



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA EN COLOMBIA

Convenio 519 de 2015

**Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles**

2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención

DELEGADOS COMITE TÉCNICO DEL CONVENIO OPS/OMS

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

JUAN CARLOS SILVA
Asesor Representante OPS/OMS Colombia



ANDRES SUANCA SIERRA
Administrador Representación OPS/OMS
Colombia

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas y Gestión de
Proyectos

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a Ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

REFERENTES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

**JOSÉ FERNANDO
VALDERRAMA VERGARA**
Subdirector de Enfermedades No
Transmisibles/MSPS

**NIDIA ISABEL MOLANO
CUBILLOS**
Referente Nacional de Salud
Auditiva y Comunicativa/MSPS

LUZ STELLA RÍOS MARÍN
Epidemiología y
Demografía/MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión Convenio/MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento convenio/MSPS

WILMER MARQUIÑO
Consultor Nacional OPS/OMS

JUAN CARLOS SILVA
Consultor Nacional OPS/OMS

PATRICIA VEGA MORENO
Administración Convenios
OPS/OMS

CONSULTORIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de la Comunicación Humana y sus Desórdenes

Institución de Educación Superior

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

1. Presentación	17
2. Introducción	18
3. Contextualización desde el Marco Normativo y Conceptual del ASIS	19
3.1. Marco Normativo	19
3.2. Marco conceptual	24
3.3. Enfoques	30
4. Metodología	34
4.1. Orientación	34
4.2. Fuentes de Información	34
4.3. Método de Análisis	35
4.4. Estructura para el abordaje de los determinantes Sociales de la Salud Auditiva y Comunicativa	41
5. Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	47
5.1. Contexto Territorial de Colombia	47
5.2. Contexto Demográfico	49
5.2.1. Población Total	49
5.2.2. Población por pertenencia étnica	51
5.2.3 Estructura Demográfica	55
5.3. Factores de riesgo ambientales, sociales, poblacionales, y determinantes de las alteraciones de Salud Auditiva y Comunicativa	59
5.3.1 Ruido ambiental	64
5.3.2 Ruido ocupacional	65
5.3.2.1 Reporte de riesgos laborales según FASECOLDA	66
6. Capítulo 2. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes	71
PRIMER COMPONENTE: CARGA DE MORBILIDAD POR MODALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS ...	
6.1. Análisis de la morbilidad	71
6.1.1 Comportamiento de uso de servicios y morbilidad registrada en Colombia por enfermedades del oído y la mastoides entre los años 2009 a 2014	71
6.1.2 Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de consulta externa (en oído externo, medio e interno y otros trastornos)	73

6.1.3	Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de urgencias	73
6.1.4	Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de hospitalización	75
6.1.5	Morbilidad atendida por grupo de riesgo.....	77
6.1.6	Morbilidad atendida por evento y departamento	80
	Alteraciones del oído y la audición.....	80
	Otitis (Códigos CIE-10 H650, H651, H659, H669, H609)	80
6.2.	Consultas de urgencias por otitis	87
6.2.1.1.	Alteraciones del sistema vestibular (Códigos CIE-10 H82X, H819, H810, H811, H812, H813, H814 y H818).....	92
6.2.1.2.	Número de personas atendidas por alteraciones del sistema vestibular	99
6.2.1.3.	Hipoacusia Conductiva (Códigos CIE-10 H900, H901 y H902).....	100
6.2.1.4.	Número de personas atendidas por hipoacusia conductiva	105
6.2.1.5.	Hipoacusia neurosensorial (Códigos CIE-10 H833, H903, H904, y H905)	107
6.2.1.6.	Número de personas atendidas por hipoacusia neurosensorial	112
6.2.1.7.	Hipoacusia Mixta (Códigos CIE-10 H906, H907 y H908)	114
6.2.1.8.	Número de personas atendidas por hipoacusia mixta	118
6.2.1.9.	Otras alteraciones del oído (Códigos CIE-10 H612, H910, H911, H912, H913, H918, H919, H920, H931 y Q161)	120
6.2.1.10.	Número de personas atendidas por otras alteraciones del oído	125
	Atresia y agenesia de cóclea, conducto auditivo y pabellón (código CIE-10 Q161)	127
6.3	Consultas de Urgencias por Otolgia.....	132
6.4	Alteraciones del Lenguaje (Códigos CIE-10 F801, F802 y F803)	135
	Disfasia y Afasia (código CIE-10 R470)	140
6.5	Trastornos del Habla (Códigos CIE-10 R482, R490, R491, R492, R498, F985 Y F968). 145	
	Trastorno específico de la pronunciación (código CIE-10 F800)	150
SEGUNDO COMPONENTE: PROCEDIMIENTOS CUPS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN OTOLOGICA, AUDILÓGICA Y COMUNICATIVA.....		155
7. Procedimientos relacionados con alteraciones otológicas, audiológicas y comunicativas.....		155
8. Capítulo 3. Análisis de Discapacidad		210
8.1	Indicadores de enfermedades prevalentes de oído, audición y comunicación .	210
9. Capítulo 4. Análisis de los Determinantes Intermedios Sociales de la Salud		216
9.1	Oferta de Profesionales relacionados con Salud Auditiva.....	216

Oferta de profesionales en Fonoaudiología	216
Oferta de pediatras por departamento	217
Oferta de Otorrinolaringólogos por Departamento	219
Oferta de Otólogos por departamento.....	221
Oferta de Otóneurologos por departamento	221
Oferta de Audiólogos por departamento	221
Oferta de Psicólogos por departamento	221
Oferta de enfermeras de crecimiento y desarrollo por departamento	223
Grupo de profesionales que realizan implante coclear	225
9.2 Oferta de Ayudas Técnicas Auditivas	227
9.2.1 Distribuidores de Implante en Colombia	227
9.3 Indicadores Resolución 4505	227
9.4 Tecnologías incluidas en el POS para los eventos de Salud Auditiva.....	229
10. Capítulo 5. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud – DSS	234
10.1 Migración	234
10.2 Movilidad forzada	234
10.3 Necesidades básicas insatisfechas	235
10.4 Educación	238
10.5 Estrato e Ingreso por Hogares	239
10.6 Distribución Porcentual de la Población según Clasificación SISBEN	240
11. Capítulo 6. Priorización de los Efectos de Salud.....	241
11.1. Identificación de las Prioridades Principales en la Morbilidad	241
11.2. Priorización Índice de Necesidades en Salud (INS)	243
12. Conclusiones y recomendaciones	245
13. Referencias	249
14. Infografía	256
15. Anexos.....	257
15.1. Anexo 1. Enfermedades del Oído interno.....	257
15.2. Anexo 2. Retraso Mental.....	262
15.3. Anexo 3. Especificación Normativa	267

Lista de Mapas

MAPA 1. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA DE COLOMBIA.....	58
MAPA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA. COLOMBIA, 2005.....	64

Lista de Gráficas

GRÁFICA 1. DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD.....	42
GRÁFICA 2. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, OMS.....	43
GRÁFICA 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA 2005, 2014 Y 2020.....	55
GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SERVICIOS DE ATENCIÓN.	72
GRÁFICA 5. REGISTRO DE ATENCIONES DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO Y ALTERACIONES DE LA AUDICIÓN POR TIPO DE SERVICIO DE 2009 A 2014	72
GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS EXTERNA POR ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES. COLOMBIA. 2009 A 2014	73
GRÁFICA 7. NÚMERO DE ATENCIONES DE URGENCIAS POR ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES COLOMBIA. 2009 A 2014.....	74
GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE URGENCIAS POR TRASTORNOS DEL OÍDO. COLOMBIA. 2009 A 2014.....	74
GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES. 2009 A 2014	75
GRÁFICA 10. MORBILIDAD DE LAS ALTERACIONES DEL OIDO Y AUDICIÓN ATENDIDA POR CURSO DE VIDA. ..	76
GRÁFICA 11. PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO Y ALTERACIONES DE LA AUDICIÓN 2009 A 2014	76
GRÁFICA 12. ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DE AUDICIÓN POR DEPARTAMENTO DE 2009 A 2014	78
GRÁFICA 13. PREVALENCIA DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL HABLA POR DEPARTAMENTO DE 2009 A 2014	79
GRÁFICA 14. PREVALENCIA DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR DEPARTAMENTO ENTRE 2009 Y 2014	80
GRÁFICA 15. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON OTITIS POR DEPARTAMENTO 2009-2014	84
GRÁFICA 16. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON OTITIS POR SEXO 2009-2014	85
GRÁFICA 17. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON OTITIS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009- 2014.....	86
GRÁFICA 18. PREVALENCIA CONSULTAS DE URGENCIAS RELACIONADAS CON OTITIS X 1000.000 HAB. SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.	92
GRÁFICA 19. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	96
GRÁFICA 20. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR SEXO, 2009-2014.....	97
GRÁFICA 21. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	98
GRÁFICA 22. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	103
GRÁFICA 23. PROPORCIÓN DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR SEXO 2009-2014	104
GRÁFICA 24. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014.....	105
GRÁFICA 25. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR DEPARTAMENTO 2009-2014	110
GRÁFICA 26. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR SEXO 2009-2014	111
GRÁFICA 27. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014.....	112

GRÁFICA 28. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	116
GRÁFICA 29. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR SEXO 2009-2014..	117
GRÁFICA 30. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON HIPOACUSIA MIXTA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	118
GRÁFICA 31. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR DEPARTAMENTO 2009-2014	123
GRÁFICA 32. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR SEXO 2009-2014	124
GRÁFICA 33. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	125
GRÁFICA 34. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR DEPARTAMENTO 2009-2014	130
GRÁFICA 35. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR SEXO 2009-2014.....	131
GRÁFICA 36. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014.....	132
GRÁFICA 37. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON OTALGIA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	135
GRÁFICA 38. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR DEPARTAMENTO 2009-2014	138
GRÁFICA 39. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR SEXO 2009-2014	139
GRÁFICA 40. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014.....	140
GRÁFICA 41. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON DISFASIA Y AFASIA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	143
GRÁFICA 42. NÚMERO DE ATENCIONES CON DISFASIA Y AFASIA POR SEXO 2009-2014.....	144
GRÁFICA 43. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON DISFASIA Y AFASIA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	145
GRÁFICA 44. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL HABLA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	148
GRÁFICA 45. NÚMERO DE ATENCIONES CON ALTERACIONES DEL HABLA POR SEXO 2009-2014	149
GRÁFICA 46. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL HABLA POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	150
GRÁFICA 47. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR DEPARTAMENTO 2009-2014	153
GRÁFICA 48. NÚMERO DE ATENCIONES CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR SEXO 2009-2014	154
GRÁFICA 49. PREVALENCIA DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DE LA PRONUNCIACIÓN POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 2009-2014	155
GRÁFICA 50. PREVALENCIA CONSULTAS RELACIONADAS CON OTORRINOLARINGOLOGÍA x 100.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	160
GRÁFICA 51. PREVALENCIA PROCEDIMIENTOS DE POTENCIALES EVOCADOS x 1000.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	165
GRÁFICA 52. PREVALENCIA DE IMPLANTE COCLEAR x 1000.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	169
GRÁFICA 53. PREVALENCIA HIPOACUSIA OTOTÓXICA x 100.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	174
GRÁFICA 54. PREVALENCIA HIPOACUSIA SÚBITA x 1000.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO	179

GRÁFICA 55. PREVALENCIA CONSULTAS DE REACTOMETRÍA X 1000.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	184
GRÁFICA 56. PREVALENCIA CONSULTAS DE LOGOAUDIOMETRÍA X 1000.000 HAB SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO.....	195
GRÁFICA 57. PREVALENCIA X 100.000 HABITANTES SOBRE ATENCIONES A FONOAUDIOLOGÍA POR DEPARTAMENTO. 2009-2014.....	200
GRÁFICA 58. PREVALENCIA DE PERSONAS Y DE CONSULTAS DE EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA X 1000.000 HAB. SOBRE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO	205
GRÁFICA 59. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y DEL HABLA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	209
GRÁFICA 60. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON ALTERACIÓN PERMANENTE EN LA VOZ Y EL HABLA POR DEPARTAMENTO 2014.	213
GRÁFICA 61. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON ALTERACIÓN PERMANENTE EN LOS OÍDOS POR DEPARTAMENTO 2014.	214
GRÁFICA 62. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE VOZ Y HABLA Y DE LOS OÍDOS, COLOMBIA 2011 A 2014	215
GRÁFICA 63. MIGRACIÓN EN COLOMBIA.....	234
GRÁFICA 64. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN SISBEN NACIONAL 2009 -2012.....	240
GRÁFICA 65. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADA CON ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO POR DEPARTAMENTO 2009-2014	261
GRÁFICA 66. PROPORCIÓN DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO POR SEXO 2009-2014.....	262
GRÁFICA 67. PREVALENCIAS DE ATENCIÓN RELACIONADAS CON RETRASO MENTAL POR DEPARTAMENTO 2009-2014	265
GRÁFICA 68. NÚMERO DE ATENCIONES CON RETRASO MENTAL POR SEXO 2009-2014	266

Lista de Tablas

TABLA 1. NORMOGRAMA PARA LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA	22
TABLA 2. CATEGORÍAS DEL ENFOQUE CURSO DE VIDA E INCIDENCIA EN EL MIAS.....	32
TABLA 3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA EL ASIS DE SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA	36
TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE TIPOS DE GRUPOS ETÁRIOS SEGÚN SISPRO.	37
TABLA 5. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DEL CIE 10 UTILIZADAS EN EL ASIS	38
TABLA 6. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA EN COLOMBIA, 2014.....	49
TABLA 7. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA POR DEPARTAMENTOS EN COLOMBIA, 2014.....	52
TABLA 8. VOLÚMEN Y PESO RELATIVOS DE LA POBLACIÓN DE COLOMBIA POR GRUPOS DE EDAD, 2005-2013-2020	55
TABLA 9. ÍNDICES DEMOGRÁFICOS. COLOMBIA, 2014.	57
TABLA 10. REPORTE DE RIESGOS LABORALES SEGÚN FASECOLDA PARA COLOMBIA EN 2014.	67
TABLA 12. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LAS ATENCIONES RELACIONADAS CON LAS OTITIS POR DEPARTAMENTO, 2009 A 2014	81
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PERSONAS ATENDIDAS POR OTITIS Y CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	85
TABLA 14. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE OTITIS, POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	86
TABLA 15. NÚMERO DE ATENCIONES DE URGENCIAS POR OTITIS, 2009 A 2014	88
TABLA 16. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE URGENCIAS RELACIONADAS CON OTITIS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	90
TABLA 17. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	93
TABLA 18. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	98
TABLA 19. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	99
TABLA 20. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	101
TABLA 21. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	104
TABLA 22. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	105
TABLA 23. NÚMERO DE ATENCIONES Y PORCENTAJES RELACIONADOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	108
TABLA 24. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	111
TABLA 25. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	113
TABLA 26. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	115
TABLA 27. FRECUENCIA DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	117
TABLA 28. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA MIXTA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	119
TABLA 29. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	121
TABLA 30. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	124
TABLA 31. OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	125

TABLA 32. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	128
TABLA 33. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	131
TABLA 34. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR OTALGIA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	133
TABLA 35. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	136
TABLA 36. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	139
TABLA 37. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON DISFASIA Y AFASIA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	141
TABLA 38. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON DISFASIA Y AFASIA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	144
TABLA 39. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL HABLA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	146
TABLA 40. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL HABLA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	149
TABLA 41. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	151
TABLA 42. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR CURSO DE VIDA, 2009-2014	154
TABLA 43. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	156
TABLA 44. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	158
TABLA 45. NÚMERO DE ATENCIONES DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	161
TABLA 46. PREVALENCIAS DE PROCEDIMIENTOS DE POTENCIALES EVOCADOS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	163
TABLA 47. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON IMPLANTE COCLEAR, 2009 A 2014	166
TABLA 48. PREVALENCIAS DE IMPLANTE COCLEAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	168
TABLA 49. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR HIPOACUSIA OTOTÓXICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	170
TABLA 50. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON HIPOACUSIA OTOTÓXICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	172
TABLA 51. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR HIPOACUSIA SÚBITA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	175
TABLA 52. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON HIPOACUSIA SÚBITA POR DEPARTAMENTO 2009-2014	177
TABLA 53. NÚMERO DE ATENCIONES DE REACTOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	180
TABLA 54. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE REACTOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	182
TABLA 55. NÚMERO DE ATENCIONES DE AUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	185
TABLA 56. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE AUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	187
TABLA 57. NÚMERO DE ATENCIONES DE LOGOAUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	190
TABLA 58. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE LOGOAUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	193
TABLA 59. NÚMERO DE ATENCIONES DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	196
TABLA 60. NÚMERO DE ATENCIONES Y PERSONAS QUE CONSULTARON A FONOAUDIOLÓGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	198
TABLA 61. NÚMERO DE ATENCIONES DE EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLÓGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	201

TABLA 62. NÚMERO DE PERSONAS Y PREVALENCIA DE CONSULTAS DE EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	203
TABLA 63. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LEGUAJE POR DEPARTAMENTO 2009-2014.....	206
TABLA 64. AVAD POR 100 HABITANTES POR EDAD EN COLOMBIA.	210
TABLA 65. NÚMERO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA, 2011 A 2014.....	211
TABLA 66. PORCENTAJE DE FONOAUDIÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.....	216
TABLA 67. PORCENTAJE DE PEDIATRAS POR DEPARTAMENTO, 2014.	217
TABLA 68. PORCENTAJE DE OTORRINOLARINGÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.	219
TABLA 69. PORCENTAJE DE PSICÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.	222
TABLA 70 PORCENTAJE DE ENFERMERAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DEPARTAMENTO, 2014.	223
TABLA 71. PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE REALIZAN IMPLANTE COCLEAR EN COLOMBIA.	225
TABLA 72. PROPORCIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN ACTIVIDADES DE RESOLUCIÓN 4505, 2011 A 2014.....	228
TABLA 73. TECNOLOGÍAS INCLUIDAS POS PARA EVENTOS DE SALUD AUDITIVA.....	230
TABLA 74. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON NBI POR DEPARTAMENTO EN COLOMBIA, 2014	236
TABLA 75. TASA DE ANALFABETISMO EN PERSONAS ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTOS	238
TABLA 76. POBLACIÓN POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN COLOMBIA, 2006-2007.....	239
TABLA 77. PRIORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE SALUD AUDITIVA A INCLUIRSE EL PROGRAMA DE SALUD AUDITIVA.....	242
TABLA 79. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DEL OÍDO INTERNO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014	258
TABLA 80. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	262
TABLA 81. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON RETRASO MENTAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014.....	263
TABLA 82. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON RETRASO MENTAL POR CURSO DE VIDA, 2009-2014.....	266

SIGLAS

ASIS:	Análisis de la Situación de Salud.
ARP:	Administradoras de Riesgos Profesionales
ARS:	Administradoras de Régimen Subsidiado
APS:	Atención Primaria en Salud
CIE10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
CAF:	Corporación Andina de Fomento
CUPS:	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EPS:	Entidades Promotoras de Salud
IGAC:	Instituto Geográfico Agustín Codazzi
INS:	Instituto Nacional de Salud
INCO:	Instituto Nacional de Concesiones
IPS:	Instituciones Prestadoras de Servicios
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
Mnsm:	Metros sobre el nivel del mar
NBI:	Necesidades Básicas Insatisfechas
No:	Número
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
PIC:	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
PIB:	Producto Interno Bruto
POS:	Plan Obligatorio de Salud
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios

REPS:	Registro de Prestadores de Servicios de Salud
SISBEN:	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
UPC:	Unidad de Pago por Capitación

1. Presentación

Los cambios demográficos y de algunas variables relacionadas con la salud auditiva y comunicativa, como lo son las enfermedades del oído, alteraciones de la audición, lenguaje voz, habla y las asociadas a otras comorbilidades ocurridas en la población colombiana, llevan a la necesidad de contar con información válida, confiable y oportuna que permita medir dichos cambios y factores incidentes en la carga de morbilidad y discapacidad, con el objeto de disponer de un análisis prospectivo de la situación y atención en salud. Este escenario plantea uno de los retos más importantes para el sector salud en la presente década.

