo no sé lenguaje de señas. Mi esposo sí. Entonces alguna vez pensé que sería muy bueno aprender, pero realmente no he hecho el esfuerzo y sería muy bueno" (IPSMedellín01).

Este miembro del equipo de vigilancia y seguridad física de la IPS de Medellín confirma parte de lo que se cree en el imaginario colectivo, "Una persona sorda le hace saber apenas llega que tiene problemas auditivos. Le hace la seña en el oído, le habla y le dice que tiene problemas auditivos. Tienen que a veces vienen con 2 problemas: que no oyen ni pueden hablar. Muchas veces tiene problemas de voz; no hablan" (IPSMedellín07).

Una empleada de esta misma institución compartió una experiencia que tuvo al tratar de orientar a una paciente y a su acompañante.

La semana pasada vino una parejita entonces el señor se desempeñaba súper bien y me dijo: "vea es que ella viene a pedir una cita para una cirugía, pero ya le dijeron que eso no es aquí, que es en otro lado, pero vea que es que ella..." Entonces ella decía (Balbucesos) como en un dilema. Entonces yo le dije al señor que me mostrara los papeles y le dije que ella si tiene autorizada una cirugía para acá. Vea llévele a consulta externa, próxima puerta y aja, y entonces el señor ya la iba a poner a voltear. Entonces ella me decía (sonidos inentendibles de mímica de la paciente). Le dije llévela al consultorio tal de autorizaciones, ya la iba a pretender llevar para SAVIA (EPS) y ponerla a voltear y yo le decía que la llevara al tercer piso a autorizaciones. Pero le digo, como si hubiese venido sola porque ese señor antes la embolataba más (IPSMedellín04).

Lo anterior refleja que la compañía de un familiar no siempre es una estrategia que facilite la gestión.

En Quibdó la percepción de la interacción fue un tema que generó respuestas reflexivas en los participantes: "Es una experiencia muy interesante y sobre todo muy enriquecedora. Ahí es donde nos damos cuenta de ese problema silencioso que viven muchas familias" (IPSQuibdó11)

El problema silencioso de vivir con alguien con discapacidad sin ningún tipo de ayuda, solo al esfuerzo de lo que hagan sus

padres, entonces la verdad se da cuenta uno de unos dramas y unas historias de vida donde realmente aquí los niños con discapacidad no salen adelante por un apoyo del estado, sino porque sus padres o sus acudientes se han puesto al frente a enfrentar la batalla (IPSQuibdó11).

La reflexión anterior la realizó un empleado del área administrativa que considera que sus experiencias de vida, las ciudades que ha conocido, las empresas en las que ha trabajado y lo que ha estudiado, le permiten entender que la sociedad no se ha interesado de manera genuina en las personas con discapacidades. Incluso hizo mención de las comunidades indígenas. Considera que ellos también enfrentan importantes barreras todos los días debido a que son pocas las personas que dominan el español y también algunas lenguas indígenas que ascienden a 65 en el territorio. Así mismo considera que los oyentes en el caso de las personas con discapacidad auditiva y las personas que hablan el español en el caso de las comunidades indígenas que no lo hablan, no le han exigido a los dirigentes que tomen acción para mejorar la vida de estas minorías e incluirlos como miembros activos y útiles de la sociedad.

Para otra persona la confidencialidad juega un papel importante y hace parte del respeto que merecen los pacientes “Me gustaría que uno pudiera comunicarse directamente con ellos para saber qué es lo que necesitan y quieren decir. Se pierde la confidencialidad” (IPSQuibdó10); “Ella sabe decir su nombre, pronuncia cosas, pero mochas. Por ejemplo, ella se llama ¹Eberny**, entonces dice “ebe”. Mi nombre es Laura** y en su mano escribe las iniciales de mi nombre. Uno ya sabe que ella quiere decir cosas, pero las dice mochas” (IPSQuibdó08).

Para las personas que han tenido contacto con pacientes con discapacidad auditiva, vivir la experiencia genera emociones que los llevan a pensar en la importancia de generar cambios en las costumbres laborales, como capacitarse en LSC para que estos pacientes puedan encontrarse con servicios de salud amplios, amenos y acordes a sus necesidades.

7.4.4 Interés en capacitarse

Capacitarse en LSC, para el talento humano, es una alternativa muy positiva que no generó rechazo o duda alguna. Aun así, es clave conocer las

¹ Nombre ficticio.

expresiones y motivaciones individuales que llevan a estos miembros de las instituciones a querer aprender LSC.

Estas son algunas de las respuestas obtenidas en la institución de salud de Medellín:

“Uff súper, excelente. Eso sería una muy buena idea” (IPSMedellín04).

Para esta persona la motivación surge de un deseo personal ya que expresó que le gusta aprender, “Pues yo lo haría por interés personal, pero si de pronto el cupo o la capacitación es más orientada para personas que tengan ese contacto directo con los pacientes hay que darles más bien esos cupos a esas personas que están de cara al usuario” (IPSMedellín03).

Para los miembros del talento humano de la institución de Quibdó, no hay duda alguna de cuán importante es capacitarse en LSC y algunos manifestaron razones específicas por las cuales les gustaría acceder a una capacitación, “Son cosas que uno aprende en la vida y uno nunca sabe en qué momento le vayan a ayudar” (IPSQuibdó07).

Como el anterior, algunos se inclinan a pensar en que son conocimientos que pueden ponerse al servicio de quien lo necesite en cualquier momento “Eso no solo funciona en el trabajo (el conocimiento), sino que se puede presentar en el barrio, con la familia de uno” (IPSQuibdó07).

Y para otros sería un complemento apropiado para sus profesiones y ocupaciones “Todo lo que se pueda aprender por la profesión está bien y es bien recibido”. (IPSQuibdó02)

7.4.5 Priorización del talento a capacitar

De acuerdo con lo expresado el talento humano de ambas instituciones en el apartado anterior, se le preguntó quienes consideran deben ser los primeros en capacitarse.

Es necesario resaltar y recordar que, para lograr una atención en salud completa, los únicos involucrados no son los miembros del talento humano asistencial. Cada una de las personas que tienen contacto con el paciente, desde que ingresa a las instalaciones, hasta que se retira, cumple diversas funciones.

De esta misma manera también es preciso recordar que los recursos de las instituciones de salud son limitados y al no ser estrategias que las instituciones han programado con anterioridad, es menester acoplarlas a la medida de las posibilidades de cada IPS.

Planteando el panorama de que los recursos para dar inicio a un programa de capacitaciones para el talento humano son limitados y no podría acceder todo el talento humano de la institución en primera instancia, la pregunta se enfocó en profesiones/perfiles/puestos de trabajo y no en individuos. De acuerdo con las funciones que realizan y a la frecuencia en el contacto con los pacientes.

El talento humano participante de la investigación tuvo la libertad de escoger a quienes consideraban debían ser priorizados para recibir una capacitación en LSC. De manera que la mayoría de los participantes apuntó por varios cargos.

En la IPS de Quibdó los participantes se inclinaron, mayoritariamente por las enfermeras. Seguido, en un mismo nivel, quedaron los médicos, los miembros de la administración y las trabajadoras sociales. En menor proporción consideran importante priorizar a los facturadores, a los vigilantes.

Del total de participantes se obtuvo 40 respuestas que indican el talento humano a capacitar según cada uno de ellos. Los perfiles y cargos que obtuvieron votaciones mínimas fueron el subgerente médico, camilleros, aseadoras, atención al usuario, historias clínicas, laboratorio, estadística y nacidos vivos.

A pesar de ello, algunos miembros de la institución consideran que todos, sin importar su cargo o perfil en la IPS, deben capacitarse para que el paciente con discapacidad auditiva se sienta bien atendido.

Contrario a esa última afirmación, se encontró que un miembro del equipo administrativo considera que "el vigilante y el aseador no son entes competentes en una institución" (IPSQuibdó11) y por ende no deben tomarse en cuenta para una capacitación.

Para el talento humano de la IPS de Medellín no hay una profesión o cargo que prime sobre los demás y eso se refleja en que profesiones y puestos diferentes obtuvieron la misma votación como los médicos, el personal de admisiones, el personal que asigna citas médicas y la persona encargada del puesto de información. Seguido de ellos estuvieron el personal de vigilancia, enfermería y de la administración.

8 Discusión

Los hallazgos del estudio evidenciaron que la comunicación entre el talento humano en salud y la población con discapacidad auditiva en las instituciones participantes se desarrolla de forma empírica, ya que el talento humano no está capacitado en estrategias de comunicación como la lengua de señas. Por lo anterior, deben valerse de diversos métodos como la escritura o la lectura labial para tratar de entender a los pacientes y dar las indicaciones correspondientes a cada proceso. Cuando no es posible, y como sucede en la mayoría de los casos, en la comunicación participa un intermediario, generalmente familiar del paciente.

8.1 La atención en salud: el triángulo conformado por el talento humano en salud, el paciente con discapacidad auditiva y la familia

Con el transcurso de los años la población con discapacidad auditiva ha experimentado una importante transformación como minoría poblacional. Se han empoderado de sus derechos y han exigido a la sociedad el trato respetuoso y equitativo que merecen.

En paralelo, el talento humano en salud procura brindar cada día una mejor atención, estar más capacitado, trabajar ardua y eficientemente con los recursos que tiene a su disposición y crear vínculos estrechos con los pacientes que se traduzcan en relaciones sanas, cómodas y seguras.

