

**ANÁLISIS DEL LINEAMIENTO PARA LA PROMOCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE
LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA “SOMOS TODO OÍDOS” DEL
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN PRIMERA INFANCIA**

Trabajo de grado para optar al título de fonoaudióloga(s)

presentado por:

**MARÍA DEL MAR CÁRDENAS BURBANO
MARÍA DANIELA MUÑOZ SANCHEZ**

**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
FONOAUDIOLOGÍA**

**UIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI, SEPTIEMBRE 2019**

**ANÁLISIS DEL LINEAMIENTO PARA LA PROMOCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE
LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA “SOMOS TODO OÍDOS” DEL
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN PRIMERA INFANCIA**

**Trabajo de grado para optar al título de fonoaudióloga(s)
presentado por:
MARÍA DEL MAR CÁRDENAS BURBANO
MARÍA DANIELA MUÑOZ SANCHEZ**

**Bajo la asesoría docente de:
NATALIA TORRES ZAMBRANO
FONOAUDIÓLOGA Y MAGISTER EN DESARROLLO HUMANO**

**DIANA PATRICIA JARAMILLO
FONOAUDIÓLOGA Y ESPECIALISTA EN AUDIOLOGÍA**

**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
FONOAUDIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI, SEPTIEMBRE 2019**

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	1
2. DESCRIPCIÓN.....	2
2.1 Planteamiento del problema	2
2.2 Pregunta de investigación	5
3. ANTECEDENTES.....	5
4. JUSTIFICACIÓN	9
5. REFERENTE TEÓRICO	11
5.1 Primera infancia.....	11
5.2 Audición	11
5.3 Lenguaje.....	12
5.4 Políticas públicas en salud	13
5.5 Política de Atención Integral en Salud (PAIS).....	14
5.6 Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)	15
5.7 Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)	16
5.8 Enfoque de cursos de vida	17
5.9 Detección audiológica.....	18
5.10 Evaluación audiológica	19
5.11 Intervención audiológica.....	20
6. OBJETIVOS	21
6.1 Objetivo general.....	21
6.2 Objetivos específicos	21
7. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS.....	21
7.1 Tipo de estudio	21
7.2 Periodo de estudio.....	22
7.3 Unidad de análisis y muestra.....	22
7.4 Fuentes de información.....	22
7.5 Recolección de datos	23
7.6 Sistematización y análisis de datos	24
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	29
9. RESULTADOS	29
10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	56
11. CONCLUSIONES	63
12. BIBLIOGRAFÍA	66



ANÁLISIS DEL LINEAMIENTO PARA LA PROMOCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA “SOMOS TODO OÍDOS” DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN PRIMERA INFANCIA

1. RESUMEN

La salud auditiva y comunicativa hace parte de la salud en general, se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en familia, en los centros educativos, en el trabajo, con los amigos y hasta en el descanso; es el resultado de un entorno propicio para el desarrollo, del amor y la aceptación; de la presentación de estímulos y del cuidado de los padres a los niños y niñas; y de los que se dispensa uno mismo para el mantenimiento y desarrollo de capacidades funcionales, lograr todo lo anterior requiere de un contexto global que propicie los mecanismos y medios necesarios para la vida, la salud y el bienestar de la población.¹

Con esta investigación se pretende indagar sobre las acciones que se proponen entorno al beneficio de la salud auditiva y comunicativa, específicamente aquellas dirigidas a la primera infancia, que fomentan el desarrollo saludable de los niños, niñas y sus familias, en los diferentes contextos en que se ven inmersos.

Por esta razón, se analizó lineamiento para la promoción y gestión integral de salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos”, bajo unas herramientas y métodos de diseño cualitativo, de tipo descriptivo y de corte horizontal, tomando como unidad de análisis los documentos orientadores del lineamiento, los relacionados con el mismo y aquellos referidos por la Organización Mundial de la Salud. Con este estudio, se busca generar un insumo que ponga en evidencia las acciones que se están llevando a cabo tanto a nivel mundial como nacional en relación a la salud auditiva y comunicativa, así como también dar a conocer el deber ser para la atención de la audición y la comunicación en la primera infancia.

Palabras Clave:

Primera infancia, audición, comunicación y somos todo oídos

¹ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 9)



2. DESCRIPCIÓN

2.1 Planteamiento del problema

El desarrollo lingüístico, cognitivo, psicológico y social del ser humano depende de la correcta percepción auditiva de los sonidos ambientales, y específicamente de los sonidos lingüísticos, por ende es importante prevenir tempranamente una alteración, es decir, detectar niños y niñas con pérdidas auditivas desde su etapa prelocutiva, posibilita un desarrollo lingüístico-comunicativo favorable, disminuyendo consecuencias irreversibles en su desarrollo integral (Carvajalino y Cols, 2006).

Cuando el infante inicia la comunicación verbal, el lenguaje sigue a las acciones, es provocado y dominado por la actividad; en estadios superiores surge una nueva relación entre la palabra y la acción, ya que el lenguaje guía, determina y domina el curso de la acción y aparece su función planificadora, de tal manera el lenguaje es esencial para el desarrollo cognoscitivo del niño (Morales, 1990, como se citó en Chaves, 2001, Pág. 61) entendiendo finalmente el papel del lenguaje en la construcción del conocimiento y en la acción emancipadora del ser humano, ya que el lenguaje es una manifestación cultural que transmite un significado que responde a determinados intereses, por lo tanto es necesario estar consciente del papel que juega en la construcción del conocimiento y de la subjetividad y sirve para organizar, construir y transformar el pensamiento, para aprender, comunicar y compartir experiencias con los demás. Desde esta perspectiva, el lenguaje cobra un papel protagónico como herramienta para crear las condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo, (Chaves, 2001, pág.64).

(Aguilar et al, 2017, Pág.162) y (Jaramillo y Montiel, 2012, pág.15) Plantean que la audición es uno de los sentidos con los que cuenta el ser humano para su adecuado desarrollo integral, siendo éste esencial para el proceso de adquisición del habla, el lenguaje, la comunicación y el aprendizaje, cuando aparecen alteraciones a nivel auditivo, se altera y condiciona el aprendizaje del lenguaje y el habla, desencadenando dificultades serias en el aprendizaje del lenguaje.

A través de la audición, el niño recibe los estímulos del medio que permiten el proceso natural de la adquisición de la lengua oral; a través de la misma, establece los contactos que marcarán sus relaciones interpersonales; ya que los aprendizajes pedagógicos son mediados por la audición. Se podría decir que cuando se habla de “audición” estamos hablando a la vez del “desarrollo auditivo del cerebro”: el acceso acústico del habla inteligible es indispensable para el crecimiento del cerebro.



Asimismo, Cañete (como se citó en Martínez y Otero, 2012) plantea que la adquisición del lenguaje oral depende del procesamiento de la información acústica, no es de sorprender que haya una relación entre las dificultades auditivas y los trastornos del desarrollo del lenguaje.

El lenguaje permite a los seres humanos la comunicación y ha tenido una participación decisiva en el desarrollo de la sociedad y sus numerosas culturas. El lenguaje es la principal vía por la que los niños aprenden lo que no es inmediatamente evidente y desempeña un papel central en el pensamiento y el conocimiento, (Delgado y cols, 2011, pág.280). Es importante mencionar, que el lenguaje y la audición son determinantes en nuestro desarrollo a nivel individual y social puesto que según Vygotsky (1978) el momento más significativo en el desarrollo del infante, es cuando el lenguaje y la actividad práctica convergen, siendo estas dos líneas de desarrollo totalmente independientes “en un momento dado se unen y el lenguaje se vuelve racional y el pensamiento verbal. El desarrollo que hasta ahora era biológico se vuelve socio histórico ya que, por medio del lenguaje racional, la sociedad inyecta en el individuo las significaciones que ha elaborado en el transcurso de su historia” (Morales, 1990, pág.11, como se citó en Chaves, 2001, pág.61). De acuerdo con esta teoría, el lenguaje se da en un primer momento a nivel social, luego es egocéntrico y más adelante interiorizado (Vygotsky, 1978).

Por otro lado, entendiendo el habla como el medio de comunicación más común en las familias, una evaluación audiológica temprana se considera como un facilitador en el desarrollo del lenguaje, ya que no detectar una pérdida auditiva a tiempo, tiene efectos que trascienden ampliamente la imposibilidad de hablar, concibiendo el habla como cualquier sistema lingüístico, es decir, de cualquier lengua, que permita reconocer la manera como los individuos, pertenecientes a un mismo conglomerado social y cultural, hacen adecuaciones, realizan transformaciones o se permiten ciertos usos que los hacen singulares en su condición de hablantes de una lengua. Las personas aprendemos a hablar por imitación del lenguaje de nuestros semejantes. Si por lo tanto un niño tiene un déficit auditivo que le impide oír el mensaje hablado con todos sus matices, la imitación será imperfecta (Rossi y Labella, 2014, pág.4)

La detección temprana de la discapacidad, el acompañamiento y preparación de la familia, y la oferta adecuada para superar las barreras del entorno, tienen mayor relevancia en la primera infancia, pues los primeros años de la vida son decisivos para el desarrollo del ser humano, y durante esta etapa se sientan las bases para el desarrollo a lo largo de toda la vida. Departamento Nacional de Planeación (como se citó en Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág.36)

La realización de una evaluación audiológica en primera infancia es necesaria, ya que no hacerlo limita una detección e intervención temprana de las posibles pérdidas



auditivas y alteran el tiempo de adquisición del lenguaje aspectos que son fundamentales para la interacción con la sociedad porque “detectar la pérdida auditiva durante la infancia, un diagnóstico precoz y la rehabilitación adecuada previenen la consecuencia más importante de la hipoacusia infantil: crecer sin un lenguaje” (Delgado, J & Cols. 2011).

La relación que existe entre el lenguaje y la audiología es tan evidente que se han realizado estudios previos en los cuales se denota que las patologías de origen audiógena influyen en el desarrollo del lenguaje, se plantea que los niños con afectaciones auditivas no han recibido la atención oportuna y eficiente ocasionando altos índices de desórdenes de comunicación lenguaje y habla, lo cual altera su desarrollo social, educativo, cultural y familiar entre otros, lo que genera un grave problema de salud pública pues impacta de alguna manera a la sociedad y al desarrollo económico de ésta y a partir del diagnóstico el fonoaudiólogo debe orientar el abordaje de los aspectos que afectan la salud auditivo- comunicativa, contribuyendo en la adopción de medidas y actividades de promoción, necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de la limitación, evitando de este modo consecuencias físicas, psicológicas y sociales en los individuos, (Matos y Gordillo, 2006, pág. 47).

Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en la Constitución Política. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial, asimismo todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención, (Procuraduría General de la Nación, 2010, pág.32).

Por lo anterior, la ley 1980 plantea que: el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará que de manera progresiva, obligatoria y gratuita, a todo recién nacido vivo se le realice mínimamente un tamizaje neonatal básico, auditivo y visual enmarcado dentro de los lineamientos de salud pública y del modelo de prestación en redes integrales de atención en salud y de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. (Congreso de Colombia, 2019, pág. 2)

Según la Tasa Mundial de Morbilidad, la discapacidad infantil (0-14 años) presenta una estimación de 95 millones de niños (5,1% del total), de los cuales 13 millones tienen “discapacidad grave”, (Departamento Nacional de Planeación, 2013, pág.19).



El DANE reportó que “en el 2005, alrededor del 2% de los niños y niñas menores de 5 años presentaba algún tipo de discapacidad (para moverse o caminar, usar brazos o manos, para escuchar, ver a pesar de usar lentes o gafas, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas psicológicos y emocionales), la detección temprana de la discapacidad, el acompañamiento y preparación de la familia, y la oferta adecuada para superar las barreras del entorno, tienen mayor relevancia en la primera infancia, (Departamento Nacional de Planeación, 2007, pág.15).

En Colombia según el registro estadístico realizado por el DANE para el 2010, se estableció un número de 685.859 niños nacidos vivos, donde un estimado de 4.000 niños tendrían pérdida auditiva permanente. Esto se traduce en un problema de salud pública, sin tener en cuenta el otro 50% de niños que pudieran presentar algún otro grado de pérdida auditiva y que no fueron detectados. La prevalencia de pérdida auditiva en recién nacidos se estima alrededor de 1 a 3 de cada 1.000 niños con pérdida auditiva severa profunda por causas genéticas, o no genéticas y desconocidas (Aguilar et al, 2017, pág.162).

2.2 Pregunta de investigación

En aras de lo anteriormente expuesto, para esta investigación surge la interrogante, de ¿Cuál es el alcance de las acciones propuestas en el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia?

3. ANTECEDENTES

En niños con pérdida auditiva se evidencia que estas tienen un gran impacto, ya que se establece una relación directa con el desarrollo del lenguaje. Esta relación ha sido objeto de múltiples investigaciones. En un estudio realizado en Ciudad de la Habana, de un grupo formado por 13 niños con una edad cronológica media de 9 a 12 años, quienes fueron diagnosticados alrededor del primer año de vida y un grupo de 6 adultos jóvenes con una edad cronológica media de 32 años quienes fueron diagnosticados tardíamente alrededor de los 5 años, se encontró que la mayoría de los niños identificados tempranamente no tienen retraso escolar, mientras que el 50% de las



personas del grupo no identificado tempranamente tienen más de 2 años de retraso escolar.

Del mismo modo, se identificó que el 46% de los niños con diagnóstico temprano presenta una fluidez verbal normal, mientras que el grupo no identificado tempranamente sólo tiene un pequeño número de sujetos con fluidez dentro de los límites normales (16%), así como el 46% de los niños detectados tempranamente tienen un discurso inteligible, uno de ellos (para un 7 %) tiene una inteligibilidad regular y los restantes 6 niños tienen pobre inteligibilidad. Por su parte todos los integrantes del grupo no identificado tempranamente tienen una inteligibilidad pobre. (Reigosa et al, 2002).

También, se llevó a cabo un estudio en el cual se aplicó el protocolo de tamizaje universal a un total de 17.602 niños en un hospital terciario de Estados Unidos durante un tiempo de 5 años, en el que se pretendía determinar si su tamizaje universal neonatal de hipoacusia cumplía con las recomendaciones del Joint Committee on Infant Hearing que giran en torno a brindar un diagnóstico de hipoacusia antes de los 3 meses e intervención temprana antes de los 6 meses de edad. Partiendo de ello en los resultados del trabajo se reconoce tener problemas en obtener el diagnóstico y la intervención precoz, sus hallazgos demuestran una incidencia de 1 recién nacido con hipoacusia de cada 811 (1,2 por mil) recién nacidos sin factores de riesgo y 1 de cada 75 (13,3 por mil) recién nacidos con factores de riesgo. La frecuencia de la hipoacusia neonatal en la población sin factores de riesgo y el bajo valor predictivo del registro de alto riesgo, apoya la realización de los programas de tamizaje universal neonatal de hipoacusia. El hecho que puede seguir cuestionando estos programas es cómo implementarlos de manera costo-efectiva. Los análisis de costo muestran que para diagnosticar cada hipoacusia en la población sin factores de riesgo se precisa gastar entre 23.930 y 29.369 dólares más que si solo se evalúa a la población de riesgo. Los programas que desean disminuir los costos intentan controlar los niños que son sometidos a sucesivas pruebas por falsos positivos en las mismas, además del ahorro monetario se evita a las familias el estrés del resultado falsamente positivo. (Connolly, Carron y Roark, 2005, como se citó en Monsalve y Núñez, 2006, pág.26).

Asimismo, varias investigaciones brindan cifras de información sobre la incidencia de pérdidas auditivas en población infantil, uno de ellos revela que existe una incidencia alrededor de 1 a 3 y de 20 a 50 por mil nacimientos, respectivamente, entre bebés sanos y provenientes de Unidades de Terapia Intensiva. (Oliveira et al, 2006).

Se ha evidenciado que en aquellos lugares en que se ha implementado un tamizaje auditivo universal en recién nacidos, se han reportado tasas de sordera congénita profunda de 1 a 6 por 1 000 nacidos vivos siendo de 10 a 40 veces más frecuente en aquellos con factores de riesgo. En Chile se estima que las tasas son similares y según



distintos estudios poblacionales realizados en Inglaterra, Estados Unidos y algunas clínicas en países latinoamericanos, la prevalencia de preescolares y escolares que fracasan en el tamizado auditivo es alta y por lo tanto requiere derivación al especialista, dicha cifra fluctúa entre el 7% y 15%, dependiendo de la técnica y frecuencia utilizada. (Schonhaut, 2006)

En la ciudad de Bogotá-Colombia se realizó un estudio en el cual, de un total de 188 niños y niñas, el 80% (149 casos) presentaron retraso de lenguaje de patogenia audiógena, y el 20% restante (39 casos) no lo reportaron, así mismo de acuerdo al análisis de la variable diagnóstica, específicamente de habla, se encontró que el 81% (153 casos) no reporta desorden de articulación frente al 19% (35 casos) que lo presenta. Respecto al desorden de voz/resonancia el 89% (167 casos) no lo reporta, mientras que el 11% (21 casos) si lo reporta, (Matos y gordillo, 2006, pág. 45).

En el mismo estudio, específicamente la comunicación en la modalidad verbal oral el 99% (187 casos) no son efectivos en esta modalidad, sólo se reporta el 1% (1 caso). Referente a la funcionalidad el 91% (171 casos) reporta ser funcionales con su comunicación frente al 9% (17 casos) que no son funcionales. (Matos y gordillo, 2006, pág.44).