Para lograr lo anterior y disponer de este insumo, es importante evaluar las diferentes problemáticas con el fin plantear acciones estratégicas puntuales, que den respuesta a las necesidades encontradas en los diferentes grupos poblacionales en el curso de vida y condiciones diferenciales, posiblemente a través de la definición de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias, orientadas a la reducir y mitigar los factores de riesgo, a promover y preservación de la Salud Auditiva-Comunicativa intrincadamente en un modelo de gestión y atención integral e integrada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

En ese sentido, el presente documento presenta “El Análisis de Situación de la Salud Auditiva y Comunicativa en Colombia” en los aspectos socio demográficos, efectos en salud y priorización de eventos de interrelación con la salud, a partir de los diagnósticos, procedimientos e identificación de la oferta de servicios y recurso humano disponible en el país, frente a la demanda en esta temática.

Esta construcción está respaldada bajo la Resolución 1536 de 2015, específicamente por el artículo 8 donde se define el ASIS bajo el modelo de determinantes sociales de la salud como “una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio e identificar sus riesgos y los determinantes de la salud que los generan”.

Con base en la recopilación de datos estadísticos del nivel nacional y de la clasificación de variables utilizadas (por sexo, edad, departamento o distrito, y régimen de afiliación), el documento muestra una realidad actualizada del país, identificando aspectos estructurales e intermedios desde los determinantes sociales de la salud (DSS) estrechamente relacionados con la Salud Auditiva y Comunicativa (SAC).

Además de la información básica y relevante que en su conjunto contribuye al análisis, cabe mencionar su importancia a la hora de formular o hacer seguimiento a las intervenciones desde el nivel nacional y distintas fases metodológicas, con el fin de identificar inequidades en salud y sus determinantes, e insumos para la construcción de intervenciones costo – efectivas más integrales, articuladas a sectores y actores, que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y de vida del individuo, la familia y la comunidad.

2. Introducción

En virtud de lo establecido en la resolución 1536 de 2015 en relación con los procesos de planeación integral y la formulación e implementación de acciones, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de los planes financieros y territoriales de Salud, se determina el Análisis de Situación en Salud (ASIS) como insumo para la definición de prioridades en los planes territoriales de salud (PTS), bajo el modelo de Determinantes Sociales de Salud (DSS).

Con el fin de emprender acciones de promoción de la salud auditiva y comunicativa en el país, y de jerarquizar las acciones de prevención, detección temprana, diagnóstico y rehabilitación, se hace necesario contar con un análisis nacional de las condiciones reales de Salud auditiva y comunicativa de la población colombiana, relacionado con sus condiciones geográficas, sociales, culturales, de acceso a servicios, entre otras variables epidemiológicas y sociales, acordes a los diferentes contextos por regiones y ciudades.

El alcance del presente documento es una aproximación a la situación del estado de 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. Los resultados que se presentan son descriptivos y no pretenden hacer asociaciones de tipo correlacional entre las variables tratadas en las diferentes fuentes de información consultadas. Lo anterior, debido en parte, a que estas deben ser analizadas a la luz del dato obtenido y bajo las condiciones sociodemográficas del país.

En este sentido, el diagnóstico presentado no pretende ser exhaustivo. Además, hace un llamado al mejoramiento de los sistemas de registro de información, la apertura de nuevas formas de comunicación entre los sistemas de información existentes, e invita a los responsables de los registros, a tener en cuenta la importancia de la calidad y oportunidad de los datos, reconociendo que el análisis de información permite la toma de decisiones y la orientación de políticas públicas, planes y programas más acordes a la realidad nacional.

Se espera que la información sirva de base para la generación de nuevos lineamientos desde niveles nacionales, distritales o regionales, y la puesta en marcha de muchas otras estrategias que ya se encuentran incluidas en la norma, orientadas a preservar la Salud Auditiva y Comunicativa de todas las personas residentes en el territorio colombiano.

3. Contextualización desde el Marco Normativo y Conceptual del ASIS

3.1. Marco Normativo

Contextualizada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, se presenta a continuación la normatividad nacional existente relacionada con la salud auditiva y comunicativa, en orden cronológico y destacando aquellos artículos específicos que orientan la identificación de aspectos relevantes relacionados de la situación actual de Salud, y el direccionamiento de líneas de acción acordes con las nuevas disposiciones en materia de Salud:

El análisis de la primera reforma en Salud del SGSSS, establecida en la ley 1122 de 2007, permite identificar ajustes orientados al mejoramiento en la prestación de servicios a los usuarios. En este sentido, la normativa destaca disposiciones en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y fortalecimiento en los programas de Salud pública. Así mismo, establece modificaciones de las funciones de inspección, vigilancia y control, y en la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de servicios en Salud, entre otras disposiciones.

Una reforma posterior en el año 2011 mediante la ley 1438, ratifica el enfoque de acciones en Atención Primaria en Salud (APS) y exalta la importancia del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), estableciendo en su Artículo 2, la orientación del SGSSS a generar condiciones que protejan la Salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Con éste propósito, dictamina la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población, en el marco de una estrategia de APS.

Como parte de las condiciones de protección de la salud de los usuarios, se reconoce la importancia del registro efectivo y la identificación por parte de quienes administran los servicios en salud. Es así, que en diciembre de 2012 se expide la resolución 4505, la cual establece de obligatorio cumplimiento, el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y de aplicación de las guías de atención integral, para las enfermedades de interés en salud pública.

Así mismo, en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) en el año 2013, con la resolución 5521, se establecen las coberturas POS en materia de prevención, promoción y protección específica para la población colombiana, en los Artículos 16, 17, 18 y 19, y aclara en los Artículos 62 y 87, la cobertura de las ayudas técnicas en las que se encuentran cobijadas las atenciones en el ámbito auditivo y comunicativo, específicamente del implante coclear. En este mismo año, mediante la resolución 1841 se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el cual se contempla el capítulo

de enfermedades crónicas no transmisibles, que incluye las auditivas comunicativas y dicta disposiciones relacionadas con su prevención, detección temprana y rehabilitación.

De más reciente expedición, se cuenta con la Resolución 5521 de 2013 del MSPS por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC. Otra norma relacionada es la resolución 5592 de 2015, que actualiza integralmente el plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS y establece nuevos procedimientos, ampliando y sistematizando la atención a la población dentro del sistema de salud.

La normatividad expuesta, se sustenta en el marco de la reciente Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, por la cual se confirma el derecho a la salud y se establece la garantía al acceso a servicios de salud en sus Artículos 1 y 2. Esta ley establece los mecanismos de protección de la salud, en tanto derecho autónomo e irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo. Sus disposiciones comprenden 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. Dictamina que el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades para todas las personas.

La Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) retoma el marco de la ley estatutaria de salud y hace énfasis en el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Esta ley determina que la atención en salud se abordará a partir de los lineamientos descritos en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y de un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con sus respectivas rutas integrales de atención en Salud (RIAS), para lo cual se requiere del fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, y la generación de guías de práctica clínica, entre otras condiciones. La PAIS se convierte en el puente entre la Seguridad Social y el Sistema de Salud.

El marco nacional normativo descrito anteriormente, alude a diferentes ámbitos y componentes del sistema, evidenciando un enfoque de trabajo interdisciplinario, intersectorial y multiprofesional, así como el énfasis en el seguimiento y cobertura universal en salud con los más altos estándares de atención, y privilegiando la estrategia de APS para el abordaje de problemas de salud en niños, gestantes y trabajadores. Es de resaltar que dentro de esta normativa se han generado lineamientos específicos relacionados con la salud auditiva y comunicativa, dentro de los cuales se resaltan:

La Ley 982 de 2005, establece normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y dicta otras disposiciones. En su Artículo 1, resalta el alcance indicado de los siguientes términos: Prevención: Se entiende como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria), o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente, (prevención secundaria). La

prevención puede incluir diferentes tipos de acciones, tales como: atención primaria de la Salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad, prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente, u ocasionada por los conflictos armados. Rehabilitación: Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar.

Igualmente, esta ley resalta en su Artículo 42 la importancia de realizar el tamizaje auditivo del recién nacido, estableciendo 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. Establece en el Artículo 43, la obligatoria realización del tamizaje, aspecto que se considera fundamental para acciones de prevención y promoción de la salud auditiva en edades tempranas.

Desde el ámbito laboral y ambiental, como sectores y escenarios generadores de riesgos para desencadenar alteraciones auditivo comunicativas, en el año de 2006 por medio de la resolución 627, se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental. Las normas o estándares de ruido de las que trata esta resolución, buscan evitar efectos nocivos que alteren la salud de la población, que afecten el equilibrio de ecosistemas, que perturben la paz pública, o que lesionen el derecho de las personas a disfrutar tranquilamente de los bienes de uso público y del medio ambiente. Establece que las regulaciones sobre ruido podrán afectar toda presión sonora, que generada por fuentes móviles o fijas, aún desde zonas o bienes privados, trascienda a zonas públicas o al medio ambiente.

Un resumen del marco normativo se observa en la Tabla 1.

TABLA 1. NORMOGRAMA PARA LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA

Tipo de documento	Descripción	Procesos involucrados
Resolución 5592 24 de diciembre de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se actualiza integralmente el plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS y establece nuevos procedimientos, ampliando y sistematizando la atención a la población dentro del sistema de Salud.	Actualiza la unidad de pago por capitación
Ley Estatutaria 1751 16 de febrero de	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

2015 Corte constitucional		Comprende 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. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.
Resolución 5521 Diciembre 27 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).	Se establecen las coberturas POS en materia de prevención, promoción y protección específica para la población colombiana, en los Artículos 16, 17, 18 y 19, y aclara en los Artículos 62 y 87, la cobertura de las ayudas técnicas en las que se encuentran cobijadas las atenciones en el ámbito auditivo y comunicativo, específicamente del Implante Coclear.
Resolución 1841 28 de mayo de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social	Se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.	En el Plan decenal de salud pública se contempla el capítulo de enfermedades crónicas no transmisibles, que incluye las Auditivas Comunicativas y dicta disposiciones relacionadas con su prevención, detección temprana y rehabilitación.
Ley 1438 Enero 19 de 2011 Ministerio de la Protección Social	Ratifica el enfoque de acciones en Atención Primaria en Salud (APS) y exalta la importancia del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, estableciendo en su Artículo 2, la orientación del SGSSS a generar condiciones que protejan la Salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en Salud.	Dictamina la concurrencia de acciones de Salud pública, promoción de la Salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que sean necesarias para promover de manera constante la Salud de la población, en el marco de una estrategia de APS.
Ley 1122 Enero 9 de 2007 Ministerio de la Protección Social	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.	Permite identificar ajustes orientados al mejoramiento en la prestación de servicios a los usuarios.

Resolución 627 7 de abril de 2006 Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial	Por la cual se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental.	Se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental. Las normas o estándares de ruido de las que trata esta resolución, buscan evitar efectos nocivos que alteren la Salud de la población, que afecten el equilibrio de ecosistemas, que perturben la paz pública, o que lesionen el derecho de las personas a disfrutar tranquilamente de los bienes de uso público y del Medio Ambiente. Establece que las regulaciones sobre ruido podrán afectar toda presión sonora, que generada por fuentes móviles o fijas, aún desde zonas o bienes privados, trascienda a zonas públicas o al Medio Ambiente.
Ley 982 2 de agosto de 2005 Congreso de Colombia	Por la cual se establece normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y dicta otras disposiciones.	En su Artículo 1, resalta el alcance indicado de los siguientes términos: Prevención: Se entiende como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria), o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente, (prevención secundaria). La prevención puede incluir diferentes tipos de acciones, tales como: atención primaria de la Salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad, prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente, u ocasionada por los conflictos armados. Rehabilitación: Es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o

		para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Igualmente, esta ley resalta en su Artículo 42 la importancia de realizar el Tamizaje Auditivo del recién nacido, estableciendo 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. Establece en el Artículo 43, la obligatoria realización del tamizaje, aspecto que se considera fundamental para acciones de prevención y promoción de la Salud Auditiva en edades tempranas.
Resolución 412 Febrero 25 de 2000 Ministerio de la Protección Social	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública	Para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el numeral 5.4.2.2 establece la toma de la agudeza auditiva a través del tamizaje auditivo de acuerdo con las normas vigentes
Ley 324 11 de octubre de 1996 Congreso de Colombia	Por el cual se crean algunas normas a favor de la población sorda.	El Estado garantizará que por lo menos en uno de los programas informativos diarios de audiencia nacional se incluya traducción a la Lengua Manual Colombiana. De igual forma el Estado garantizará traducción a la Lengua Manual Colombiana de Programas de Interés General, Cultural, Recreativo, Político, Educativo y Social.

3.2. Marco conceptual

Al realizar el abordaje del ser humano, se hace necesario el reconocimiento de la salud y del bienestar auditivo-comunicativo, como un componente imprescindible del derecho a la salud, reafirmando que la salud forma parte de los derechos sociales y culturales, y más importante aún, de los derechos humanos fundamentales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cualquier alteración ocurrida en etapas tempranas del desarrollo, trastorna el despliegue de potencialidades a nivel comunicativo, lo que incide e impacta en la salud, el bienestar y la calidad de Vida.

Para abordar la salud auditiva y comunicativa, se hace necesario partir del concepto de salud orientado desde la OMS en la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York en 1946 por los representantes de 61 estados, y adoptado en abril de 1948: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Este concepto ha sido transformado hacia las necesidades y

la aplicabilidad de acciones en la población, por lo que se afirma que es dinámico, complejo y orientador de debates, de formulación de políticas públicas, de toma de decisiones, y del establecimiento de acciones orientadas a prevalecer y proteger la Salud del individuo y de los individuos, en sus diferentes contextos y entornos. (World Health Organization, 2010. N° 2, p. 100).

Así mismo el abordaje al ser humano, se realiza desde el modelo biopsicosocial, que es un modelo holístico o modelo de salud integral utilizado en medicina de familia, formulado por primera vez en 1977. Plantea que los factores biológicos, psicológicos (lo que implica pensamientos, emociones y conductas), y factores sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano en el contexto de la enfermedad o la percepción de la misma. El componente biológico del modelo biopsicosocial busca entender el funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas psicológicas, como la falta de auto-control, confusión emocional, y los pensamientos negativos, entre otras. El aspecto social investiga cómo los diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden influir en las conductas adictivas. Implica, pues, que hay determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano incluidos sus determinantes sociales y, por tanto, los económicos. Los elementos de la red de relaciones entre los determinantes de la salud están interactuando de forma continua y simultánea. Cualquier factor relativo a la salud se transmite por la red compleja de elementos interconectados. Este enfoque, evoluciona desde la teoría general de sistemas, quien aplica mecanismos interdisciplinarios, que permiten estudiar a los sistemas, no sólo desde el punto de vista analítico o reduccionista (estudiando un fenómeno complejo a través del análisis de sus partes), sino también con un enfoque sintético e integral, que ilustre las interacciones entre las partes.

De igual forma, la salud auditiva y comunicativa se define como: “La capacidad efectiva sana del ser humano para oír, ligada a la función de comunicar a través del Lenguaje; dicha capacidad depende de las estructuras y fisiología del órgano de la audición, del grado de maduración del individuo y del ambiente sociocultural en el que se desenvuelve” (MSPS, 2013)

Para que la salud auditiva y comunicativa sea posible, se planean y ejecutan acciones de prevención de factores de riesgo que atentan contra el óptimo funcionamiento del oído, y por ende de la audición y la comunicación. Gozar de una salud auditiva óptima, contribuye no sólo al bienestar comunicativo de las personas, sino también al desempeño escolar y social de la población. Una pérdida auditiva es una alteración irreversible que puede generar a largo plazo, una discapacidad Comunicativa, incidiendo notablemente en todos los roles que desempeña, y en los contextos e que interactúa una persona en la sociedad.

El ser humano posee un sistema comunicativo complejo y eficaz, constituido por aspectos individuales, interpersonales y sociales. Dentro de los aspectos individuales, se identifican tres procesos interrelacionados: la audición, el lenguaje y el habla, que se ponen en juego durante la interacción con otros, y que se ven influidos por factores externos como el contexto, e internos al individuo como su desarrollo, sus habilidades, y actitudes, entre otros.

Desde esta perspectiva, el proceso auditivo es uno de los elementos de mayor relevancia para lograr el desarrollo comunicativo completo en la percepción adecuada de los

sonidos, de los fonemas y la capacidad de identificar, analizar y sustraer las claves ocultas en la cadena de sonidos que ingresan a la vía auditiva, para ser percibidos y luego abstraídos por la mente y configurados en señales con significado. Se convierten en esenciales, las sensaciones acústicas y la posibilidad de percibir finamente, transmitir y transformar para lograr un desarrollo comunicativo eficaz. (Belinchón, Riviére, e Igoa, 2000).

El desarrollo auditivo es una de las bases para el logro efectivo del desarrollo del Lenguaje, el Habla, la cognición y la comunicación. Se entiende por desarrollo auditivo, el alcance de forma articulada de todas aquellas habilidades para el análisis, la síntesis, la identificación, discriminación, reconocimiento y comprensión de los estímulos sonoros lingüísticos y no lingüísticos que rodean a un ser humano. Este desarrollo se va organizando y ligando a otros ámbitos de desarrollo como el motor, el cognitivo, el neuronal, el estructural y funcional, y el social (Gómez, 2006).

El concepto de lenguaje alude a la capacidad de representación de la realidad, al recurso que hace posible la comunicación. El lenguaje es considerado como una forma de conocimiento, una capacidad específica de la mente humana para cuyo desarrollo se postulan procesos independientes de otros dominios cognitivos, es una integración de componentes ya que expresa simultáneamente, función, contenido y forma. El lenguaje es funcional, en el sentido que sirve a las necesidades Comunicativas y a los contextos del entorno comunicativo (Chomsky, 1991).