En el lanzamiento del proyecto del diccionario básico de lengua de señas en salud, de la Universidad CES y la Asociación Antioqueña de Sordos (ASANSO), se abordaron temas relacionados a la autonomía de las personas con discapacidad auditiva en el marco de la atención en salud(96).

Roberto Escobar, director de Asanso, expresó en el lanzamiento del diccionario que, si bien la compañía de los familiares en los procesos de salud de las personas con discapacidad auditiva puede tener ventajas, como ayudarlos a entender claramente la información que el talento humano suministra y apoyarlos emocionalmente, la población con discapacidad desea apropiarse de sus procesos y poder comunicarse directamente con el talento humano (96).

Una de las inconformidades que presenta la población sorda con respecto a tener que acudir acompañados a los servicios de salud es que los familiares entablan una conversación con el profesional de la salud, dejándolos en un segundo plano, generando así una sensación de aislamiento(4)(96).

Otro de los aspectos que aqueja a la comunidad sorda sobre la presencia de familiares en la atención en salud, es tener que comunicar determinados datos o requerir de ellos para hacerle ciertas preguntas a los profesionales. Algunos temas generan vergüenza o timidez, como los relacionados con la sexualidad, por lo que no quieren que alguien más a parte de quien lo atiende, esté presente(96).

Sobre esto, algunos de los participantes de la investigación aseveraron estar completamente en desacuerdo con la presencia de familiares en las consultas médicas, pero reconocen que, al no tener herramientas y conocimientos para comunicarse directamente con los pacientes, es inevitable la presencia de un tercero.

La presencia de familiares en los procesos de atención en salud no siempre representa un aspecto positivo. Una de las participantes entrevistadas relató una experiencia que tuvo con una paciente con discapacidad auditiva que acudió a la IPS de Medellín con un familiar. El acompañante de la paciente estaba renuente a seguir las indicaciones del personal y de la paciente, por lo que, en vez de ser un apoyo, estaba obstaculizando su proceso.

Esto representa una situación altamente compleja. Si las personas con discapacidad auditiva no pueden comunicarse directamente con el galeno, para manifestar sus afecciones y de esta misma manera obtener una respuesta, la inclusión de una tercera persona resulta obligatoriamente necesaria, pero si la tercera persona no comprende las indicaciones del talento humano y no le facilita esa información al paciente, el proceso se complica aún más.

La inclusión de un tercero que pertenezca al ámbito familiar influye en la veracidad de la información que el galeno recibe. ¿Por qué? porque el paciente puede omitir información relevante por vergüenza, por miedo a represalias si es el caso de un menor de edad, o porque simplemente no le interesa que el familiar sepa determinado dato. La ausencia de información completa no permite que el profesional establezca los métodos correspondientes a las necesidades médicas de este paciente, esto puede implicar medicación insuficiente o innecesaria, tratamiento erróneo por diagnóstico errado y en concordancia, consecuencias para el paciente(8).

Ariza enfatiza en la importancia de entender que los familiares son una parte fundamental en la vida de los pacientes, por lo que una relación sana, sincrónica, compenetrada y transparente, influye positivamente en su estado

de salud, lo que a su vez permite la creación de esquemas que faciliten la recuperación(54)(58). Para la población sorda no se trata de eliminar a la familia de los procesos, puesto que son conscientes de que la familia representa un elemento integral en la vida. El avance en la comunicación con el PcDA no implica eliminar a la familia del panorama, pero sí dar al paciente el protagonismo que merece y que este tenga la libertad de decidir si desea involucrar a su familia en el proceso(96).

8.2 La confidencialidad

Del tema de la interacción del talento humano en salud con el paciente con discapacidad en presencia de sus familiares, surge un aspecto importante: la confidencialidad.

La inclusión de un tercero, un intérprete profesional, que no tenga una relación interpersonal con el paciente y sea solo el transmisor de la información de un actor a otro, podría ser una alternativa plausible. Dicho intérprete representaría una facilidad en la comprensión de la información que recibe tanto el paciente como el profesional, ya que posee los conocimientos y estrategias necesarias.

¿En este caso se podría decir que se protege la confidencialidad?

Para los participantes de la investigación este tema confronta opiniones personales y profesionales.

En términos profesionales, para algunos, la inclusión de un tercero así sea un familiar, implica una ruptura en el concepto de confidencialidad que aprendieron en la academia: el juramento hipocrático. Este discurso antiguo creado por Hipócrates de Cos (460 Ac- 377 Ac) quien es considerado el padre de la medicina, describe directrices éticas y profesionales que deben cumplir aquellos que estudian las ciencias de la medicina.

En la adaptación y modernización que realizó la Declaración de Ginebra, sobre este discurso, se incluyen aspectos como el respeto por las decisiones del paciente acerca de su tratamiento, la confidencialidad de la información suministrada, la protección del derecho a la privacidad del acto médico, el respeto por las diferencias religiosas, culturales, y personales de cada paciente. Indica la responsabilidad del profesional por procurar el mejor bienestar por la vida de todos, crear relaciones amistosas y sanas con sus

pacientes, solicitar opiniones de otros profesionales cuando sea necesario, actuar con justicia, bondad, compasión, prudencia, entre otros.

Sin embargo, algunos participantes consideran que pueden existir excepciones, como en la que un paciente consciente de su discapacidad debe llevar a un familiar porque no puede comunicarse por sí mismo. Incluso algunos mencionan que en el consentimiento informado se da claridad de esa situación. Aunque no se encontraron registros de consentimientos informados diseñados en LSC y la mayoría de las personas con discapacidad auditiva no saben leer el español, por consiguiente, se los debe interpretar otra persona.

Otros no están seguros si se viola la confidencialidad, aunque consideran que sí pero que se justifica por la dificultad de entablar la comunicación con el paciente. Otro tanto considera que es un asunto que debe solucionarse integralmente, no con la inclusión de un intérprete sino con la capacitación del talento humano.

Como el consentimiento informado, en la atención en salud existen otros documentos complementarios e importantes, uno de ellos es la historia clínica, en la cual se consigna la información referente al paciente y su estado de salud.

No suele ser un documento que el paciente pueda indagar por su cuenta, debido a lo mismo que sucede con el consentimiento informado. Sobre este importante insumo en salud se ha estudiado y legislado, para garantizar que la utilización del mismo sea siempre en beneficio del paciente y de la gestión de la información en las instituciones de salud. Pero, si del paciente depende la autorización para que otra persona acceda a la información y se la proporcione, realmente no tiene muchas alternativas: si no autoriza que otra persona acceda a la información, ¿cómo va a saber lo que está consignado allí?

En lo concerniente a los casos previstos por ley, el artículo 38 de la Ley 23 de 1981 establece los actores a los que se les podrá revelar el secreto médico: pacientes, familiares del enfermo si la revelación es útil al tratamiento, a los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o personas mentalmente incapaces, a las autoridades y a los interesados en los casos en los que por enfermedad grave o defectos físicos irremediables o hereditarios se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Si bien no manifiesta explícitamente el caso de las personas con discapacidad auditiva, que por sí sola no puede configurarse como incapacidad mental. En el caso de “defectos físicos irremediables” se requiere un poco más de profundidad en el tema, ya que se precisan interpretaciones médicas para cada caso en particular.

En conclusión, poseer una discapacidad auditiva no le quita autonomía a una persona para acceder a la información relacionada con su salud y por ello se ha legislado que el sistema sanitario debe proveer las herramientas necesarias para que se cumplan los derechos de los pacientes a ser actores activos y conscientes de su atención (12)(16)(96), sin embargo la creación de estas normas no ha generado un impacto significativo en la relación del paciente con discapacidad auditiva y la información en salud. Tampoco en la relación con el talento humano en salud que dice sentirse *maniatado*.

8.3 Instituciones prestadoras de servicios de salud inclusivas

En el conversatorio virtual -Habilitación de la prestación de servicios de salud con enfoque incluyente-, de la Consejería para la participación de las personas con discapacidad en Colombia, Ricardo Becerra Sáenz, un reconocido diseñador industrial que ha enfocado su trabajo en promover estrategias que beneficien a la población con discapacidad, de la que él hace parte por tener poliomielitis desde la infancia, habló de la importancia de que la habilitación de servicios de salud con un enfoque incluyente.

La accesibilidad va más allá de las rampas o los letreros, es un proceso que debe ser sincrónico y razonable a largo plazo. Estos cambios no son inmediatos.

Para Becerra *"Hay una diversidad que requiere ser atendida en igualdad de condiciones y de una manera digna, natural y flexible"*(97) haciendo referencia a que no solamente las personas con alguna discapacidad poseen diferencias. La atención digna en servicios amigables incluye a los adultos mayores, niños, mujeres en estado de embarazo, personas de talla alta, baja, con discapacidades, con enfermedades crónicas, poblaciones indígenas, en fin, en todos aquellos que requieran y deseen acceder a la atención en salud(97).

Uno de los participantes de la investigación manifestó una opinión similar, adjudicando a la sociedad en general la responsabilidad de crear entornos

accesibles para todas las personas, no solo para aquellas con discapacidad auditiva y haciendo una mención especial a las comunidades indígenas que también presentan dificultades para comunicarse.

Volviendo a Becerra, en su discurso expresó que debería existir un diseño universal, que desde el principio oriente la creación de estructuras pensando en las personas y las diversas discapacidades. Los consultorios, edificios, espacios, equipos y demás deberían estar diseñados para ser accesibles. De allí que para él *"la accesibilidad es un principio potenciador de derechos"*. En concordancia, considera que la inclusión debe ser un tema que esté instalado como un *"chip"* en la mente de los profesionales desde la formación académica(97).