Por otro lado, para la ejecución de un estudio se seleccionaron 220 recién nacidos con factores de riesgo y 298 de población abierta, evaluados en dos etapas: en la primera con emisiones otocústicas y si tenían resultados positivos se realizaban potenciales auditivos evocados. De 518 neonatos a quienes se les realizaron emisiones otoacústicas, 35 fueron positivos; de éstos, en 30 se confirmó hipoacusia mediante potenciales auditivos evocados: bilateral en 26, en 10 asimétrica, en cuatro unilateral y hubo cinco falsos positivos. En los potenciales auditivos evocados se detectaron 17 casos de hipoacusia con umbral mayor de 40 dB (86 por 100 mil nacimientos), 11 en la población de riesgo y 6 en la población abierta. Además, el grupo de neonatos con factores de riesgo tuvo 2.5 veces más posibilidades de presentar hipoacusia con umbral mayor de 40 dB (uno de cada 20) que el grupo sin factores de riesgo (uno de cada 49), grupo en el que se encontró una mayor proporción de hipoacusia superficial (< 40 dB). (Hernández et al, 2007)

En un estudio realizado en Maracay, que buscaba determinar la prevalencia del diagnóstico tardío de hipoacusia, en preescolares que acudían al Instituto de Educación Especial: Audición y Lenguaje, se encontró que en la ejecución del estudio se entregaron 40 encuestas de las cuales hubo una respuesta del 62.5%, obteniéndose una muestra de 25 preescolares. De estos la frecuencia de la presencia del diagnóstico tardío de hipoacusia fue de 24, representando un 96%, y la edad en la que se realizó el diagnóstico de mayor prevalencia fue 24 meses representando un 24% seguido de 36 y 48 meses con 12% respectivamente. La frecuencia de la presencia del diagnóstico



tardío de hipoacusia fue del 96% de la muestra, la cual puede ser explicada, por el hecho de que actualmente no se aplica la detección universal neonatal de hipoacusia, siendo esto demostrado mediante la frecuencia de preescolares a los cuales se les realizó estudios auditivos durante el período neonatal, que fue de un 4%, a causa de la prevalencia de diagnósticos tardíos, se recomienda la implementación de políticas de detección neonatal de hipoacusia mediante emisiones otoacústicas siguiendo las guías internacionales. (Koch et al, 2010).

Igualmente, en un estudio llevado a cabo en la Clínica Las Condes en Chile de 10.095 infantes recién nacidos, se estimó una tasa de 2.8 casos de sorderas congénitas en 1.000 nacidos vivos y 21 casos en neonatos de alto riesgo. (Farfán, Cifuentes y Arancibia, 2012).

También, en la Ciudad de Cali, en un estudio descriptivo con una población conformada por 722 instituciones prestadoras de salud de Cali privadas, estatales y/o mixtas, registradas a febrero de 2007 en la base de datos de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, se diligenció una ficha de inclusión para determinar cuáles de estas Instituciones Prestadoras de Salud tenían servicios de sala de partos y/o crecimiento y desarrollo y/o audiolología y se encontró que estos aspectos se cumplían en 151 instituciones en las que se aplicó una encuesta para identificar los procedimientos utilizados para la detección de pérdidas auditivas, los profesionales de salud que los llevaban a cabo y el seguimiento y tratamiento fonoaudiológico realizados a los niños detectados, identificando que del total de las Instituciones Prestadoras de Salud encuestadas, 95% (144 instituciones) no realiza procedimientos de detección de pérdidas auditivas en niños menores de seis meses de edad y sólo seis instituciones de tipo privado de Cali los ejecutan con equipos y protocolos para pruebas objetivas. (González et al, 2012, pág. 76)

Para finalizar, un equipo de trabajo del estado de Colorado en Estados Unidos, quienes son pioneros en los programas de tamizaje auditivo y se dedicaron a estudiar un conjunto de niños a los que se detectó hipoacusia mediante un programa de tamizaje universal y compararon los resultados obtenidos con niños a los que se detectó hipoacusia sin un programa de tamizaje, encontraron que el 76% de los niños con hipoacusia detectados en hospitales con programas de tamizaje auditivo, alcanzaban un lenguaje normal, mientras que sólo el 32% de los niños con hipoacusia provenientes de hospitales sin programas de tamizaje auditivo, llegaban a tener un lenguaje normal. (Rodríguez, Sistiaga y Rivera, 2014, pág. 10)



4. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación da cuenta de la importancia que tiene la audición en el desarrollo de los niños y niñas no solo a nivel del lenguaje sino en todos los ámbitos que conforman el curso de vida, además, permite visibilizar la necesidad de un diagnóstico audiológico temprano que permita brindar un tratamiento oportuno a quienes lo necesiten.

Teniendo en cuenta la relación que existe entre una pérdida auditiva y el desarrollo del lenguaje, para la investigación se decidió enfatizar en la población de la primera infancia, siendo esta considerada como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano y comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los ocho (8) años de edad.

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2017, sección de datos y cifras, párr.1) “alrededor del mundo 360 millones de personas padecen pérdida de audición discapacitante, de las cuales 32 millones son niños” entendiéndose por pérdida auditiva discapacitante como “una pérdida de audición superior a 30 dB en el oído con mejor audición en los niños.

Asimismo, (Delgado y cols, 2011, pág.283) plantean que “la prevalencia de hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por cada 1000 infantes, de cualquier grado, hasta de 13 infantes por cada 1000, en niños afectados por determinados factores de riesgo, la incidencia puede elevarse hasta el 4% para hipoacusias severas y hasta el 9% si se suman las leves y las unilaterales”

De los 360 millones de personas en el mundo mencionados anteriormente la mayoría de ellos viven en países de bajos y medianos ingresos, América Latina y el Caribe representan el 9% de la carga de la pérdida de la agudeza auditiva en el mundo. En países Latinoamericanos, la principal causa de pérdida auditiva son las infecciones crónicas del oído. La prevalencia de la otitis media crónica o de las infecciones crónicas del oído varía entre el 1 y el 46% en los países desarrollados y los países en desarrollo. (Organización Panamericana de la Salud, 2014) y (Ministerio de Protección Social, 2017).

En Chile, aunque actualmente no se tienen estimaciones certeras de la incidencia poblacional en los recién nacidos que padecen esta condición, hay cifras de prevalencia de Hipoacusia en el menor de 1.500g del 3.4%, en el área Occidente se muestra una prevalencia de 2,2% (2 de 88 pacientes), en el área Sur Oriente se muestra una prevalencia de 1,7% (3 de 181 pacientes) y alrededor de 2000 niños que egresan vivos de las unidades de Neonatología alrededor del 3 % presentan deficiencias auditivas permanentes bilaterales (60-80 casos por año). (Comisión Nacional de Seguimiento del Prematuro, 2009, pág.8)



En Brasil el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística IBGE (2010) expuso que hay 148.954 cuentas con algún grado de discapacidad cifra que representa el 24,68% del total de los habitantes de los cuales 29.312 individuos reportaron algún grado de deficiencia auditiva.

En Argentina la Resolución 1209 del 2010 que dio paso a la creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia, estableció que en la República Argentina, la discapacidad auditiva corresponde al 18% de las discapacidades y se distribuye en: dificultad auditiva 86%; y sordera 13,4%. La prevalencia de la Hipoacusia es de 1 a 3 por cada 1000 nacimientos, es decir un niño cada 1000 nacidos sufrirá de hipoacusia, el 50% de los niños con hipoacusia al nacer proviene del grupo de alto riesgo, pero el otro 50% no tiene causas que pudieran preverse, ya que la mayoría de ellas son hereditarias o congénitas.

En Colombia según el censo general de 2005 llevado a cabo por el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE), se estima que el 17.3% de la población, o 455.718 personas, tiene limitaciones auditivas permanentes, proporción que se logra evidenciar bien en la ciudad de Bogotá, donde 28.784 de sus habitantes tienen algún tipo de problema auditivo, más específicamente, en niños menores de 10 años, de una población total de 8.402.671 personas en Colombia, 24.547 tienen limitaciones auditivas, (Vargas y Torres, 2014, pág.530) y en la ciudad de Cali, donde existe un “total de 7.774 habitantes que presentan dificultades para oír aun con adaptaciones especiales, de los cuales 150 son infantes entre los 0 y los 4 años, 309 son niños entre los 5 y 9 años de edad y 433 son menores entre los 10 y 14 años de edad, (Dirección de Censos y Demografía, 2010).

Además, EL DANE plantea que cerca de 3 de cada 1.000 niños presentan algún grado de pérdida auditiva, esto constituye un número de 6 por cada 1.000 neonatos nacidos con pérdida auditiva permanente quienes deben ser detectados al momento de nacer, a pesar de ello solamente en el 50% de los recién nacidos se identifica la presencia de factores de riesgo de pérdida auditiva y aproximadamente el 10% de estos presentan una hipoacusia con algún tipo de disminución auditiva permanente, el otro 50% se quedan sin identificar, por tanto son diagnosticados e intervenidos tardíamente (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, pág.162).

Por lo anterior, la importancia de nuestra investigación radica en poder realizar el análisis del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de las acciones planteadas que garantizan el bienestar auditivo y comunicativo de los niños de primera infancia en entornos saludables.



5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 Primera infancia

Para dar inicio a la construcción de este marco teórico es importante reflexionar sobre el desarrollo de los niños y la concepción de la que se partirá sobre primera infancia.

La Organización Mundial de la Salud, afirma que la primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo. Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes, previniendo posibles retrasos del desarrollo y discapacidades (Organización Mundial de la Salud, 2013, pág. 5)

También, la Organización de los Estados Americanos plantea que:
La primera infancia marca el periodo más significativo en la formación del individuo, puesto que en ella se estructuran las bases del desarrollo y de la personalidad, sobre las cuales las sucesivas etapas se consolidarán y se perfeccionarán. Es justamente en esta etapa que las estructuras neurofisiológicas y psicológicas están en pleno proceso de maduración y en este sentido, la calidad y cantidad de influencias que reciben los niños y niñas del entorno familiar, socioeconómico y cultural los moldearán de una forma casi definitiva y está marcada por un notable crecimiento físico y significativo desarrollo sensorial y perceptivo. También presenciamos el despertar de habilidades emocionales, intelectuales y sociales, así como el espectacular desarrollo del lenguaje y de las más diversas formas de expresión: cantar, bailar, moverse, llorar, pintar y hablar. (Organización de los Estados Americanos, 2010, pág. 46-47)

5.2 Audición

La audición es la percepción de estímulos sonoros que, captados, por el oído externo y medio y transformados en potenciales bioeléctricos por el órgano de Corti y sus células ciliadas, llegan a través de la vía auditiva al área cerebral correspondiente, tomando el individuo conciencia de ellos. Es decir que, para que realmente exista audición, deben desarrollarse dos fenómenos: el fisiológico, por el cual el mensaje sonoro estimula el órgano de Corti que envía esta información hacia los centros y la



corteza; y otro psico cortical, que involucra los centros cerebrales de decodificación, que permite comprender el conjunto de sonidos, los analiza y los archiva (Ángulo, 1997).

Esta puede verse comprometida por una hipoacusia o pérdida auditiva, estas hacen referencia a la dificultad o imposibilidad para usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial o total. Puede ser unilateral o bilateral, de rasgo hereditario o como consecuencia de una enfermedad, traumatismo, exposición a largo plazo al ruido, o medicamentos agresivos que afectan el nervio auditivo; El déficit más evidente y preocupante tiene que ver con la dificultad para adquirir, de modo espontáneo y natural, el lenguaje oral, lo que a su vez compromete seriamente el aprendizaje y uso correcto del lenguaje escrito, afectando principalmente a niños con pérdida auditiva bilateral moderada y aquellos con hipoacusia severa y profunda (Rojas, Gómez y Rivas, 2014, pág. 2)

La falta de estímulos auditivos inhibe los procesos de adquisición de la lengua oral, desarrollo del lenguaje y aprendizaje, los cuales se verán afectados en mayor o menor medida, dependiendo del grado de pérdida auditiva, de la etiología, de la edad del inicio del problema, del gen implicado, de la presencia o ausencia de otras alteraciones sistémicas. La pérdida de audición en algún grado, altera la capacidad para la recepción, discriminación asociación y comprensión de los sonidos, tanto, del medio ambiente como los sonidos que componen un código lingüístico de tipo audio-vocal como puede ser el castellano. (Ministerio de Salud y Protección social, 2017, pág. 2)

5.3 Lenguaje

El lenguaje es un conjunto de normas compartidas que permiten a la gente expresar sus ideas de modo lógico y puede expresarse de forma oral, por escrito, o mediante señas u otros gestos. (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2010, pág. 2)

El desarrollo del lenguaje le brinda a las personas poder sobre sus propias vidas, porque les permite reconocerse como individuos que pueden usar apropiadamente el lenguaje en diferentes situaciones y contextos, reconocer las intenciones de los otros, tomar decisiones (afirmar, negar, rechazar, argumentar, explicar, etc.) y expresar su identidad social. (Flórez y Gómez, 2013, pág.137).

La importancia de adquirir el lenguaje de forma adecuada parte de que es la herramienta que nos permite comunicarnos, desarrollar el pensamiento, la cultura y consolidar nuestra personalidad. Nos definimos y definimos el mundo a través del



lenguaje. Pero, además, nuestra capacidad de narrar, conversar y comprender, influye directamente en otras áreas de aprendizaje.

Los primeros años de vida, cuando el cerebro está en proceso de desarrollo y maduración, es considerado el período más intensivo en la adquisición de las habilidades del lenguaje, las cuales se desarrollan mejor cuando el niño está expuesto consistentemente a un mundo lleno de imágenes, sonidos, habla y el lenguaje de los demás. Existen períodos clave para el desarrollo del lenguaje de los bebés y los niños pequeños en lo que el cerebro está más capacitado para absorber el lenguaje. (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2010, pág.1)

5.4 Políticas públicas en salud

Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si miramos al futuro, a los diversos desafíos que plantea la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas, esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido, comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo humano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social. (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 65).

Las políticas de salud pública eficaces que aborden problemas de salud prioritarios constituyen un grupo sin el cual la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal se verán dificultadas. Comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, asimismo, las intervenciones de salud



pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud. Por último, las políticas públicas contemplan también la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes (Organización mundial de la salud 2008, pág. 66).

5.5 Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015). Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado. Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 30)

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 31)



5.6 Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias. Desde el gobierno como rector, la implementación de un nuevo modelo de atención exige poner a disposición de los agentes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social, orienten la respuesta del Sistema y alineen su regulación. (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 46)

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 46).

Para finalizar, el 27 de septiembre del año 2019 se firmó la resolución 2626 que da paso a la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) ya que en la implementación y monitoreo del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se evidenció una brecha en su desarrollo entre territorios y al interior de los mismos, así



como la necesidad de articular los componentes y las acciones entre los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud, en aras de avanzar con acciones que impacten positivamente en la población del país. Para progresar en el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud, se requiere complementar la política con acciones territoriales específicas, fundamentadas en las prioridades en salud del territorio, que permitan profundizar en dicho proceso, a través de la interacción coordinada de las entidades territoriales con los demás agentes del sistema de salud y la alineación de prioridades y acciones en salud; su inclusión en el Plan Territorial de Salud y la implementación de estrategias integrales que aporten para lograr mejores resultados y un mayor bienestar en la salud de la población, por ello se estableció la incorporación de los avances del Modelo Integral de Atención en Salud en el Modelo de Acción Integral Territorial, en el que se incluye los desarrollos de los componentes previos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), por lo que las obligaciones de orden contractual, los compromisos y las demás actuaciones que se hayan gestado a partir de dicho modelo, antes de la entrada en vigencia de la nueva resolución, continuarán su ejecución y se entenderán complementarios del Modelo de Acción Integral Territorial. El propósito del Modelo de Acción Integral Territorial es orientar de forma articulada la gestión de los integrantes del Sistema de Salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito, teniendo como objetivos: Garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud en los territorios, mejorar las condiciones de salud de la población, fortalecer la autoridad sanitaria territorial, articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud y coordinar las acciones sectoriales e intersectoriales en los territorios, asimismo se contemplan ocho líneas de acción, aseguramiento, salud pública, talento humano, prestación de servicios, enfoque diferencial, financiamiento, articulación intersectorial y gobernanza. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, pág.1-4)

5.7 Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordenan la gestión intersectorial y



sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: I) acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, II) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y III) acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Su objetivo es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 18- 19)

5.8 Enfoque de cursos de vida

Este enfoque reconoce el proceso continuo del desarrollo a lo largo de la vida, considerando los diferentes entornos donde los sujetos se desarrollan. Constituye un análisis y reflexión permanente en torno a la trayectoria y la transformación de la vida de las personas, reconociendo la incidencia de múltiples condiciones históricas, sociales, culturales, biológicas y psicológicas. El análisis se centra en la trayectoria comprendida como el proceso que se vive a lo largo de la vida, “que puede variar y cambiar de dirección, grado y proporción” (Martínez, 2008) por sucesos vitales o momentos significativos, que provocan fuertes modificaciones y cambios drásticos en el curso de vida. Estos sucesos pueden ser positivos o negativos, o estar asociados a la transición de ciertos momentos de la vida, no necesariamente previsible predeterminados. Ofrece una mirada integral del desarrollo humano y de las diferentes formas de organización familiar que adoptan las personas, a partir de la comprensión de diferentes dinámicas y múltiples variables que explican la situación de vida de las



personas individualmente y en familia. (Ministerio de salud y protección social, 2018, pág. 11)

El curso de la vida comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y las poblaciones, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte, o incluso trascender a futuras generaciones. La perspectiva del curso de la vida sirve como base para predecir escenarios futuros en la salud. Las trayectorias, la temporalidad, las transiciones, los períodos críticos, la interconexión de vidas y los efectos acumulativos conforman la plataforma conceptual para que, como parte de la evidencia científica disponible, se contribuya a modelar los escenarios de la salud (Salud en las Américas, 2017, pág. 2)

Dos son los conceptos básicos o ejes organizadores del análisis del curso de vida: trayectoria y transición. El concepto de trayectoria se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad. Para el enfoque del curso de vida, la trayectoria no supone alguna secuencia en particular ni determinada velocidad en el proceso del propio tránsito, aunque sí existen mayores o menores probabilidades en el desarrollo de ciertas trayectorias vitales. Las trayectorias abarcan una variedad de ámbitos o dominios trabajo, escolaridad, vida reproductiva, migración, etc.) La transición hace referencia a cambios de estado, posición o situación, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles, aunque al igual que con las trayectorias, en términos generales, hay algunos cambios que tienen mayores o menores probabilidades de ocurrir (por ejemplo, entradas y salidas del sistema educativo, del mercado de trabajo, del matrimonio, etc.) debido a que sigue prevaleciendo un sistema de expectativas en torno a la edad, el cual también varía por ámbitos, grupos de diversa índole y culturas o sociedades. Lo que el enfoque del curso de vida destaca es que las transiciones no son fijas y que se pueden presentar en diferentes momentos sin estar predeterminadas. Con las transiciones se entra a nuevos roles, lo que puede marcar nuevos derechos y obligaciones y, a veces, implicar nuevas facetas de identidad social. (Blanco, 2011, pág. 12)

5.9 Detección audiológica

El tamizaje auditivo es el método más apropiado para identificar a niños pequeños en riesgo de una pérdida auditiva permanente, porque es exacto, viable y no requiere una respuesta conductista del niño, por lo que es posible realizarse en niños menores



de tres años de edad, de forma rápida y fácil, es efectivo en la identificación de niños que pueden tener una pérdida auditiva leve o profunda bilateralmente o unilateralmente. (Eiserman, Shisler, Hoffman, Foust, 2013, pág. 2)

La ley 982 de 2005, en sus artículos 42 y 43 plantea:

Todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare. Será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida.

La Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil (1999) manifiesta que cuando el diagnóstico es tardío, es decir después de 12 meses de edad, las consecuencias pueden ser graves, pues “el niño que camina antes de hablar tardará mucho en expresarse oralmente”. Los problemas que genera el diagnóstico tardío de una pérdida auditiva pueden agruparse en cuatro bloques: provocar restricciones en el desarrollo de la comunicación oral, dificultad en el aprendizaje lector ya que no posee una buena base de lenguaje oral, dificultad en expresar pensamientos pues sin lenguaje potente y sin nivel lector su grado de dificultad es mayor y como resultado se generará la desigualdad social, de salud y educativa, creando un aislamiento social.

5.10 Evaluación audiológica

La evaluación auditiva se realiza a través de una serie de exámenes que nos permiten determinar el grado de pérdida auditiva y la localización del problema. Una minuciosa historia y examen clínico son esenciales y contribuyen a tener una buena idea de la situación antes de hacer las mediciones a describir. Para el desarrollo de una evaluación audiológica se toman dos normas generales según la edad del menor, dado que hay mucha variación de niño a niño en actitud y cooperación. Por lo tanto el examen variará de acuerdo a cada infante y su situación, en recién nacidos hasta 6 meses de edad se deben realizar otoemisiones acústicas y potenciales evocados automatizados, de los 6 meses a 2 años de edad, se realiza audiometría por reforzamiento visual, entre los 2 a 4 años de edad se realiza audiometría de juego y de ahí en adelante audiometría de tonos puros, dichos exámenes son lo suficientemente confiables como para decidir una intervención temprana, estos brindan diferente información la cual es integrada en conjunto, para obtener un diagnóstico adecuado. (Goycoolea, Ernst, Orellana, Torres, 2003)



La evaluación audiológica temprana debe ser un derecho fundamental para niños y niñas, por ello la atención de los problemas auditivos por medio de diferentes pruebas de enorme trascendencia humana. Es importante resaltar que existe la posibilidad de conocer las condiciones auditivas de los neonatos, ya sean favorables o deficitarias, 24 horas después del nacimiento, por esta razón es necesario proceder en las etapas en las que las estructuras corticales van madurando y pueden moldearse (Berruecos, 2014).

5.11 Intervención audiológica

Es importante conocer que el tratamiento precoz de la pérdida auditiva va a evitar alteraciones en la adquisición del lenguaje oral, así como de otros procesos cognitivos más complejos. Su papel es fundamental en el control y seguimiento de la hipoacusia infantil, reconociendo a los niños que están en riesgo o sufren hipoacusia congénita o adquirida, valorando su nivel auditivo y el estado del oído medio, y derivando a centros especializados en el diagnóstico y tratamiento de las hipoacusias infantiles.

Numerosos estudios afirman que la identificación e intervención temprana de la hipoacusia neonatal, favorece el desarrollo del lenguaje en los niños que la presentan, evitando el impacto negativo sobre el desarrollo del habla y del lenguaje, y los trastornos emocionales y familiares, favoreciendo el alcance de logros en el aprendizaje. Por ello dicho proceso tiene como propósito: identificar desde el nacimiento cualquier pérdida de audición, iniciar una rehabilitación precoz y permitir el desarrollo del lenguaje, (Rojas, Gómez y Rivas, 2014)

La intervención temprana se basa en la evidencia de que es crucial la experiencia temprana en el desarrollo cerebral, asegurando las oportunidades de aprendizaje en el niño. La intervención temprana intensiva puede alterar positivamente los resultados cognitivos y de desarrollo de niños pequeños con discapacidades. (Monsalve y Núñez, 2006)



6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Definir el alcance de las acciones propuestas en el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia.

6.2 Objetivos específicos

- Recuperar los documentos que hacen parte del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Identificar las acciones que promueven el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia
- Analizar las acciones propuestas desde el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, con las acciones definidas por la Organización Mundial de la Salud respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia

7. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

7.1 Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo descriptivo, cualitativo y de corte horizontal (Hernández-Sampier y Cols, 2010) y contó como método un estudio de caso con base en una revisión del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social.



7.2 Periodo de estudio

2018- 2019

7.3 Unidad de análisis y muestra

Se establece como unidad de análisis de esta investigación el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social. Se tuvo en cuenta una muestra de los documentos citados en el lineamiento mencionado anteriormente y documentos referidos de la Organización Mundial de la Salud.

7.4 Fuentes de información

La fuente de información que se tuvo en cuenta para este estudio es de tipo primaria, basado en documentos, realizando un corpus documental conformado por el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” y los documentos que allí son referidos, para dar respuesta al primer objetivo consistente en *recuperar los documentos que hacen parte del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social.*

Y dar respuesta al segundo objetivo consistente en *identificar las acciones que promueven el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia.*

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none">Documento fuente: lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos”	<ul style="list-style-type: none">Documentos que no se encuentren citados dentro del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos



<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que se encuentren citados dentro del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” • Documentos que se encuentren en bases de datos públicas y centros de documentación, de acceso libre por plataformas vía web 	<p>todo oídos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos que no se encuentren en bases de datos públicas y centros de documentación, de acceso libre por plataformas vía web
--	---

Frente al tercer objetivo consistente en *comparar las acciones propuestas desde el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, con las acciones definidas por la Organización Mundial de la Salud respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia* se realizó un corpus documental conformado por los documentos planteados por la Organización Mundial de la Salud, con los siguientes criterios:

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos públicos, de libre acceso de la Organización Mundial de la Salud que den cuenta de la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que no sean públicos, de libre acceso de la Organización Mundial de la Salud • Documentos que no tengan relación con referentes de la Organización Mundial de la Salud

7.5 Recolección de datos

En este apartado se presenta la forma en que se realizó la recolección de datos de la presente investigación, dando cuenta de cada uno de los objetivos específicos planteados:



Objetivos específicos	Recolección de datos
<p>1. Recuperar los documentos que hacen parte del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Para los 3 objetivos, se realizó la búsqueda de información por plataformas vía web, a través de buscadores libres como “Google”, “Internet Explorer” y “Mozilla Firefox”, se accedió a los centros de documentación y bases de datos públicas, se descargaron los documentos y se nomnclaturaron en una carpeta de Google Drive.</p>
<p>2. Identificar las acciones que promueven el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia</p>	
<p>3. Comparar las acciones propuestas desde el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, con las acciones definidas por la Organización Mundial de la Salud respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia</p>	

7.6 Sistematización y análisis de datos

Para el objetivo 1 consistente en *recuperar los documentos que hacen parte del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social*, se realizó una vez consolidados los documentos en la carpeta de Google Drive, una lectura panorámica



Para el objetivo 2 consistente en *identificar las acciones que promueven el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia*, se realizó un análisis de contenido por medio de lectura detallada, a partir de una matriz que permitió identificar las acciones para cada una de las fuentes detectadas. Dicha matriz se realizó en Excel y contempla en el eje (y) las fuentes documentales identificadas en el objetivo 1, y en el eje (x) las categorías de análisis preestablecidas, en el punto de intersección entre los ejes se integraron las citas de lo encontrado en los documentos, asociados a la categoría específica. Las categorías preestablecidas de la Matriz de identificación fueron:

- a. **Curso de vida:** se consideró el momento de desarrollo sobre el que se orientaba el texto. Este hace referencia al estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta. Kuh y cols (como se citó en Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)
- b. **Promoción:** hace referencia a las acciones planteadas para promover la salud auditiva y comunicativa
- c. **Prevención:** se consideró las acciones propuestas para prevenir alteraciones en la audición y comunicación
- d. **Detección:** Responde a las acciones generadas para detectar una pérdida auditiva y/o dificultad en la comunicación.
- e. **Evaluación:** Se tuvo en cuenta las acciones proyectadas para evaluar niños con y sin alteraciones auditivas y de comunicación
- f. **Intervención:** Responde a las acciones planteadas para intervenir niños con alteraciones auditivas y comunicativas.

La visualización de la tabla es de la siguiente manera:



Gráfico 2: Matriz de identificación

MATRIZ DE IDENTIFICACION						
Documento origen	Curso de vida	Promoción	Prevención	Detección	Evaluación	Intervención

Posteriormente se realizó una matriz de prelación para identificar el número de veces que se reporta una acción determinada en los documentos, para esta matriz se usaron las mismas categorías de la matriz de identificación, la visualización de la tabla es de la siguiente manera:

Gráfico 3: Matriz de prelación

MATRIZ DE PRELACION									
Promoción	Nº	Prevención	Nº	Detección	Nº	Evaluación	Nº	Intervención	Nº

Para el objetivo 3 consistente en *comparar las acciones propuestas desde el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, con las acciones definidas por la Organización Mundial de la Salud respecto a la evaluación e*



intervención en audición y comunicación en primera infancia, se realizó un análisis de contenido por medio de lectura detallada, a partir de una matriz de identificación y prelación iguales a las implementadas para el objetivo 2. Posteriormente en base a las dos tablas de prelación, se elaboró una base de datos en Excel que consolidó las acciones, el nivel de atención, el componente de atención fonoaudiológico y su aparición en los documentos de la Organización Mundial de la Salud y el lineamiento nacional, una vez tabulada esta información se filtró para establecer la comparación de las acciones planteadas, los filtros usados en cada categoría dieron cuenta de:

- a. **Nivel de atención:** A qué nivel de atención pertenecía cada acción, promoción, prevención, detección, evaluación, intervención, otro o no aplica.
- b. **Componente de atención fonoaudiológica:** A qué nivel de atención fonoaudiológica pertenecía cada acción, audiología, habla y función oral faríngea, lenguaje y aprendizaje, otro o no aplica.
- c. **Organización Mundial de la Salud:** Si las acciones identificadas en las tablas de prelación, se refieren o no se refieren en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.
- d. **Lineamiento para la promoción y gestión integral de la Salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos”:** Si las acciones identificadas en las tablas de prelación, se refieren o no se refieren en el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social.

La visualización de la tabla es la siguiente manera:



Gráfico 4: Base de datos

BASE DE DATOS				
Acción	Nivel de atención	Componente de atención fonoaudiológico	Organización Mundial de la Salud	Lineamiento para la promoción y gestión integral de la Salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos"

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio fue sometido a revisión por parte del comité de ética, este comité señaló que la presente investigación no requiere aval, teniendo en cuenta que la metodología contempló un estudio de caso con base en una revisión documental.

9. RESULTADOS

Con el fin de *definir el alcance de las acciones propuestas en el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos" del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia*, se construyó desde el equipo de trabajo una ruta metodológica para la explicación de los resultados por cada objetivo específico que se presentan en este apartado, los hallazgos de este estudio se soportaron en el análisis de información de los siguientes documentos:



- Lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” y los documentos que allí se encontraban citados.
- Documentos de la Organización Mundial de la Salud que dieron cuenta de la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia

En relación al primer objetivo consistente en *recuperar los documentos que hacen parte de esta investigación*, se revisó el documento base, así como los citados y los relacionados con dicho lineamiento, encontrándose un total de 31 documentos con información asociada a las siguientes categorías:

- Fecha: del total de documentos se hallaron 4 de la década de los 90's y 27 de la década del 2000.
- Autor: los autores encontrados en los documentos fueron, el Congreso de la República de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Alcaldía Mayor de Bogotá, la Revista Internacional de Audiología, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología, la Universidad Nacional de Colombia, la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
- Nombre: entre los documentos encontrados, se hallaron leyes, resoluciones, estrategias, proyectos, decretos, artículos, manuales, plan decenal, lineamientos, políticas, instrumentos de valoración, alistamientos, directrices y rutas integrales.
- Objetivo: los documentos encontrados tienen objetivos encaminados a: orientar acciones de fomento de la salud, controlar los planes de desarrollo, definir planes de atención básica, establecer normas a favor de las personas sordas, establecer actividades de protección y detección temprana, mejorar la salud de la niñez, desarrollar clasificaciones internacionales de funcionamiento integral para la pérdida de audición, ejecutar la políticas públicas en materia de salud, evaluación auditiva a partir del nacimiento, promover la salud y prevención de riesgos, orientar acciones de intervención audiológica, garantizar el derecho fundamental a la salud, aproximarse a la situación de la salud auditiva y comunicativa, generar ambientes tranquilos contribuyendo con la salud auditiva, detectar tempranamente alteraciones en el lenguaje y la comunicación, abordar



alteraciones de la salud auditiva, promover salud auditiva y comunicativa, mantener la salud y ampliar la práctica de tamizaje neonatal.

- Curso de vida: de los documentos encontrados 22 referían curso o ciclo de vida de primera infancia y los 9 restantes incluían cursos o ciclos de vida como infancia, adolescencia, juventud, vejez, adultez o no brindaban la información.

Tabla 1: Matriz línea de vida



MATRIZ LINEA DE VIDA

Fecha	Autor	Nombre	Objetivo/ síntesis	Curso de vida	Ubicación
1994	Congreso de la república de Colombia	Ley 115	Orientar las acciones de fomento de la salud en el sector educativo, la cual fundamenta la implementación de programas de salud escolar involucrando el mantenimiento de la salud y la perseveración de la enfermedad como componentes esenciales de los procesos curriculares dentro de los proyectos educativos institucionales	Infancia	https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85906_archivo_pdf.pdf
1994	Congreso de la república de Colombia	Ley 152	Establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.	No brinda esta información	https://www.fundacionpublica.gov.co/eva/gestnormativo/norma.php?i=327
1996	Ministerio de salud y protección social	Resolución 4288	El objetivo de esta resolución es definir y caracterizar el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) para fijar sus componentes y las competencias territoriales a su aplicación.	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%204288%20DE%201996.pdf
1996	Congreso de la república de Colombia	Ley 324	El objetivo de esta ley es dar a conocer y presentar de forma muy explícita algunas normas a favor de la población sorda, como el reconocer la lengua de señas Colombiana como la lengua propia de la comunidad sorda, la posibilidad de aprenderla y poder contar con un interprete	No brinda esta información	https://www.fundacionpublica.gov.co/eva/gestnormativo/norma.php?i=349
2000	Ministerio de salud y protección social	Resolución 412	A través de esta resolución se adoptan las normas, técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades procedimientos de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés para salud pública.	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez	http://www.saludpereira.gov.co/medios/Resolucion_412_de_2000.pdf
2004	Alcaldía mayor de Bogotá	Estrategia (AIEPI) Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia	Este documento se constituye como un herramienta para mejorar la salud de la niñez, enfocada a la atención del estado de salud de los menores de 5 años y no solo en aquellas enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos	primera infancia, infancia	http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Enfermedad%20respiratoria%20aguda/2017/Estrategia_AIEPI.pdf
2007	Congreso de la república de Colombia	Ley 1122	La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud	No brinda esta información	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf
2008	alcaldía mayor de Bogotá	Proyecto de Acuerdo N° 572	A través de este proyecto se estableció la presentación de exámenes de optometría y audiometría a los estudiantes de las instituciones educativas del distrito, colegios por convenio, en concesión y a jardines infantiles del distrito, y se dictan otras disposiciones	Primera infancia, infancia	https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32919
2010	Revista Internacional de Audiología	International classification of functioning, disability, and health core sets for hearing loss: A discussion paper and invitation.	El objetivo de este proyecto es el desarrollo una clasificación internacional de funcionamiento(ICF) integral para la pérdida de la audición, internacionalmente aceptado, basado en la evidencia, confiable, integral y válido	Primera infancia, infancia	https://www.researchgate.net/publication/232079763_International_classification_of_functioning_disability_and_h