Montecinos (2000), plantea que se usa el lenguaje para hacer, para significar y para decir, partiendo de intenciones Comunicativas y logrando un efecto en el otro. Por su parte, Berlo (1960), plantea que el lenguaje incluye un sinnúmero de símbolos significantes, y es un sistema que implica tanto los elementos como las estructuras, y como todo sistema, el lenguaje comprende un conjunto de símbolos (vocabulario) y los métodos significativos para combinar esas unidades (sintaxis).

Karmiloff-Smith (1994), expone que la adquisición del lenguaje se deriva de tres áreas: La percepción del Habla, que se refiere a como procesan los individuos los sonidos de la lengua; la producción del Lenguaje, que se centra básicamente en lo que los niños y niñas dicen, y por último, la comprensión del Lenguaje, que se ocupa de lo que los individuos comprenden. Añade, más recientemente, una visión del lenguaje como el producto complejo de la interacción entre unas predisposiciones iniciales, y la rica estructura de las entradas lingüísticas. De éste modo, afirma que el desarrollo del lenguaje no es una cuestión de naturaleza o educación, sino más bien, de la intrincada interacción entre las dos (Karmiloff & Karmiloff-Smith, 2005).

El proceso de habla es una actividad neuromotora única, compleja y dinámica a través de la cual los individuos expresan pensamientos y emociones, con lo que responden y controlan su ambiente. (Duffy, 1995). Hablar involucra la interacción entre la respiración, las estructuras laríngeas y de articulación, todo gobernado por el sistema nervioso central (Guillam, Marquardt & Martin, 2011) y ponen en juego aspectos prosódicos, de fluidez y coordinación fono respiratoria.

Finalmente, comunicar se refiere a cualquier acto verbal, como el uso de sistemas de simbolización del mundo creados por el hombre conocidos como lenguas; o no verbal, como gestos, movimientos, miradas, silencios y actividades aprendidas, que permiten a un individuo transmitir información, emociones, sentimientos, pensamientos y recibir respuesta del otro, y debe estar mediado por una interacción. (Watzlawick, Helmick & Jackson, 1985)

Todos estos conceptos muestran la complejidad y múltiples variables cuando se aborda la salud auditivo-comunicativa, siendo elementos a tener en cuenta para orientar acciones dirigidas al fomento, a la prevención, a la detección temprana, a la protección específica, al diagnóstico, tratamiento, habilitación y rehabilitación, implícitas en la normativa descrita anteriormente.

La OMS reporta que en el mundo 360 millones de personas que presentan problemas de audición, lo que representa un 5,3% de la población mundial, de éstas, cerca de 250 millones presentan pérdida auditiva de moderada a profunda en ambos oídos, un 80% vive en países con bajos y medianos ingresos, un cuarto de las pérdidas auditivas comienzan durante la infancia, y de 40 personas que necesitan ayuda técnica auditiva, menos de una la tiene (OMS, 2015)¹.

Estadísticas publicadas por la ASHA (2012), estiman que de 1 a 6 bebés de cada 1,000 recién nacidos, presentan hipoacusia que es detectada en el tamizaje del recién nacido; sin embargo las hipoacusias congénitas tienden a manifestarse en la niñez. Cerca de 391 mil niños latinos en edad escolar que viven en los Estados Unidos, presentan hipoacusia unilateral. Diecisiete de cada 1,000 niños menores de 18 años de edad, tienen algún grado de pérdida auditiva (CDC, 2015)².

La prevalencia de hipoacusia de niños en edad escolar, es el doble a la hallada en los recién nacidos (Fortnum et. al, 2001). Entre 50% a 90% más niños son diagnosticados con pérdida auditiva antes de los 9 años. De acuerdo a esta misma fuente, 1.5 niños de cada 1000, presenta hipoacusia moderada a severa; sin embargo solo el 0,9 de cada 1000, ha sido identificado con el tamizaje del recién nacido, es decir, menos del 60% de los niños escolares con hipoacusia severa, ha sido identificado en el tamizaje neonatal.

A nivel internacional, según reporte de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, estudios realizados en población de Europa y Norteamérica han identificado una prevalencia uniforme aproximada, de 0.1 niños con pérdida auditiva de más de 40 decibeles, según análisis de los expedientes de Salud, de expedientes educativos, o de ambos. Otros estudios internacionales que han utilizado

¹Sordera y pérdida de Audición. Organización Mundial de la Salud disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

²Centro Control de Enfermedades Atlanta – Salud Auditiva
<http://www.cdc.gov/NCBDDD/spanish/hearingloss/types.html>

métodos o criterios distintos (como pruebas de detección auditiva, cuestionarios o umbrales de decibeles menos altos) han reportado estimaciones más altas. Así, se encuentra en pérdidas detectadas por tamizaje auditivo en Australia 2007, una prevalencia de 2.2 en niños de seis años para el año 1993, Israel 1.1 para el periodo 1978 a 1991, Costa Rica 1.5 para el año 1988 en niños de 8 años, Finlandia 2.1 para el periodo 1972 a 1986 para niños menores de 10 años, Gambia el 3.3 para niños entre 2 a 10 años, Reino Unido 0.8 para el periodo 1977-1980 en niños menores de 6 años (CDC, 2015)

Datos emitidos desde el Programa de Vigilancia Metropolitana de Discapacidades en Atlanta, muestran para el período de 1988–1994 un 14.9% de los niños y jóvenes de 6 a 19 años de edad de los Estados Unidos presentaban pérdida auditiva, de alta o baja frecuencia, de al menos 16 dB en uno o ambos Oídos. En niños de 3 a 10 años para el período 1991–1993 resultaron 1,3 por cada 1,000 niños con Pérdida Auditiva Bilateral de 40 decibeles o más. Para el año 2006, se estimó la prevalencia de 1.3 por cada 1,000 niños de 8 años de edad con pérdida auditiva de 40 decibeles o más donde aproximadamente el 60% de ellos tenían pérdida auditiva neurosensorial. (CDC, 2015)

En relación con recién nacidos, para el año 2007, se encontró una prevalencia de 1.6 por cada mil, que no pasó la prueba final o más reciente. Para el grupo de niños en este mismo año, aproximadamente 1 a 3 de cada 1,000 presentaron pérdida auditiva. Otros estudios muestran tasas de 2 a 5 de cada 1,000 niños, variando los grupos de edad y los procedimientos de detección. Más recientemente, en el 2009, de los recién nacidos a quienes se les aplicó la prueba inicial de la audición, 1.4 de cada 1,000 bebés recibieron un diagnóstico de pérdida auditiva (MADDSP, 2013).

En Chile, Schonhaut, Farfán, Neuvonen, y Vacarisas (2006,) estudiaron la prevalencia de problemas auditivos en la región metropolitana de Santiago de Chile en 100 preescolares con un promedio de 4.4 años de edad, y lo correlacionaron con la percepción de los educadores sobre la audición y el lenguaje de los niños. El 15% presentó problemas audiológicos, lo que corresponde a una tasa de hipoacusia de 11,6%. Se destaca la alta frecuencia de problemas audiológicos encontrados y se concluye que la sola sospecha de hipoacusia por parte de los educadores no es insuficiente como método de preselección, ya que identifica sólo al 50% de los afectados. Estos hallazgos plantean la necesidad de implementar tamizajes auditivos objetivos a todos los niños al comenzar su educación formal.

En Uruguay, Ferreira, Basile y Munyo (2003), identificaron la prevalencia de hipoacusia y factores de riesgo en 3741 neonatos nacidos entre mayo y octubre de 2001, encontrando que el 8% de la población estudiada presentó factores de riesgo para hipoacusia, varios de ellos en coexistencia, siendo los más frecuentes prematuridad, bajo peso al nacer, hipoxia neonatal, y sospecha de infección con uso de drogas ototóxicas. En el primer tamizaje se halló un 24% de candidatos para ser reevaluados según protocolo propuesto en este trabajo.

Las diferencias de género, el nivel de severidad y la prevalencia de pérdida auditiva se han identificado en investigaciones previas (Borchgrevink, Tambs & Hoffman 2005; Jerger, Chmiel, Stach & Spretnjak, 1993).

Según Palma, Rosafio y Cols (2015) el 90% de los niños entre los 3 meses y los dos años han sufrido por lo menos un episodio de otitis media siendo entre los 6 y 12 meses el momento de mayor incidencia. Le escolarización precoz se establece como el mayor riesgo relativo para presentar otitis media aguda, con relación a los niños cuidados en casa (García, 2013). Las condiciones de pobreza, la malnutrición, componentes genéticos, las malas posturas en la alimentación materna y la ausencia de lactancia materna son factores predisponentes para desarrollar otitis media (Zimmerman, 1996).

En Colombia cinco millones de personas o cerca del 11% de la población total, padecen problemas de audición. Se estima que entre la población activa de 25 a 50 años la prevalencia de la pérdida de audición es de un 14%. Aun así, solo tres de cada diez personas buscan ayuda y acuden al especialista. Cabe señalar que las condiciones, modos y estilos de Vida (consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas), el envejecimiento y otros riesgos asociados a la interacción del hombre con el ambiente (la contaminación ambiental por emisiones aéreas y el ruido en áreas urbanas de alta concentración poblacional), así como la contaminación e intoxicación producida por exposiciones ambientales y ocupacionales, se constituyen en problemas de salud auditiva de alto impacto (MSPS, s.f; García, Torres, Torres, Alfonso, y Cruz, 2016)³. El futuro es desalentador, porque se estima que en países como Colombia, la prevalencia será dos veces mayor que en los países desarrollados debido a las numerosas alteraciones del oído y de la audición sin tratar.

A partir de este panorama internacional y nacional, también se ha identificado la implementación de programas de evaluación para la detección temprana de las pérdidas auditivas. En Estados Unidos se cuenta con un programa de detección temprana, que ha identificado una población entre 2,5% y 10% de niños con factores de riesgo de pérdida auditiva. En el año 2002 el congreso de los EEUU autorizó la realización del tamizaje auditivo en los programas de detección auditiva e intervención temprana EHDI. La identificación temprana de la pérdida auditiva ha sido posible gracias a la implementación del tamizaje en el recién nacido, así como la continuación del tamizaje en niños en edades preescolares y escolares, lo que permite identificar hipoacusias progresivas o de aparición tardía. La Academia Americana de Pediatría, recomienda la realización de tamizajes desde el nacimiento hasta la adolescencia (Schan et. al 2014). En este mismo sentido, en Argentina y Guatemala han reglamentado programas de tamización auditiva en neonatos, escolares y escolares.

En Colombia, las prácticas de detección temprana comenzaron hace aproximadamente 15 años, y en la actualidad se realizan evaluaciones pero aún no están apoyadas por una ley que reglamente su realización dentro del plan obligatorio de Salud. A menudo, los problemas auditivos pueden ser tratados con medicamentos, cirugías, implantes cocleares y/o a través de intervenciones terapéuticas con la adaptación de dispositivos de ayuda auditiva en los servicios de Salud (audífonos de vía aérea o vía ósea), pero en muchos casos, estos resultan ser insuficientes, inadecuados y de alto costo.

³ Documento Guía de Salud Auditiva y Comunicativa. Somos todo Oídos.(s.f.) Ministerio de Salud y Protección Social. <http://www.minsalud.gov.co>

De acuerdo con la OMS (2015), la mitad de todos los daños en el Oído y en la audición, son evitables mediante acciones de promoción de la salud, de Prevención Primaria: Vacunación, eliminación y control de los riesgos ambientales en los diferentes entornos, servicios y ámbito comunitario, y educación sanitaria; de Prevención Secundaria: Encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces para el diagnóstico e intervenciones adecuadas, que permitan impedir su progreso; y de Prevención Terciaria: Medidas dirigidas al tratamiento e intervenciones terapéuticas y de rehabilitación, para paliar o detener el progreso de la enfermedad y las complicaciones invalidantes y/o discapacitantes que deterioran la calidad de vida de la población. De igual forma crear estrategias de inclusión y participación.

En este sentido, esta organización ha reconocido las alteraciones del oído, la audición y comunicación como comorbilidades intermedias dentro del grupo de las enfermedades crónicas, por su larga duración y lenta evolución; y sus prevalencias han sido consideradas como un problema de salud pública, debido a que cada día van en aumento y llevan a una discapacidad. Si bien, en los últimos años las amenazas a la salud pública han sido detectadas oportunamente, solamente un tercio de los países evalúa la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia, comunica sus resultados y supervisa la implementación de medidas correctivas⁴

Por lo anterior, el reto del sistema de salud de Colombia, es disminuir las prevalencias de las alteraciones del oído, de la audición, del lenguaje y comunicación y ejercer control sobre las mismas, a través de planes, programas, proyectos y estrategias, tendientes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el control y comunicación de los riesgos, su seguimiento y evaluación, tal como se ha establecido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, ya que la mayoría de dichas alteraciones son prevenibles en la medida en que se identifiquen y traten oportuna y adecuadamente.

3.3. Enfoques

El Análisis Situacional en Salud ASIS, específico en salud auditiva y comunicativa se plantea un análisis a profundidad de la Salud auditiva y comunicativa de forma analítico sintética, que comprende diversos tipos de análisis descriptivos y analíticos, orientados a caracterizar, medir e interpretar el perfil socio epidemiológico de la población colombiana, con relación a las alteraciones de la audición y la comunicación.

El ASIS estudia la interacción entre las condiciones de vida, las causas, el nivel de los procesos de salud en los diferentes entes territoriales, y tiene en cuenta las diferentes políticas y dinámicas sociales, en el marco de los DSS. Por tanto, la elaboración del análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, tuvo en cuenta los enfoques descritos en el PDSP 2012-2021, el enfoque de derecho a la salud, enfoque diferencial, enfoque de curso de vida, enfoque poblacional, enfoque de inclusión, enfoque

⁴Filosofía para aumentar la conciencia pública de la pérdida auditiva. (1999).Sitio web no-comercial <http://www.hear-it.org/>

de desarrollo humano y social, enfoque de atención primaria en salud, enfoque de atención integral integrada, y enfoque de determinantes sociales de la salud; los cuales están articulados a la recientemente promulgada Política de Atención Integral en Salud PAIS, y al Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. Se espera que estos resultados orienten las intervenciones de Salud Auditiva y Comunicativa (SAC).

De acuerdo con la OPS/OMS (1996), el curso de vida es considerado un enfoque consistente en una aproximación a la realidad, que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configurando un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacionado, donde una etapa se vincula con la otra y donde se definen factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los DSS. Este enfoque enfatiza sobre los efectos acumulativos a lo largo de la vida, para comprender los problemas de salud-enfermedad.

Así mismo, se considera una estrategia que permitirá jerarquizar procesos y definir modelos de intervención sobre la evidencia, permitiendo reordenar las acciones y los recursos articulados, todos desde la perspectiva del desarrollo humano. El curso de vida es un enfoque que surgió en los años 70, derivado de las discusiones entre varias disciplinas y profesiones como la psicología, la sociología, historia y demografía (Elder, 2002; Elder, et al., 2003)

Este enfoque se centra en la búsqueda y comprensión de la manera como los efectos de los cambios sociales inciden en el desarrollo de las personas, tanto en forma individual como colectiva, es decir, en el curso y los cursos de vida. igualmente, el enfoque de curso de vida se sustenta en los principios de: *Desarrollo a lo largo del tiempo*, el desarrollo de las personas con perspectiva de largo plazo desde que nace hasta que muere; *tiempo y lugar*, las personas en su contexto; *Timing*, momento en la Vida de una persona en la cual sucede un evento; *Linked Lives*, o de Vidas interconectadas, relaciones compartidas, el transcurrir en la Vida de las personas en redes, y las influencias histórico sociales en las transiciones de estas Vidas; y el principio de *Agency*, libre albedrío, la libertad de acción y elección para actuar dentro de un contexto bajo ciertos límites sociales (Elder, 2002; Elder, et al., 2003).

Estos principios permiten operacionalizar el estudio del curso de vida con relación a la salud auditiva y comunicativa de las y los colombianos, desde el nacimiento hasta la muerte. Según Elder (2001), el curso de vida hace referencia a la secuencia de eventos y roles sociales graduados por edad, que están incrustados en la estructura social y en el cambio histórico. El autor enfatiza sobre los efectos acumulativos a lo largo de la vida.

Por tanto, este enfoque se constituye en un escenario útil, desde el cual es posible abordar el estudio de la salud auditiva y comunicativa de la población colombiana en forma individual y poblacional, teniendo en cuenta los determinantes sociales y su dinámica, y partiendo del reconocimiento de que el curso de vida, va más allá del ciclo de vida de la y de las personas, por cuanto trasciende las etapas propias del desarrollo biológico y psicológico de éstas. **El Curso de Vida** es un proceso vital que se construye paulatinamente a lo largo de la vida de cada persona, y en el que influyen múltiples determinantes de orden político, social, cultural, ambiental y económico. (MSPS, 2015).

En detalle, al aplicar el enfoque de curso de vida, las acciones concretas deben orientarse sobre las personas, sus familias y comunidades, centrándose en los 5 principios analíticos que se presentan categorizados en la Tabla 2: 1) Desarrollo a lo largo del tiempo; 2) Tiempo y el lugar; 3) Ocurrencia vital inesperada; 4) Vidas interconectadas; 5) Libre albedrío o agencia (Elder, 1985)(Marshall, 2003)

TABLA 2. CATEGORÍAS DEL ENFOQUE CURSO DE VIDA E INCIDENCIA EN EL MIAS

CATEGORÍA DE ANÁLISIS Y COMPRENSIÓN	INCIDENCIA DEL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA EN EL MODELO DE SALUD
Desarrollo a lo largo del tiempo	Esta categoría es uno de los ordenadores de la ruta de atención integral y considera todos los momentos del curso de vida, los cuales deben expresarse en momentos concretos, interdependientes, donde lo que vaya aconteciendo puede convertirse en una ventaja o desventaja acumulativa que afectará los resultados futuros de la persona. Los momentos del curso de vida propuestos para la operación de la ruta integral de atención y el seguimiento de los resultados en salud y del desarrollo con una mirada longitudinal son: Primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez. En estos momentos del continuo, las personas, familias y comunidades son destinatarios de atenciones agrupadas en las siguientes categorías de intervención: • Valoración integral de la salud • Detección temprana de alteraciones de la salud • Protección específica • Educación/agencia para la salud • Diagnóstico • Tratamiento • Cuidados paliativos
Tiempo y lugar	Ordena la gestión de la salud pública y la entrega de las atenciones. Esta categoría se expresa en tres elementos fundamentales: 1. Territorialización: las intervenciones o atenciones en salud, individuales y colectivas, deben adaptarse a las condiciones diferenciales de los territorios. Esto incluye las características geográficas, ambientales, sociales, culturales y poblacionales. El nuevo modelo de atención reconoce tres tipos de territorios: i) urbanos, ii) de alta ruralidad y iii) dispersos. 2. Entornos: son espacios físicos, sociales y culturales donde transcurre la vida cotidiana de los seres humanos y se constituyen en escenarios sociales de interacción que favorecen el desarrollo humano sostenible y sustentable; promueven el desarrollo de capacidades y contribuyen al bienestar individual y colectivo. los entornos priorizados por la ruta de atención integral en salud son: i) hogar, ii) educativo iii) laboral, iv) comunitario e v) instituciones de Salud. 3. Organizar el Contexto histórico de las trayectorias: cobran relevancia las características históricas que moldean la trayectoria, emergiendo la necesidad de plantear atenciones diferenciales y específicas pertinentes para las condiciones, o situaciones particulares de los individuos y de su interacción con el contexto. Ejemplo de ello, son las atenciones para la población víctima del conflicto armado, o las víctimas de violencias de

	género.
Timing – Ocurrencia vital inesperada	Según este principio, la ocurrencia de un evento tiene repercusiones diferenciales de acuerdo al momento del curso de vida en que acaece y a las otras circunstancias de vida con que interactúa. Es decir, no es sólo el evento vital, sino también la interacción que acontece con otras circunstancias de la vida
Vidas interconectadas	Implica el análisis de las trayectorias vitales en su contexto social, promoviendo transformaciones y cambios individuales, familiares y comunitarios que posibiliten el cuidado para la Salud, los cuales se generan a través del tiempo y a partir de la capacidad para construir sus experiencias.
Agencia o libre albedrío	El MIAS acoge como línea de intervención la educación/agencia para la salud, que desarrolla capacidades en las personas, familias y comunidades, para el cuidado intencionado y consciente de su salud, a través de: i) adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente, ii) alimentación saludable, iii) ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, iii) desarrollo de habilidades sociales y emocionales, iv) construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales, v) sana convivencia y vi) ejercicio del derecho a la salud.