También mencionó una de las premisas consignadas en la convención sobre derechos de las personas con discapacidad y es *"Nada sobre nosotros, sin nosotros"*. Lo que indica que no se pueden generar cambios y crear estrategias enfocadas en facilitar las condiciones de las personas con discapacidades, sin involucrarlas en los procesos para que ellos desde sus conocimientos, experiencias, significados y opiniones, expresen lo que consideran.

Si bien la investigación no se orientó a conocer la historia de las instituciones desde su creación, si se indagó en el interés de los directivos de implementar cambios que faciliten la atención de las personas con discapacidad. Para los implicados es importante entender que los cambios requieren planificación y recursos; consideran fundamental adaptar a las instituciones a las necesidades de los pacientes, pero no lo ven como una prioridad a corto plazo. Es algo en lo que esperan trabajar paulatinamente y sobre todo en la medida de que los escasos recursos lo permitan.

A pesar de que existe normatividad que lo exige, estudios como el de Hoyos titulado *Experiencias y significados sobre la accesibilidad a los servicios de salud de las personas sordas en la ciudad de Medellín*, evidencian la ausencia de capacitación del talento humano y como la comunidad con discapacidad auditiva lo solicita(13).

Al respecto, el talento humano ha manifestado la preocupación que les genera las posibles consecuencias de una errónea atención a los pacientes con discapacidad auditiva y por supuesto para la institución(13).

No obstante, gran parte de los participantes desconocía que existe normatividad que le exige a las instituciones estar adaptadas a las personas con diversas discapacidades. Manifiestan estar de acuerdo en que es importante que se brinden todas las herramientas y recursos para que los pacientes estén cómodos y se sientan bien atendidos y de igual manera que ellos como talento humano puedan prestar los servicios con autonomía, inclusión y respeto.

8.4 La comunicación en salud, el talento humano y la interacción con el paciente con discapacidad auditiva

La comunicación constituye uno de los elementos más importantes en el desarrollo del ser humano. La comunicación interpersonal por su parte crea y fortalece la conexión entre las personas, abriendo o cerrando las puertas para la interacción.

En el ámbito de la salud la comunicación entre el talento humano y el paciente representa parte del éxito de la atención. Del trato que el paciente reciba del personal que lo atiende, depende la adherencia a los procesos, la confianza, el entendimiento y el respeto que se genere. Por ende, es importante que el talento humano posea habilidades y destrezas en la comunicación interpersonal (44).

La decisión de asistir a las instituciones de salud no solo depende de la eficiencia, las edificaciones o los servicios que presten. La calidez, humanidad y amabilidad juegan un papel importante. De allí que existen personas que prefieren hacer largas filas para ser atendidos en sitios llenos, pero con un personal amable, que ir a instituciones vacías con empleados desagradables.

Para Beltrán “la comunicación para la salud es la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública” (44). Lo que extiende a los directivos de las instituciones, órganos en salud, entidades municipales, departamentales y nacionales, la necesidad de lograr la unidad de fuerzas en la búsqueda de una comunicación en salud exitosa.

Esta forma de comunicación se entiende como la divulgación y difusión de información en salud de importancia para los actores sociales. Que dicha información sea expresada en términos entendibles para cualquiera que la reciba y que por supuesto sea verídica, certera y confiable. Que el impacto de la información divulgada se refleje en la asistencia de las personas a los servicios de salud, en el mejoramiento del autocuidado, en la aceptación de políticas públicas, entre otros (44).

Parte de la confianza que percibe el paciente proviene de las relaciones entre los trabajadores de las instituciones. Un paciente se siente cómodo y a gusto cuando llega a una institución en la que las personas se tratan con respeto, cortesía, se saludan, dan los buenos días. El trato entre compañeros se transmite al paciente, por ello es imprescindible que el clima organizacional sea ameno.

El clima organizacional es la antesala a la eficiente prestación de los servicios de salud. Si el talento humano cuenta con las condiciones necesarias para el desarrollo de sus labores y las desempeña en un entorno sano, respetuoso, íntegro y cómodo, transferirá esa comodidad al paciente (98).

En esa misma línea se encuentra la salud mental. Para el talento humano el vínculo que desarrolla con el paciente, como se ha mencionado, influye positiva y negativamente en el proceso. Y si bien los pacientes son la razón de ser de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el talento humano es quien le da vida y cumplimiento a los objetivos institucionales.

Las emociones juegan un papel fundamental en el desarrollo del ser humano y en el desempeño de sus actividades cada día. Si bien la investigación no se centró en el impacto emocional del talento humano -lo que podría ser una continuación- es necesario recordar que la salud mental de las personas que desempeñan labores a favor de otras personas puede verse afectada por las dificultades inherentes a la misma atención, como la de PcDA y al entorno laboral.

En un sentido humano, al colaborador se le deben proporcionar todos los insumos necesarios para la correcta realización de sus funciones, incluyendo, en la justa medida, las que componen un espectro personal. De allí la importancia de que las directivas de las instituciones de servicios de salud estudien e identifiquen los entornos y necesidades que condicionan los espacios de trabajo para así brindar los elementos que hagan del clima organizacional el mejor y por consiguiente generar en el paciente la sensación de plenitud que merece.

La crisis que afecta al sistema de salud colombiano, y en específico al sistema de prestación de servicios de salud ha llevado a algunas instituciones a trabajar bajo recursos mínimos, procurando del talento humano la necesidad de trabajar bajo lo que hay, que en ocasiones no es nada(27). La escases de insumos para trabajar influye directamente en la motivación del talento humano. Como Chiavenato lo menciona, los trabajadores son personas que poseen objetivos laborales, pero también personales, por lo que es necesario brindarles los incentivos pertinentes: pago de salarios oportunos, condiciones laborales dignas, insumos para cumplir con sus responsabilidades laborales, etc.

En la comunicación interpersonal existe un componente muy importante, uno que no incluye el habla: la comunicación no verbal. Esta forma de comunicación tiene la particularidad de reflejar las emociones, intenciones, pensamientos y actitudes que no se dicen mediante el habla u otra forma de comunicación. Acciones como mirar a la persona mientras se comunica, a sentir, los gestos que se emplean, la postura corporal que se tiene al

momento de la interacción son aspectos que permiten saber si la persona está interesada o prestando atención.

La comunicación entre oyentes que tiene la capacidad de comunicarse directamente con el personal que lo atiende por momentos llega a ser difícil, porque el talento humano utiliza una terminología desconocida para el paciente, porque el paciente se confunde, no sigue indicaciones, no comprende los procesos, entre todas las razones que pueden complicar la comunicación entre oyentes, con PcDA puede ser aún más difícil.

No existen protocolos de comunicación y atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por lo que el talento humano que ha tenido contacto directo con estos pacientes se ha valido de lo que está a su alcance para poder prestar un buen servicio. Desde escribirles en papel para que puedan leer, utilizar una "señalética no oficial" en la que tratan de hacerles señas con las manos a los pacientes para que comprendan determinada información, así como hablarles despacio para que les puedan leer los labios. También optan por tomar los documentos que porta el paciente para saber qué necesitan y gestionarlo.

8.5 Políticas de comunicación y atención en las instituciones vs la formación profesional

La ausencia de políticas claras que soliciten a los aspirantes tener conocimiento de estrategias de atención para pacientes con diversas discapacidades, deja entrever que el paciente con discapacidad auditiva sigue sin ser una prioridad para las instituciones prestadoras de servicios de salud y al mismo tiempo para las instituciones educativas, ya que el conocimiento de estrategias de atención a PcDA no hace parte de la formación obligatoria de profesionales.

Si bien existen instituciones educativas que brindan cursos de lengua de señas en el caso de los oyentes que quieren aprender a comunicarse con PcDA, los cursos son de elección voluntaria y no hacen parte ineludible de la malla curricular de los profesionales de las áreas de la salud, por citar un ejemplo.

Los profesionales que poseen estos conocimientos se han formado desde el interés personal, lo cual es gratamente admirable. Aun así y como lo mencionó Sáenz, si se quieren cambios importantes es necesario plantearlos desde la planeación, por lo que la inclusión desde la formación académica de estrategias de comunicación orientadas a la atención de personas con discapacidad brindará a la sociedad profesionales capacitados en éstas

habilidades que puedan responder a los retos del día a día en materia de atención.

En Brasil, el estudio Cuidado às pessoas com deficiência auditiva sob o olhar do enfermeiro de familia, evidenció que, desde la perspectiva del enfermero de familia, el profesional de la salud no cuenta con los insumos necesarios para atender a los pacientes con discapacidad auditiva y no se sienten capaces de brindar el cuidado apropiado. Al mismo tiempo consideran que deben reformarse las políticas públicas para estructurar ambientes de salud accesibles e inclusivos (99).

Una de las observaciones más importantes que realiza este estudio es la necesidad de reformar el sistema educativo para que se incluyan estrategias de comunicación enfocadas a esta población en los contenidos educativos desde la formación profesional. Lo que nos demuestra que los protagonistas de esta problemática manifiestan respuestas sincronizadas desde otros lugares del mundo.

En cuanto a las instituciones de salud ha de ser favorable que la creación de protocolos y políticas internas de atención a los pacientes con discapacidad surjan por iniciativa propia y no por obligatoriedad normativa.

Que en la creación de esas políticas se incluyan programas de educación al talento humano. Capacitaciones periódicas sin distinción, para que todos estén en la capacidad de brindarle una atención apropiada a cualquier paciente con discapacidad que acuda a las instituciones. Contextualizarse al respecto y apropiarse de estrategias que brinden accesibilidad a los pacientes mejoraría la atención que ellos reciben y abriría las puertas a convertirse en instituciones amigables, accesibles, inclusivas y humanizadas.