2014	Ministerio de salud y protección social	lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos"	En este documento están planteados los lineamientos para la promoción y gestión integral de la Salud Auditiva y Comunicativa "Somos Todo Oídos", el cual orienta y describe un conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo unas o varias intervenciones, las cuales pueden estar o no estar enmarcadas en una política, programa o estrategia, pero que deben ser de obligatorio cumplimiento	Primera infancia, infancia y adultez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/lineamientos-salud-auditiva-guia-metodologica-2017.pdf
2015	Ministerio de salud y protección social	resolución 518	La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Igualmente, establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución	No brinda esta información	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-0518-de-2015.pdf
2015	Congreso de la república de Colombia	Ley 1751	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.	primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez (población colombiana en general)	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
2015	Ministerio de salud y protección social	resolución 1536 de 2015	La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con éste propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución.	No brinda esta información	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-1536-de-2015.pdf
2016	Ministerio de salud y protección social	Análisis de Situación de la Salud Auditiva y Comunicativa en Colombia	El alcance del presente documento es una aproximación a la situación del estado de la salud auditiva y comunicativa de la población colombiana, descrita por departamentos y variables demográficas extraídas de los registros disponibles y asequibles desde el MSPS, con base en la información utilizable en el momento.	Primera infancia, infancia, adolescencia adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/asis-salud-auditiva-2016.pdf
2016	Ministerio de salud y protección social	Un ambiente tranquilo garantiza una audición segura	Este documento tiene como objetivo ayudar a generar ambientes tranquilos y fomentar el respeto por el espacio de los demás contribuyendo de esta forma con la salud auditiva.	Infancia (dentro de las aulas) y adultos trabajadores	http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/57c59a889ca266ee6533c26f970cb14a/Documento/s/Cartilla_ruid_o.pdf
2016	Ministerio de Salud y Protección Social.	Política de Atención Integral en Salud	El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar al Sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población, mediante la intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud", implementando un Modelo Integral de Atención en Salud, entorno a un marco estratégico con cuatro ejes centrales: la atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial, tanto territorial como poblacional.	Primera infancia, infancia, adolescencia adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf
2016	Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia y la OPS	Instrumento de valoración de la audición y de lenguaje para niños de 0 a 12 años – VALE	El objetivo de este documento es brindar una herramienta mediante la cual se pueda detectar tempranamente posibles alteraciones en la audición, el lenguaje y la comunicación de niños entre los 0 y 12 años, tomando como referente los hitos que marcan el desarrollo de la comunicación y de la audición.	Rangos de edad entre los 0 y los 12 años, no divide ni ciclos, ni menciona de cursos de vida	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/manual-buenas-practicas-salud-auditiva-comunicativa.pdf



2016	Ministerio de salud y protección social	Alistamiento operativo de la ruta de atención integral en salud para la salud auditiva y comunicativa	Este documento da cuenta de diversos aspectos que hacen parte de la ruta de atención integral en salud, para la salud auditiva y comunicativa, como por ejemplo el abordaje de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa desde el Modelo Integral de Atención en salud, el programa Nacional para la atención integral de la salud auditiva y comunicativa, el tamizaje auditivo organizado en el curso de vida y realiza la presentación del Instrumento VALE para la valoración de la audición y lenguaje para los niños de 0 a 12 años	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/alistamiento-operacion-riasac.pdf
2017	Ministerio de salud y protección social	Estrategia nacional somos todo oídos, Salud auditiva y comunicativa en Colombia	Este documento posee un compendio de información sobre la promoción de la salud auditiva y comunicativa, los efectos del ruido sobre la salud, la gestión del riesgo en los entornos y brinda información sobre la estrategia nacional SOMOS TODO OÍDOS, Audición segura y Amor por el silencio	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/estrategia-nal-somos-todo-oidos-2017.pdf
2017	Ministerio de salud y protección social	Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud	El objetivo de este documento es dar a conocer las directrices que son de obligatorio cumplimiento y orientan la operatividad de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, propuesta por el ministerio de salud y protección social de Colombia	Primera infancia, adolescencia, adultez y vejez	http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproduccion/2018/P/ROCEDIMIENTOS_RIAPMS.pdf
2017	Ministerio de salud y protección social e instituto de evaluación tecnológica en salud	Rutas integrales de atención (RIAS) para enfermedades no transmisibles, ruta integral de atención para el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos"	Esta ruta es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de la salud pública, específicamente dirigidos a el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa, se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas de la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez	https://asofonco.co/wp-content/uploads/2017/06/diagrama-de-capas-salud-auditiva.pdf
2017	Ministerio de salud y protección social	Lineamientos técnicos y operativos ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación "somos todo oídos"	Es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento que define, orienta y describe un conjunto de acciones e intervenciones soportadas en la evidencia científica para la detección temprana y atención de la hipoacusia definidas en el Programa Nacional diseñado bajo un modelo conceptual y metodológico, que debe ser implementado conforme a la operación de las Rutas, por parte de las entidades e instituciones del sector de la salud, desde el nivel territoriales, al departamental y local, con el propósito de garantizar la integralidad en la atención en salud a la población, en un único modelo de gestión de la Dirección de Promoción y Prevención.	Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginacion/freesearchresults.aspx?k=SALUD%20AUDITIVA%20Y%20COMUNICATIVA&scope=Todos#k=SALUD%20AUDITIVA%20Y%20COMUNICATIVA
2017	Ministerio de salud y protección social	Pautas para el cuidado del oído y la audición	Este documento brinda información sobre un conjunto de acciones que dan cuenta de la intervención de la salud auditiva y comunicativa en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles del PDPS 2012- 2021 respecto a prácticas de prevención, de autocuidado, hábitos y cuidados del oído y la audición	Primera infancia, infancia y adultez	https://www.minsalud.gov.co/salud/Documentos/folleto_pautas_cuidados_auditivos.pdf



2017	Ministerio de salud y protección social	Abecé, salud auditiva y comunicativa "Somos todo oídos"	Este documento brinda información acerca de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, da a conocer la razón o razones por las que puede ocurrir un daño o deterioro del oído y la audición, las causas y tipos de pérdida auditiva y reporta la situación de los problemas auditivos a nivel internacional y nacional, la epidemiología de las enfermedades del oído y las alteraciones de la audición en Colombia. Por último, reporta información acerca de aquellas acciones de detección, prevención e intervención respecto a las pérdidas auditivas en todo el ciclo de vida	Primera infancia, infancia y adultez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/abece-salud-auditiva-2017.pdf
2018	Ministerio de salud y protección social	Resolución 3280	Por medio de esta ley se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación	Primera infancia, adolescencia, adultez y vejez	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/resolucion-3280-de-2018.pdf
2019	Congreso de la república de Colombia	Ley 1980	La presente ley tiene por objeto regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas, la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida.	Neonatos	https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/ley/2019/07/20/ley-2019-07-20.pdf

En relación con el segundo objetivo que estriba en *identificar las acciones que promueven el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos" del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia*, se seleccionaron 11 documentos del total encontrado para el objetivo 1, de los cuales 4 de ellos exponen acciones respecto a la promoción de la salud auditiva y comunicativa, 8 de ellos plantean acciones de prevención, 11 sobre detección, 9 abarcan acciones de evaluación y 8 plantean acciones de intervención, en estos documentos por cada categoría se encontró lo siguiente:

En cuanto a la categoría de **promoción**, las acciones identificadas estaban encaminadas a generar actividades de educación respecto al cuidado auditivo, evaluar las funciones básicas de audición e identificar si los niños están en riesgo o con posible pérdida auditiva, brindar asistencia técnica y estrategias en prevención y control de las enfermedades, así como también llevar a cabo jornadas de vacunación, promoción de la lactancia materna y del programa canguro para aquellos bebés que lo requieran.

Respecto a la categoría de **prevención** se identificó un conjunto de acciones encaminadas a brindar educación a las madres sobre el control y cuidado tanto prenatal como posnatal, alimentación saludable, nutrición, uso de medicamentos ototóxicos, cuidado auditivo, entornos de vida saludables, control y manejo del ruido en los entornos, además de ofrecer capacitaciones para poner en marcha mecanismos de vigilancia a las alertas tempranas, detectar y aplicar tratamientos en estadios muy



tempranos, solicitar consejería genética en el caso de tener antecedentes hereditarios, realizar remisiones a aquellos bebés de alto riesgo a evaluación audiológica y promover jornadas de vacunación.

Las acciones que se recopilaron en la categoría de **detección** giran en torno a realizar pruebas que permitan valorar de forma temprana la agudeza auditiva de los niños a través de audiometría tonal, tamizaje auditivo o audiometría tamiz, hacer seguimiento a los resultados del tamizaje auditivo, utilizar pruebas objetivas de alta sensibilidad y especificidad con técnicas y tecnologías apropiadas acordes al grupo poblacional, madurez y desarrollo y posteriormente, si es necesario, remitirlo con el especialista en audiológica. Fomentar el trabajo interdisciplinario con seguimiento a infantes con posibles hipoacusias tardías. Por otro lado, se plantea la necesidad que las madres se realicen pruebas de anticuerpos específicos y estudios prenatales para determinar el desarrollo auditivo del feto.

Para la categoría de **evaluación** se identificaron acciones dirigidas a realizar valoraciones audiológicas a través de audiometría tonal, tamizajes auditivos, pruebas de electrofisiología con potenciales evocados auditivos de tallo cerebral Y otoemisiones acústicas, instrumento de valoración auditiva y del lenguaje e incluir dentro de la historia clínica de cada niño, aspectos que permitan indagar o evaluar el estado del oído y audición de manera rutinaria además de contar con la posibilidad de tener acceso a consulta de audiológica, otorrinolaringología, otología o fonoaudiología según sea necesario, para establecer un diagnóstico temprano, orientar la conducta a seguir, continuar con supervisión a los niños que presentan una pérdida auditiva y visualizar la posibilidad de adaptar ayudas técnicas auditivas o lengua de señas colombiana en quienes lo requieran.

Por último, en la categoría de **intervención** se detectaron acciones orientadas a la adaptación de tecnologías partiendo de una confirmación de diagnóstico a través de una evaluación audiológica, otológica, vestibular, comunicativa y valoración por un equipo interdisciplinario para poder determinar la ruta a seguir y generar una inclusión en tratamientos desde la etapa prenatal hasta los 6 años de edad, como en terapia fonoaudiológica, articulación con otros sectores de participación (Educación, cultura, deporte, comunicaciones y aplicar programas de Intervención y seguimiento auditivo.



Tabla 2: Matriz de identificación 1

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN 1						
Documento origen	Curso de vida	Promoción	Prevención	Detección	Evaluación	Intervención
Análisis de Situación de la Salud Auditiva y Comunicativa en Colombia	Primera infancia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividades de educación grupal e individual para el cuidado del oído y audición. 2. Fomento y adopción de conductas protectoras hacia el control de las ENT (enfermedades no transmisibles) y EVS (entornos de vida saludable) con especial énfasis en la población infantil. 3. Asistencia técnica en prevención y control de la enfermedad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inducción a la demanda para el control prenatal. 2. Inducción sobre alimentación saludable y nutrición. 3. Inducción sobre entornos de vida saludable 4. Inducción sobre el control y manejo del ruido en los entornos 	ATENCIÓN PRENATAL <ol style="list-style-type: none"> 1. Pruebas de anticuerpos específicos y estudios prenatales para determinar el desarrollo auditivo del feto 2. Evaluación genética 3. Valoración de agudeza auditiva 4. Detección temprana de alteraciones auditivas través del tamizaje auditivo y / o Audiometría tamiz 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración audiológica-audiometría tonal 2. Otoemisiones acústicas 3. Tamizaje neonatal con potenciales evocados de tallo cerebral con técnica de umbrales con estímulo tipo click, frecuencia específica con tono bursh y potenciales de estado estable 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de tecnologías según criterio del profesional tratante. 2. Atención a los menores desde la etapa prenatal hasta los 6 años de edad con discapacidad sensorial. 3. Adaptación de prótesis y ayudas auditivas con cobertura del implante coclear 4. Rehabilitación post implante coclear para los menores hasta con dos años de edad 5. Implantación o sustitución de prótesis coclear. 6. Terapia fonoaudiológica
Lineamientos técnicos y operativos ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación "somos todo oídos"	Primera infancia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación sobre el autocuidado y el valor de mantener un buen estado de salud auditiva 2. Evaluar las funciones básicas de audición en las etapas de desarrollo de los niños 3. Identificación de los niños en riesgo o con posible pérdida auditiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Captación efectiva de los individuos en riesgo, para poner en marcha mecanismos de vigilancia a las alertas tempranas 2. Detectar y aplicar tratamientos en estadios muy tempranos, mediante intervenciones individuales 3. Valoración audiológica y aplicación de tamizaje auditivo organizado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta audiológica 2. Tamizaje auditivo neonatal universal a todos los recién nacidos con y sin riesgos. 3. Tamizaje auditivo organizado 4. Aplicación de las pruebas de detección temprana con tecnología dura (audiometría tonal, timpanometría) 5. Aplicación de las pruebas de detección temprana con tecnología blanda denominada VALE 6. Tamizaje auditivo electrofisiológico (potenciales evocados de tallo cerebral) a niños de 6 meses a 2 años) y aquellos difíciles de evaluar o respuestas dudosas de 3 a 5 años 7. Tamizaje auditivo pediátrico: antes de culminar la etapa de la primera infancia a niños/as entre los 24 y 60 meses con audiometría condicionada por juego (CPA), barrido tonal monoaural en las frecuencias 500, 1000 a 4000 Hz. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de audiología, otorrinolaringología, otología o fonoaudiología 2. Evaluación clínica estructurada - la anamnesis y antecedentes 3. Valoración audiológica con audiometría tonal 4. Realizar seguimiento al diagnóstico temprano y orientar la conducta a seguir. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración por un equipo interdisciplinario. 2. Evaluación audiológica, otológica, vestibular y comunicativa cualitativa 3. Definir la conducta terapéutica a seguir en un plan de manejo 4. Establecer un plan de intervención habiendo presentado, seleccionado y acordado las opciones de comunicación, con la participación de los padres, el paciente y su familia con adaptación de ayudas técnicas auditivas - vía aérea o Vía ósea, implantes cocleares o de hueso, lectura labio facial y lengua de señas colombiana – LSC 5. Intervención Fonoaudiológica: a través de terapia auditiva verbal, de habla y lenguaje; para habilitar, restablecer o potencializar a nivel cognitivo verbal y no verbal, con el aprovechamiento de restos auditivos, la lectura labio facial (LLF) o adquisición de la Lengua de Señas Colombiana (LSC).
Pautas para el cuidado del oído y la audición	Primera infancia.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar consejería genética en el caso de tener antecedentes hereditarios de trastornos auditivos en la familia y realizar las pruebas correspondientes. 2. Brindar recomendaciones para el cuidado de la salud auditiva, tanto en prácticas que no se deben realizar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La detección temprana 2. Valoración de la agudeza auditiva en el nacimiento y repetirse cada año como mínimo hasta los 12 años. 3. Informar a las autoridades competentes si tienes problemas con la atención y prestación de servicios para la salud auditiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de la Agudeza auditiva 2. Evaluación de la comunicación efectiva 	



			como en aquellas que si	4. Consulta audiológica 5. Evaluación de la audición.		
Instrumento de valoración de la audición y de lenguaje para niños de 0 a 12 años – VALE	Primera infancia.			1. Tamizaje auditivo 2. Valoración inicial con el Instrumento VALE 3. Remisión con especialista 4. Registrar la información en el carnet de Salud Infantil, crecimiento y desarrollo o Con Sentidos Sanos. 5. Realizar seguimiento a los resultados del tamizaje auditivo	1. Consulta y evaluación por un profesional experto en el área de audiológica 2. Evaluación del estado comunicativo. 3. Tamizaje auditivo 4. Remisión a audiológica o fonoaudiología u ORL 5. Remisión a Terapia fonoaudiológica	
"somos todos oídos" Manual de buenas prácticas en salud auditiva y comunicativa	Primera infancia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud 2. Promoción de jornadas de vacunación para la rubeola, sarampión y meningitis 3. Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria hasta los primeros dos (2) años de vida 4. Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer. 5. Promoción de las estrategias "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia", "Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia", en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar el uso de medicamentos ototóxicos. 2. Remitir a los bebés de alto riesgo a evaluación audiológica. 3. Control y seguimiento a los bebés de bajo peso al nacer 4. Identificar y captar a las poblaciones vulnerables 5. Tamizaje auditivo organizado para Colombia neonatal, infantil, escolar y laboral. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta médica para crecimiento y desarrollo 2. Detección precoz, diagnóstico oportuno y atención integral de la hipoacusia y/o discapacidad auditiva. 3. Implementación de Tamizaje Auditivo Neonatal a todo recién nacido antes del primer año de vida. 4. Tamizaje auditivo neonatal con otoemisiones acústicas (OEA) y examen de tronco encefálico auditivo (AABR) 5. Valoración de la agudeza auditiva. 6. Realizar re-valoración auditiva a niños que lo requieran 7. Reporte de resultados en el carnet audiológico "SENTIDOS SANOS" 8. Trabajo interdisciplinar con neonatólogos, pediatras, otólogos, otorrinolaringólogos y Fonoaudiólogos. 9. Seguimiento a infantes con posibles hipoacusias tardías. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Realizar consulta médica para control de crecimiento y desarrollo 2. Incluir dentro de la historia Clínica aspectos que permitan indagar o evaluar el estado del oído y audición de manera rutinaria 3. Remisión a especialistas de oído, audiólogo o médico otorrinolaringólogo o fonoaudiólogo 4. Detectar posibles deficiencias auditivas a través de tamizaje auditivo. 5. Control audiológico anual que incluya agudeza auditiva y estado de oído medio. 6. Control audiológico cada 6 meses o más para niños con alguna alteración audiológica 7. Realizar reevaluación a través de tamizaje a los niños que lo requieran 8. Evaluación diagnóstica a niños que no pasen la reevaluación con pruebas audiológicas formales: Otoscopia, audiometría tonal, audiometría verbal o logaudiometría 9. Evaluación electrofisiológica con PETC Y OEA 10. Evaluación interdisciplinar para la creación de un plan de trabajo integral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención lingüística y comunicativa 2. Rehabilitación aural-oral con apoyo terapéutico y tecnológico 3. Apoyos terapéuticos y tecnológicos con audífonos, implante coclear, sistema FM, Entrenamiento para la adaptación de la ayuda técnica. 4. Fomento de la adquisición temprana de la lengua de señas colombiana (LSC) 5. Brindar información oportuna, clara, suficiente y objetiva sobre las distintas modalidades de comunicación para las personas con hipoacusia por parte de Fonoaudiólogos, audiólogos u otólogos. 6. Generar estrategias para la inclusión familiar, social, educativa, cultural y productiva. 7. Inclusión temprana en lengua de señas para las familias o cuidadores que opten por la lengua de señas colombiana 8. Tratamiento integral adecuado para todo niño detectado y diagnosticado con sordo ceguera 9. Terapia fonoaudiológica
Ley 1980	Primera infancia.			1. Tamizaje neonatal básico, auditivo y visual enmarcado dentro de los lineamientos de salud pública y del modelo de prestación en redes integrales de atención en salud de acuerdo con la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social		