Ministerio de Salud. (Documento interno de trabajo, sin publicar). 2016

El enfoque de ciclo de vida se constituye en un enfoque ordenador de todas las acciones del Plan de Salud Auditiva y comunicativa.

El tema de entornos saludables involucra grupos poblacionales en espacios específicos para lograr equidad en Salud. El concepto de estos espacios específicos son retomados de la OPS/OMS (1996), donde se definen como escenarios locales donde las condiciones de vida y el estado de salud son comparativamente más favorables, en términos de oportunidades para el desarrollo humano individual y colectivo, de los diversos grupos que integran la sociedad. Restrepo y Málaga (2008), añaden al respecto, que en ellos se fortalecen las capacidades de las personas para afrontar adecuadamente los problemas. Estos entornos pueden ser físicos, sociales, culturales, ambientales, institucionales y virtuales con características definidas y reconocidos por las personas que los constituyen, los comparten y los dinamizan.

En la Tercera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Sundsvall en 1992, se enfatizó en el desarrollo de entornos saludables, para permitir al individuo y a los individuos, la satisfacción de necesidades a través del curso de vida de la y de las personas, durante la infancia, la edad escolar, la adolescencia, la adultez y la vejez, tanto en el hogar, como en la escuela, los espacios recreativos y en el lugar de trabajo. Lalonde (1974), afirma que si el entorno no es adecuado, tampoco lo será la biología humana, ni el estilo de Vida, ni la organización de la atención de los servicios de salud. similar planteamiento expone Buck (1996), quien afirma que dentro del concepto de salud, el entorno saludable es el más importante.

Si bien el tema de los entornos saludables ha tomado fuerza en los últimos años y ha sido de interés en diferentes sectores y para varios actores, es un tema no acabado, al que se le plantean múltiples retos en el campo de la salud, en general y de la salud auditiva y

comunicativa, en particular. Algunos de estos retos se relacionan con la inseguridad, la contaminación ambiental, los inadecuados ambientes y condiciones laborales, la exclusión social, y las desigualdades sociales en salud. Lograr mejores entornos saludables para el individuo, la familia y la comunidad, exige voluntad política para el establecimiento de prioridades en salud, a partir del diagnóstico y análisis de situación de salud, del fomento de estilos de vida saludables, la educación en salud, de la participación social y comunitaria, así como de la participación intersectorial. Requiere además, el desarrollo de la investigación en el área, el fortalecimiento de redes de apoyo, y el empoderamiento para un desarrollo humano sostenible. Según Restrepo (1999), el desarrollo de entornos saludables en países en vía de desarrollo, se ubica en el mejoramiento de las condiciones del saneamiento básico, es decir, agua potable, manejo adecuado de basuras, residuos, desechos, y el control de contaminantes ambientales.

4. Metodología

4.1. Orientación

Se realizó el análisis de la situación de la salud auditiva y comunicativa en Colombia, correspondiente a los últimos 5 años, en el período comprendido entre los años 2009 a 2014, mediante el análisis descriptivo de información reportada en bases de datos y registros nacionales.

4.2. Fuentes de Información

Las siguientes fuentes de información fueron consultadas a través del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO del MSPS:

1. Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS
2. Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS
3. Base de Datos Única de Afiliados – BDU
4. Fasecolda
5. Población proyecciones, poblaciones por etnia, DANE
6. Determinantes (servicios, NBI etc), Documento ASIS Nacional 2014, Ministerio de Salud y Protección Social

Se analizaron las variables disponibles en el sistema de información SISPRO, de acuerdo a los respectivos códigos CIE-10 de interés, y a los códigos CUPS, incluyendo variables sociodemográficas de la población y de los prestadores de servicios.

Los códigos CIE-10 seleccionados y consultados fueron aquellos relacionados con el capítulo VIII Enfermedades del oído y la apófisis mastoides, incluyendo dentro del componente comunicativo, lo referente a los procesos de lenguaje y habla. Los códigos seleccionados fueron objeto de decisión por consenso de expertos, en correspondencia con los diagnósticos o causas directamente relacionados con patologías del oído y la audición y los relacionados con habla y lenguaje.

4.3. Método de Análisis

El proceso de análisis se constituye en un importante insumo para la planeación nacional de estrategias e intervenciones en salud, y la evaluación y monitorización de las mismas a través del tiempo, con el fin último de mejorar la salud auditiva y comunicativa de la población.

El presente análisis de salud auditiva y comunicativa de Colombia, revisa y analiza descriptivamente la información obtenida mediante la consulta a diferentes bases de datos del país, para el período 2009-2014, con el objetivo de identificar la situación actual del proceso salud enfermedad en relación al contexto histórico, social, educativo, político y económico, y así permitir el planteamiento de acciones e intervenciones en concordancia con los planes de desarrollo del país.

Este análisis de la situación en salud auditiva y comunicativa se realiza en el contexto del territorio nacional, reportando la información por departamentos, mediante la relación de las categorías de población y prestadores de servicios de Salud.

Se analiza la morbilidad atendida específica por subgrupo etario y los determinantes de salud intermedios y estructurales. En el análisis se incorporan variables que causen gradientes como el sexo, departamento de residencia, Afiliación, etnia y condición de discapacidad.

Se realizó un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria. Las fuentes de información corresponden al Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, y Códigos Únicos de Procedimientos en Salud CUPS. Los resultados se presentan a través de medidas de frecuencia prevalencia entre afiliados y entre atendidos.

El diagnóstico de la situación de salud en Colombia de la salud auditiva y comunicativa, en particular, envuelve un conjunto de métodos analíticos y sistemáticos basados en diferentes fuentes de información según variables sociales, culturales, biológicas, ambientales, comportamentales, políticas, económicas y epidemiológicas determinadas. Su abordaje incluye la identificación de prioridades de salud en lo individual y en lo colectivo, así como en los diferentes grupos poblacionales o grupos más vulnerables, y permite la medición de las necesidades insatisfechas y de las desigualdades de la Salud en diferentes grupos sociales.

El análisis de la situación de salud auditiva y comunicativa, de un lado, facilitan el estudio de sus tendencias al identificar los cambios en el proceso salud- enfermedad de la población a mediano y largo plazo, así como las condiciones y determinantes que implican y explican dichos cambios. De otro lado, a corto plazo el diagnóstico epidemiológico y el ASIS, facilitan el conocimiento de los cambios alcanzados y derivados de la negociación, concertación y participación activa entre los diferentes actores y sectores involucrados en la afectación y resolución de la situación.

Epidemiológicamente, las variables de persona, tiempo y lugar aportan información útil y válida con respecto a los hechos inusitados relacionados con la salud o con la enfermedad, analizando o enunciando situaciones de salud (problemas), o proponiendo hipótesis explicativas, intentando establecer relaciones, diferencias y similitudes de orden cuantitativo o cualitativo, independientes o dependientes entre estas variables y sus características o atributos. (Almeida, Barreto, & Lima 2012). En general se adoptó la metodología de la Guía Conceptual y metodológica para la construcción de los ASIS en las Entidades Territoriales (MSPS, 2014).

Teniendo en cuenta la información del MSPS, con relación a la estructura para el reporte de los RIPS, y las políticas, planes y programas del MSPS, se identifican en la Tabla 3, variables Sociodemográficas para el análisis del ASIS de salud auditiva y comunicativa.

TABLA 3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA EL ASIS DE SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA

TIEMPO	Tiempo de exposición a ruido por ocupación y recreación. Medicamentos ototóxicos: Frecuencia o tiempo de consumo de medicamentos con efectos ototóxicos
PERSONA	Edad Sexo Estrato socioeconómico Etnia Ocupación Escolaridad Régimen de vinculación a EPS(Contributivo – Subsidiado) Ayudas técnicas
LUGAR	Ciudad Región Zona urbana o rural
ENTORNO SALUDABLE	Hogar Escuela Espacios recreativos Espacios laborales u ocupacionales

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social.2016

De todas las posibles variables a estudiar se seleccionaron y cruzaron aquellas que permitieron los sistemas de información, según las salidas que ofrece la plataforma de información del SISPRO. Se realizó un análisis descriptivo de la información mediante análisis de frecuencias absolutas y relativas y la información se presenta en gráficas y tablas.

La edad de la población fue categorizada de acuerdo a tipos de grupos etarios definidos por la Dirección de promoción y prevención del MSPS y establecidos en el SISPRO. Se presentan en la Tabla 4.

TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE TIPOS DE GRUPOS ETÁRIOS SEGÚN SISPRO.

Tipo de grupo etario	Descripción
NO DEFINIDO	Igual o mayor a 130 años
SALUD	De 0 a antes de 1 año
	De 1 a 4 años
	De 5 a 14 años
	De 15 a 44 años
	De 45 a 60 años
	De 61 años o más
ETAPAS CICLO VITAL	Menor de 1 año
	De 1 a 5 años
	De 6 a 9 años
	De 10 a 14 años
	De 15 a 18 años
	De 19 a 26 años
	De 27 a 44 años
	De 45 a 59 años
	De 60 y más
UPC NACIONAL	Menor de 1 año
	De 1 a 4 años
	De 5 a 14 años
	De 15 a 44 años
	De 45 a 59 años
	De 60 y más

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016

Todas las variables fueron analizadas según códigos CIE-10 del Capítulo VIII: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides y códigos CUPS, para los departamentos y distritos del país, de acuerdo a lo registrado en el SISPRO. Las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y comunicación se agruparon en subcategorías para el análisis, como se muestra en la Tabla 5.

TABLA 5. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DEL CIE 10 UTILIZADAS EN EL ASIS

Grupo	Categoría diagnóstica	Diagnóstico CIE-10	Código CIE-10	Códigos CUPS Relacionados
Enfermedad es del oído externo y medio y mastoides	Otitis	Otitis media aguda serosa	H650	890201, 890701, 890702, 954314, 954302,
		Otitis media aguda , no supurativa	H651	
		Otitis media no supurativa, sin otra especificación	H659	
		Otitis media no especificada	H669	
		Otitis externa, sin otra especificación	H609	
Enfermedad es del oído interno	Trastornos de la función vestibular	Síndrome vertiginoso en enfermedades clasificadas en otra parte.	H82X	890201, 890701, 890702, 954600, 954610,
		Trastornos de la función vestibular.	H819	
		Enfermedad de Meniere	H810	
		Vértigo paroxístico benigno	H811	
		Neuritis vestibular	H812	
		Otros vértigos periféricos	H813	
		Vértigo de origen central	H814	
		Otros trastornos de la función vestibular	H818	
Otros trastornos del oído	Hipoacusia conductiva	Hipoacusia conductiva bilateral	H900	954100, 954300, 954310, 954311, 954621, 954622, 954800, 954900
		Hipoacusia conductiva unilateral con audición irrestricta contralateral.	H901	
		Hipoacusia conductiva sin otra especificación.	H902	
	Hipoacusia neurosensorial	Efectos del ruido sobre el oído interno	H833	209601,209602 , 209603, 954100, 954300, 954310, 954311, 954312, 954313, 954314, 954621, 954622, 954800, 954900
		Hipoacusia neurosensorial bilateral	H903	
		Hipoacusia neurosensorial unilateral con audición irrestricta contralateral	H904	
		Hipoacusia neurosensorial sin otra especificación.	H905	
	Hipoacusia mixta	Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral.	H906	209601,209602 , 209603, 954100, 954300,
		Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial con audición irrestricta contralateral.	H907	

		Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial no especificada.	H908	954310, 954311, 954312, 954313, 954314, 954621, 954622, 954800, 954900
	Otras alteraciones del oído	Cerumen impactado	H612	890201, 890701, 890702, 965200
		Hipoacusia ototóxica	H910	890201, 954100, 954300, 954310, 954311, 954314, 954314, 954300, 954621, 954622, 954800, 954900
		Presbiacusia	H911	954100, 954300, 954310, 954311, 954312, 954313, 954314, 954621, 954622, 954800, 954900
		Hipoacusia súbita idiopática	H912	890201, 890701, 890702, 954312, 954313, 954314, 954314, 954302, 954621, 954622, 954800, 954900
		Sordomudez no clasificada en otra parte	H913	954100, 954300, 954310, 954311, 954312,
		Otras hipoacusias especificadas	H918	
		Hipoacusia no especificada	H919	

				954313, 954314, 954621, 954622, 954800, 954900
		Otalgia	H920	890201, 890701, 890702, 954314, 954302,
		Tinnitus	H931	890201, 954314, 954302, 954800, 954900
		Atresia y agenesia de cóclea, conducto y pabellón	Q161	890201, 954621, 954622, 954800, 954900
Trastornos del desarrollo psicológico	Lenguaje	Trastorno del lenguaje expresivo	F801	890110, 890210,890310 , 890410, 990110
		Trastorno de la recepción del lenguaje	F802	
		Afasia adquirida con epilepsia [Landau-Kleffner]	F803	
		Disfasia y Afasia	R470	
Signos y síntomas que involucran la voz y el habla	Habla	Trastorno específico de la pronunciación	F800	930107, 930106, 890110, 890210,890310 , 890410, 990110
		Otras alteraciones del habla y las no especificadas	R478	
		Apraxia	R482	
		Disfonía	R490	
		Afonía	R491	
		Hipernasalidad e hiponasalidad	R492	
		Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	R498	
		Tartamudez [espasmofemia]	F985	
		Farfulleo	F968	

Fuente: Clasificación CIE-10 OMS y CUPS equivalentes

- Las patologías del oído, alteraciones de la audición, habla y lenguaje fueron agrupadas por categorías y subcategorías teniendo en cuenta que se presentan con mayor frecuencia en la población:
- La categoría de las otitis corresponden a los CIE 10 del grupo de enfermedades del oído externo y medio

- La categoría y subcategorías del CIE 10 de los vértigos corresponde al grupo de enfermedades del oído interno.
- Las categorías y subcategorías del CIE 10 de las hipoacusias corresponden a otros trastornos del oído.

La frecuencia de atención se calculó usando el número de personas atendidas por cada diagnóstico CIE-10 de interés, sobre el total de personas atendidas por todos los diagnósticos entre los años 2009-2014.

Las alteraciones del habla se presentan de manera individual excepto todos los diagnósticos CIE-10 relacionados con malformaciones congénitas de la boca, la faringe y la laringe, que fueron agrupados en una sola categoría.

Del mismo modo, las alteraciones del habla se agruparon los diagnósticos CIE-10 relacionados con malformaciones congénitas de la boca, la faringe y la laringe en una sola categoría; y dentro de las alteraciones del lenguaje, se agruparon todos los diagnósticos CIE-10 en “Otras Alteraciones”. Los demás diagnósticos fueron considerados cada uno, una subcategoría.

La prevalencia de los eventos se calculó usando el número de personas atendidas por cada diagnóstico CIE-10 de interés, sobre el total de personas afiliadas para los años 2009-2014. Con el objetivo de identificar la diferencia de registro entre las bases fuente RIPS y BDUA, se consultó el cubo de gestión de la demanda del sistema SISPRO, para consultar el registro de personas atendidas por los diagnósticos de interés; teniendo en cuenta las EPS que hacen reporte a esta base, se comparó el registro entre RIPS y Gestión de la Demanda, obteniendo una diferencia total para el país de 32% menos en el registro RIPS. En la estimación de la prevalencia, se realizó corrección del dato de personas atendidas en el RIPS por este porcentaje, evitando la subestimación de la misma.

La frecuencia de atención se calculó usando el número de personas atendidas por cada diagnóstico CIE-10 de interés, sobre el total de personas atendidas por todos los diagnósticos entre los años 2009-2014.

Las alteraciones del habla se presentan de manera individual excepto todos los diagnósticos CIE-10 relacionados con malformaciones congénitas de la boca, la faringe y la laringe, que fueron agrupados en una sola categoría.

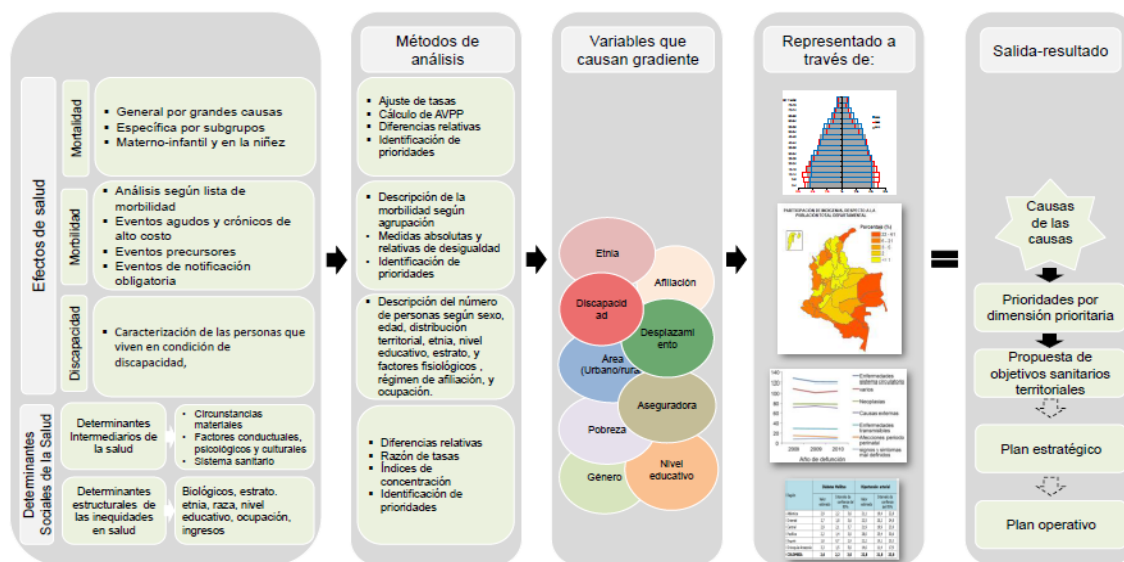
4.4. Estructura para el abordaje de los determinantes Sociales de la Salud Auditiva y Comunicativa

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

El centro de atención es la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades en la distribución de los bienes sociales como ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, y recreación entre otros, se manifiestan, generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales (Álvarez, 2009).