Para uno de los participantes la necesidad de capacitar al talento humano en estrategias de comunicación depende del flujo de personal con discapacidad auditiva que se atiende. Contrario a ello, otro participante considera que, si se debe garantizar, se debe garantizar sin importar cuantos se atiendan.

Por lo que surge el interrogante ¿Es realmente relevante la cantidad de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a los servicios de la institución, para crear programas, protocolos y políticas internas que mejoren la accesibilidad y la atención de ellos en las instituciones de salud?

La normatividad colombiana no refiere que la aplicación de las normas en salud referentes a la adaptación de espacios para la atención de pacientes con discapacidades dependa de la cantidad que asista a las instituciones. Los derechos de los pacientes deben ser respetados y garantizados indistintamente de la frecuencia a los servicios y tanto los espacios físicos como el talento humano que labora en ellos debe poseer las condiciones requeridas para brindarles la mejor atención.

La construcción de instituciones de salud que puedan abarcar y atender equitativamente a los pacientes sin distinción, conlleva un camino largo, pero no imposible. Está en manos de la sociedad, las instituciones y los hacedores de normas, propender por mejores condiciones para todos.

9 Conclusiones

El talento humano

Este estudio evidenció que el talento humano de las instituciones prestadoras de servicios de salud participantes se encuentra interesado en mejorar las condiciones de servicio para la atención de las personas con discapacidad auditiva. Consideran importante que la comunicación sea directa, fluida, confidencial y están interesados en acceder a capacitaciones que les permitan adquirir conocimientos en estrategias de atención orientadas a la población con discapacidad.

Es fundamental integrar a todo el talento humano de las instituciones en el mejoramiento de las condiciones de atención para los pacientes con discapacidad auditiva y en la adquisición de conocimientos para comunicarse con ellos, debido a que la atención en salud no solo involucra al talento humano asistencial; el talento humano administrativo y de apoyo también hace parte del proceso y tiene una influencia fundamental.

Es apropiado sensibilizar al talento humano y a la sociedad en general respecto a la comunidad sorda, para que de esta manera se eliminen los mitos que existen alrededor de esta comunidad que cada día está más apropiada de sus derechos, de sus deseos de ser independientes y que exigen una mejor atención en salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y el contexto

El contexto en el que se encuentren las instituciones y en el que se desenvuelven las personas tiene implicaciones importantes en la atención en salud. Las barreras que enfrenta la población con discapacidad auditiva en los contextos que abordó el estudio son indispensables al momento de

emprender acciones que hagan de las instituciones de prestación de servicios de salud, espacios accesibles y amigables.

Por lo anterior y más, es necesario que el talento humano directivo de las instituciones estudie el entorno en el que se encuentran y las características de la población a la que atienden para que de esta manera se puedan realizar los cambios apropiadamente y en concordancia con sus necesidades.

Es idóneo que los cambios correspondientes a cada institución se hagan en articulación con los diversos actores del sistema de salud, la administración municipal y la población con discapacidad auditiva de cada territorio, porque como cita la convención para los derechos de las personas con discapacidad *"Nada sobre nosotros, sin nosotros"*.

La comunicación con la persona con discapacidad auditiva

De presentarse un encuentro con una persona con discapacidad auditiva o una situación en la que esta requiriera orientación y ayuda, los miembros del talento humano consideran que no tendrían elementos para ayudar a la persona o al menos saber que necesita. Para ellos, esta situación los hace sentir limitados. De esto es importante destacar que cuando se ha entablado, la comunicación se desarrolla mediante un sistema empírico.

Una comunicación en el entorno privado y familiar puede permitir la interacción con la persona con discapacidad, sin embargo, en lo referente a la salud, es menester que el paciente tenga la capacidad de entender y se le pueda transmitir la información. Para ello es importante integrar a las instituciones educativas para que integren en la formación de los profesionales los conocimientos requeridos para atender a las PcDA y que de esta manera la comunicación sea directa y fluida.

10. Recomendaciones

Sensibilizar al talento humano acerca del contexto de la población con discapacidad auditiva

Es importante sensibilizar al talento humano y a la sociedad en general, de aquellas particularidades que integran a la población sorda colombiana, entre ellas que el español no es un idioma que entiendan si no lo han aprendido previamente.

La sensibilización permite dar a conocer a los oyentes el trasfondo de la vida de las personas con discapacidad auditiva poniéndolos en sintonía con el contexto de la población y los retos que deben enfrentar en su vida diaria, además de que les permite conocer la historia y postura de la comunidad, sus deseos, aspiraciones y expectativas.

Es importante educar a la población respecto al trato de las personas con discapacidad auditiva. Hay que reconocer que como seres humano merecen respeto, amabilidad y trato digno; entender que no requieren tratos infantiles ni diminutivos; eliminar los mitos que circundan a la comunidad sorda, que lo único que logran es crear una imagen errónea de ellos.

Capacitar al talento humano en lengua de señas colombiana y estrategias de comunicación orientadas a la atención del paciente con discapacidad auditiva

El uso de herramientas como el diccionario de lengua de señas en salud creado por la universidad CES y la Asociación Antioqueña de Sordos abre un camino positivo a la atención en salud de la población con discapacidad auditiva, ya que facilitará el entendimiento de las patologías y aspectos importantes del cuerpo a la persona con discapacidad.

Aun así, es importante que el talento humano se capacite desde la academia, y que las instituciones asuman la responsabilidad de que estos conocimientos se fortalezcan en el ejercicio laboral para garantizar la permanente educación de los colaboradores, no solo en lengua de señas, también es adecuado que

adquieran conocimientos en estrategias de atención enfocadas a las personas con discapacidades. Esto debe involucrar a todo el talento humano y no solo al asistencial, debido a que los miembros administrativos y de apoyo de las instituciones cumplen roles que influyen en el proceso de los pacientes.

Es indispensable entender que no todas las personas sordas han desarrollado la LSC, así como hay quienes la manejan de forma muy básica, por lo que no se trata solo de aprender LSC, sino que implica aprender estrategias de comunicación efectivas para generar espacios de confianza, entendimiento y claridad para el paciente y el profesional en el proceso de atención en salud. Para que el paciente sea y se sienta el protagonista de su proceso, sienta la comodidad de expresarle a quien lo atiende lo que siente y preguntar todo aquello que le genere inquietudes.

Reformar las políticas públicas institucionales y educativas para crear un enfoque integral en la atención de pacientes con discapacidad

La creación y apropiación de políticas y protocolos institucionales de atención hará que las instituciones de prestación de servicios de salud sean cada vez más accesibles, amables y humanas.

Es menester incluir en las políticas públicas educativas lineamientos encaminados a la formación del profesional para la atención de PcD. Al mismo tiempo es importante considerar la educación diferencial de las personas con discapacidad auditiva; que pueda acceder a instituciones que les permitan formarse y adquirir herramientas de comunicación, desarrollo personal, profesional y laboral.

Son cambios que deben darse de forma paulatina, puesto que además de tener un impacto importante, requieren transversalidad a determinados sistemas sociales y específicamente a los servicios que presten la IPS.

No se aprende de la comunidad sorda estando lejos de ella. Hay que involucrarse explícitamente con ellos para comprender la visión que tienen y las características a tomar en cuenta para adaptar a las instituciones y que sean completamente accesibles.

Integrar al intérprete y la familia del paciente con discapacidad auditiva

Si bien se busca que el paciente tenga la independencia y herramientas para comunicarse directamente con el talento humano de las instituciones prestadoras de servicios de salud, es necesario reconocer que la figura del intérprete no debe eliminarse. El intérprete es un actor importante que transmite la información y le da sentido para que la persona sorda no solo sepa lo que se le dice, sino que también lo entienda.

La participación de este actor en las situaciones que requieran tratar temas complejos que no sean fáciles de transmitir con el conocimiento básico de lengua de señas, repercute en que la comunidad sorda esté cada día más apropiada y enterada de su situación de salud y de los aspectos rutinarios y propios del sistema de prestación de servicios.

Respecto a la familia, como se ha mencionado anteriormente, es conveniente y respetuoso que el paciente tenga la autonomía de decir si desea que sus familiares hagan parte de sus procesos de atención en salud. Es de conocimiento que la familia es un componente importante en la vida de las personas, pero es loable respetar las decisiones del paciente.

11. Fortalezas y limitaciones en el estudio

La formación profesional de la investigadora, la facilidad para relacionarse con el talento humano en salud y el acercamiento previo a la comunidad sorda por haber estudiado lengua de señas fue una ventaja a destacar en el estudio, debido a que poseía de primera mano conocimiento acerca de la percepción de la comunidad sorda acerca de la atención, de la formación del profesional en salud en estrategias de comunicación y de los contextos del estudio.

El acompañamiento de expertos en el tema también facilitó la comprensión de la herramienta de análisis de información escogida para esta investigación. Al igual que el acompañamiento permanente del asesor académico quien siempre tuvo la mejor disposición, actitud, motivación y palabras de ánimo incluso cuando la investigación se vio detenida por las limitaciones.

La disposición de las instituciones participantes del estudio y del talento humano fue una fortaleza inmejorable. El estudio fue recibido con agrado, curiosidad por lo infrecuente del tema y con expectativa de todo aquello que se puede abordar y mejorar a futuro si se hicieran más énfasis en temas de esta naturaleza.