<p>lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa a "somos todo oídos"</p>	<p>Primera infancia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abordar el conjunto de determinantes de la salud auditiva y comunicativa, potencialmente para la para la detección de la red causal del ruido ambiental y riesgo en los entornos. 2. Focalizar el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones 3. Favorecer entornos de vida saludable y mantener a la población sana. 4. Identificar los factores de riesgo, alertas tempranas y los síntomas de posibles pérdidas auditiva 5. Hacer uso de elementos de protección auditiva 6. Realizar evaluaciones auditivas 7. Brindar jornadas de educación que generen conciencia del cuidado de la salud auditiva, y sobre aquellos factores y comportamientos que signifiquen un riesgo auditivo para la población 8. Empoderamiento y construcción de capacidad territorial para hacer frente a las alteraciones del oído, audición y comunicación. 9. Dar a conocer la Normatividad en salud, los derechos y responsabilidades de los ciudadanos e inclusión de las temáticas de salud auditiva y Entornos de vida saludable en los POA territoriales y programas de salud de las EPS e IPS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorganizar los servicios de salud 2. Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 3. Identificar los riesgos de pérdida auditiva en la etapa prenatal o anticipatoria haciendo la pregunta en la consulta de pediatría y medicina general 4. Promover el estudio genético de las enfermedades del oído y audición 5. Valoración auditiva 6. Estudio de los factores que pueden causar una pérdida auditiva 7. Atención del parto y del recién nacido 8. Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo 9. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. 10. Detectar y aplicar tratamiento a las enfermedades auditivas en estadios muy tempranos 11. Fortalecer la institucionalidad y el acceso a los servicios otológicos, audiológicos y fonoaudiológicos. 12. Tamizaje auditivo como medida de detección temprana de las deficiencias auditivas y alteraciones de la comunicación. 13. Asistir a consultas de control prenatal, crecimiento y desarrollo, pediátrica y medicina general. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento e intervención de la hipoacusia, monitoreo y seguimiento a las atenciones de rehabilitación auditiva. 2. Detección temprana de una alteración auditiva para un tratamiento oportuno 3. Tamizar a la población sana en general y dar recomendaciones para el mantenimiento de la salud auditiva y comunicativa en el curso de vida. 4. Detección temprana e implementación de tamizaje auditivo organizado para Colombia 5. Utilizar pruebas objetivas de alta sensibilidad y especificidad con técnicas y tecnologías apropiadas acordes al grupo poblacional, madurez y desarrollo 6. Aplicar la escala abreviada del desarrollo en el programa de crecimiento y desarrollo para evaluar audición y lenguaje en los menores de 10 años. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa 2. Mejorar el acceso a una valoración otológica y auditiva. 3. Valoración y diagnóstico audiológico con pruebas básicas 4. Verificación del estado del oído y audición 5. Valoración por medicina especializada en Otorrinolaringología 6. Valoración con un equipo interdisciplinario que determine el plan de manejo e intervención 7. Adaptación de ayudas técnicas auditivas o LSC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitación integral e inclusión social en las actividades de restitución integral de la funcionalidad sensorial auditiva 2. Fomento de la adquisición de temprana de lengua oral o sensorio-perceptiva visual (LSC) 3. Fomentar la participación social en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (escolar, laboral, cultural, entre otros) 4. Brindar atención que involucre la participación de individuos y familiares con rehabilitación basada en comunidad 5. Brindar oportunidad de trabajo interdisciplinario y articulación con otros sectores de participación (Educación, cultura, deporte, comunicaciones etc.)
---	-------------------------	--	--	---	--	---



Directrices de obligatorio cumplimiento o para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Primera infancia		1. Esquema de vacunación	1. Tamizaje auditivo organizado	1. Equidad en salud 2. Eliminación de barreras Acceso 3. Favorecer los procesos de atención	1. Asistir a control con médico quirúrgico 2. Implementar ayudas técnicas auditivas, 3. Fomentar la adquisición de LSC. 4. Trabajo interdisciplinar con familias desde rehabilitación basada en comunidad.
Alistamiento operativo de la ruta de atención integral en salud para la salud auditiva y comunicativa	Primera infancia			1. Detección temprana en los primeros tres meses de vida 2. Tamizaje auditivo neonatal con tecnología dura 3. Registrar los resultados del tamizaje en la historia clínica, 4. Remitir a los niños que presentan alteraciones a nivel auditivo a especialista	1. Valoración de la salud auditiva y comunicativa 2. Evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. 3. Aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación y el cuestionario VALE durante la consulta audiológica	1. identificar algún factor de riesgo o alguna alteración o anomalía relacionada con la salud auditiva y comunicativa 2. Realizar remisión del niño al respectivo especialista, ya sea por fonoaudiología o por pediatría. 3. Ampliación de estudios auditivos para el diagnóstico y tratamiento adecuado, según las características del individuo
Hablamos sobre Screening Auditivo con la Lic. Nora Neustadt de Kohan. Artículo 29.	primera infancia		1. Planes de vacunación de la madre en su etapa de gestación. 2. Detectar e interrupción tempranamente la presencia de alguna enfermedad.	1. Tamizaje auditivo universal a temprana edad	1. Evaluación auditiva completa	1. Aplicación del programa de Intervención y Seguimiento auditivo.
Abecé, salud auditiva y comunicativa "Somos todo oídos"	primera infancia		1. Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	1. Tamizaje auditivo organizado		1. Ayudas técnicas auditivas (audífonos, implantes cocleares) 2. Adquisición de la Lengua de Señas Colombiana 3. Trabajo terapéutico, psicoemocional y social 4. Inclusión social, con la oferta de servicios sociales para las personas en condición de discapacidad auditiva

Partiendo de la información recopilada en la matriz de prelación se evidenció que la categoría que mayor número de acciones tiene para el cuidado de la salud auditiva y comunicativa es la de detección con 45 de ellas, seguida de la categoría de evaluación con 38, luego la de intervención con 35, prevención con un total de 31 y por último se encuentra la categoría de promoción con 20 acciones.

Las acciones que más prelación tuvieron según su categoría son: educación grupal e individual para el cuidado del oído y audición en la categoría de promoción, vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, valoración audiológica y aplicación de tamizaje auditivo organizado en la categoría de prevención, detección temprana de alteraciones auditivas través del tamizaje auditivo o



audiometría tamiz para la categoría de detección, valoración audiológica- audiometría tonal en evaluación y uso de tecnologías para el tratamiento en la categoría de intervención.

Tabla 3: Matriz de prelación 1

MATRIZ DE PRELACION 1									
Promoción	N°	Prevención	N°	Detección	N°	Evaluación	N°	Intervención	N°
Actividades de educación grupal e individual para el cuidado del oído y audición.	3 veces	Inducción a la demanda para el control prenatal.	1 vez	Pruebas de anticuerpos específicos y estudios prenatales para determinar el desarrollo auditivo del feto	1 vez	Valoración audiológica- audiometría tonal	8 veces	Uso de tecnologías para el tratamiento.	7 veces
Fomento y adopción de conductas protectoras hacia el control de las ENT (enfermedades no transmisibles) y EVS (entornos de vida saludable) a través de la estrategia IEC con especial énfasis en la población infantil y adolescente	2 veces	Inducción sobre alimentación saludable y nutrición.	1 vez	Evaluación genética	1 vez	Evaluación electrofisiológica con potenciales evocados auditivos de tallo cerebral y otoemisiones acústicas	2 veces	Atención a los menores desde la etapa prenatal hasta los 6 años de edad con discapacidad sensorial	1 vez
Evaluar las funciones básicas de audición en las etapas de desarrollo de los niños	2 veces	Inducción sobre entornos de vida saludables.	1 vez	Valoración de agudeza auditiva a través de audiometría tonal	2 veces	Tamizaje auditivo	4 veces	Terapia fonoaudiológica para rehabilitación	18 veces
Identificación de los niños en riesgo o con posible pérdida auditiva	1 vez	Inducción sobre el control y manejo del ruido en los entornos	1 vez	Detección temprana de alteraciones auditivas través del tamizaje auditivo y / o audiometría tamiz	23 veces	Consulta de audiología, otorrinolaringología, otología o fonoaudiología	6 veces	Valoración por un equipo interdisciplinario.	2 veces
Asistencia técnica y estrategias en prevención y control de la enfermedad	2 veces	Captación efectiva de los individuos en riesgo, para poner en marcha mecanismos de vigilancia a las alertas tempranas	2 veces	Consulta audiológica	2 veces	Realizar seguimiento al diagnóstico temprano y orientar la conducta a seguir	3 veces	Evaluación audiológica, otológica, vestibular y comunicativa cualitativa	3 veces
Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud	2 veces	Detectar y aplicar tratamientos en estadios muy tempranos, mediante intervenciones individuales	3 veces	Informar a las autoridades competentes si tienes problemas con la atención y prestación de servicios para la salud auditiva.	1 vez	Evaluación del estado comunicativo	3 veces	Atención lingüística y comunicativa	1 vez



Promoción de jornadas de vacunación para la rubeola, sarampión y meningitis	1 vez	Valoración audiológica y aplicación de tamizaje auditivo organizado	4 veces	Evaluación de la audición.	3 veces	Remisión a especialistas de oído, audiólogo o médico otorrinolaringólogo o fonoaudiólogo	3 veces	Brindar oportunidad de trabajo interdisciplinario y articulación con otros sectores de participación (Educación, cultura, deporte, comunicaciones etc.)	1 vez
Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria hasta los primeros dos (2) años de vida	1 vez	Solicitar consejería genética en el caso de tener antecedentes hereditarios de trastornos auditivos en la familia y realizar las pruebas correspondientes.	2 veces	Remisión con especialista	2 veces	Realizar consulta médica para control de crecimiento y desarrollo	1 vez	identificar algún factor de riesgo o alguna alteración o anomalía relacionada con la salud auditiva y comunicativa	1 vez
Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer.	1 vez	Brindar recomendaciones para el cuidado de la salud auditiva, tanto en prácticas que no se deben realizar como en aquellas que sí	1 vez	Registrar la información en el carnet de Salud Infantil e historia clínica	3 veces	Incluir dentro de la historia Clínica aspectos que permitan indagar o evaluar el estado del oído y audición de manera rutinaria	1 vez	Aplicación del programa de Intervención y Seguimiento auditivo.	1 vez
Abordar el conjunto de determinantes de la salud auditiva y comunicativa, potencialmente para la para la detección de la red causal del ruido ambiental y riesgo en los entornos.	1 vez	Evitar el uso de medicamentos ototóxicos.	1 vez	Realizar seguimiento a los resultados del tamizaje auditivo	1 vez	Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa	3 veces		
Focalizar el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones	1 vez	Remitir a los bebés de alto riesgo a evaluación audiológica.	1 vez	Consulta médica para crecimiento y desarrollo	2 veces	Adaptación de ayudas técnicas auditivas o LSC	1 vez		
Identificar los factores de riesgo, alertas tempranas y los síntomas de posibles pérdidas auditiva	1 vez	Control y seguimiento a los bebés de bajo peso al nacer	1 vez	Trabajo interdisciplinario con neonatólogos, pediatras, otólogos, otorrinolaringólogos y Fonoaudiólogos.	1 vez	Equidad en salud	2 veces		
Hacer uso de elementos de protección auditivas	1 vez	Reorganizar los servicios de salud	1 vez	Seguimiento a infantes con posibles hipoacusias tardías.	1 vez	Aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación y el cuestionario VALE durante la consulta audiológica	1 vez		



Empoderamiento y construcción de capacidad territorial para hacer frente a las alteraciones del oído, audición y comunicación.	1 vez	Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	4 veces	Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento e intervención de la hipoacusia, monitoreo y seguimiento a las atenciones de rehabilitación auditiva.	1 vez				
		Identificar los riesgos de pérdida auditiva en la etapa prenatal o anticipatoria haciendo la pregunta en la consulta de pediatría y medicina general	1 vez	Utilizar pruebas objetivas de alta sensibilidad y especificidad con técnicas y tecnologías apropiadas acordes al grupo poblacional, madurez y desarrollo	1 vez				
		Estudio de los factores que pueden causar una pérdida auditiva	1 vez						
		Atención del parto y del recién nacido	1 vez						
		Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo	1 vez						
		Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	1 vez						
		Fortalecer la institucionalidad y el acceso a los servicios otológicos, audiológicos y fonoaudiológicos.	1 vez						
		Asistir a consultas de control prenatal, crecimiento y desarrollo, pediátrica y medicina general.	1 vez						

En relación al tercer objetivo consistente en *comparar las acciones propuestas desde el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” del Ministerio de Salud y Protección Social, con las*



acciones definidas por la Organización Mundial de la Salud respecto a la evaluación e intervención en audición y comunicación en primera infancia se encontró por categoría en los documentos de la OMS lo siguiente:

Frente a la categoría de **promoción** las acciones identificadas estaban orientadas a identificar a los bebés con factores de riesgo de pérdida auditiva, monitorear lactantes en riesgo para controlar su estado auditivo, realizar seguimiento a los niños con pérdida auditiva, tener registro de los resultados de las evaluaciones realizadas, capacitar profesionales de la salud para corregir problemas de audición, establecer adecuados diagnósticos y rehabilitación, integrar las pruebas de audición en los programas de salud escolar y elaborar programas de sensibilización para promover la escucha activa.

Respecto a la categoría de **prevención** se encontraron acciones orientadas a, vacunación, prácticas de higiene para prevenir infecciones, pruebas para detectar infecciones en las embarazadas, fortalecer programas materno infantil, prácticas correctas de atención otológica, pruebas de detección de otitis, evitar medicamentos ototóxicos, remisión a los bebés de alto riesgo para evaluación temprana e intervención oportuna, y asesoramiento genético para detección de mutaciones.

Para la categoría de **detección** se identificaron acciones relacionadas a, aplicar pruebas audiológicas a los recién nacidos y lactantes, implementar el tamizaje auditivo neonatal, aplicar protocolos de detección temprana, realizar otoemisiones acústicas producto de distorsión y respuesta auditiva automatizada del tronco encefálico.

En la categoría de **evaluación** se plantearon acciones encaminadas a evaluar audiológicamente a los bebés antes de los 3 meses de vida, remisión de los niños con pérdida al audiólogo, realización de exámenes audiológicos antes del alta de los hospitales, evaluaciones diagnósticas audiológicas para bebés de acuerdo con los protocolos, realizar cuestionarios a las madres para evaluar reacciones de los niños ante los estímulos sonoros y establecer sistemas para asegurar que los niños con pérdida auditiva cuenten con la remisión médica adecuada.

En relación a la última categoría, para **intervención** se identificaron acciones encaminadas a realizar intervención médica y audiológica temprana antes de los seis meses de edad, ayudar a que las familias con niños que tienen pérdida auditiva cuenten con una persona con experiencia en problemas de audición que les brinde recomendaciones y manejo asertivo de la situación y del menor, iniciar proceso terapéutico en los bebés con pérdida auditiva antes de los seis meses de edad, adaptación de audífonos e implante coclear, rehabilitación temprana de lenguaje orientada a la comunicación verbal y promoción de medios de comunicación alternativos.



Tabla 4: Matriz de identificación 2

MATRIZ DE IDENTIFICACION 2						
Documento origen	Curso de vida	Promoción	Prevención	Detección	Evaluación	Intervención
<p>National Goals, Program Objectives, and Performance Measures for the Early Hearing Detection and Intervention (EHDI). Tracking and Surveillance System</p> <p>Metas nacionales, objetivos del programa y medidas de rendimiento para la detección e intervención auditiva temprana Sistema de seguimiento y vigilancia</p>	Primera infancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada hospital, audiólogo y otros proveedores, identificarán a los bebés con factores de riesgo de padecer una pérdida auditiva y transmitir la información al estado. 2. Monitorear a los lactantes en riesgo a través de un mecanismo establecido para controlar el estado auditivo de los bebés en riesgo de aparición tardía y pérdida auditiva progresiva. 3. Identificar y proporcionar servicios de seguimiento a los bebés y niños con pérdida auditiva adquirida. 4. Cada bebé con una pérdida de audición confirmada tendrá un proveedor de atención primaria antes de 3 meses de edad 5. Implementar un sistema computarizado que mantendrá la información actualizada sobre la evaluación auditiva de cada bebé, su diagnóstico y tratamiento hasta los 5 años de edad con pérdida auditiva 6. Se deberá tener un registro de todos los resultados de las evaluaciones realizadas y su evolución hasta una semana después de la salida de bebe 7. Identificación semanal de todos los bebes y niños que necesitan evaluación y seguimiento a quienes necesitan un examen de audición inicial, repetir la prueba, evaluación, seguimiento e intervención 8. Brindar educación y capacitación para atención primaria a 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunación a los niños contra el sarampión, la meningitis, la rubéola y la parotiditis. 2. Administrar la vacuna contra la rubéola a las adolescentes y las mujeres en edad fecunda, antes de que queden embarazadas. 3. Implementar adecuadas prácticas de higiene para prevenir infecciones como Citomegalovirus en mujeres embarazadas mediante una higiene correcta. 4. Efectuar pruebas para detectar y tratar la sífilis y otras infecciones en las embarazadas. 5. Fortalecer los programas relativos a la salud materna e infantil. 6. Seguir prácticas correctas de atención otológica. 7. Realizar pruebas de detección de la otitis media a los niños 8. Evitar el uso de algunos medicamentos que puedan ser nocivos para la audición. 9. Remitir al servicio pertinente a los bebés de alto riesgo para someterlos a una evaluación temprana e intervención oportuna y adecuada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los recién nacidos serán evaluados auditivamente antes de 1 mes de edad, preferiblemente antes de salir del hospital 2. Examen de audición universal para recién nacidos y bebés por medio de un programa que examina a todos los recién nacidos. 3. Protocolos de detección temprana: Los hospitales tendrán un protocolo de detección que incluyen políticas y procedimientos estándar para detección. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los bebés que dan positivo en la prueba tendrán una evaluación audiológica diagnóstica antes de los 3 meses de vida. 2. Todo los bebes que den positivo tendrán una remisión para reevaluación audiológica 3. Evaluación audiológica a todos los bebes y se le brindaras las respectivas recomendaciones 4. Mantener una lista actualizada de centros de diagnóstico y / o audiólogos pediátricos que tienen experiencia y conocimientos en administrar evaluaciones diagnósticas audiológicas para bebés de acuerdo con el protocolo 5. Establecer un sistema de enlace para asegurar que la familia de los bebés identificados con pérdida auditiva tengan una derivación médica adecuada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los bebés identificados con pérdida auditiva recibirán intervención médica y audiológica temprana antes de los 6 meses de edad 2. Todos los infantes identificados con pérdida de audición recibirán servicios audiológicos apropiados antes de los 6 meses de edad 3. Todas las familias que tienen un niño con pérdida auditiva identificada deberán tener un individuo en su equipo de intervención que tenga conocimiento y experiencia sobre los problemas relacionados con audición. 4. Los estados brindarán oportunidades para recibir capacitación en temas específicos relacionados con sordera y pérdida de audición. 5. Se desarrollará un conjunto de recomendaciones para la intervención temprana de niños con dificultades auditivas y sus familias 6. Cada estado asegurará a las familias de los niños con pérdida auditiva tienen la oportunidad de participar activamente participar en el sistema EHDI.