Para el diagnóstico de la salud auditiva y comunicativa se tienen en cuenta los aspectos disponibles desde los registros del SISPRO y otras fuentes de información, recalcando la información sobre acceso a alcantarillado, aseo, acueducto y energía. Para tal efecto, se muestran en la Figura 1, los determinantes sociales en salud

Gráfica 1. Determinantes Sociales en Salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Documento de análisis de situación en Salud para Colombia. 2014.

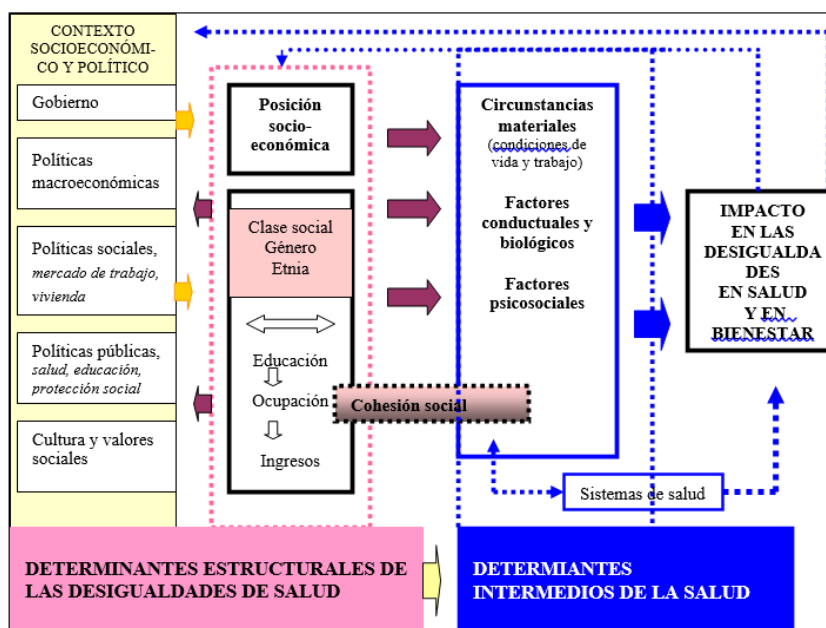
Para generar el análisis de la morbilidad a nivel territorial se hará uso de los datos contenidos en el cubo RIPS de SISPRO-MSPS, entre otras fuentes de información.

La lista de variables y procedimientos en salud seleccionada para este análisis, permitió agrupar los diagnósticos en salud desde las condiciones de audición, lenguaje y habla, y algunas de las causas de morbilidad atendida relacionadas con salud auditiva y comunicativa.

Los lineamientos emitidos por la OMS, a partir de los trabajos e investigaciones realizadas por la comisión de DSS, y la adopción de éstos en el PDSP 2012-2021 para Colombia, se constituyen en un aporte fundamental para repensar, analizar, proponer, e intervenir la salud de la población en general, y la Salud Auditiva y Comunicativa en particular, de una manera distinta, integral, multidimensional y multifactorial. En el marco del derecho a la salud, los DSS según la OMS (2008), hacen referencia a las condiciones en las que las

personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen. Allí se plantea el tema de las inequidades en Salud, como eje de análisis para orientar la comprensión de las causas (cercanas, como los problemas de Salud), de las causas de las causas (DSS y equidad en Salud), y de las causas de las causas de las causas (políticas, normas, derechos, responsabilidades), para poder actuar mediante diversas estrategias sobre dichas inequidades (Figura 2).

Gráfica 2. Determinantes Sociales de Salud, OMS



Elaboración a partir de: Comisión de los determinantes Sociales de la Salud OMS (2007)

Según el marco conceptual de los DSS de la OMS, los determinantes estructurales tienen que ver con la estructura social de cada país. Se relacionan con el contexto sociopolítico y con las políticas socioeconómicas y cuestiones de género y etnia, las cuales, estructuran a la sociedad en clases y en sectores sociales, así como también determinan los niveles educativo, ocupacional, y de riqueza relativa de las poblaciones. Por lo tanto, el análisis de estos determinantes implican el poder cuantificar la distribución de inequidades del poder, el dinero y los recursos.

Por tanto, se requiere un análisis juicioso y a profundidad, a partir de diversas fuentes de información actualizadas e integradas, para analizar las políticas públicas no solo relacionadas con salud, sino con las de otros sectores, la equidad de género, el nivel educativo, las condiciones laborales y el nivel de ingresos, la gobernanza y el financiamiento de la salud, entre otros. Análisis que implica la participación activa y constante de la sociedad para lograr esa mejor salud. Los determinantes estructurales y

las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la Salud (OMS, 2008).

Estos determinantes, a su vez, influyen en los llamados determinante intermedios, los cuales están más ligados al proceso salud –enfermedad, a las condiciones y estilos de vida de los individuos y poblaciones, como el ingreso, alimentación, educación, factores determinantes psicológicos, comportamentales, ambientales, materiales, biológicos, sociales y culturales; sin desconocer, claro está, que el sistema de salud también se ubica como un determinante intermedio, por ser este un reflejo de la manera como la población y la sociedad perciben y abordan la salud y la enfermedad. Ejemplo de ello es nuestro actual SGSSS y sus repercusiones en los logros de una mejor salud, o recuperación de la misma, para todas y todos los colombianos.

El análisis de estos determinantes apuntan a la comprensión de las mejoras en las acciones de salud, en los aportes de los programas de salud, educación, ambiente, trabajo, programas sociales y culturales para el logro del acceso universal a los servicios de salud, y calidad en la atención de salud auditiva y comunicativa. Igualmente, el abordaje de los DSS, con miras a afectar la equidad en salud, implica trabajar en APS, con perspectivas de intersectorialidad, interdisciplinariedad y gobernanza.

Diversos estudios sobre DSS muestran como gran parte de las inequidades en salud entre regiones, países y entre departamentos, distritos y municipios de un mismo país están directamente relacionadas con las causas y condiciones de salud y vida de las poblaciones. Es un asunto de distribución de poder, de distribución de ingresos, bienes y servicios, así como de todas aquellas circunstancias que giran en torno a las personas como son el acceso a servicios públicos, trabajo, ingreso, manejo del tiempo libre, condiciones de vivienda y ambiente, características geográficas, entre muchas otras, y que todas ellas influyen en el estado de salud y bienestar.

El análisis de los determinantes sociales de la salud auditiva y comunicativa, a partir de los hallazgos epidemiológicos y demográficos, muestran claramente inequidades y brechas en salud entre sexos, entre grupos de edad, por departamentos y regiones, dado que, a menor nivel educativo (especialmente en las mujeres) y menores ingresos, mayores son las morbilidades y alteraciones relacionadas con la audición y la comunicación.

Así mismo, son determinantes las diferencias en el nivel socioeconómico, las diversas características geográficas de territorios (departamentos y municipios), el porcentaje de población urbana y rural, las consecuencias del cambio climático, el tipo de afiliación y el acceso a servicios de salud, entre otros factores. Llama la atención el significativo grupo de población indígena colombiana con su cultura (creencias, prácticas y lenguaje) y su migración a las ciudades, el incremento de población adulta mayor, y las variabilidades en frecuencia, proporciones y tasas de otras variables descritas, que sugieren la necesidad de contar con fuentes de información y bases de datos completas y desagregadas, por tipo de variables específicas en audición y comunicación, para indagar sobre otros determinantes sociales específicos (exclusión, marginación, nivel socioeconómico, nivel

educativo, concepción de salud y enfermedad) en esta población, que puede diferir entre géneros, etnias, grupos etarios, por y entre departamentos y municipios.

Es necesario conocer en forma más desagregada y a través del tiempo, las características sociales, epidemiológicas, culturales, y laborales del país, en general, y de sus territorios en particular. En relación con el sistema de salud, son relevantes los niveles de ingreso y niveles educativos de sus poblaciones, por género, etnia, edad, estrato social, nivel de empleo (salario, riqueza de cada persona, consumo), e indicadores de salud como mortalidad y morbilidad general, morbilidad específica (en audición y comunicación), morbimortalidad infantil, discapacidad, estigma y discriminación, factores de riesgo y factores protectores de salud, para lograr un abordaje más integral de sus DSS.

La mortalidad infantil en menores de 5 años por cada mil nacidos vivos en los años 2009-2014, las desigualdades en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres, el bajo peso al nacer, en general y en particular en las gestantes adolescentes, así como las patologías auditivas y comunicativas más prevalentes, muestran que hay variaciones y desigualdades, que se relacionan con los determinantes intermedios de la salud, tales como el tipo de afiliación al sistema de salud, al acceso a servicios de salud según distribución, ubicación, disponibilidad y oportunidad; la calidad de la atención en términos de organización y disponibilidad de recursos (físicos, tecnológicos, financieros, humanos), en cantidad, formación, distribución y calidad.

Todo esto a su vez, puede agudizar las inequidades en salud y por consiguiente, impactar en fenómenos como la migración forzada, a expensas de las variaciones climáticas (terremotos, huracanes, lluvias, inundaciones, sequías, violencia, entre otras), el desempleo, hambrunas, enfermedades y falta de acceso a servicios de salud. Así mismo, la susceptibilidad de los individuos a sufrir enfermedades, como por ejemplo, el pertenecer a un grupo de mayor riesgo de enfermedad (recién nacidos, mujeres embarazadas, adolescentes, personas en situación de discapacidad, población trabajadora, adultos mayores), las condiciones de vida (acceso a agua potable, salubridad, vivienda digna, ambiente sano, disponibilidad de alimentos), y los estilos de vida (el fumar en exceso, deporte, nutrición, asistencia sanitaria oportuna, consumo de sustancias tóxicas), también contribuyen en las inequidades, y por ende, al estado de salud de la población.

Las alteraciones de salud auditiva y comunicativa descritas, si bien afectan principalmente a los niños y a los adultos mayores, están presentes en todos los grupos de edad y entre la población en situación de pobreza, indígena y entre las personas que viven en áreas rurales. Esta situación tiene efectos directos en las condiciones materiales necesarias para el cuidado y prevención de la salud. El nivel educativo, y en particular el nivel de alfabetización de la mujer, contribuyen en gran medida a la salud de ella y de su familia (como cuidadoras), a la reducción de la mortalidad infantil, y a la disminución de la morbilidad auditiva y comunicativa.

Existen muchos tipos de riesgos, para efectos de este documento se seleccionaran aquellos que se reportan en la literatura con sustento científico y que se consideran de gran importancia para la valoración de una población. En primer lugar Zimmerman (1996) identifica la desnutrición como un factor predisponente para la presencia de infecciones auditivas y pérdidas auditivas, particularmente en ausencia o baja cantidad de nutrientes como el calcio, la vitamina D, el Zinc, el magnesio y la vitamina A. Se reconoce por las entidades gubernamentales la necesidad de atender estas necesidades de nutrición básicas, por lo que se han generado grandes inversiones en comedores infantiles o comunitarios e incluso garantizar que los niños que asisten a guarderías o colegios del estado reciban la alimentación dentro de la institución.

Tamiz le-monda et al¹⁴ en el año 2004, reporta en su investigación como el nivel de educación de los padres, el nivel de ingresos económicos y el estado civil de la pareja (vivir con el padre biológico del niño) favorecieron la presencia de comportamientos de los padres como la sensibilidad, la estimulación cognitiva y las relaciones positivas con los niños de 24 y 36 meses. Estas características de los padres pudieron predecir el comportamiento de los niños en escalas de medida cognitiva. El anterior hallazgo sustenta la importancia del nivel de educación de ambos padres y la capacidad de solvencia económica como predictores de futuros desempeños y desarrollo de habilidades cognitivas en los niños. Las características del comportamiento de los padres evaluadas por Tamiz lemonda et al (2004) retoman actitudes de sensibilidad, refuerzo positivo, estimulación cognitiva, comportamiento intrusivo, desprendimiento y refuerzo negativo. Las tres primeras hacen referencia a acciones de facilitación del juego de los niños, de apoyo y respuestas verbales y no verbales ante los intentos comunicativos del niño, al establecimiento de vínculos comunicativos y afectivos entre padres e hijos, las últimas tres hacen referencia a ignorar las intenciones comunicativas de los niños, a negar o reprochar verbal o no verbalmente las acciones de los niños a intentar controlar el comportamiento de los niños. Las acciones positivas descritas en el estudio hacen referencia también a acciones de estimulación comunicativa y auditiva lo que sostendría que la ausencia de ellas repercutiría en el comportamiento y desarrollo de habilidades auditivas en los niños.

Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera and Lamb, (2004) también resaltan que la educación del padre y las condiciones de refuerzo positivo del padre juega un importante lugar para el desarrollo cognitivo de los niños específicamente en el ámbito motivacional y afectivo, aspectos que redundan en el desarrollo de habilidades comunicativas, de lenguaje y la audición.

Taha et (2010) al sustentan en su investigación que los factores preponderantes para la aparición de una pérdida auditiva son la otitis media recurrente, el bajo ingreso económico, la presencia de ictericia después del nacimiento y la presencia de fumadores en el hogar. Del mismo modo reportan una mayor posibilidad de encontrar pérdidas auditivas en niños de zonas rurales que urbanas, en niños que en niñas y en grados de educación menor y en niños que han recibido solo alimentación artificial.

Furumoto-Dawson (2007) cita el concepto introducido por the Center for Interdisciplinary Health Disparities Research (CIHDR) de *carga alostática* para hacer referencia a cómo influye el estrés socio ambiental sobre la aparición o desarrollo de enfermedades. De acuerdo a esta teoría las condiciones del entorno como la exposición a marginamiento, rechazo, acceso limitado a servicios públicos, exposición a toxinas del ambiente y limitados espacios de recreación afectan las condiciones de salud infantil.

Siguiendo el recorrido investigativo se resaltan como factores de riesgo para el desarrollo de habilidades auditivas dos tipos de condiciones. En primer lugar las condiciones biológicas de historia de otitis media, historia de ictericia, historia de alimentación artificial, desnutrición, esquemas de vacunación no terminados (García, 2013). En segundo lugar condiciones ambientales de educación de los padres y madres, bajo ingreso económico, presencia de fumadores en el hogar, ubicación rural de la vivienda, acceso limitado a servicios públicos, exposición a toxinas del ambiente y marginamiento. Aspectos que serán considerados como elementos de evaluación dentro de la población seleccionada.

El porcentaje de cobertura de servicios públicos (energía, alcantarillado, aseo y acueducto), se ha incrementado en los dos últimos años en Colombia, sin embargo, el análisis por departamentos y entre zonas rural y urbana, nos muestra variaciones que pueden estar incidiendo en las desigualdades de salud, y por tanto, se constituyen en determinantes de la salud auditiva y comunicativa.

Finalmente, se reconoce la importancia de los DSS en el ciclo de las políticas públicas (diagnóstico, formulación, implementación, seguimiento y evaluación), y en el direccionamiento de programas integrales de salud dirigidos a disminuir las inequidades y desigualdades en salud, como programas para el fomento y preservación de la salud auditiva y comunicativa, tratamiento, control y rehabilitación.

5. Capítulo 1. Caracterización de los contextos territorial y demográfico

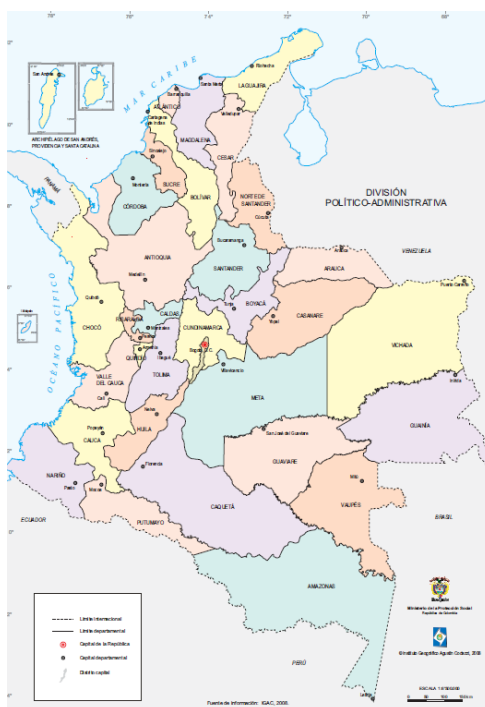
5.1. Contexto Territorial de Colombia

Colombia está ubicada en la parte noroccidental de América del Sur y es la cuarta nación en extensión territorial de la región. Está dividida políticamente en 32 Departamentos, 1.126 municipios y cuatro distritos. Su capital es el Distrito de Bogotá. El país cuenta con una superficie de 2.129.748 km², de los cuales 1.141.748 km² corresponden a su territorio continental, y los restantes 988.000 km², a su extensión marítima. Limita al este con Venezuela y Brasil, al sur con Perú y Ecuador y al noroeste con Panamá. En cuanto a límites marítimos, colinda con Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, Haití, República Dominicana y Venezuela, en el mar Caribe, y con Panamá, Costa Rica y Ecuador, en el Océano Pacífico. (Instituto Geográfico Agustín Codazzi. , 2005).

De esta manera se reconoce como el país cuenta con una posición geográfica estratégica en el hemisferio americano, por una parte, es un punto de enlace entre los países del norte y del sur del hemisferio y por otra posee amplias costas sobre los océanos atlántico y pacífico; dicha ubicación le permite ser puerta de entrada a Suramérica y disponer de puertos hacia el resto del continente, Europa y los países de la cuenca del pacífico. Su ubicación es entonces privilegio el acceso al comercio y rutas marítimas, por ende el acceso a tecnologías en informática y salud. Es reconocido a nivel mundial por el uso de tecnología en salud y procedimientos médicos efectivos y de alta calidad.

Colombia es un país de asignación descentralizada, que en lo político generó una democracia a través de la participación ciudadana en el proceso electoral y en el diseño, ejecución y seguimiento de los programas administrativos de interés económico y social. En lo administrativo, compromete a las entidades departamentales y municipales con la gestión de sus asuntos traspasando competencias; y en lo fiscal, participa en los ingresos corrientes de la nación, y en la autonomía para establecer los tributos necesarios, hacia el cumplimiento de sus funciones (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005) (Mapa 1).

Mapa 1. División Político Administrativa de Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de la Salud, 2008.