En cuanto a las limitaciones que se presentaron en el desarrollo del estudio es menester mencionar la recolección de la información, debido a que la llegada del SARS-Cov 2 en Colombia en el mes de febrero del 2020 coincidió con esa etapa de la investigación. Las restricciones para el ingreso a las instituciones de salud y la concentración absoluta del talento humano en atender el virus llevaron al aplazamiento del estudio por el transcurso de algunos meses. Si bien se agotaron las vías posibles (llamadas y videoconferencias) es de entender que el inicio de la pandemia trajo a la humanidad muchas novedades para las cuales no estaba preparada, por lo que el personal se dedicó completamente a ello.

La escasa literatura sobre el tema también influyó en el análisis referencial. No se ha profundizado en el tema a nivel nacional y mundial, por lo que buscar referentes relacionados a este tema en especial, es complejo. Las investigaciones existentes se centran en la percepción de la comunidad sorda, lo cual es sumamente importante, pero falta indagar más en el talento humano. A pesar de la escasa información, el acompañamiento de personas que dedican su tiempo al trabajo con la población con discapacidad auditiva favoreció el acceso a literatura que aportó datos valiosos al estudio.

Por otro lado, si bien algunos miembros del talento humano de ambas instituciones participantes en la investigación manifestaron tener conocimiento en lengua de señas y se consideran capaces de entablar una conversación con una persona con discapacidad auditiva, no se corroboró el dominio de la lengua de señas de los participantes, por lo que queda a consideración de cada uno el conocimiento que expresaron tener.

También es importante reconocer que, si bien los participantes que han tenido contacto con la población con discapacidad ya sea en el ámbito laboral o personal, contaron sus experiencias, las preguntas que se realizaron al talento humano que no ha tenido contacto con la población, partieron del supuesto, del "¿Qué haría sí?". Aunque no hacía parte de los objetivos de la investigación, el planteamiento de un evento hipotético puso en situación al talento humano, invitándolos a pensar en las consecuencias de brindar atención a los pacientes con discapacidad auditiva sin las herramientas adecuadas.

12. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. OMS. 2019 [citado 7 de abril de 2021]. p. 1-8. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
2. Herrero B. Hipoacusia de origen prenatal. [citado 7 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.revistagacetaudio.es/audiologia-pediatria/hipoacusia-de-origen-prenatal/>
3. Social. M de S y P. Abecé Salud Comunicativa. «Somos todo oídos» ¿Qué es la Salud Auditiva y Comunicativa? 2017;
4. Saa MDCP, Madrid NPV. Barreras De Comunicación Percibidas Por La Población Sorda De La Asociación Antioqueña De Sordos-Asanso, Frente La Atención Médico-Paciente En Los Servicios De Salud, Medellín 2013. Universidad de Antioquia; 2013.
5. Martínez Cortés M del Carmen, Pérez Morón, Padilla Góngora David, López Liria Remedios, Lucas Acién Francisca. Métodos de intervención en discapacidad auditiva. Int J Dev Educ Psychol. 2008;3(2008):219-24.
6. Cañizares AJ. Método verbotonal para personas sordas [Internet]. 2016 [citado 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.larazon.es/economia/metodo-verbotal-para-personas-sordas-DF13700322/>
7. Peralta Levette J Paola, Peña Hernandez. Laura., Rubio Contreras, C Aidee. Métodos de intervención utilizadas en fonoaudiología para el entrenamiento [Internet]. [citado 3 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/3584/metodos-de-intervencion-utilizadas-en-fonoaudiologia-para-el-entrenamiento-auditivo-en-personas-con-perdida-auditiva-una-revision-documental-parte-ii.html>
8. Ayala-Hernández JM, Lopera-Escobar A, Cadavid-Mazo SY, Pulgarin-Ossa DA. The Interaction between the Healthcare Professional and the Deaf Person. Experiences from the Colombian Healthcare System. J Dev Phys Disabil. 28 de enero de 2021;1-12.
9. Federación Nacional de Sordos de Colombia [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.fenascol.org.co/?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=33

10. Congreso de la República de Colombia. Ley 982 de 2005. [Internet]. por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones. 2005 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=17283>
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 324 de 1996 [Internet]. Bogotá: El Congreso de Colombia; oct 11, 1996 p. 10-1. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=349>
12. Congreso de Colombia. Ley 1618 Del 2013 [Internet]. 2013 p. 24. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B6swDua0jpC-XzdLUmFtM292TTg/edit>
13. Va A FH Vallejo. Experiencias y significados sobre la accesibilidad a los servicios de salud de las personas sordas de la ciudad de Medellín, año 2012. Universidad de Antioquia; 2012.
14. Portilla Parra S. El secreto profesional médico y las personas con discapacidad, en el ordenamiento jurídico colombiano. Estud Socio-Juríd. 2 de julio de 2019;21(2).
15. Guzmán F, Franco E, Morales De Barrios C, Mendoza Vega J. Comunicaciones y conceptos El acto médico Implicaciones éticas y legales. Acta Medica Colombiana. 1994;19:11.
16. Flores CAA. La reserva y confidencialidad en la relación médica como manifestación del derecho constitucional a la intimidad. Derecho Soc. 2018;(51):119-30.
17. Cultura M de salud y protección social. M de. Resolución 839 de 2017 Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Diario Oficial No. 50.185. 2017 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=87208>
18. Ministerio de relaciones exteriores. Ministerio de Relaciones Exteriores. [Internet]. Normograma. Ley 002 1981. 1981 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley_0023_1981.htm
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 1374 de 2010 - EVA - Función Pública [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38688>
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Producto interno Bruto (PIB) por departamento. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2021 mar.
21. Alcaldía de Medellín. Alcaldía de Medellín [Internet]. 2021 [citado 25 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.Medellín.gov.co/irj/portal/Medellín?NavigationTarget=navurl://6488ef50a6787e1fdb4e42e62a46a67>

22. Alcaldía de Quibdó [Internet]. Información del Municipio. [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.quibdo-choco.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>
23. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. Colombia; 2015 p. 13.
24. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 del 2011 [Internet]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.htm
25. Mundial A médica. SMU [Internet]. Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987. 1987 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/amm-autonomia.htm>
26. Constitución Política de Colombia. Bogotá; jul 4, 1991.
27. Patiño JF. A salvar los hospitales, no las EPS La crisis estructural del sistema de salud. 2015;2.
28. World Health Organization BM. Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial; 2011 p. 388.
29. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, de Trabajo Asuntos Sociales M. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, editor. 2001.
30. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>
31. Washington Group on Disability Statistics. Introducción a las listas de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad [Internet]. Washington Group on Disability Statistics.; 2020 jun [citado 25 de junio de 2021] p. 1-17. Disponible en: <http://www.washingtongroup-disability.com/>.
32. Padilla-Muñoz A. Discapacidad: Contexto, concepto y modelos. Rev Colomb Derecho Int. enero de 2010;16:381-414.
33. del Aguila Umeres L Miguel. El concepto de discapacidad y su importancia filosófica Investigación sobre un aspecto fundamental de la condición humana. [Lima]: Pontificia Universidad Católica del Perú.; 2007.

34. Barton L. Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones Studies on disability and the quest for inclusivity: Some observations. Vol. 349, Fecha de entrada. 2009 p. 4-12.
35. Hernandez Rios MI Isabel. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. Rev Ces. julio de 2015;6(2):46-59.
36. Esther M, Dalmeda P, Chhabra G. Theoretical models of disability: tracing the historical development of disability concept in last five decades. Revista Española de Discapacidad (REDIS). 2019;7(1):7-27.
37. Di Nasso Patricia. Mirada histórica de la discapacidad. Fund Càtedra Iberoam. 9:6-12.
38. Santofinio Rojas G Andrews. De la anomalía a la discapacidad, una larga historia de exclusión social: de la muerte, al destierro y el repudio, a la inclusión educativa (From Anomaly to disability, a long history of social exclusion) [Internet]. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2016 [citado 5 de julio de 2021] p. 34-46. Disponible en: <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/IYD/article/view/1270/1174>
39. Santos Hernández V, Zenker Castro F, Fernández Belda R, Barajas del Prat JJ. Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. Auditio. 1 de agosto de 2006;3(1):19-31.
40. García JC. La discapacidad auditiva. Principales modelos y ayudas técnicas para la intervención. (The hearing impaired. Top models and technical assistance for intervention). Rev Int Apoyo Inclusión Logop Soc Multicult [Internet]. abril de 2015 [citado 5 de julio de 2021];1(2). Disponible en: <http://riai.jimdo.com/>
41. Lorduy TC, Pereira TC, Joaquín De Vergas Gutiérrez J. Evaluación del paciente con hipoacusia [Internet]. [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: www.biap.org
42. Martínez José C LMiguel. ¿Arte Rupestre o Sistemas de Comunicación Visual? [Internet]. San Felipe.: Colegio de Antropólogos de Chile.; 2004 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.academica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/47>
43. Amador Bech Julio. El arte rupestre como medio de comunicación observaciones de método sobre su interpretación [Internet]. Ciudad de México.: Universidad Nacional Autónoma de México.; 2018 oct [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328492033_el_arte_rupestre_como_medio_de_comunicacion_observaciones_de_metodo_sobre_su_interpretacion
44. Beltran S LRamiro. Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos. [Internet]. [Bogotá]: OPS, OMS; 1998 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/3963540-Una-revision-de-conceptos-basicos-luis-ramiro-beltran-s.html>