		<p>proveedores, enfermeras de salud pública y otros sobre la importancia y proceso de evaluación audiológica desarrollar un plan de educación / capacitación para audiólogos para asegurar competencia en evaluación pediátrica, manejo y familia asesoramiento</p>				
<p>Newborn and infant hearing screening</p> <p>Examen de audición en el recién nacido y lactante</p>	Primera infancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se deben proporcionar informes anuales de las evaluaciones auditivas que se ha realizado a bebés y lactantes 2. Se debe educar a los miembros de la comunidad y especialistas en atención médica para crear conciencia sobre de la importancia de detectar la pérdida auditiva infantil 3. Proveer cada espacio clínico de personal audiológico para establecer un adecuado diagnóstico y rehabilitación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención pre natal 2. Se debe realizar una recopilación obligatoria de aquellos factores que pueden generar una pérdida auditiva en la maternidad. 3. Revelación de sordera hereditaria relacionada con el gen Cx26 4. Asesoramiento genético para detección de mutaciones genéticas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamizaje auditivo neonatal 2. Otoemisiones acústicas evocadas transitorias 3. Respuesta auditiva automatizada del tronco encefálico (AABR), 4. Otoemisiones acústicas de productos de distorsión (DPOAE) 5. Respuesta auditiva automatizada del tronco encefálico en unidades de cuidados intensivos neonatales. 6. Emisiones otacústicas producto de distorsión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de cuestionarios maternos para evaluar las reacciones del niño a los sonidos 2. Todos los bebés deberán ser examinados por pérdida auditiva antes de cumplir 1 mes 3. Todos los bebés que no pasen el examen de detección deberán resalirse una evaluación de diagnóstico antes de los 3 meses de edad 4. Todos los niños que presenten pérdida auditiva deberán ser remitidos a médico especialista en audiología 5. Se le deben realizar exámenes audiológicos a todos los bebés antes de salir del hospital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención audiológica temprana a todos los bebés detectados con pérdida auditiva en los primeros 6 meses de vida 2. Educación y acampamiento médico y audiológico a todos los bebés con pérdida auditiva permanente 3. Iniciar terapia con bebés que tengan pérdida auditiva antes de los 6 meses de edad 4. Adaptación de audífonos o implante coclear
<p>Childhood hearing loss act now, here's how!</p> <p>Pérdida de audición en la niñez ¡qué hacer para actuar de inmediato!</p>	Primera infancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar las pruebas de audición en los programas de salud escolar y establecer vínculos para proporcionar una atención adecuada 2. Formar a los médicos y el personal sanitario de primer nivel acerca de la importancia de las otitis y de la necesidad de intervenir precozmente respecto de la pérdida de audición 3. Establecer programas de capacitación profesional a los otólogos, audiólogos, otros profesionales de la medicina y enfermería, terapeutas y enseñantes para que proporcionen la atención y los servicios necesarios para corregir los problemas del oído y la audición 4. Abstenerse de introducir sustancias en el oído puede contribuir a que disminuyan los problemas otológicos 5. Elaborar y aplicar programas de sensibilización 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vacunación contra la rubéola congénita, la meningitis, las paperas y el sarampión. 2. Inmunización contra la rubéola y la meningitis. 3. Implementar buenas prácticas de higiene. 4. Mejorar la atención materna y neonatal 5. Evitar la administración de medicamentos ototóxicos a embarazadas y recién nacidos 6. Fomento del parto seguro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección temprana de pérdidas auditivas 2. Aplicar pruebas audiológicas a los recién nacidos y lactantes 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenciones apropiadas dentro de los seis primeros meses 2. Adaptación de audífonos o implante coclear 3. Introducción precoz en el lenguaje por rehabilitación orientada a la comunicación verbal, como el tratamiento verbal auditivo u oral auditivo. 4. Promover los medios de comunicación alternativos, como la lengua de señas, la comunicación total, modelo bilingüe/bicultural (bi-bi), la palabra complementada y la lectura de los labios. y uso de sistemas de bucles magnéticos y FM5 en las aulas y los lugares públicos



		destinados a los niños pequeños con la finalidad de promover el hábito de una escucha activa.				
--	--	---	--	--	--	--

Asimismo, según la matriz de prelación construida para este objetivo, se identificó que la categoría prevalente con mayor número de acciones es prevención con 19 acciones, seguido de promoción con 15 acciones, después intervención con 14 acciones, seguido de la categoría de detección con 11 acciones y por último evaluación con 10 acciones.

Las acciones con mayor prelación según su categoría son: capacitar profesionales de la salud para corregir problemas de audición en la categoría de promoción, vacunación a madres e hijos y fortalecimiento de salud materno infantil para la categoría de prevención, aplicar pruebas audiológicas a recién nacidos y tamizaje auditivo neonatal para la categoría de detección, realizar exámenes audiológicos a los bebés antes de salir del hospital o cumplir el mes de vida para la categoría de evaluación, intervención médica audiológica temprana antes de los seis meses de edad para los bebés identificados con pérdida auditiva para la categoría de intervención

Tabla 5: Matriz de prelación 2



MATRIZ DE PRELACION 2

Promoción	N°	Prevención	N°	Detección	N°	Evaluación	N°	Intervención	N°
Cada hospital, audiólogo y otros proveedores, identificarán a los bebés con factores de riesgo de padecer una pérdida auditiva y transmitir la información al estado.	1 vez	Vacunación tanto a madres como hijos contra enfermedades como sarampión, la meningitis, la rubéola y la parotiditis.	4 veces	Aplicar pruebas audiológicas a los recién nacidos y lactantes	2 veces	Todos los bebés que dan positivo en la prueba tendrán una evaluación audiológica diagnóstica antes de los 3 meses de vida.	2 veces	Todos los bebés identificados con pérdida auditiva recibirán intervención médica, audiológica, temprana antes de los 6 meses de edad	4 veces
Monitorear a los lactantes en riesgo a través de un mecanismo establecido para controlar el estado auditivo de los bebés en riesgo de aparición tardía y pérdida auditiva progresiva	1 vez	Implementar adecuadas prácticas de higiene para prevenir infecciones como Citomegalovirus en mujeres embarazadas.	2 veces	Tamizaje auditivo neonatal	2 veces	Todos los niños que presenten pérdida auditiva deberán ser remitidos a médico especialista en audiología	2 Veces	Todas las familias que tienen un niño con pérdida auditiva identificada deberán tener un individuo en su equipo de intervención que tenga conocimiento y experiencia sobre los problemas relacionados con audición.	2 Veces
.Identificar y proporcionar servicios de seguimiento a los bebés y niños con pérdida auditiva adquirida.	1 vez	.Efectuar pruebas para detectar y tratar la sífilis y otras infecciones en las embarazadas.	1 vez	Protocolos de detección temprana que incluyan políticas y procedimientos estándar para detección.	2 veces	Se le deben realizar exámenes audiológicos a todos los bebés antes de salir del hospital o antes de cumplir 1 mes	3 veces	Los estados brindarán oportunidades para recibir capacitación en temas específicos relacionados con sordera y pérdida de audición.	1 vez
Cada bebé con una pérdida de audición confirmada tendrá un proveedor de atención primaria antes de 3 meses de edad	1 vez	Fortalecer los programas relativos a la salud materna e infantil	4 veces	Otoemisiones acústicas evocadas transitorias.	1 vez	Mantener una lista actualizada de centros de diagnóstico y / o audiólogos pediátricos que tienen experiencia y conocimientos en administrar evaluaciones diagnósticas audiológicas para bebés de acuerdo con el protocolo	1 vez	Se desarrollará un conjunto de recomendaciones para la intervención temprana de niños con dificultades auditivas y sus familias	1 vez
Se deberá tener un registro de todos los resultados de las evaluaciones realizadas, sus diagnósticos e intervención hasta los 5 años de vida del niño	2 veces	Seguir prácticas correctas de atención otológica.	1 vez	Respuesta auditiva automatizada del tronco encefálico (AABR)	2 veces	Distribución de cuestionarios maternos para evaluar las reacciones del niño a los sonidos	1 vez	Cada estado asegurará a las familias de los niños con pérdida auditiva tienen la oportunidad de participar activamente en el sistema EHDl.	1 vez
Identificación semanal de todos los bebés y niños que necesitan evaluación y seguimiento a quienes necesitan un examen de audición inicial, repetir la prueba, evaluación, seguimiento e intervención	1 vez	Realizar pruebas de detección de la otitis media a los niños	1 vez	Otoemisiones acústicas de productos de distorsión (DPOAE)	2 veces	Establecer un sistema de enlace para asegurar que la familia de los bebés identificados con pérdida auditiva tengan una derivación médica adecuada	1 vez	Iniciar terapia con bebés que tengan pérdida auditiva antes de los 6 meses de edad	1 vez



Establecer programas de capacitación profesional a los otólogos, audiólogos, otros profesionales de la medicina y enfermería, terapéutas y enseñantes para que proporcionen la atención y los servicios necesarios para corregir los problemas del oído y la audición	4 veces	Evitar la administración de medicamentos ototóxicos a embarazadas y recién nacidos	2 veces					Adaptación de audífonos o implante coclear	2 veces
Se deben proporcionar informes anuales de las evaluaciones auditivas que se ha realizado a bebés y lactantes	1 vez	Remitir al servicio pertinente a los bebés de alto riesgo para someterlos a una evaluación temprana e intervención oportuna y adecuada	1 vez					Introducción precoz en el lenguaje por rehabilitación orientada a la comunicación verbal, como el tratamiento verbal auditivo u oral auditivo.	1 vez
Proveer cada espacio clínico de personal audiológico para establecer un adecuado diagnóstico y rehabilitación	1 vez	Se debe realizar una recopilación obligatoria de aquellos factores que pueden generar una pérdida auditiva en la maternidad.	1 vez					Promover medios de comunicación alternativos, como la lengua de señas, la comunicación total, modelo bilingüe/bicultural (bi-bi), la palabra complementada y la lectura de los labios. y uso de sistemas de bucles magnéticos y FM5 en las aulas y los lugares públicos	1 vez
Integrar las pruebas de audición en los programas de salud escolar y establecer vínculos para proporcionar una atención adecuada	1 vez	Revelación de sordera hereditaria relacionada con el gen Cx26	1 vez						
Elaborar y aplicar programas de sensibilización destinados a los niños pequeños con la finalidad de promover el hábito de una escucha activa.	1 vez	Asesoramiento genético para detección de mutaciones genéticas	1 vez						

Al realizar la comparación entre los hallazgos de los documentos de la Organización Mundial de la Salud y los documentos del lineamiento nacional se encontró que en cada uno de ellos se presenta una prelación diferente en base al nivel de atención (promoción, prevención, detección, evaluación e intervención) prestado a la población, por un lado en relación al lineamiento se identificó que la mayoría de acciones propuestas van dirigidas al nivel de atención de detección y en relación a los documentos referenciados por la Organización Mundial de la salud, se evidenció que la mayoría de acciones están encaminadas al nivel de prevención.

Asimismo, en cuanto a los componentes de atención fonoaudiológica las acciones planteadas en el lineamiento van encaminadas principalmente a audiología con un total



de 42 acciones, seguido de la categoría otra con 26 acciones, después lenguaje y aprendizaje con 3 acciones y por último habla y función oral faríngea con 1 acción, respecto a los documentos de la Organización Mundial de la Salud, las acciones planteadas van dirigidas principalmente a audiología con 38 acciones, seguido de la categoría otra con 9 acciones, después lenguaje y aprendizaje con 2 acciones y por último habla y función oral faríngea con ninguna acción reportada.

Al tabular las acciones identificadas en los documentos referentes, se recopiló un total de 86 acciones en la base de datos, de la cual se encontró que 49 de ellas se encuentran referenciadas por la Organización Mundial de la Salud y 37 de ellas no lo están, mientras que en el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos, del total de las acciones identificadas, 72 acciones se encuentran referidas y 14 de ellas no.

Para finalizar, en aquellas acciones que se encuentran referidas tanto por la Organización Mundial de la Salud como por el lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” se identificó un total de 38 acciones que giran en torno a la salud auditiva y comunicativa en primera infancia.

Tabla 6: Base de datos

BASE DE DATOS				
Acción	Nivel de atención	Componente de atención fonoaudiológica	Organización Mundial de la Salud	Lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa "somos todo oídos"
Actividades de educación grupal e individual para el cuidado del oído y audición.	PROMOCIÓN	AUDIOLOGIA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Fomento y adopción de conductas protectoras hacia el control de las ENT (enfermedades no transmisibles) y EVS (entornos de vida saludable) a través de la estrategia IEC con especial énfasis en la población infantil y adolescente	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluar las funciones básicas de audición en las etapas de desarrollo de los niños	PROMOCIÓN	AUDIOLOGIA	SE REFIERE	SE REFIERE
Identificación de los niños en riesgo o con posible pérdida auditiva	PROMOCIÓN	AUDIOLOGIA	SE REFIERE	SE REFIERE
Asistencia técnica y estrategias en prevención y control de la enfermedad	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE



Promoción de jornadas de vacunación para la rubeola, sarampión y meningitis	PROMOCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE
Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y alimentación complementaria hasta los primeros dos (2) años de vida	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Promoción del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer.	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Abordar el conjunto de determinantes de la salud auditiva y comunicativa, potencialmente para la para la detección de la red causal del ruido ambiental y riesgo en los entornos.	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Focalizar el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones	PROMOCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Identificar los factores de riesgo, alertas tempranas y los síntomas de posibles pérdidas auditiva	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Hacer uso de elementos de protección auditivas	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Empoderamiento y construcción de capacidad territorial para hacer frente a las alteraciones del oído, audición y comunicación.	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Monitorear a los lactantes en riesgo a través de un mecanismo establecido para controlar el estado auditivo de los bebés en riesgo de aparición tardía y pérdida auditiva progresiva	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Identificar y proporcionar servicios de seguimiento a los bebés y niños con pérdida auditiva adquirida.	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Cada bebé con una pérdida de audición confirmada tendrá un proveedor de atención primaria antes de 3 meses de edad	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Se deberá tener un registro de todos los resultados de las evaluaciones realizadas, sus diagnósticos e intervención hasta los 5 años de vida del niño	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Identificación semanal de todos los bebés y niños que necesitan evaluación y seguimiento a quienes necesitan un examen de audición inicial, repetir la prueba, evaluación, seguimiento e intervención	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Establecer programas de capacitación profesional a los otólogos, audiólogos, otros profesionales de la medicina y enfermería, terapeutas y enseñantes para que proporcionen la atención y los servicios necesarios para corregir los problemas del oído y la audición	PROMOCIÓN	OTRA	SE REFIERE	NO SE REFIERE



Se deben proporcionar informes anuales de las evaluaciones auditivas que se ha realizado a bebés y lactantes	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Integrar las pruebas de audición en los programas de salud escolar y establecer vínculos para proporcionar una atención adecuada	PROMOCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Elaborar y aplicar programas de sensibilización destinados a los niños pequeños con la finalidad de promover el hábito de una escucha activa.	PROMOCIÓN	OTRA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Inducción a la demanda para el control prenatal.	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	NO SE REFIERE
Inducción sobre alimentación saludable y nutrición.	PREVENCIÓN	HABLA Y FUNCIÓN ORAL FARINGEA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Inducción sobre entornos de vida saludables.	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Inducción sobre el control y manejo del ruido en los entornos	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Captación efectiva de los individuos en riesgo, para poner en marcha mecanismos de vigilancia a las alertas tempranas	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Detectar y aplicar tratamientos en estadios muy tempranos, mediante intervenciones individuales	PREVENCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE
Valoración audiológica y aplicación de tamizaje auditivo organizado	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Solicitar consejería genética en el caso de tener antecedentes hereditarios de trastornos auditivos en la familia y realizar las pruebas correspondientes.	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Brindar recomendaciones para el cuidado de la salud auditiva, tanto en prácticas que no se deben realizar como en aquellas que sí	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Evitar el uso de medicamentos ototóxicos.	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Remitir a los bebés de alto riesgo a evaluación audiológica.	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Control y seguimiento a los bebés de bajo peso al nacer	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Reorganizar los servicios de salud	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	PREVENCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE
Identificar los riesgos de pérdida auditiva en la etapa prenatal o anticipatoria haciendo la pregunta en la consulta de pediatría y medicina general	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Estudio de los factores que pueden causar una pérdida auditiva	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Atención del parto y del recién nacido	PREVENCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE



Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo	PREVENCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE
Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Fortalecer la institucionalidad y el acceso a los servicios otológicos, audiológicos y fonoaudiológicos.	PREVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Asistir a consultas de control prenatal, crecimiento y desarrollo, pediátrica y medicina general.	PREVENCIÓN	OTRA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Realizar pruebas de detección de la otitis media a los niños	PREVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Pruebas de anticuerpos específicos y estudios prenatales para determinar el desarrollo auditivo del feto	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluación genética	DETECCIÓN	OTRA	SE REFIERE	SE REFIERE
Valoración de agudeza auditiva a través de audiometría tonal	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Detección temprana de alteraciones auditivas través del tamizaje auditivo y / o audiometría tamiz	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Consulta audiológica	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Informar a las autoridades competentes si tienes problemas con la atención y prestación de servicios para la salud auditiva.	DETECCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluación de la audición.	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Remisión con especialista	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Registrar la información en el carnet de Salud Infantil e historia clínica	DETECCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Realizar seguimiento a los resultados del tamizaje auditivo	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Consulta médica para crecimiento y desarrollo	DETECCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Trabajo interdisciplinar con neonatólogos, pediatras, otólogos, otorrinolaringólogos y Fonoaudiólogos.	DETECCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Seguimiento a infantes con posibles hipoacusias tardías.	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento e intervención de la hipoacusia, monitoreo y seguimiento a las atenciones de rehabilitación auditiva.	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Utilizar pruebas objetivas de alta sensibilidad y especificidad con técnicas y tecnologías apropiadas acordes al grupo poblacional, madurez y desarrollo	DETECCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE



Valoración audiológica- audiometría tonal	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluación electrofisiológica con PETC Y OEA	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Tamizaje auditivo	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Consulta de audiología, otorrinolaringología, otología o fonoaudiología	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Realizar seguimiento al diagnóstico temprano y orientar la conducta a seguir	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluación del estado comunicativo	EVALUACIÓN	LENGUAJE Y APRENDIZAJE	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Remisión a especialistas de oído, audiólogo o médico otorrinolaringólogo o fonoaudiólogo	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Realizar consulta médica para control de crecimiento y desarrollo	EVALUACIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Incluir dentro de la historia Clínica aspectos que permitan indagar o evaluar el estado del oído y audición de manera rutinaria	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Mejorar la capacidad de respuesta institucional para el diagnóstico, tratamiento de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Adaptación de ayudas técnicas auditivas o LSC	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Equidad en salud	EVALUACIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación y el cuestionario VALE durante la consulta audiológica	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Mantener una lista actualizada de centros de diagnóstico y / o audiólogos pediátricos que tienen experiencia y conocimientos en administrar evaluaciones diagnósticas audiológicas para bebés de acuerdo con el protocolo	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Distribución de cuestionarios maternos para evaluar las reacciones del niño a los sonidos	EVALUACIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	NO SE REFIERE
Uso de tecnologías para el tratamiento y adaptación de ayudas técnicas auditivas o LSC	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Atención a los menores desde la etapa prenatal hasta los 6 años de edad con discapacidad sensorial	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Terapia fonoaudiológica para rehabilitación	INTERVENCIÓN	LENGUAJE Y APRENDIZAJE	SE REFIERE	SE REFIERE
Valoración por un equipo interdisciplinario.	INTERVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Evaluación y seguimiento audiológico, otológico, vestibular y comunicativo cualitativo como cita de control	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE



Atención lingüística y comunicativa	INTERVENCIÓN	LENGUAJE Y APRENDIZAJE	SE REFIERE	SE REFIERE
Brindar oportunidad de trabajo interdisciplinario y articulación con otros sectores de participación (Educación, cultura, deporte, comunicaciones etc)	INTERVENCIÓN	OTRA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
identificar algún factor de riesgo o alguna alteración o anomalía relacionada con la salud auditiva y comunicativa	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	NO SE REFIERE	SE REFIERE
Aplicación del programa de Intervención y Seguimiento auditivo.	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Los estados brindarán oportunidades para recibir capacitación en temas específicos relacionados con sordera y pérdida de audición.	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE
Cada estado asegurará a las familias de los niños con pérdida auditiva tienen la oportunidad de participar activamente en el sistema EHDI.	INTERVENCIÓN	AUDIOLOGÍA	SE REFIERE	SE REFIERE

10. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La Política de Atención Integral en Salud tiene como objetivo orientar al Sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población, mediante la intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” y requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas², dicho modelo es lo que actualmente se conoce como el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual plantea estrategias de acción sobre la población.

Con el fin de garantizar lo anterior y un mejor cuidado de la salud auditiva y comunicativa, aspecto de interés para el gobierno nacional, dado que hace parte de la salud en general, en el marco de la vida cotidiana, en familia, en los centros educativos,

² (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 45)



con los amigos, en el recreo y hasta en el descanso³ se creó el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” el cual es una herramienta funcional para la atención de la población colombiana, orientado a la primera infancia, ya que busca desarrollar capacidades de gestión en las entidades territoriales y sus territorios para que incluyan dentro de la líneas operativas de los planes de salud, acciones de promoción y gestión en salud pública para la salud auditiva y comunicativa, implementando estrategias de gestión del riesgo y de respuesta sectorial e intersectorial para la transformación positiva de entornos; generación de hábitos, prácticas de autocuidado, comportamientos adecuados y de respeto por las normas a través identidades sociales y prácticas culturales, además instituir los lineamientos técnicos para orientar el ordenamiento del territorio, la reorganización, desarrollo e integración de la red de servicios, el fortalecimiento del recurso humano, así como la gestión, el financiamiento y la capacidad institucional, que contribuyan al acceso universal en el ejercicio del derecho a la salud.

Partiendo de la información recolectada en los apartados anteriores, las acciones identificadas tanto en el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” como en los documentos referentes de la Organización Mundial de la Salud, se identificaron un conjunto de hechos, que es necesario revisar y evaluar para mejorar la calidad de los servicios en salud que se están brindando a la población de primera infancia en Colombia.

Según la Organización de los Estados Americanos, la primera infancia marca el periodo más significativo en la formación del individuo, puesto que en ella se estructuran las bases del desarrollo y de la personalidad, sobre las cuales las sucesivas etapas se consolidarán y se perfeccionarán. Es justamente en esta etapa que las estructuras neurofisiológicas y psicológicas están en pleno proceso de maduración y en este sentido, la calidad y cantidad de influencias que reciben los niños y niñas del entorno familiar, socioeconómico y cultural los moldearán de una forma casi definitiva y está marcada por un notable crecimiento físico y significativo desarrollo sensorial y perceptivo. También presenciamos el despertar de habilidades emocionales, intelectuales y sociales, así como el espectacular desarrollo del lenguaje y de las más diversas formas de expresión: cantar, bailar, moverse, llorar, pintar y hablar⁴. Con base a esto es importante resaltar que la mayoría de documentos encontrados para este estudio, contemplaban el curso de vida de primera infancia, así como plantean acciones específicas para esta población considerándola desde la concepción.

³ (Ministerio de salud y protección social, 2014, pág. 9)

⁴ (Organización de los Estados Americanos, 2010, pág. 46- 47)



Es evidente que desde el gobierno rector se planteó la creación de un modelo de atención integral en salud que exige poner a disposición de los agentes territoriales un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos) que integran los objetivos del sistema de salud con los de la seguridad social, orientando la respuesta del sistema y alineando su regulación⁵, esto se encuentra acorde con lo identificado en el lineamiento nacional, sin embargo al realizar la recolección de información se evidenció que los documentos que hacen parte del lineamiento no contenían la suficiente información sobre una atención integral acorde a las necesidades de cada población, esto conllevó a la necesidad de abordar documentos que plantean acciones desde distintos niveles de atención (prevención, promoción, detección, evaluación e intervención), por lo anterior, se observó una fragmentación en la información, ocasionando que no toda la población del territorio colombiano, en este caso la primera infancia tengan acceso a todos los niveles de atención, y por consiguiente no se suplían sus necesidades y requerimientos particulares, ya que como se plantea desde el Modelo de Atención Integral en Salud, la integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios son diferentes.

Asimismo, es de resaltar la importancia que entidades del estado nacional estén desarrollando acciones relacionadas a la salud auditiva y comunicativa, no solo desde edades avanzadas sino tempranamente en el curso de vida.

Por otro lado, se evidenció que la mayor cantidad de acciones propuestas en el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” están dirigidas al nivel de atención de detección, creando una discrepancia con lo planteado en el Modelo de Atención Integral en Salud, pues este ubica en el centro de atención a las personas, su bienestar y desarrollo, por lo que propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad, es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad⁶, aspecto que es de importancia en la Ruta de Atención Integral en Salud.

Si bien se reconoce que los documentos del lineamiento plantean acciones de todo orden, es notable la prevalencia que tienen estas encaminadas a la detección como se mencionó anteriormente. Orientadas principalmente a la implementación de tamizajes auditivos, siendo estos el método para identificar a niños pequeños en riesgo de una

⁵ (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 46)

⁶ (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 46)



pérdida auditiva permanente, de forma rápida, fácil y efectiva en la determinación del tipo de pérdida, ya sea leve o profunda, bilateral o unilateralmente⁷. Aunque realizar acciones de detección es necesario en la ruta de salud auditiva y comunicativa, es pertinente potenciar las acciones de otros niveles de atención para que los servicios brindados sean de calidad y completos, es decir, considerar las acciones posteriores a la detección, esto conversa con lo planteado en la ley 982 de 2005, en sus artículos 42 y 43 cuando dicen, que " todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare y será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida".

Siguiendo con la misma línea, se evidenció que después de las acciones encaminadas al nivel de detección, las que mayor prevalencia tienen son las de evaluación, dirigidas a la valoración por audiometría tonal, siendo esta una prueba audiológica subjetiva que se puede realizar efectivamente a la población infantil a partir de los 4 años, la cual cabe anotar es lo suficientemente confiable como para decidir una intervención, brindando diferente información, que es integrada en conjunto, para obtener un diagnóstico adecuado⁸, sin embargo, si la prelación en este nivel es la audiometría tonal, debería implementarse una inversión de la prelación respecto a la evaluación electrofisiológica con potenciales evocados auditivos de tallo cerebral Y otoemisiones acústicas, incluso teniendo en cuenta la importancia de la detección y evaluación en neonatos, ya que debe ser desde el nacimiento para poder brindar una intervención al menor antes de los 6 meses de edad.

Seguidamente se identificó al realizar el análisis de la información, que las acciones dirigidas hacia intervención, aparecen con menos potencia en dichos documentos, desconociendo su importancia, ya que la intervención se basa en la evidencia donde es crucial la experiencia temprana en el desarrollo cerebral, asegurando las oportunidades de aprendizaje en el niño, una intervención temprana intensiva puede alterar positivamente los resultados cognitivos y de desarrollo de niños pequeños con discapacidades⁹, igualmente para el caso de los niveles de promoción y prevención, las acciones identificadas fueron mínimas, lo que sugiere que es de menor impacto el abordaje que se realiza previo a la aparición de las alteraciones auditivas y comunicativas.

⁷ (Eiserman, Shisler, Hoffman, Foust, 2013)

⁸ (Goycoolea, Ernst, Orellana, Torres, 2003)

⁹ (Monsalve y Núñez, 2006)



Se reconoce que es importante que el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” plantee acciones en relación a la salud auditiva, dado que la falta de estímulos auditivos inhibe los procesos de adquisición de la lengua oral, desarrollo del lenguaje y aprendizaje, los cuales se verán afectados, dependiendo del grado de pérdida auditiva, de la etiología, la edad del inicio del problema, del gen implicado y de la presencia o ausencia de otras alteraciones sistémicas¹⁰.

La apuesta no solo está dada en torno a la salud auditiva sino también comunicativa, por lo que es necesario potenciar la cantidad de acciones en relación a la comunicación, puesto que al analizar la información recolectada, se evidencia una baja prevalencia, olvidando que adquirir el lenguaje de forma adecuada aparte que es la herramienta que nos permite comunicarnos, desarrollar el pensamiento, la cultura y consolidar nuestra personalidad, definirnos y definir el mundo a través del lenguaje, el desarrollo del lenguaje le brinda a las personas poder sobre sus propias vidas, porque les permite reconocerse como individuos, reconocer las intenciones de los otros, tomar decisiones y expresarse¹¹.

En comparación con el lineamiento nacional, la apuesta desde la Organización Mundial de la Salud tiene su prevalencia en las acciones encaminadas a la prevención, que apuntan principalmente hacia la vacunación, lo cual conversa con que el nivel de prevención tiene un lugar preponderante, porque permite incrementar los niveles de salud de la población, evitar que esta se enferme, a un costo menor, en comparación a los altos costos que generan la atención de la salud recuperativa¹².

Se evidenció que de la mano de las acciones de prevención se encuentran las de promoción orientadas a establecer programas de capacitación a profesionales de la salud, esto refleja su importancia puesto que en este nivel (promoción), el objetivo es que el ser humano goce de un óptimo estado de salud, que le permita estar en condiciones de sobrellevar mejor la influencia de los factores de riesgo, o que estos sean muy escasos o nulos, por los hábitos y condiciones de vida que tiene, por las cuales goce de buena salud, y no sea afectado por la enfermedad, proporcionando a las personas, las herramientas conceptuales y metodológicas que les permita tomar un adecuado control sobre su salud¹³.

Para la Organización Mundial de la Salud el nivel de intervención es el siguiente en prevalencia, poniendo su apuesta desde la intervención médica y audiológica antes de los seis meses de edad, esto concuerda con numerosos estudios que afirman que la

¹⁰ (Ministerio de Salud y Protección social, 2017, pág. 2)

¹¹ (Flórez y Gómez, 2013, pág.137).

¹² (Aguirre, 2011, pág. 239)

¹³ (Aguirre, 2011, pág. 240)



identificación e intervención temprana de la hipoacusia neonatal, favorece el desarrollo del lenguaje en los niños que la presentan, evitando el impacto negativo sobre el desarrollo del habla y del lenguaje, y los trastornos emocionales y familiares, favoreciendo el alcance de logros en el aprendizaje, por ello dicho proceso tiene como propósito: identificar desde el nacimiento cualquier pérdida de audición, iniciar una rehabilitación precoz y permitir el desarrollo del lenguaje¹⁴.

Luego siguiendo la ruta de prevalencia, las acciones identificadas que se encuentran en menor cantidad son las concernientes a evaluación y detección, quienes están encaminadas a aplicar pruebas audiológicas desde los recién nacidos, es valioso mencionar que la evaluación audiológica a tiempo debe ser un derecho fundamental para niños y niñas, por ello la atención de los problemas auditivos por medio de diferentes pruebas es de enorme trascendencia humana, es necesario conocer las condiciones auditivas de los neonatos, ya sean favorables o deficitarias, 24 horas después del nacimiento, por esta razón se debe proceder en las etapas en las que las estructuras corticales van madurando y pueden moldearse¹⁵

Además al realizar una comparación entre las acciones propuestas entre el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” y los documentos referentes de la Organización Mundial de la salud, se identificó que dicha organización lo que pretende es brindar una atención primaria en salud, en la que se abordan primordialmente acciones encaminadas a la prevención de enfermedades no transmisibles dentro de las cuales se incluyen las enfermedades auditivas y la promoción del cuidado de la salud auditiva y comunicativa. Sin embargo, en el lineamiento nacional previamente mencionado, sus principales acciones están dirigidas a acciones de detección y evaluación, alejándose de la idea de atención primaria en salud, ya que no se están planteando suficientes acciones para mitigar la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, por el contrario, se están ejecutando acciones cuando hay presencia de la alteración o posibilidad de que la haya. Si consideramos ajustar las acciones y su prevalencia hacia un abordaje de la salud realmente integral, podrían mejorar notablemente las condiciones de salud a lo largo del curso de vida, especialmente en primera infancia.

Por otro lado en cuanto los componentes de atención fonoaudiológica, al realizar la comparación entre las acciones reportadas en dichos documentos, fácilmente se pudo evidenciar que los aspectos del habla, la función oral faríngea, el lenguaje y el aprendizaje no tienen la suficiente relevancia, en comparación con el campo de audiología por lo que es necesario que se estructuren o planteen una mayor cantidad de acciones entorno a estos últimos componentes, para crear un equilibrio en la

¹⁴ (Rojas, Gómez y Rivas, 2014)

¹⁵ (Berruecos, 2014)



aplicación de los mismos, dado que en el desarrollo de la población infantil, dichos aspectos son de gran importancia, pues el momento más significativo en el desarrollo del infante, es cuando el lenguaje y la actividad práctica convergen, siendo estas dos líneas de desarrollo totalmente independientes en un momento dado se unen y el lenguaje se vuelve racional y el pensamiento verbal, el desarrollo que hasta ahora era biológico se vuelve socio histórico ya que, por medio del lenguaje racional, la sociedad inyecta en el individuo las significaciones que ha elaborado en el transcurso de su historia de tal manera el lenguaje es esencial para el desarrollo¹⁶.