5.2. Contexto Demográfico

5.2.1. Población Total

A 2014, Colombia es un país conformado por 47.661.787 habitantes y es un 10% (4.773.195 habitantes) más poblado que en 2005; el 49,37% (23.531.670) de la población son hombres y el restante 50,63% (24.130.117) son mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable entre el año 2005 y 2014: por cada 100 mujeres hay 97,52 hombres (DANE, 2015)

Para 2014, el 76,29% (36.359.268) de la población colombiana habita en las cabeceras municipales, y el 23,71% (11.302.519) en el resto. Se proyecta que para 2050 el 84,30% de la población esté congregada en las áreas urbanas, demandando aún mayor cantidad de Recursos y servicios (DANE, 2005)

En 2004, el 41% del total de la población vivía en ciudades con más de 100.000 habitantes (World Health Organization, 2010), generando un proceso de aglomeración y de productividad aumentada e induciendo al aumento de la demanda de vehículos por parte de los hogares y las empresas, para llevar a cabo diferentes actividades económicas (Medina, 2011), actividad que genera un aumento en el nivel de ruido ambiental. El uso de vehículos automotores influencia altos índices de contaminación atmosférica, y esta a su vez está asociada con mayores tasas de mortalidad infantil (Lommis, 1999), y el incremento en la demanda de servicios de salud (Tellez-Rojó M, 1997). La Tabla 6 muestra la distribución de población por área geográfica.

TABLA 6. POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA EN COLOMBIA, 2014

Departamento	Población urbana		Población rural		Población total
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	
Antioquia	4.978.429	13,69	1.399.703	12,38	6.378.132
Atlántico	2.325.617	6,40	106.386	0,94	2.432.003
Bogotá	7.760.451	21,34	16.394	0,15	7.776.845
Bolívar	1.602.557	4,41	470.447	4,16	2.073.004
Boyacá	716.672	1,97	557.943	4,94	1.274.615
Caldas	704.854	1,94	281.188	2,49	986.042
Caquetá	278.717	0,77	192.824	1,71	471.541
Cauca	541.406	1,49	825.578	7,30	1.366.984

Cesar	755.318	2,08	261.215	2,31	1.016.533
Córdoba	887.224	2,44	796.558	7,05	1.683.782
Cundinamarca	1.769.732	4,87	869.327	7,69	2.639.059
Chocó	243.375	0,67	251.776	2,23	495.151
Huila	682.816	1,88	457.723	4,05	1.140.539
La Guajira	509.562	1,40	420.581	3,72	930.143
Magdalena	913.299	2,51	334.215	2,96	1.247.514
Meta	713.220	1,96	229.852	2,03	943.072
Nariño	845.498	2,33	877.447	7,76	1.722.945
Norte de Santander	1.052.983	2,90	291.055	2,58	1.344.038
Quindío	492.667	1,35	69.447	0,61	562.114
Risaralda	739.817	2,03	206.815	1,83	946.632
Santander	1.543.214	4,24	507.808	4,49	2.051.022
Sucre	562.590	1,55	280.612	2,48	843.202
Tolima	958.211	2,64	446.051	3,95	1.404.262
Valle del Cauca	3.988.934	10,97	577.941	5,11	4.566.875
Arauca	163.024	0,45	96.423	0,85	259.447
Casanare	258.386	0,71	91.853	0,81	350.239
Putumayo	165.095	0,45	175.939	1,56	341.034
San Andrés	54.513	0,15	21.288	0,19	75.801
Amazonas	28.163	0,08	47.225	0,42	75.388
Guainía	12.539	0,03	28.300	0,25	40.839
Guaviare	63.626	0,17	45.864	0,41	109.490
Vaupés	16.584	0,05	26.656	0,24	43.240
Vichada	30.175	0,08	40.085	0,35	70.260

Total	36.359.268	100,00	11.302.519	100,00	47.661.787
--------------	-------------------	---------------	-------------------	---------------	-------------------

Fuente: DANE. El DANE obtiene esta serie utilizando métodos de interpolación, spline natural, empleando como pivotes los datos ajustados a 30 de junio de 1985, 1993 y 2005.

Entendiendo el acceso a servicios de salud como “el proceso mediante el cual se tiene un acceso a la atención, por el deterioro en el estado de salud, o un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”(Quintana, 2002). Aday y Andersen distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y 3) acceso real: relaciona determinantes objetivos, como el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios, satisfacción (Lu Ann y Ronald, 1974; Vargus, 2009).⁵

Dentro de las principales barreras de acceso a servicios de salud se encuentran las barreras geográficas, las cuales se definen como la situación que afecta a aquellas poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona. Asimismo, se considera excluida geográficamente a aquellas poblaciones que por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutoria que el establecimiento donde se inicia la atención⁵. Esta barrera se aprecia importantemente en la salud auditiva, comunicativa y del lenguaje, dado que en regiones que concentran ruralidad dispersa como Guajira o cualquier departamento de la costa pacífica o departamentos alejados de la capital, la población residente cumple con la definición de la barrera geográfica.

5.2.2. Población por pertenencia étnica

Todos los departamentos del país tienen indígenas, los de mayor porcentaje de población indígena son en orden descendente: Vaupés (66,65%), Guainía (64,90%), La Guajira

⁵ADAY, LU ANN Y ANDERSEN, RONALD (1974). "A Theoretical framework for the study of access to medical care". Health Services Research, Vol. 9, No. 3

(44,94%), Vichada (44,35%) y Amazonas (43,43%). A excepción de La Guajira estos departamentos hacen parte de la Orinoquia y la Amazonia. Otros Departamentos con población indígena significativa son: Cauca (21,55%) y Putumayo (20,94%). Los departamentos de La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba y Sucre, concentran el 65,77% del total de la población indígena. Los departamentos que tienen menos del 1% de indígenas son: San Andrés, Bolívar, Santander, Bogotá, Cundinamarca, Quindío, Boyacá, Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander y Magdalena.

En Bogotá (99,89%), Atlántico (86,62%), Bolívar (81,27) Norte de Santander (74,38%), Quindío (73,71%) y Santander (67,43%), la población indígena se concentra en su mayoría en las cabeceras municipales, en estos departamentos se encuentran las ciudades de Bogotá, Cartagena, Cúcuta, Armenia y Bucaramanga (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2005)

Los afrocolombianos se encuentran en todos los departamentos del país. Al revisar el peso porcentual por departamento, sobresale el Chocó con la mayor densidad de población afrocolombiana, 82,1%, seguido por San Andrés con 57%, Bolívar con 27,6%, Valle del Cauca con 27,2%, Cauca con 22,2%, Nariño con 18,8%, Sucre, 16,1%, La Guajira, 14,8%, Córdoba, 13,2%, Cesar, 12,1%, Antioquia, 10,9% y Atlántico con el 10,8%. Los demás departamentos presentan porcentajes muy inferiores al 10% de su población total (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2005) (Tabla 7).

TABLA 7. POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA POR DEPARTAMENTOS EN COLOMBIA, 2014

Población étnica %		
Departamentos	% de indígenas del total de población	% Afrocolombianos
San Andrés	0,1	57,9
Bolívar	0,1	27,6
Santander	0,1	3,2
Bogotá	0,2	1,5
Cundinamarca	0,3	3,4
Quindío	0,4	2,5
Boyacá	0,5	1,4
Antioquia	0,5	10,9
Valle del Cauca	0,6	27,2
Norte de Santander	0,6	1,8
Magdalena	0,8	9,8
Huila	1,0	1,2
Meta	1,3	2,6
Atlántico	1,3	10,8
Casanare	1,5	1,4

Población étnica %		
Departamentos	% de indígenas del total de población	% Afrocolombianos
Caquetá	1,6	3,7
Arauca	2,2	4
Risaralda	2,9	5,1
Caldas	4,3	2,5
Guaviare	4,3	5,9
Tolima	4,3	1,2
Cesar	5,2	12,1
Córdoba	10,4	13,2
Nariño	10,8	18,8
Sucre	11,0	16,1
Chocó	12,7	82,1
Putumayo	20,9	5,5
Cauca	21,5	22,2
Amazonas	43,4	2
Vichada	44,4	3
La Guajira	44,9	14,8
Guainía	64,9	1
Vaupés	66,6	1,5

Fuente: DANE, Censo General 2005

La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,16% (34.898.171 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE., 2005), los asentamientos poblacionales se localizan principalmente en las cabeceras municipales, en cada uno de los pisos bioclimáticos de acuerdo con las oportunidades productivas que ofrece el territorio (Instituto Geográfico Agustín Codazzi. , 2005). Por su parte, el pueblo ROM participa con un 0,01% (4.857 personas); los raizales del San Andrés y Providencia con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas) (DANE., 2005). El Mapa 2 muestra la distribución de la población según pertenencia étnica.

Mapa 2. Distribución de la población según pertenencia étnica. Colombia, 2005



Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia. Procesado con Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007

Se han documentado diferencias socioeconómicas de los grupos étnicos respecto de la población general que generan menor acceso a servicios, menor ingreso, mayores niveles de morbilidad y mortalidad (Flórez, Medina y Urrea, 2003; Psacharopoulos y Padrinos, 1994)⁶. Además, otros han mostrado que en la equidad en salud juegan de manera importante las variables de etnia y raza (LHO, 2015; Bustos y travascoss, 2005)^{7, 8} y han demostrado que los grupos étnicos mantienen de manera sistemática diferencias en el acceso a los servicios de salud, aún después de controlar otras variables (Mendoza, 2001). Las explicaciones están relacionadas con los patrones sociales, culturales y de discriminación.

⁶Psacharopoulos G, Padrinos HG. Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico. Estudios sociodemográficos en pueblos indígenas, Serie E, No. 40 (LC/DEM/G.146), Santiago de Chile, División de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); 1994.

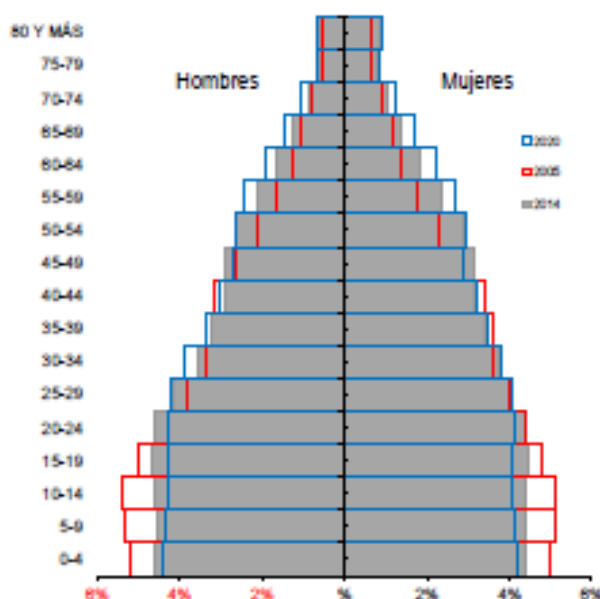
⁷London Health Observatory. [Internet] Health of Ethnic Minority Groups. Disponible en: http://www.lho.org.uk/HEALTH_INEQUALITIES/EHIP.ASPX.

⁸Bustos F, Travassos C. Raca e saúde pública. Os dilemas da ciencia e da prática contemporânea. En: De Souza Minayo MC, Coimbra C (organizadores). Críticas e atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 461-471.

5.2.3 Estructura Demográfica

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2014, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (Gráfica 3)

Gráfica 3. Pirámide poblacional Colombia 2005, 2014 y 2020



Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por Sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

El volumen y pesos relativos de la población de Colombia por grupos de edad y las proyecciones en diferentes años, realizadas por el DANE, se observan en la Tabla 8.

TABLA 8. VOLÚMEN Y PESO RELATIVOS DE LA POBLACIÓN DE COLOMBIA POR GRUPOS DE EDAD, 2005-2013-2020

Volumen (Número de personas)			
Grupos de edad	2005	2013	2020
0-4	4.343.774	4.299.725	4.373.565

Volumen (Número de personas)			
Grupos de edad	2005	2013	2020
5-9	4.465.233	4.264.594	4.298.770
10-14	4.491.881	4.327.970	4.255.643
15-19	4.178.217	4.387.955	4.254.234
20-24	3.730.891	4.222.511	4.274.906
25-29	3.364.011	3.818.440	4.216.692
30-34	2.995.744	3.425.261	3.891.467
35-39	2.997.245	3.073.074	3.485.871
40-44	2.798.869	2.880.514	3.160.456
45-49	2.343.663	2.862.194	2.833.416
50-54	1.878.104	2.542.977	2.825.074
55-59	1.485.507	2.051.081	2.600.875
60-64	1.132.873	1.594.650	2.112.198
65-69	943.764	1.194.296	1.604.139
70-74	720.183	865.218	1.160.128
75-79	517.556	660.523	763.428
80 Y MÁS	501.077	650.106	800.885
Total	42.888.592	47.121.089	50.911.747
Pesos relativos (Porcentaje)			
Grupos de edad	2005	2013	2020
0-4	10,13	9,12	8,59
5-9	10,41	9,05	8,44
10-14	10,47	9,18	8,36
15-19	9,74	9,31	8,36
20-24	8,70	8,96	8,40
25-29	7,84	8,10	8,28
30-34	6,98	7,27	7,64
35-39	6,99	6,52	6,85
40-44	6,53	6,11	6,21
45-49	5,46	6,07	5,57
50-54	4,38	5,40	5,55
55-59	3,46	4,35	5,11
60-64	2,64	3,38	4,15
65-69	2,20	2,53	3,15
70-74	1,68	1,84	2,28

Volumen (Número de personas)			
Grupos de edad	2005	2013	2020
75-79	1,21	1,40	1,50
80 y Más	1,17	1,38	1,57
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por Sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 38 niños entre 0 y 4 años; para 2014 esta cifra descendió a 34 y se proyecta que para 2020 se mantenga igual. Así mismo, en 2014 la población menor de 15 años corresponde al 27,01% (12.872.589) de toda la población, es cuatro puntos porcentuales menor que en 2005, y se proyecta que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 25,39% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7,32% de toda la población mostrando incremento en un punto porcentual con respecto a 2005, y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,79%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos nueve años. En 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años, dependían 59,41 personas menores de 15 y mayores de 65 años; en 2014 el número de dependientes es de 52,26, y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 51,27. Se estima que por el periodo de 44 años, comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas¹¹.

Mientras que el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en 2005 a 41,12 en 2014, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en 2005, a 11,14 en 2014; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 haya más dependientes mayores de 65 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 156,97 en 2005 a 139,37 en 2014, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa que su tendencia al envejecimiento, en 2020 de acuerdo con el índice de Friz, será de 128,50 (Tabla 9).

TABLA 9. ÍNDICES DEMOGRÁFICOS. COLOMBIA, 2014.

Índice demográfico	Año 2014
Población total	47.661.787
Población masculina	23.531.670
Población femenina	24.130.117
Relación hombre/mujer	97.52
Razón niños/mujer	34
Índice de infancia	27.01

Índice de juventud	26.27
Índice de vejez	7.32
Índice de envejecimiento	27
Índice demográfico de dependencia	52.26
Índice de Friz	139.37

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por Sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

El crecimiento demográfico expresa el incremento anual de las poblaciones relacionando nacimientos, defunciones, y migración. En cifras absolutas el crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general; mientras que el crecimiento exponencial añade el aporte de la migración neta. Entre 2002 y 2012, por cada 1.000 habitantes la población mundial se incrementó anualmente en 1,2%, la de los países de ingresos medianos altos en un 0,8%, y la de Colombia en 1,5%.¹²

Según las estimaciones del DANE, las tasas de crecimiento natural muestran un marcado descenso a través del tiempo, pasando de 22,03 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 13,07 en el quinquenio 2010-2015, esto en términos relativos representa una reducción del 41% en la tasa de crecimiento natural y en términos absolutos en casi 9 personas por cada 1.000 habitantes. Para el quinquenio 2015-2020, se espera que la población de Colombia se incremente en 12,08 personas por cada 1.000 habitantes. Así mismo, las tasas de crecimiento exponencial pasaron de 20,54% por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1985-1990 a 11,48% en el quinquenio 2010-2015.¹³ La alta fecundidad al igual que los embarazos en adolescentes, ha sido asociada con condiciones de pobreza, siendo más altas en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas. Para 2012, el 50% de la población con más necesidades básicas insatisfechas concentró el 55% de la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años, con un índice de concentración de -0,0699.

La vejez es un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos^{9,10}. Las mujeres conforman la mayoría entre los adultos mayores en casi todos los países del mundo. Este fenómeno, conocido como la “feminización” del envejecimiento, se observa universalmente porque las mujeres llegan a vivir más que los hombres.

Dado que la vejez es una etapa de la vida caracterizada por la disminución de actividades laborales, implica también una disminución de los ingresos. La inseguridad económica es un problema que afecta a todos los ancianos, pero particularmente a aquellos que

⁹Bell I. The double standard: age. En: Freeman J, ed. Women: a feminist perspective. California: Mayfield Publishing Co.:237-244.

¹⁰Gist Y, Velkoff V. Gender and aging: demographic dimensions, an international brief by the U.S. Department of Commerce. Bureau of the Census, I-/97-3, 1997, dice: 3-8.

desarrollaron actividades laborales en el sector informal y que no cotizaron para recibir una jubilación o una pensión en la vejez. Las mujeres ancianas están sobrerrepresentadas en este grupo de adultos mayores que no reciben ingresos. Debido a los roles de género tradicionales, las mujeres tienen menos probabilidad de trabajar para generar ingresos y ahorros que les permitan solventar sus necesidades económicas en la vejez. Por ello, las ayudas familiares se hacen necesarias para apoyar a los adultos mayores. Esta dificultad se relaciona directamente con el acceso a servicios de salud para solventar sus problemas de salud.

Además, los hombres en general pueden estar sujetos a mayores presiones físicas y mentales que ponen en riesgo su organismo, haciéndolos más “enfermos” y propensos a depender de otros en su vejez.

En muchos países incluyendo Colombia, el acceso a los servicios de atención a la salud está determinado por la participación en el mercado laboral en el sector formal. Además, tradicionalmente, las mujeres usan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres a lo largo de su vida, debido a las necesidades de atención derivadas por la reproducción y el cuidado de los hijos. Esta característica puede colocarlas en una posición ventajosa ante los hombres, ya que a edad avanzada, cuando la salud requiere mayor atención, las mujeres pueden estar más familiarizadas con el manejo de su propia enfermedad que los hombres¹¹.

5.3. Factores de riesgo ambientales, sociales, poblacionales, y determinantes de las alteraciones de Salud Auditiva y Comunicativa

Según la OMS, Colombia pertenece a la sub-región B de América, zona donde se perdieron 165 mil Años de Vida Saludables por esta causa, cifra solamente superada por los factores de riesgo ocupacional generadores de lesión y de los relacionados con material particular (MSPS, 2006). Consistentemente se documenta que 74 de cada 100 AVAD perdidos por HNIR son aportados por los hombres. El estado de salud auditiva y comunicativa de la población es multifactorial, por lo que muchos de los elementos sociales, culturales y demográficos influyen en su condición. Las condiciones climáticas del territorio tienen gran influencia en las condiciones de salud auditiva y comunicativa.