45. Urribarrí R. Comunicación y Educación: hacia un punto de equilibrio en la sociedad de la información*. Quórum Académico. julio de 2007;4:135-48.
46. Rodríguez Puerta Alejandro. Modelo de Lasswell: Elementos, Ventajas y Desventajas [Internet]. [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/modelo-lasswell/>
47. Gómez José, Fedor Simón. La Comunicación. Salus. septiembre de 2016;20(3).
48. Birchenall LB, Müller O. La Teoría Lingüística de Noam Chomsky: del Inicio a la Actualidad 1. 2014;42(2):417-42.
49. Boeree CG. Teorías de Personalidad en Psicología: B.F. Skinner [Internet]. Teorías de Personalidad en Psicología: B.F. Skinner. 2018 [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/teorias-de-personalidad-en-psicologia-b-f-skinner-889.html>
50. Hurtado C. El conductismo y algunas implicaciones de lo que significa ser conductista hoy. Diversitas. 2006;2(2):321-8.
51. Romeu Viviana. Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica. Dixit. julio de 2018;29:34-47.
52. Chiavenato Idalberto. Administración de recursos humanos. En: Solano Arevalo Lyly, editor. Administración de recursos humanos Quinta edición. Bogotá; 2001. p. 699.
53. Tobar Federico. La atención de la salud [Internet]. La atención de la salud. 2017 [citado 10 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
54. Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm Univ. enero de 2012;9:46-51.
55. Nations U. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. [citado 9 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
56. Congreso de la República. Ley 1346 del 2009. Bogotá.: Congreso de la República.; jul 31, 2009.
57. Andino Acosta C Andrés. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Rev Colomb Bioét. enero de 2015;10(1):38-62.
58. SS L.E.O Nydia Loredó Martínez MtraRMM. Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva [Internet]. Enferm. univ vol.9 no.4 México oct./dic. 2012. 2012 [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000400006

59. Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Rev Med Chil.* 2019;147(5):634-42.
60. Bisso Constanza, Narvaez Josefa., Sepulveda Tomás., Torrealba Arantxa. Conocimiento de los profesionales de la salud frente a la atención de personas en situación de discapacidad auditiva o visual. *Revista Confluencia.* 2020. p. 150-60.
61. Quiénes Somos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/quienes-somos/quienes-somos/>
62. Declaración de Ginebra – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-ginebra/>
63. Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina y de la Ética Médica Hippocrates, Father of Medicine and Medical Ethics [Internet]. [citado 15 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100008&lng=es&nrm=iso
64. Navarre (Spain). Departamento de Salud. J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales [Internet]. Vol. 34, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2011 [citado 16 de mayo de 2021]. 73-82 p. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
65. De Salud M, Ministro EL, Salud DE. Resolución 1995 de 1999. Bogotá: Ministerio de Salud; jul 8, 1995.
66. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Bogotá: Congreso de la República.; dic 23, 1993 p. 132.
67. Congreso de la República. Ley 1164 del 2007 [Internet]. Bogotá: Congreso de Colombia.; oct 3, 2007. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html
68. Sentencia T-760 del 2008. 2008. p. 420.
69. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.; 2013 p. 122.
70. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 113 del 2020. Bogotá; ene 31, 2020.
71. Gobernación del Chocó. Información general [Internet]. Información del departamento. 2019 [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.choco.gov.co/departamento/informacion-general>

72. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Medición de empleo informal y seguridad social. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2021 jun p. 1-10.
73. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. PIB por departamento. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.; 2019.
74. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza multidimensional Región Pacífica (sin incluir Valle del Cauca) Departamento de énfasis: Nariño Gráfico 1. Pobreza multidimensional (porcentaje) Región Pacífica (sin incluir Valle del Cauca) y total departamental. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2019 dic p. 3-4.
75. UNESCO. UNESCO - Fiesta de San Francisco de Asís en Quibdó (Colombia) [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/RL/fiesta-de-san-francisco-de-ass-en-quibd-colombia-00640>
76. Hospital San Francisco de Asís es intervenido por malos manejos [Internet]. 2020 [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/hospital-san-francisco-de-asis-es-intervenido-por-malos-manejos/>
77. La corrupción – el peor virus que tiene el Chocó. | Chocó [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://choco.org/la-corrupcion-el-peor-virus-que-tiene-el-choco/>
78. Gobernación de Antioquia. Datos de Antioquia [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.antioquia.gov.co/antioquia/datos-de-antioquia>
79. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza multidimensional Región-Departamento Antioquia Gráfico 1. Pobreza multidimensional (porcentaje) Total nacional y departamento Antioquia. Bogotá: DANE; 2020 dic p. 3-6.
80. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Geoportal del DANE - Geovisor CNPV 2018 [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/?lt=4.456007353293281&lg=-73.2781601239999&z=5>
81. Suárez Gómez JE, Ramírez Cárdenas E, Nieto López JR. Las fronteras invisibles en las comunas 16 y 70 de Medellín (2008-2013): poder, territorio y resistencia. *Ágora USB*. 13 de noviembre de 2018;18(2):384-401.
82. Medellín conmemora el Mes de las Personas Sordas y la Lengua de Señas Colombiana [Internet]. Alcaldía de Medellín. 2021 [citado 20 de julio de 2022].

Disponible en: <https://www.Medellín.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/Medellín-conmemora-el-mes-de-las-personas-sordas-y-la-lengua-de-senas-colombiana/>

83. Asociación Antioqueña de Personas Sordas [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://asanso.org.co/>

84. Snapshot [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.Medellín.gov.co/irj/portal/Medellín?NavigationTarget=contenido/5545-Mes-para-ser-capaz---Qui%C3%A9nes-somos>

85. Medellín es la ciudad con mejor percepción en salud, pero las urgencias son su cuello de botella | Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-comunicaciones-oficiales-y-actualidad/Medellín-es-la-ciudad-con-mejor>

86. Sampieri RH, Fernandez Collado C, Pilar D, Lucio B. Metodología de la investigación. Cuarta edición [Internet]. Del Bosque Ricardo, López Noel, Rocha Marcela, editores. Vol. Cuarta Edi. Iztapalpa: McGRAW hill interamericma editores, SA DE C.V; 2006 [citado 26 de abril de 2021]. 850 p. Disponible en: www.banxia.com

87. Peralta Martínez C. Etnografía y métodos etnograficos. Rev Colomb Humanidades. 74:33-52.

88. Meneses Cabrera T, Jairo Cardozo Cardona J. La Etnografía: una posibilidad metodológica para la investigación en cibercultura. [Internet]. Vol. 12, Universidad Autónoma del Caribe. 2014 [citado 18 de mayo de 2021] p. 93-103. Disponible en: <http://www.weforum.org/issues/global-information-technology>

89. Nolla Cao Nidia. Etnografía: una alternativa más en la investigación pedagógica. Educ Médica Super. 1997;11(2):107-15.

90. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio M del Pilar. Metodología de la investigación. Sexta edición. Vol. 6. México: McGRAW-HILL / interamericana editores, S.A. DE C.V.; 2014. 634 p.

91. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.; oct 4, 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

92. Departamento de Salud educación y bienestar de los EU de N América. El informe Belmont. [Internet]. Departamento de Salud, educación y bienestar de los Estados Unidos de Norte América.; 1979 abr [citado 28 de abril de 2021] p. 11. Disponible en: www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat

93. Sampieri RH, Fernandez Collado C, Pilar D, Lucio B. Metodología de la investigación. Cuarta edición. 2006.^a ed. Del Bosque Ricardo, López Noel, Rocha

Marcela, editores. Vol. Cuarta Edi. Iztapalpa: McGRAW HILL interamericana editores, SA DE C.V; 2006. 850 p.

94. World Health Organization, Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 2017.

95. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_1581_2012] [Internet]. [citado 20 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html

96. Universidad Ces, Asociación Antioqueña de Sordos. Difusión del proyecto en lengua de señas. [Internet]. Difusión del proyecto en lengua de señas. 2021 [citado 19 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=qnYNGaSQI48&t=444s&ab_channel=UniversidCEDCES

97. Consejería para la participación de las personas con discapacidad en Colombia. Conversatorio: Habilitación de la prestación de servicios de Salud con enfoque incluyente - YouTube [Internet]. Habilitación de la prestación de servicios de Salud con enfoque incluyente. 2021 [citado 19 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=yO6Q978IXfI&t=1171s&ab_channel=Consejer%C3%ADaparaLaDiscapacidad

98. Sampedro Diaz B Alicia, Santa Eulalia Mainegra JMarcos. Clima organizacional en instituciones de atención primaria de salud. Clima organizacional en instituciones de atención primaria de salud [Internet]. septiembre de 2012 [citado 19 de julio de 2021]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000500011

99. Dos Santos AK da S, Santos LPS, Faria MG de A, Brandão PS, Thiengo PC da S, Alves LVV, et al. Cuidado às pessoas com deficiência auditiva sob o olhar do enfermeiro de família. *Enferm Cuid Humaniz*. 17 de noviembre de 2021;10(2):89-101.

Anexos



Anexo 1: Consentimiento Informado

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

Señor (a) participante,

De antemano le agradecemos el tiempo que dispensa para informarle del propósito de esta investigación y del interés en que usted participe de ella.

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó es un trabajo de investigación que tiene como finalidad comprender las habilidades para comunicarse con personas sordas, entre el talento humano de ambas instituciones. El conocimiento de lengua de señas colombiana y las experiencias que el talento humano haya tenido o no, en relación con la atención de la población.

El propósito final de la investigación es que sus resultados orienten la toma de decisiones en las instituciones, y que estas a su vez conlleven a la implementación de cambios que beneficiarán no solo a la población con discapacidad auditiva, sino también al talento humano, mejorando las condiciones de trabajo y contribuyendo a la adquisición de nuevos conocimientos.