Lo anterior, es apoyado por el National Institute on Deafness and Other Communication Disorders quienes afirman que los primeros años de vida, cuando el cerebro está en proceso de desarrollo y maduración, es considerado el período más intensivo en la adquisición de las habilidades del lenguaje, las cuales se desarrollan mejor cuando el niño está expuesto consistentemente a un mundo lleno de imágenes, sonidos, habla y el lenguaje de los demás, existen períodos clave para el desarrollo del lenguaje de los bebés y los niños pequeños en lo que el cerebro está más capacitado para absorber el lenguaje¹⁷

Por último es importante mencionar que durante la comparación se evidenció que existen acciones referidas en el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos “ que no están reportadas por la Organización Mundial de la Salud, lo que es importante al momento de implementar dicha herramienta en la población Colombiana, pues se está enrutando a la prestación de servicios que abarquen todo el curso que comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y las poblaciones, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte, o incluso trascender a futuras generaciones¹⁸.

También, se identificaron acciones que no están reportadas en el lineamiento nacional y si en los documentos de la Organización Mundial de la Salud las cuales están encaminadas a realizar un seguimiento de los niños con pérdida auditiva a través de reportes anuales de las evaluaciones auditivas que se ha realizado a bebés y lactantes, monitorear a aquellos infantes en riesgo a través de un mecanismo establecido para controlar el estado auditivo de los bebés con aparición tardía y pérdida auditiva progresiva, establecer programas de sensibilización destinados a los niños con la finalidad de promover el hábito de una escucha activa, contar con especialistas capacitados para la adaptación de prótesis auditivas y brindar acompañamiento a las familias hasta los 6 años de edad del niño lo que permitiría según el enfoque de la

¹⁶ (Morales, 1990, como se citó en chaves, 2001, pág.61)

¹⁷ (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2010, pág.1)

¹⁸ (Salud en las Américas, 2017, pág. 2)



salud familiar y comunitaria, coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población en diferentes entornos: hogar, familiar, educativo y comunitario para resolver la mayor parte de los problemas de salud que mejoran la capacidad resolutoria y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención¹⁹

11. CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos de la recolección de información, el análisis y la discusión que se creó entorno a las acciones identificadas tanto en el lineamiento para la gestión y la promoción integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos”, como en los documentos referentes de la Organización Mundial de la Salud, se logró concluir que, en el lineamiento objeto de este estudio se plantean acciones directas que tienen como alcance los diferentes niveles de atención, iniciando el proceso en niveles de promoción, prevención, seguido de detección, evaluación y por último intervención y rehabilitación, es importante aclarar que todas las acciones identificadas giran en relación a la primera infancia, en aquellos que presentan o pueden presentar una pérdida auditiva, sin embargo también se hizo evidente que del total de acciones identificadas, la mayoría estaban dirigidas a la detección, y se encontraban en mínima proporción las acciones de atención que se encuentran en primer nivel como lo son la promoción y la prevención, es necesario resaltar la necesidad de incrementar estrategias para potenciar estos niveles de atención mencionados, ya que es mejor actuar a tiempo promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, que actuar cuando la alteración ya está instaurada o hay posibilidad de que la haya.

Es valioso vislumbrar cómo ha cambiado desde el año 1994 presentado por la ley 115, el concepto de fomentar la salud en forma de mantenimiento y preservación de la enfermedad, actualmente se pretende promover la salud para disminuir la enfermedad, como ente general de la Salud pública, apuntando así a una atención primaria en salud.

De igual forma, en un inicio con la ley 324, se plantea que la población sorda presenta una propia lengua y en la actualidad se evidencia la necesidad de una comunicación alternativa que abarque todos los escenarios personales del no oyente, en la que la ley de discapacidad ha hecho evidente la necesidad de escenarios diversos ajustados a los requerimientos individuales y características de cada grupo

¹⁹ (Ministerio de salud y protección social, 2016, pág. 45)



poblacional, no obstante es fundamental seguir apuntando con miras hacia una atención realmente integral, puesta desde la atención primaria en salud, no solo desde el planteamiento político, sino desde la ejecución efectiva en los territorios. Al establecer una comparación con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, quien va más encaminada hacia la promoción y prevención, la mayoría de sus acciones velan por brindar a la población herramientas para cuidar y controlar su salud, como por ejemplo concientización desde la primera infancia en el cuidado auditivo y el valor de la salud auditiva, se reconoce que hacía dicha ruta debe apuntar el lineamiento nacional, ya que si bien se mencionan acciones previas a la aparición de la alteración auditiva, estas no son suficientes, ya que se evidencia la poca difusión que existe en los territorios acerca de la salud auditiva y comunicativa y la importancia que tiene no solo en primera infancia sino a lo largo del curso de vida.

Asimismo, es necesario cuestionarse qué está pasando con los niños y niñas una vez son detectados con una pérdida auditiva, ya que durante la investigación fueron pocas las acciones identificadas para darle manejo a las alteraciones, es decir, la focalización de las estrategias, muestran una gran potencia en detectar las pérdidas auditivas, pero son procesos que probablemente están quedando inconclusos o no se les está dando el manejo adecuado y completo que requiere cada caso. Por ello, consideramos que en Colombia es importante que se implementen acciones como las propuestas por la Organización Mundial de la Salud las cuales giran en torno a que las entidades proveedoras de salud, EPS o IPS tengan un registro de todos los niños detectados con pérdida auditiva o puedan presentar una pérdida auditiva tardía y se realice un informe semestral y anual con toda la información relacionada con ellos, desde sus exámenes de detecciones hasta su proceso de intervención, de igual modo plantea tener un registro nacional de los niños detectados como positivo y tener un control de su evolución. A nivel del niño como perteneciente a una comunidad se sugiere que cuente con un especialista en audiología que guíen a la familia del niño en su proceso hasta sus 6 años o hasta que se haya podido instaurar una dinámica entorno a las características de infante, así como la utilización de sistemas FM y modificaciones acústicas y medioambientales en los lugares donde se encuentra el niño con pérdida auditiva como en las aulas de clase y los centros de terapia auditiva verbal, esto mejora en gran porcentaje el desempeño con las prótesis auditivas, el rendimiento escolar, el habla, el lenguaje y los procesos cognitivos superiores requeridos para el aprendizaje.

Del mismo modo, en el desarrollo de este estudio se logró evidenciar la importancia y cercanía que se establece entre la audición y el lenguaje, sin embargo se identificó que las acciones propuestas por el lineamiento entorno al cuidado de la salud comunicativa, son bastante escasas en comparación con las propuestas para el



cuidado de la salud auditiva, lo que impide que se realice un abordaje integral en primera infancia y se cree un imbalance en la prestación del servicio y aunque se reconoce que la audición es uno de los canales sensoriales de mayor importancia en los seres humanos, el lenguaje y el cuidado de la salud comunicativa es fundamental para el desarrollo del niños ya que una pérdida auditiva puede tener efectos permanentes en el desarrollo del lenguaje oral y en procesos cognitivos más complejos, alterando el desarrollo intelectual, emocional y social del niño.

Es primordial denotar, que durante la recolección de información se evidenció que los documentos orientadores del lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos” no eran suficientes para dar cuenta de un servicio de salud integral a toda la población, por lo que fue necesario indagar en documentos que se habían generado para apoyar lo propuesto por el lineamiento, a pesar de que los documentos brindaban acciones entorno a los diferentes niveles de atención, dentro de sus planeamientos cada uno no contaba necesariamente con la información íntegra, es decir, un mismo documento no realizaba el abordaje de todos los niveles, por esta razón se considera que los servicios concernientes a la salud auditiva y comunicativa se encuentran fragmentados, ya que no todos los niños, en los distintos territorios logran acceder a las acciones propuestas y por lo tanto no gozan de una atención integral en salud, del mismo modo no se hace evidente en los documentos del lineamiento la forma clara de llegar a todo el territorio nacional con medidas de prevención y control.

Asimismo, es necesario mencionar que dentro del lineamiento “todos somos oídos” no se hace énfasis en sistemas de información para mantener la información actualizada, este es un aspecto importante que se trabaja con mayor potencia en otros países, que para el caso nacional por los costos adicionales y la falta de entrenamiento no se realiza, por último, contemplamos necesaria la realización de una re-evaluación del alcance del lineamiento objeto de este estudio, en relación a los niveles de atención (prevención, promoción, detección, evaluación e intervención) con el fin de garantizar un servicio de salud que logre mitigar o tratar los requerimientos y necesidades de cada población, asegurando una mejor salud auditiva y comunicativa.



12. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, S; Llanos, A; Ayala, A; Portilla, E; Espinal, R. (2017). Metodología: Tamiz auditivo neonatal. Revista Signos Fónicos Vol. 2 N° 3. Recuperado de:
http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/viewFile/2002/1402

Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4). Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Angulo, E. (1997). Audioprótesis, teoría y práctica. España: Editorial Masson.

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población 5(8) Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>

Berruecos, P. (2014). Tamiz auditivo neonatal e intervención temprana. México: Editorial Intersistemas, S.A.

Cabrera, L; Carro, L. (2007). La redacción y presentación de los artículos de investigación. Revista latina de comunicación social - 62. Recuperado de:
<https://www.ull.es/publicaciones/latina/presentacion.pdf>

Carvajalino, I. y Cols. (2006). Tamización auditiva en neonatos: hallazgos audiológicos en la población de bebés de alto riesgo de 0 a 6 meses de edad. Areté, vol. 5, 62-72. Recuperado de:
<http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/549>

Chaves, A. (2001). Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vygotsky.

Revista Educación, 25, 59-65. Recuperado de:
https://www.uv.mx/personal/yvelasco/files/2012/08/Implicaciones_educativas_de_la_teor%C3%ADa_sociocultural_de_Vigotsky.pdf

Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil (CODEPEH). (1999).



Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. Anales españoles de pediatría, 51, 336-344.

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 60 de Agosto 12 de 1993, de Gobierno Nacional de Colombia. Recuperado de:
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85889_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2005). Ley 982 de Agosto 09 de 2005, de Gobierno Nacional de Colombia. Recuperado de:
https://mintic.gov.co/portal/604/articles-3726_documento.pdf

Delgado, J & Cols. (9 mayo 2011). Detección precoz de Hipoacusia. Revista pediátrica de atención primaria, XIII N°50, 280-289.

Departamento Nacional de Planeación. (2007). Consejo Nacional de Política Económica Social (Conpes) 109, Política pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”. 2018, de Ministerio de la Protección Social Ministerio de Educación Nacional Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recuperado de:
https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles77832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2003). Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes Social 166. Recuperado de:
<http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/poblacioncondiscapacidad/Paginas/166.pdf>

Dirección de Censos y Demografía. (2010). Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. De Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE). Recuperado de:
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

Dirección General de Salud Pública. (2003). Informe sobre la detección precoz de la hipoacusia. de Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología de España) Recuperado de:



<http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/InformeHipoacusia.pdf>

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2014). Programa nacional de fortalecimiento de la detección precoz de enfermedades congénitas, Pesquisa Neonatal Auditiva. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, recuperado de:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf>

Eiserman W; Shisler L; Hoffman J; Foust T. (2013). Tamizaje Auditivo y Seguimiento en la Niñez Temprana Manual Acompañante de los Videos de Instrucción Implementación de un Programa Exitoso de Tamizaje Auditivo Usando Emisiones Otoacústicas (OAE).de National Center for Hearing Assessment and Management (NCHAM) Utah State University, Recuperado de:
<https://www.infanthearing.org/earlychildhood/docs/VideoTutorialCompanionHandbookSpanish.pdf>

Farfán; Cifuentes, L & Arancibia, M,. (2012). Causas de sorderas profundas en niños chilenos asistentes a escuelas especiales para sordos. Revista Chilena Salud Publica, vol. 16 (2), 137 -145.

Flórez, R; Gómez, D. (2013). Leer y escribir en los primeros grados: retos y desafíos.

Gómez, O. (2006). Audiología básica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

González, M; Nuñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia, de Intervención psicosocial. Recuperado de:
<https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/102098.pdf>

González, L. Fernández de Soto, J. Torres, M. (2012). Current status of the programs for detection of hearing loss in children younger than six months in Cali. Colombia médica. Vol. 43 N° 1, 73-81.

Goycoolea, M; Ernst, J; Orellana, V; Torres, P. (2003). Métodos de Evaluación Auditiva. Clínica Las Condes y Audia, Vol. 14 N°1, 1-11.



Hernández-Sampier y Cols. (2010). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En Metodología de la investigación (76- 89). México D.F: Mc Graw Hill.

Hernández, R y Cols. (2007). Tamizaje y confirmación diagnóstica de hipoacusia, neonatos de alto riesgo versus población abierta. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 45, núm. 5. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745529002>

Instituto Brasileiro de Geografía e Estadística. (2010). Censo Demográfico 2010 características gerais da população religião e pessoas com deficiência. Ministerio de planeamiento. Recuperado de:
https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

Jaramillo, D; Montiel, L. (2012). Caracterización de la detección, evaluación e intervención de los desórdenes de procesamiento auditivo central que realizan los fonoaudiólogos y audiólogos de Cali en niños en edad escolar (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7813/1/CB-0456426.pdf>

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos.

Koch, K y Cols. (2010). Diagnóstico tardío de hipoacusia congénita en preescolares que asisten al instituto de educación especial: audición y lenguaje. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Recuperado de:
https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_4167.pdf

Revista temas de educación N° 7. pp 19-39. Recuperado de:
<http://files.mytis.webnode.cl/200000020f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>

Losantos, M. (2011). Módulo 1. Fuentes de información: tipos y características Curso: Fuentes de información para la atención al público de Col legi Oficial de Bibliotecaris- Documentalistes de Catalunya, Recuperado de:
http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/fuentesDeInformacion.pdf



Martínez, S; Otero J. (2012). Habilidades de procesamiento auditivo central y el fracaso escolar en escolares de básica primaria que asisten a una institución educativa de la comuna 18 de Cali (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10096/1/CB-0456421.pdf>

Martínez, M. (2008). Trayectorias escolares y laborales de jóvenes de sectores populares. México.

Matos, M; Gordillo, R. (2006). Desórdenes de comunicación en población infantil con patología audiológica de base. Revista Areté, [S.I.], v. 5, p. 41-48, ISSN 2463-2252. Recuperado de: <http://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/545/506>

Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. (2009). Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia. Bogotá, Colombia: Revolución educativa Colombia aprende.

Ministerio de Salud. Guía Clínica Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro Santiago de Chile: Minsal, 2009. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c97379016e04001011f0113bf.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Somos todo oídos, manual de buenas prácticas en salud auditiva y comunicativa. Bogotá D.C. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/manual-buenas-practicas-salud-auditiva-comunicativa.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2014). Lineamiento para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa “somos todo oídos”. Ministerio de salud y protección social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-salud-auditiva-guia-metodologica-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Bogotá D.C. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>



Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2016). Política de atención integral en salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos técnicos y operativos, ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación. Imprenta Nacional de Colombia Primera Edición.

Ministerio de Salud y Protección social. (2017). ABECÉ, salud auditiva y comunicativa. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-salud-auditiva-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Salud auditiva y comunicativa en Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/alistamiento-operacion-ria-sac.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2018). Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-apoyo-fortalecimiento-familias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). ABECÉ, enfoque de curso de vida. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfocue V.pdf>



Monsalve, A; Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, Vol. 15 N.º 1 Págs. 7-28

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2010). Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje. Recuperado de: <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/voice/SpeechAndLanguageDevelopmentalMilestones-Spanish.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (2010). Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación. Recuperado de: <http://www.iin.oea.org/pdf-iin/RH/primera-infancia-esp.pdf>

Organización mundial de la salud. (2008). Políticas públicas para la salud pública. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). Sordera y pérdida de la audición. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf;jsessionid=B9C0CA38DFC94897442D465AFB6EF163?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). Pérdida de audición en la niñez ¡qué hacer para actuar de inmediato!. Recuperado de: https://www.who.int/topics/deafness/WHD_brochure_ES.pdf

Oliveira L; Horta L; Macedo L; Colosimo E. (2006). Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes, de Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n6/1431-1441/pt/>

Procuraduría General de la Nación. (2010). Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de noviembre 8 de 2006) Concordado. 2018, de Procuraduría General de la Nación. Recuperado de:



http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/codigo_de_infancia_y_adolescencia.pdf

Rojas, A; Gómez, O & Rivas, F. (2014). Cumplimiento de la normatividad vigente para la detección temprana de la hipoacusia neonatal. *Salud pública*, 16 (3), 462-469.

Reigosa, V. y Cols. (2002). Efectos de la detección temprana sobre el desarrollo psico-social y lingüístico de los niños con pérdidas auditivas permanentes. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, Vol. 33, No. 3

Rossi, M; Labella, T. (2014). Audición y lenguaje. El niño sordo. Libro virtual de formación en Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Rodríguez, M; Sistiaga, J; Rivera, T. (2014). Detección precoz de hipoacusia. Libro virtual de formación en Otorrinolaringología. Sociedad española de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Recuperado de:
<http://seorl.net/PDF/Otologia/030%20-%20DETECCI%C3%93N%20PRECOZ%20DE%20LA%20HIPOACUSIA.pdf?boxtype=pdf&q=false&s=false&s2=false&r=wide>

Sánchez, J. (2016). Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos mediante tamizaje auditivo. Universidad de Guayaquil. Recuperado de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42903/1/CD%20037-%20SANCHEZ%20PONCE%20JANINA%20MERCEDDES.pdf>

Strelcuns, A. (2013). Equipamiento audióprotésico en adultos y niños de Mutualidad Argentina de Hipoacusicos. Recuperado de:
https://mah.org.ar/images/pdfs/deteccion_temprana_hipoacusia.pdf

Schonhaut, L; Farfán, C; Neuvonen, R; Vacarisas, P. (2006). Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores, región metropolitana, diciembre 2005. *Revista chilena de pediatría*, vol. 77, n.3

Vargas, E; Torres, L. The prevalence of hearing loss in children in Colombia. *Rev. Fac. Med.* 2014; 62(4):529-38. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n4.43955>.



Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana
Programa de Fonoaudiología
Línea de Investigación del PAF: Fenómeno discapacidad de comunicación

Vygotsky, L.S. (1978). Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires, Argentina: La Pleyade.