En primer lugar, los ambientes con fuertes cambios climáticos y altos niveles de partículas en el aire, albergan posibilidades de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y congestión respiratoria en especial en niños menores de 5 años (Carmona, 2009). Así mismo, la temperatura afecta el nivel de contaminación producido por material participado en el aire. Según Montoya et. al (2013), a medida que aumenta la humedad relativa, la velocidad del viento y la lluvia, disminuye la concentración de la contaminación interior y exterior, mientras que al aumentar la temperatura se espera que aumente la contaminación.

¹¹Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexican: health and socioeconomic inequalities. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:

Estos aspectos correlacionan la presencia de Otitis externas y medias con las consecuentes hipoacusias conductivas. Para García et. al (s.f.), un síndrome que probablemente aporta una proporción importante a los trastornos auditivos, son las Otitis medias en los países con baja cobertura y calidad de la atención médica. Las hipoacusias conductivas a largo plazo y con repetición pueden generar alteraciones del desarrollo del habla y del lenguaje teniendo en cuenta que el individuo se expone a privación auditiva temporal, lo que es de gran relevancia para el desarrollo comunicativo con sus respectivas implicaciones en el desempeño escolar.

El material participado también aumenta con vías no pavimentadas. En un estudio realizado por Montoya (2013) en Puerto Nare Colombia, se identifica que de las condiciones ambientales del entorno de las viviendas, el 60 % de los casos presentó incidencia directa sobre la generación de infecciones respiratorias agudas, estas condiciones son de actividades industriales, vías no pavimentadas, zonas de alto flujo vehicular, o una combinación de ellas, entre tanto el 22,6 % estaban afectadas por las quemaduras, y el 83 % de las viviendas tenían árboles en su entorno inmediato.

“En las viviendas donde se encontró hábito de fumar, la concentración de partículas por millón PM₁₀ se superó en 0,03 mg/m³. Los hogares próximos a vías no pavimentadas o en mal estado presentaron concentraciones promedio diarias de 0,22mg/ m³, valor que sobrepasa en 150 % las concentraciones en viviendas próximas a vías pavimentadas (0,09 mg/m³). Las viviendas cercanas a vías de alto flujo vehicular, superaron en 0,02 mg/m³, a aquellas con escaso tránsito automotor, 0,06 y 0,04 mg/m³, respectivamente”. (Montoya et al, 2013 p. 109).

Es importante recordar que en Colombia, solo el 14% de las vías se encuentran pavimentadas y estas corresponden a vías primarias como se describe en el contexto. Por otro lado, otro medio de transporte como el aéreo genera niveles de contaminación ambiental por ruido, a aquellas personas que se encuentran cerca a los aeropuertos. Los efectos del ruido sobre la salud auditiva han sido descritos ampliamente. De acuerdo con Quiroz, Hernández, Corredor, Rico, Rugeles & Medina (2013), en Bogotá, una de las localidades más afectadas por la problemática del ruido ambiental es Fontibón. El reporte del Departamento Administrativo del Medio Ambiente (DAMA) del año 2005, afirma que las tres estaciones fijas de monitoreo ubicadas en áreas aledañas al aeropuerto (ubicado en esta localidad), arrojan datos que excedieron, según la Resolución 0627 de 2006 del Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, los límites permisibles de 65 dB(A) en la zona I clasificada como residencial. Aunque no se encuentre reportado, este efecto de ruido puede estar afectando las cercanías de los 1212 aeropuertos de que dispone Colombia, especialmente en ciudades principales e intermedias.

Sin embargo, los únicos causantes del ruido ambiental no son los aeropuertos ni el tránsito vehicular, actualmente la mayor incidencia puede estar siendo causada por el uso de reproductores de sonido en los jóvenes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 1100 millones de jóvenes de todo el mundo podrían estar en riesgo de sufrir

pérdida de audición debido a prácticas auditivas perjudiciales. Más de 43 millones de personas de entre 12 y 35 años padecen una pérdida auditiva discapacitante debida a diferentes causas. De los adolescentes y jóvenes de entre 12 y 35 años de países de ingresos medianos y altos, casi el 50% están expuestos a niveles de ruido perjudiciales, a consecuencia del uso de dispositivos de audio personales como reproductores de MP3 y teléfonos inteligentes. Alrededor del 40% están expuestos a niveles de ruido potencialmente nocivos en clubes, discotecas y bares.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los principales males causados por la exposición a ruido son: Efectos de la audición, interferencia en la comunicación (accidentes), pérdida de la audición, incapacidad para comprender el habla, problemas personales y cambios en la conducta. Los grupos particularmente vulnerables a las interferencias auditivas son los ancianos, los niños que están en el proceso de adquisición de la lengua y de la lectura, y los individuos no familiarizados con el lenguaje que están escuchando. Según la OMS el ruido tiene efectos en el sueño, efectos en las funciones fisiológicas, efectos en la salud mental, efectos sobre el rendimiento, y efectos sociales y comportamentales.

Con relación a la densidad poblacional, de acuerdo con el observatorio de salud y medio ambiente de Andalucía, una ciudad compacta, es decir en la que se concentra la mayor cantidad de población, hará un mejor uso del suelo, menor consumo de energía, menor impacto sobre el ambiente, sin embargo, aumenta el riesgo de contaminación y ruido. En Colombia, la zona selvática tiene la menor densidad poblacional, lo que favorece la conservación de los ambientes naturales benéficos para el hombre, mantiene niveles de ruido bajos, pero dificulta el acceso a servicios de salud.

Respecto de la edad de la población, las tendencias de aumento de la población adulta y adulta mayor, incrementan el riesgo en deterioro auditivo, alteraciones del lenguaje y habla, secundarias a condiciones de salud asociadas al envejecimiento. La evidencia de la estadística nacional, demuestra un crecimiento importante en la edad de la población lo que lleva a prever la necesidad de plantear programas y planes nacionales de atención al adulto mayor, y los cuidados respectivos para la prevención de enfermedades que generen crecimiento acelerado de las alteraciones auditivas y comunicativas. Dentro de las posibilidades se encuentra la prevención en alimentación, riesgo ocupacional, exposición a ototóxicos, cuidados y hábitos auditivos y de comunicación.

De acuerdo con la OMS (2015), pueden instaurarse prácticas como: proteger sus oídos de los sonidos altos; no insertar nunca objeto alguno en sus oídos ni introducir en ellos líquidos, a excepción de los medicamentos prescritos por un profesional sanitario cualificado; en caso de dolor o supuración del oído solicitar tratamiento médico urgentemente; llevar una dieta saludable y hacer ejercicio con asiduidad para evitar enfermedades como la hipertensión y la diabetes, las cuales predisponen al desarrollo de la pérdida de audición; y no fumar.

Sumado al aumento de la población adulta mayor en el país, se continua registrando un número elevado de niños de 0 a 1 año, siendo esta la edad que debe tener mayores

cuidados auditivos, y en la que es imprescindible detectar la presencia de problemas auditivos, así como en niños de 1 a 5 años, en los cuales es prioritaria la detección e intervención de condiciones de salud auditiva y comunicativa. Este panorama sustenta la necesidad de enfocar acciones concretas hacia población menor de 5 años. De acuerdo con la OMS (2015) la pérdida de audición puede deberse a causas genéticas, complicaciones en el parto, algunas enfermedades infecciosas, infecciones crónicas del oído, el empleo de determinados fármacos, la exposición al ruido excesivo y el envejecimiento, y la mitad de los casos de pérdida de la audición se podrían evitar mediante la prevención primaria.

La contaminación por residuos tóxicos, especialmente el mercurio, se constituye en el principal tóxico al que se encuentra expuesta una población considerable de mineros en el país y debido al tipo de explotación, en su mayoría artesanal, también están expuestos los demás miembros de la familia. Durante la exposición al mercurio elemental, aproximadamente el 80% se absorbe a través de los pulmones y desde allí es distribuido a todos los órganos del cuerpo. Al respirarse, el mercurio elemental puede llegar directamente al cerebro a través de las células nerviosas del sistema olfatorio. Los órganos principales en donde el mercurio es acumulado son el cerebro y el riñón. En relación con la toxicidad del mercurio, muchos de los efectos observados son compartidos entre sus diferentes especies o formas químicas. Sin embargo, el daño neurológico, constituye, quizás, el más importante, en especial en los niños, cuyo sistema nervioso aún está en desarrollo. En este sentido, son típicos los cambios de comportamiento, temblores en las manos, pérdida de funciones sensoriales, en particular la audición y la visión, disminución o alteración en la coordinación de movimientos, problemas neuropsiquiátricos, hiperactividad, e irritabilidad, entre muchos otros. Vale la pena expresar que muchos de los efectos como consecuencia a la exposición a este elemento, puede confundirse con otros síntomas de otras enfermedades.

Otra causa de alteraciones especialmente auditivas, tiene que ver con los medicamentos ototóxicos. Se define ototoxicidad, a las perturbaciones transitorias o definitivas de la función auditiva, vestibular, o de las dos a la vez, inducidas por sustancias de uso terapéutico. Se consideran medicamentos ototóxicos, aquellos con capacidad de dañar las estructuras del oído interno (particularmente la cóclea y las células Vestibulares) o el nervio acústico. La ototoxicidad se muestra con síntomas como tinnitus o acúfenos (zumbido en los Oídos), vértigo, hipoacusia y sordera. Según la función comprometida y la sintomatología que el paciente desarrolle, se clasifica la ototoxicidad en Coclear (o Auditiva) y Vestibular. Según su evolución en el tiempo se habla de ototoxicidad aguda (reversible), y crónica (irreversible), teniendo como punto de corte 2-3 semanas tras la interrupción del tratamiento.

La toxicidad coclear o auditiva está relacionada con el uso de medicamentos que se asocian a sintomatología de tipo laberíntico, alteración Vestibular y/o la posibilidad de generación de tinnitus, por lo tanto puede abarcar desde un pequeño incremento en el umbral de audición, sólo detectable a través de Audiometría, hasta la sordera completa. La primera manifestación clínica suele ser la presencia de acúfenos, en general Bilaterales, de inicio brusco y gran intensidad, que puede evolucionar o no, a una pérdida de audición. En su estadio inicial el daño se limita a las frecuencias agudas (4000 a 8000

Hz) no afectando a la audición conversacional, aunque el paciente suele referir sensación de ruido y embotamiento auditivo, en esta fase los daños suelen ser reversibles. En su estadio avanzado la toxicidad Coclear afecta a las células ciliares internas del Ápex Coclear, afectando a las frecuencias más graves y a la audición conversacional, en este punto, el déficit auditivo puede ser permanente o sólo parcialmente reversible.

En Colombia, dentro del POS se incluyen en su plan de beneficios, medicamentos ototóxicos como la furosemida y el ácido acetil salicílico para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, gentamicina y azitromicina, para el manejo de enfermedades infecciosas, cisplatino para manejo de tumores o inmunosupresión, medicamentos oculares antibacterianos como la neomicina. También incluye la formulación de medicamentos como la sulfazalina asociados a la generación de tinnitus, empleados para enfermedades gastrointestinales; diuréticos como la hidroclorotiazida, para la hipertensión, el amlodipino y enalapril en enfermedades cardíacas, antidepresivos como la amitriptilina, antimaláricos como la quinina, Aines como el ibuprofeno y el naproxeno. Medicamentos generadores de vértigo como Ranitidina, omeprazol, diuréticos antihipertensivos, generando una alerta en el seguimiento de los pacientes que sean manejados bajo el listado de medicamentos ototóxicos.

En el país, las deficiencias de tipo auditivo se han convertido en una amenaza latente, que es diagnosticada de forma tardía en la mayor parte de los casos. Es así como las generadas a partir de las otitis serosas, se manifiestan de manera más frecuente en población infantil. Esta condición produce dolor, fiebre y malestar general. Dichas pérdidas o disminuciones cuando se presentan en población infantil, dificultan la adquisición y utilización del lenguaje, dificultad para discriminar sonidos, dificultad para ubicar fuentes sonoras o de emisión de sonidos, sensación de oído tapado, lo cual lleva a un deficiente desarrollo psicológico, educativo, social e intelectual, así mismo puede llegar a alterar el desarrollo del habla. Es así como se requiere de la detección e intervención tempranas, en tanto son fundamentales para minimizar las consecuencias de la pérdida de audición en el desarrollo y el rendimiento escolar del niño.

En los lactantes y niños pequeños con pérdida de audición, la detección y el tratamiento tempranos en el marco de programas de detección auditiva neonatal, pueden mejorar los resultados lingüísticos y escolares del niño. Según datos del DANE, 5 personas de cada 1.000 tienen problemas auditivos en Colombia, de los cuales 8 de cada 100 corresponden a la población de 0 a 14 años de edad. Dato de gran relevancia, teniendo en cuenta el alto índice de embarazos en adolescentes que registra el país, donde el bajo peso al nacer se encuentra altamente asociado a las alteraciones auditivas relacionadas con procesos de inmadurez y desincronización neural, lo que demanda protocolos de detección específicos que impliquen a todos los niños en situación de riesgo auditivo comunicativo.

Según la OMS (2015), en una de sus notas descriptivas, 360 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de pérdida auditiva discapacitante y la mitad de estos casos podría evitarse mediante prevención primaria.

Tras enfermedades como la generada por el *Aedes aegypti*, enfermedad del Zika, que en casos de gestación puede llegar a producir malformación craneoencefálica tipo

microcefalia (La Microcefalia es un trastorno neurológico poco frecuente, que evidencia reducción en el perímetro cefálico del bebé, dicho perímetro es de menor tamaño que lo esperado para la edad), puede llevar al individuo al retraso en todos los aspectos de desarrollo, pero especialmente en el desarrollo del lenguaje que puede ser tardío y de evolución muy lenta, requiriendo apoyo terapéutico para desarrollar competencias mínimas. El abordaje terapéutico temprano favorece el desarrollo de habilidades y la funcionalidad de las mismas. Según un reciente reporte de la AAA¹² (Marzo de 2016) puede esperarse la aparición de pérdidas auditivas al nacimiento o posteriormente secundarias a la presencia del virus del Zika durante la gestación, tal como ocurre con otros virus como el citomegalovirus.

El síndrome de Guillain-Barré, es un trastorno neurológico autoinmune, en el que el sistema inmunitario del cuerpo ataca a una parte del sistema nervioso periférico, la mielina, que es la capa aislante que recubre los nervios; también tiene como causa importante la enfermedad del Zika. Este es un trastorno en el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca al sistema nervioso periférico, causando inflamación aguda de nervio. Dicha inflamación daña porciones de las células nerviosas, puede producir denervación (destrucción del axón de la neurona), lo cual detiene totalmente la función del nervio. Sin el axón los mensajes no se pueden transferir de una neurona a otra.

Los primeros síntomas de esta enfermedad incluyen distintos grados de debilidad o sensaciones de cosquilleo en las piernas, y pérdida sensorial. En muchos casos, la debilidad y las sensaciones anormales se propagan a los brazos y al torso. Estos síntomas pueden aumentar en intensidad hasta que los músculos no pueden utilizarse en absoluto, y el paciente queda casi totalmente paralizado. De la misma manera, altera las funciones de coordinación fonorespiratoria y de articulación para la producción de Lenguaje oral; en algunos casos se altera la organización de la información lingüística y su adecuada selección ante la exigencia del medio.

5.3.1 Ruido ambiental

Según Abella (2010) los niveles de ruido en el centro de Medellín, no cumplen con las normas de contaminación por ruido establecidas en la resolución 8321 de 1983. De igual manera, en Cali en las 22 comunas del área urbana, el nivel promedio de ruido estuvo por encima de los 70 dB, lo que indica que los habitantes del municipio están expuestos a niveles sonoros muy altos, que sobrepasan los niveles permisibles fijados por la normatividad ambiental nacional vigente, teniendo en cuenta las áreas de actividad instauradas por el Plan de Ordenamiento Territorial.

¹² AAA. Zika Virus Disease Outbreak and Infant Hearing Loss. Marzo 30 de 2016. Disponible en <http://www.audiology.org/news/zika-virus-disease-outbreak-and-infant-hearing-loss>.

En Bogotá, se ha calculado que alrededor del 70% de la población que reside en áreas urbanas está expuesta a sufrir lesiones del oído por ruido. Los mayores niveles de ruido se encuentran en el aeropuerto El Dorado, superiores a 100 dB(A), incumpliendo la norma especialmente en los sectores residenciales. En la mayoría de los monitoreos que se revisaron, el 82% de los registros supera la norma para horario nocturno de 45 dB(A). Las construcciones de obra civil generan ruido con niveles en promedio de 90 dB(A), principalmente de la maquinaria pesada empleada, y se concluye que esta actividad no cumple en ningún caso los estándares para las zonas establecidas en la norma vigente. Sin embargo, la contaminación acústica por esta fuente es de carácter temporal, mientras se realizan las obras de infraestructura. El ruido generado por el parque automotor supera ampliamente los niveles permisibles, con niveles sonoros que fluctúan entre 76 a 84 dB(A), en las intersecciones viales, punto de mayor concentración acústica de esta fuente

El estudio realizado por la Universidad de Antioquia en los años 2002 y 2003, denominado “Efectos auditivos y psicológicos del ruido producido por el tráfico aéreo del aeropuerto el dorado en las poblaciones de Engativá y Fontibón”, empleó un diseño de corte transversal con base en una muestra probabilística poblacional de escolares y adultos expuestos y no expuestos al ruido. Se consideró como exposición un nivel de 65 dB(A) o más en la vivienda, o un nivel de exposición individual de 85 dB(A) o superior. Para la evaluación de la capacidad auditiva individual se utilizó la audiometría tonal liminar. Se encontró que la hipoacusia fue significativamente mayor en los escolares y en los adultos expuestos, con prevalencias que superan a los no expuestos en 43 y 15% (en escolares, respectivamente) y en 32 y 11% (en adultos); de acuerdo con el índice ELI (4.000 HZ), también la prevalencia en los adultos expuestos fue significativamente mayor en un 3% que en los no expuestos (Londoño, Quinchía, Restrepo y Vieco, 2000)

El Hospital Fontibón en el año 2005, inició un estudio denominado “Efectos del ruido del aeropuerto el dorado en una población escolar de la localidad de Fontibón”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto en la audición y escolaridad de la población de la localidad de Fontibón, vecina a la pista dos y expuesta al ruido generado por el tráfico aéreo del aeropuerto El Dorado. La muestra estuvo constituida por alumnos de los colegios Atahualpa e Internacional de la localidad de Fontibón como expuestos, y del colegio Distrital Carlos Alban Holguín de la localidad de Bosa, como no expuestos. Se encontró que la frecuencia de Hipoacusia fue mayor en Fontibón que en Bosa (Quiroz-Arcenales, Hernández-Flórez, Corredor-Gutiérrez, Rico-Castañeda, Rugeles-Forero y Medina-Palacio, 2012)

5.3.2 Ruido ocupacional

Según el Ministerio de la Protección Social (2002), en Colombia, la hipoacusia neurosensorial ocupó el tercer lugar en la frecuencia de diagnósticos de enfermedad profesional para el período 2001 – 2003, pero en el año 2004 fue desplazada al cuarto lugar. De acuerdo con los cálculos de Idrovo (2003), en el año 2000 se estarían

presentando 101.645 casos nuevos de enfermedades ocupacionales, de las cuales 14.775 (14.5%) corresponderían a hipoacusia por ruido, cifra que el autor considera como una subestimación de la ocurrencia real de la patología en Colombia.