En el desarrollo de la investigación la recolección de la información se efectuará en las instalaciones de la institución, evitando así desplazamiento para los participantes, en un espacio cómodo y en horarios acordados previamente para no perjudicar sus labores. Buscando así el mejor ambiente para el desarrollo de las entrevistas que será el método por utilizar para abordar las perspectivas que usted tenga sobre el tema de investigación.

En cuanto a los riesgos a los que usted se expone al participar de este estudio, se encuentran afectaciones psicológicas leves derivadas de acontecimientos relacionados a pacientes con discapacidad auditiva que lo hayan afectado en el pasado.

De acceder a participar de este estudio, se le hará entrega de un instructivo en el que se le informará los objetivos de la entrevista y se solicitará su autorización para grabarla. Manifiesta el conducto a seguir, la libertad que posee para expresarse al garantizar la confidencialidad de la información y de renunciar si así lo desea.

La información suministrada por usted solo será utilizada con fines académicos y será de conocimiento de la investigadora y el asesor. Los equipos y medios electrónicos en los que se almacenará la información están protegidos con claves seguras, que solo son de conocimiento de la investigadora.

Usted está en la plena libertad de renunciar a su participación en el momento y por las razones que considere. De manifestar sus inconformidades ya sea con el estudio o con la investigadora. Al final de este documento encontrará los datos de la investigadora, el asesor de trabajo de grado y el comité de ética, con los que puede comunicarse cuando lo desee.

Al finalizar la investigación tanto a usted como a los demás participantes se les entregarán los resultados en un informe o reunión.

Usted no recibirá una compensación o beneficio económico, laboral, o personal derivado de esta investigación, así como tampoco deberá incurrir en gastos de su bolsillo.

Después de leer y entender completamente el contenido de este documento, usted está en libertad de decidir si participa en este estudio. Si decide participar, puede indicar su consentimiento firmándolo.

Investigadora

Yunia Cecilia Quinto Palacios

Correo electrónico:

Yunia.quinto@udea.edu.co

Asesor

Johnny Alexander Gómez Granada

Correo electrónico:

johnnya.gomez@udea.edu.co

Coordinador del programa académico

Elkin Fernando Ramírez Rave

Correo electrónico:

fernando.ramirez@udea.edu.co

Asistencia Comité de Ética

Jhon Smith Arenas Murillo

Correo electrónico:

cisaludpublica@udea.edu.co

Usted,

He leído la información proporcionada o se me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Además, he sido informado sobre los posibles riesgos e igualmente, se me notificó que no existen beneficios para mi persona y que no se me recompensará monetaria ni laboralmente.

Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactado, usando el nombre y la dirección correo electrónico. Además, se me han proporcionado los datos del asesor y comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, a los cuales me puedo comunicar en caso de presentar alguna inconformidad.

Declaro que he sido informado de los objetivos del estudio, que se me ha explicado todo el proceso de forma detallada y cómo se manejará la confidencialidad de la información.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos que alteren el razonamiento, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firma del Participante _____ C.C

Fecha: (Día/mes/año) _____

Firma de la investigadora _____ C.C

Anexo 2 Instrumento informativo de recolección de información

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

Nombres y Apellidos del participante:

Código de la entrevista: _____ Entrevista N°: _____

Sexo: _____ (F o M)

Tiempo que lleva laborando en la institución: _____

Cargo que ocupa en la institución: _____

Fecha: ____/____/____ (Año/mes/día).

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Cordial saludo. Queremos agradecerle por aceptar la invitación a participar en esta investigación, que busca identificar las experiencias de comunicación entre el talento humano de esta institución y los pacientes con discapacidad auditiva que acuden a los servicios de la misma. Su aporte es fundamental y por eso le pedimos que nos hable desde su experiencia, percepciones, ideas y sugerencias respecto al tema.

Lo invitamos a que hagamos de esta entrevista una conversación amena, para que se sienta lo más cómodo posible, por ende, le recordamos que la entrevista contará con unas preguntas establecidas previamente, que pueden derivar a otras pero que puede, en el momento que desee, compartir información adicional.

Solicitamos si está de acuerdo nos permita grabar la entrevista, pues esto permitiría examinar y precisar mejor la información que nos proporcione, en la etapa del análisis de los datos de la investigación.

Es importante que sepa que puede desistir de responder las preguntas que estime, solicitar parar la grabación para hacer algún comentario o simplemente suspender la entrevista si llega a sentirse incómodo.

La información proporcionada por usted es de completa confidencialidad. En los resultados de la investigación su nombre no será divulgado y en cambio será plasmado como 'sujeto' y el número de la entrevista.

Las dudas o inquietudes que presente serán resueltas por la investigadora, en el momento que usted requiera.

¿Aprueba que se grabe la entrevista? Sí____ No____

Anexo 3 Formato de entrevista para jefe de talento humano administrativo

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Qué título profesional ostenta usted?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
3. ¿Ha trabajado en otras áreas de la institución?
4. ¿La institución establece un protocolo para el estudio, entrevista y contratación del talento humano?
5. ¿Cómo es este protocolo?
6. ¿Considera usted que este protocolo aporta significativamente a la contratación de personal capacitado?
7. ¿Por qué la administración del talento humano está dividida? (Administración asistencial y administrativa)
8. ¿La institución establece entre sus protocolos que los aspirantes tengan conocimiento en habilidades comunicacionales para atender a personas con discapacidad auditiva?
9. Si la respuesta a la pregunta anterior es negativa, responda ¿Por qué la institución no contempla estas habilidades como requisito de su protocolo?
10. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana? ¿Tiene usted conocimiento en estas habilidades?
11. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
12. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
13. Si la respuesta a la pregunta 8 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
14. ¿Tiene conocimiento usted de que alguno de los empleados de la institución tenga conocimiento en LSC?
15. ¿La institución ha planteado entre sus planes próximos capacitar al talento humano en estrategias de comunicación para personas con discapacidad auditiva?

16. ¿participaría usted en una capacitación?
17. ¿Qué opina usted de que se capacite al talento humano de la institución?
18. ¿Quiénes considera deberían ser los primeros en capacitarse en habilidades comunicaciones para atender pacientes con discapacidad auditiva?
19. ¿Conoce el flujo de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la institución?
20. ¿A quién puede acercarse un paciente con discapacidad auditiva si requiere información en la institución y que pueda brindársela apropiadamente?
21. ¿Cómo considera usted que son las instalaciones de la institución en términos de ubicación para pacientes sordos?
22. ¿Cree usted que los espacios de la clínica están claramente señalizados para el entendimiento y orientación del paciente sordo?
23. En caso de presentarse una emergencia dentro de la institución, ¿existe un protocolo o procedimiento de como manifestarle la situación a la persona con discapacidad?
24. ¿Cómo orientaría usted a un paciente o familiar de paciente con discapacidad auditiva hacia algún área de la clínica?

Anexo 4 Formato de entrevista para el/la directora(a) de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Qué título profesional ostenta usted?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo usted está a cargo de las dirección de la institución?
3. ¿Ha trabajado en otras áreas de la institución?
4. ¿ha trabajado en otras instituciones prestadoras de servicios de salud?
5. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que accede a la institución?
6. ¿Cuántos son?
7. ¿Cuáles considera son los retos más importantes que enfrentan las instituciones en materia de atención al paciente con discapacidad auditiva?
8. ¿La institución establece protocolos o manuales de comunicación y atención para pacientes con discapacidad auditiva?
9. Si la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, responda ¿Por qué?
10. ¿Tiene usted conocimiento de habilidades comunicacionales para atención de pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
11. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
12. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
13. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
14. Si la respuesta a la pregunta 9 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
15. ¿Tiene conocimiento usted de que alguno de sus empleados signe en LSC?
16. ¿Ha habido inconvenientes en la prestación del servicio o en la

interacción con pacientes con discapacidad auditiva?

17. ¿Ha habido quejas relacionadas a la interacción con personas con discapacidad auditiva?
18. ¿Cómo es prestada la atención a pacientes con discapacidad auditiva si no acude a los servicios con un familiar o interprete?
19. ¿Tiene conocimiento usted de que alguno de sus empleados posea habilidades comunicacionales dirigidas a personas con discapacidad auditiva?
20. ¿La institución ha planteado entre sus planes próximos capacitar al talento humano en estrategias de comunicación para personas con discapacidad auditiva?
21. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, responda ¿En cuánto tiempo han estipulado iniciar con las capacitaciones?
22. ¿Sabe usted que hay una norma que exige a las instituciones capacitar a sus empleados en habilidades que les permitan la atención de pacientes con discapacidades?
23. ¿Qué opina usted de que se capacite al talento humano de la institución?
24. ¿Cómo está preparada el área de calidad para atender las necesidades de las personas con discapacidad que acudan a la institución?
25. ¿Existe un protocolo de resolución de conflictos?
26. ¿Cómo considera usted que influye el contexto en el que se encuentra la institución en el desarrollo de la atención a los pacientes con discapacidad auditiva?
27. Las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran en crisis económicas que las llevan incluso al cierre de algunos servicios, ¿Considera que en una coyuntura como la actual es pertinente invertir en capacitación de personal?

Anexo 5 Formato de entrevista para el/la jefe de calidad de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Qué título profesional ostenta usted?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
3. ¿Ha trabajado en otras áreas de la institución?
4. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que accede a la institución?
5. ¿Cuántos son?
6. ¿La institución establece protocolos o manuales de comunicación y atención para pacientes con discapacidad auditiva?
7. Si la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, responda ¿Por qué?
8. ¿Tiene usted conocimiento de habilidades comunicacionales para atención de pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
9. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
10. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
11. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
12. Si la respuesta a la pregunta 9 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
13. ¿Tiene conocimiento usted de que alguno de sus empleados signe en LSC?
14. ¿Ha habido inconvenientes en la prestación del servicio o en la interacción con pacientes con discapacidad auditiva?
15. ¿Ha habido quejas relacionadas a la interacción con personas con discapacidad auditiva?
16. ¿Cómo es prestada la atención a pacientes con discapacidad auditiva si no acude a los servicios con un familiar o interprete?
17. ¿Tiene conocimiento usted de que alguno de sus empleados

posea habilidades comunicacionales dirigidas a personas con discapacidad auditiva?

18. ¿La institución ha planteado entre sus planes próximos capacitar al talento humano en estrategias de comunicación para personas con discapacidad auditiva?
19. Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, responda ¿En cuánto tiempo han estipulado iniciar con las capacitaciones?
20. ¿Sabe usted que hay una norma que exige a las instituciones capacitar a sus empleados en habilidades que les permitan la atención de pacientes con discapacidades?
21. ¿Qué opina usted de que se capacite al talento humano de la institución?
22. ¿Cómo está preparada el área de calidad para atender las necesidades de las personas con discapacidad que acudan a la institución?
23. ¿Existe un protocolo de resolución de conflictos?

Anexo 6 Formato de entrevista para el talento humano de admisiones de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
2. ¿Ha laborado en otras áreas de la institución?
3. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la institución?
4. ¿Cómo ha sido la interacción con los pacientes con discapacidad auditiva? Si no ha tenido interacción con pacientes con discapacidad auditiva proceder a la pregunta
5. ¿Cuándo estos pacientes acuden a la institución lo hacen en compañía de familiares, intérpretes o solos?
6. Si el paciente acude solo, ¿cómo logra comunicarse con él?
7. ¿Posee usted habilidades comunicacionales para atención de pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
8. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
9. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
10. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
11. Si la respuesta a la pregunta 8 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
12. Cuando el paciente acude con un familiar, ¿cómo denota usted es la interacción entre ellos?
13. ¿La institución tiene establecidos protocolos o manuales de atención para personas con discapacidad auditiva?
14. Si la respuesta anterior fue negativa, responda ¿considera que debe crearlos e implementarlos?
15. ¿Se han presentado dificultades con personas con discapacidad auditiva relacionadas a la comunicación?
16. Si la respuesta a la pregunta anterior fue positiva, ¿Cuál es la postura de la institución?

17. En caso de acudir un paciente con discapacidad auditiva a la institución sin un acompañante que interprete por él, ¿Cómo procedería a comunicarse con él?
18. Si la institución decidiera implementar un programa de capacitación en estrategias de comunicación exitosas con personas con discapacidad auditiva, ¿Cuál sería su postura?
19. ¿Considera usted que el talento humano debe estar capacitado en estrategias de comunicación?
20. ¿Cuáles cree usted que serían las consecuencias de una comunicación ineficiente con una persona con discapacidad auditiva?
21. ¿A nivel personal le interesaría capacitarse?
22. ¿Cómo le indica al paciente a donde debe dirigirse?
23. Cuando un paciente con discapacidad auditiva tiene una cita, debe hacerse un examen o someterse a algún procedimiento, ¿Cómo le indica los requisitos previos?
24. ¿Qué estrategias utilizaría para "darse a entender"?
25. ¿Cómo le indica al paciente la documentación que requiere para acceder a los servicios de la institución?
26. Si el paciente acude acompañada ¿con quién procura establecer la comunicación?
27. ¿Considera que la presencia de familiares influye positiva o negativamente en la atención?
28. ¿Para usted la presencia de un familiar facilitaría la interacción con el paciente con discapacidad auditiva?

Anexo 7 Formato de entrevista para el talento humano de vigilancia y seguridad física de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
2. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la institución?
3. ¿Cómo ha sido la interacción con los pacientes con discapacidad auditiva?
4. ¿Cuándo estos pacientes acuden a la institución lo hacen en compañía de familiares, intérpretes o solos?
5. Si el paciente acude solo, ¿cómo logra comunicarse con él?
6. ¿Posee usted habilidades comunicacionales para la interacción con pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
7. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
8. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
9. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
10. Si la respuesta a la pregunta 7 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
11. Si la respuesta a la pregunta anterior fue negativa, ¿Le interesaría aprender?
12. ¿usted ha identificado cuales son los servicios a los cuales acuden los pacientes con discapacidad?
13. ¿Se han presentado conflictos relacionados a la atención de pacientes con discapacidad auditiva?
14. ¿Ha logrado identificar cuales son los motivos más frecuentes de consulta en urgencias?

Anexo 8 Formato de entrevista para el talento humano de medicina y enfermería de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
2. ¿Ha laborado en otros servicios asistenciales de la institución?
¿Cuáles?
3. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la institución? ¿aproximadamente cuantos?
4. ¿Cómo ha sido la interacción con los pacientes con discapacidad auditiva? Si no ha tenido interacción con pacientes con discapacidad auditiva proceder a la pregunta 8
5. ¿Cuándo estos pacientes acuden a la institución lo hacen en compañía de familiares, intérpretes o solos?
6. Si el paciente acude solo, ¿cómo logra comunicarse con él?
7. ¿Posee usted habilidades comunicacionales para atención de pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
8. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
9. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
10. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
11. Si la respuesta a la pregunta 8 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
12. Si la institución decidiera implementar un programa de capacitación en estrategias de comunicación exitosas para personas con discapacidad auditiva, ¿Cuál sería su postura?
13. ¿Considera usted que el talento humano debe estar capacitado en estrategias de comunicación? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles cree usted que serían las consecuencias de una comunicación ineficiente con una persona con discapacidad auditiva?

15. Cuándo un paciente con discapacidad auditiva tiene una cita, debe hacerse un examen o someterse a algún procedimiento, ¿Cómo le indica los requisitos previos?
16. ¿La institución tiene establecidos protocolos o manuales de atención para personas con discapacidad auditiva?
17. De acuerdo a la respuesta anterior: si es afirmativa, ¿sigue estos protocolos? Si es negativa, ¿cree que debería implementarlos?
18. ¿Como le indicaría a un paciente con discapacidad auditiva que acude solo a un servicio, cual es la conducta a seguir en su tratamiento y/o atención?
19. ¿Cuál es su opinión respecto a la presencia de familiares en la atención del paciente con discapacidad auditiva?
20. ¿En su ejercicio profesional ha tenido inconvenientes con pacientes con discapacidad auditiva?
21. ¿Para usted que papel juega la confidencialidad en el caso de los pacientes con discapacidad auditiva que no manejan el lenguaje oral en español?

Anexo 9 Formato de entrevista para el talento humano de trabajo social de la institución

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

La comunicación en la atención en salud del paciente con discapacidad auditiva desde el talento humano de una institución hospitalaria de Medellín y una de Quibdó

1. ¿Desde hace cuánto tiempo labora usted en la institución?
2. ¿Ha laborado en otros servicios asistenciales de la institución?
¿Cuáles?
3. ¿Tiene conocimiento del flujo de pacientes con discapacidad auditiva que acuden a la institución? ¿aproximadamente cuantos?
4. ¿Cómo ha sido la interacción con los pacientes con discapacidad auditiva? Si no ha tenido interacción con pacientes con discapacidad auditiva proceder a la pregunta 8
5. ¿Cuándo estos pacientes acuden a la institución lo hacen en compañía de familiares, intérpretes o solos?
6. Si el paciente acude solo, ¿cómo logra comunicarse con él?
7. ¿Posee usted habilidades comunicacionales para atención de pacientes con discapacidad auditiva? ¿Por qué?
8. ¿Sabe usted que es la lengua de señas colombiana?
9. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, responda ¿Cómo supo usted de la lengua de señas colombiana?
10. ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido con discapacidad auditiva?
11. Si la respuesta a la pregunta 8 fue afirmativa, responda ¿sabe usted signar en lengua de señas colombiana?
12. Si la institución decidiera implementar un programa de capacitación en estrategias de comunicación exitosas para personas con discapacidad auditiva, ¿Cuál sería su postura?
13. ¿Considera usted que el talento humano debe estar capacitado en estrategias de comunicación? ¿Por qué?
14. ¿Cuáles cree usted que serían las consecuencias de una comunicación ineficiente con una persona con discapacidad auditiva?

15. Cuándo un paciente con discapacidad auditiva tiene una cita, debe hacerse un examen o someterse a algún procedimiento, ¿Cómo le indica los requisitos previos?
16. ¿La institución tiene establecidos protocolos o manuales de atención para personas con discapacidad auditiva?
17. De acuerdo a la respuesta anterior: si es afirmativa, ¿sigue estos protocolos? Si es negativa, ¿cree que debería implementarlos?
18. ¿Cuáles es el papel de la oficina de trabajo social en la atención de pacientes con discapacidad auditiva?
19. En caso de presentarse algún conflicto o dificultad ¿de que manera intervendría la oficina de trabajo social?
20. ¿La oficina de trabajo social tiene planteada una ruta de atención externa (secretaría de salud) en los casos que requieran mayor complejidad.
21. ¿Cuál es su opinión respecto a la presencia de familiares en la atención del paciente con discapacidad auditiva?
22. ¿En su ejercicio profesional ha tenido inconvenientes con pacientes con discapacidad auditiva?
23. ¿Para usted qué papel juega la confidencialidad en el caso de los pacientes con discapacidad auditiva que no manejan el lenguaje oral en español?