En la refinería de Ecopetrol en Bacarrancabermeja, se realizó el estudio “hipoacusia neurosensorial por ruido industrial y solventes orgánicos en la gerencia complejo Barrancabermeja, 1977-1997”, con el objetivo de estimar la incidencia de la hipoacusia neurosensorial y determinar las diferencias en tales indicadores en cuatro grupos de trabajadores expuestos a ruido, a solventes aromáticos, a ruido y a solventes, y no expuestos. En los resultados se observó que el deterioro de la capacidad auditiva de aquellos trabajadores expuestos por 10 o más años fue significativamente mayor que el de los trabajadores expuestos. En el análisis multivariado se encontró que sólo el tiempo de exposición por 20 o más años, estuvo asociado de manera significativa con la incidencia de la Hipoacusia (Londoño y Restrepo, 1997).

5.3.2.1 Reporte de riesgos laborales según FASECOLDA

En la tabla 10, se observan las empresas y trabajadores, número de accidentes de trabajadores que para el año 2014 fue de 688.942, equivalentes a una prevalencia de $7.708,9 \times 100.000$ trabajadores. El número de muertes fue de 564, confirmadas como accidentes de trabajo para una tasa de mortalidad de $6,3 \times 100.000$ trabajadores. Además, solo se pagaron 2,0% de las indemnizaciones (14.007).

TABLA 10. REPORTE DE RIESGOS LABORALES SEGÚN FASECOLDA PARA COLOMBIA EN 2014.

CLASE DE RIESGO	GRUPO	NRO. EMPRESAS	PART. % NRO. EMPRESAS	NRO. TRAB. DEP.	NRO. TRAB. INDEP.	TOTAL TRABAJADORES	PART. % TOTAL TRABAJADORES	NRO. ACC. TRAB. CALIF.	NRO. ENF. PROF. CALIF.	MUERTES CALIF. AT	MUERTES CALIF. EP	TOT. MUERTES CALIF.	NRO. PENSIONES INV. AT	NRO. PENSIONES INV. EP	TOT. PENSIONES INV.	NRO. INDEM. IPP PAGADAS AT	NRO. INDEM. IPP PAGADAS EP	TOT. INDEM. IPP PAGADAS
CLASE 1 (comercio al por mayor, Actividades bancarias, Actividades de informática)	Administración pública y defensa	4.361	0,73%	270.586	105.038	375.624	4,20%	9.536	424	8	1	9	3	0	3	144	202	346
	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	2.283	0,38%	7.856	511	8.367	0,09%	570	30	1	0	1	58	1	59	22	6	28
	Industria manufacturera	1.568	0,26%	15.607	409	16.016	0,18%	1.329	16	0	0	0	1	0	1	17	12	29
	Inmobiliario	62.011	10,42%	910.335	34.161	944.496	10,57%	42.521	576	31	0	31	35	5	40	660	227	887
	Servicios sociales y de Salud	8.753	1,47%	72.551	8.295	80.846	0,90%	3.514	90	2	0	2	0	0	0	28	23	51
	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2.458	0,41%	32.045	685	32.730	0,37%	1.045	16	3	0	3	1	0	1	19	4	23
CLASE 2 (producción agrícola, pesca, manufactura simple, hotelería, telecomunicaciones).	Administración pública y defensa	686	0,12%	47.920	4.194	52.114	0,58%	1.772	21	3	0	3	0	1	1	21	21	42
	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	23.576	3,96%	200.307	2.172	202.479	2,27%	42.302	607	24	0	24	15	2	17	581	159	740
	Construcción	305	0,05%	2.503	183	2.686	0,03%	93	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
	Industria manufacturera	13.067	2,20%	189.900	3.473	193.373	2,16%	14.455	585	2	0	2	8	1	9	194	193	387
	Inmobiliario	18.557	3,12%	180.030	4.276	184.306	2,06%	13.889	444	1	0	1	9	1	10	132	63	195

CLASE DE RIESGO	GRUPO	NRO. EMPRESAS	PART. % NRO. EMPRESAS	NRO. TRAB. DEP.	NRO. TRAB. INDEP.	TOTAL TRABAJADORES	PART. % TOTAL TRABAJADORES	NRO. ACC. TRAB. CALIF.	NRO. ENF. PROF. CALIF.	MUERTES CALIF. AT	MUERTES CALIF. EP	TOT. MUERTES CALIF.	NRO. PENSIONES INV. AT	NRO. PENSIONES INV. EP	TOT. PENSIONES INV.	NRO. INDEM. IPP PAGADAS AT	NRO. INDEM. IPP PAGADAS EP	TOT. INDEM. IPP PAGADAS
	Pesca	307	0,05%	1.880	42	1.922	0,02%	119	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Servicios sociales y de Salud	4.654	0,78%	25.097	2.527	27.624	0,31%	1.460	14	0	0	0	0	0	0	14	5	19
	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2.077	0,35%	66.698	1.900	68.598	0,77%	2.550	50	1	0	1	0	0	0	34	18	52
CLASE 3 (elaboración de alimentos, marroquinería, fabricación de químicos, servicios de Salud.)	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	2.128	0,36%	78.466	478	78.944	0,88%	11.452	549	3	0	3	1	1	2	90	140	230
	Construcción	3.427	0,58%	37.582	680	38.262	0,43%	4.101	17	6	0	6	8	0	8	111	1	112
	Eléctrico, gas y agua	1.390	0,23%	29.733	2.090	31.823	0,36%	3.943	47	4	0	4	1	0	1	74	17	91
	Industria manufacturera	31.174	5,24%	566.058	9.076	575.134	6,44%	69.280	1.670	19	0	19	35	4	39	1.159	649	1.808
	Inmobiliario	5.028	0,84%	638.583	6.989	645.572	7,22%	68.423	405	30	0	30	43	4	47	1.089	175	1.264
	Minas y canteras	56	0,01%	582	8	590	0,01%	63	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Órganos extraterritoriales	25	0,00%	752	180	932	0,01%	66	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Servicios sociales y de Salud	7.575	1,27%	307.896	68.937	376.833	4,22%	29.744	477	7	0	7	6	3	9	168	157	325
	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3.953	0,66%	82.980	2.151	85.131	0,95%	9.601	118	6	0	6	6	0	6	146	27	173

CLASE DE RIESGO	GRUPO	NRO. EMPRESAS	PART. % NRO. EMPRESAS	NRO. TRAB. DEP.	NRO. TRAB. INDEP.	TOTAL TRABAJADORES	PART. % TOTAL TRABAJADORES	NRO. ACC. TRAB. CALIF.	NRO. ENF. PROF. CALIF.	MUERTES CALIF. AT	MUERTES CALIF. EP	TOT. MUERTES CALIF.	NRO. PENSIONES INV. AT	NRO. PENSIONES INV. EP	TOT. PENSIONES INV.	NRO. INDEM. IPP PAGADAS AT	NRO. INDEM. IPP PAGADAS EP	TOT. INDEM. IPP PAGADAS
	nes																	
CLASE 4 (industria azucarera, transporte aéreo y terrestre, alquiler y reparación de automotores o maquinaria.)	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	1.009	0,17%	24.385	197	24.582	0,28%	6.499	80	4	0	4	2	1	3	66	41	107
	Construcción	4.573	0,77%	66.404	1.314	67.718	0,76%	8.859	86	16	0	16	11	0	11	126	5	131
	Eléctrico, gas y agua	693	0,12%	29.244	917	30.161	0,34%	2.201	46	7	0	7	3	1	4	65	20	85
	Industria manufacturera	5.389	0,91%	108.982	3.942	112.924	1,26%	14.643	491	6	0	6	9	1	10	352	186	538
	Inmobiliario	2.551	0,43%	295.914	418	296.332	3,32%	13.354	50	21	0	21	12	0	12	284	22	306
	Minas y canteras	55	0,01%	1.949	38	1.987	0,02%	189	18	1	0	1	1	1	2	6	6	12
	Pesca	158	0,03%	1.451	30	1.481	0,02%	81	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	20.258	3,40%	406.803	11.878	418.681	4,68%	25.073	192	74	0	74	38	1	39	507	95	602
CLASE 5 (explotación de minas y cantera, construcción, manejo de desperdicios y desechos en general.)	Administración pública y defensa	450	0,08%	47.642	3.875	51.517	0,58%	3.494	198	3	0	3	2	5	7	67	92	159
	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	290	0,05%	3.765	96	3.861	0,04%	186	0	1	0	1	0	0	0	9	0	9
	Construcción	56.543	9,50%	844.682	8.643	853.325	9,55%	98.218	162	97	0	97	74	1	75	1.428	48	1.476

CLASE DE RIESGO	GRUPO	NRO. EMPRESAS	PART. % NRO. EMPRESAS	NRO. TRAB. DEP.	NRO. TRAB. INDEP.	TOTAL TRABAJADORES	PART. % TOTAL TRABAJADORES	NRO. ACC. TRAB. CALIF.	NRO. ENF. PROF. CALIF.	MUERTES CALIF. AT	MUERTES CALIF. EP	TOT. MUERTES CALIF.	NRO. PENSIONES INV. AT	NRO. PENSIONES INV. EP	TOT. PENSIONES INV.	NRO. INDEM. IPP PAGADAS AT	NRO. INDEM. IPP PAGADAS EP	TOT. INDEM. IPP PAGADAS
	Industria manufacturera	6.315	1,06%	92.453	1.483	93.936	1,05%	11.007	103	12	0	12	16	2	18	265	42	307
	Inmobiliario	13.754	2,31%	219.632	3.593	223.225	2,50%	20.714	106	14	0	14	10	2	12	355	41	396
	Minas y canteras	5.058	0,85%	157.628	2.596	160.224	1,79%	18.141	358	71	2	73	22	13	35	463	176	639
	Servicios sociales y de Salud	1.028	0,17%	11.203	1.449	12.652	0,14%	761	10	0	0	0	0	0	0	4	3	7
	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	935	0,16%	36.803	441	37.244	0,42%	2.389	39	1	0	1	2	0	2	108	15	123
TOTAL GENERAL		595.065	100,00%	8.509.554	427.381	8.936.935	100,00%	688.942	9.710	564	5	569	501	56	557		3.533	14.007

Fuente: FASECOLDA. 2014. <http://sistemas.fasecolda.com/rpDatos/>

6. Capítulo 2. Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes

En el presente capítulo, se describe la situación de salud Auditiva y comunicativa de la población colombiana con base en las estadísticas reportadas desde el SGSSS a partir de los reportes obligatorios realizados a las secretarías de Salud y al MSPS. Toda la información ha sido condensada y extraída del SISPRO como fuente básica de información. Posteriormente se elabora una descripción de las variables que causan gradientes de desigualdad entre los grupos poblacionales, teniendo en cuenta determinantes estructurales e intermedios.

PRIMER COMPONENTE: CARGA DE MORBILIDAD POR MODALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS

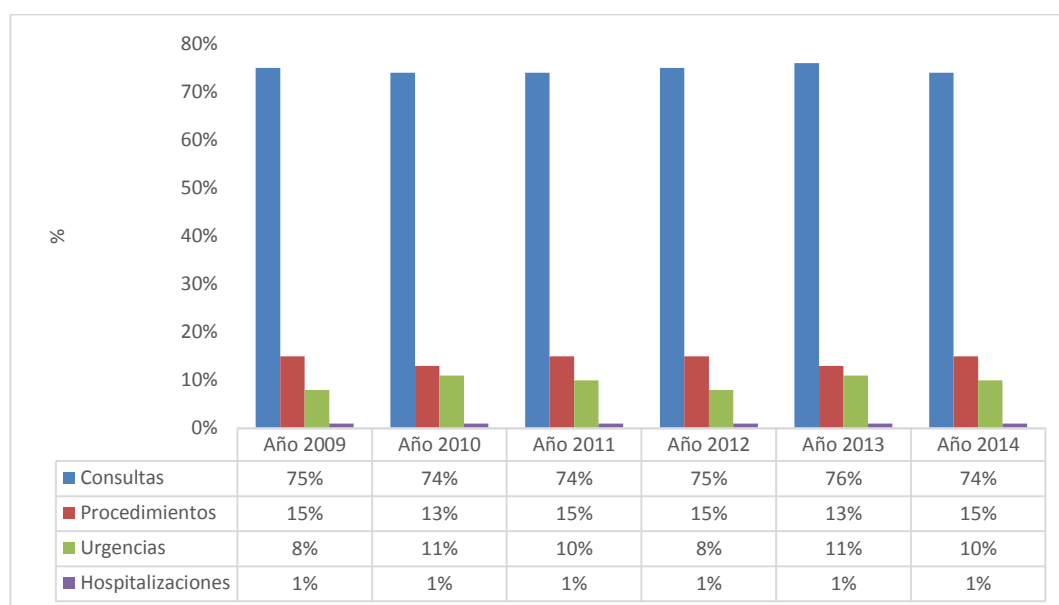
6.1. *Análisis de la morbilidad*

El análisis de la morbilidad registrada se presenta en dos componentes, el primero corresponde a la carga de morbilidad por modalidad de atención en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. El segundo, se refiere a los procedimientos distribuidos para la resolutivez de los eventos otológicos, auditivos, de lenguaje y habla.

6.1.1 *Comportamiento de uso de servicios y morbilidad registrada en Colombia por enfermedades del oído y la mastoides entre los años 2009 a 2014.*

De 1.924.585 registros de morbilidad entre los años 2009 a 2014, el servicio más utilizado fue la consulta externa con un promedio de 75%, seguido de los procedimientos con un promedio de 13%, urgencias con un promedio de 11% y hospitalizaciones 1% del total de las atenciones, en todos los años de observación.

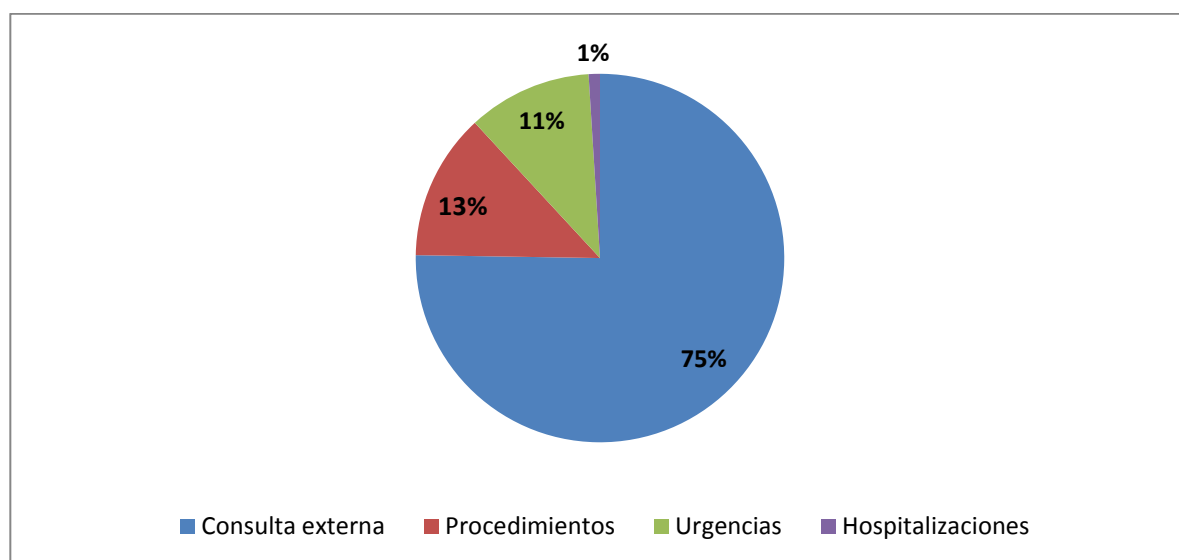
Gráfica 4. Distribución porcentual por servicios de atención.



Fuente: RIPS. Cobertura del 70%

Como se evidencia en las gráficas 4 y 5 la consulta externa supera significativamente la forma de consultar alteraciones auditivas y comunicativas

Gráfica 5. Registro de atenciones de las enfermedades del oído y alteraciones de la audición por tipo de servicio de 2009 a 2014



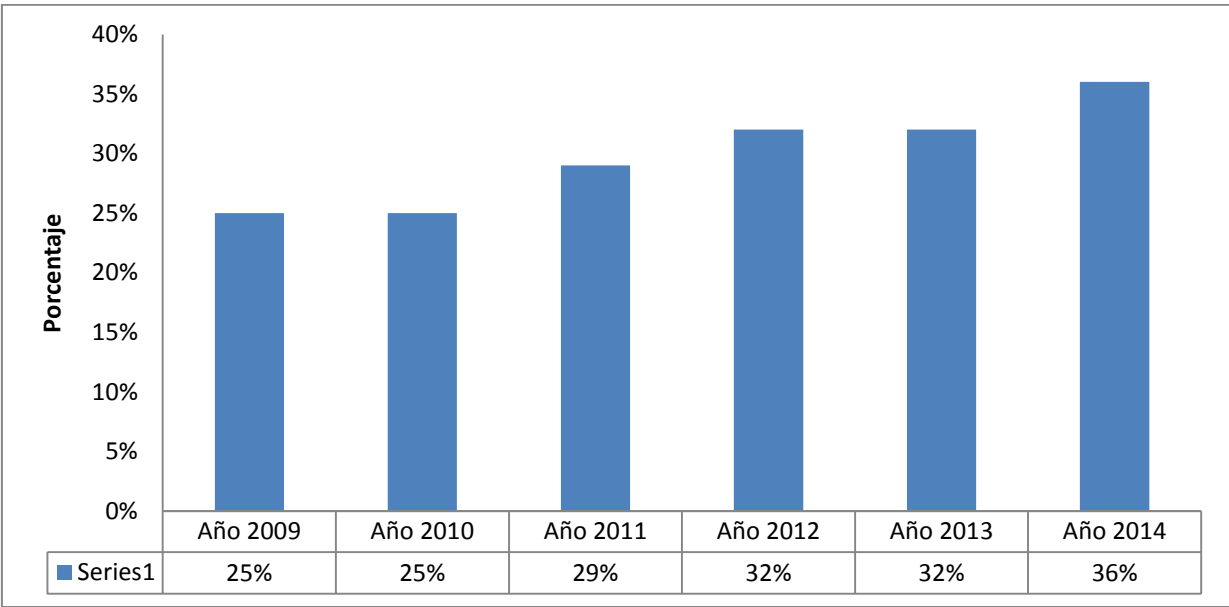
Fuente: RIPS. Cobertura del 70%

La gráfica 5 muestra el promedio de uso de los servicios entre los años 2009 a 2014.

6.1.2 Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de consulta externa (en oído externo, medio e interno y otros trastornos)

Con relación a las consultas externas atendidas por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides entre 2009 y 2014 se evidencia un aumento con los años. Las consultas por este tipo de diagnóstico fueron el 25% de las consultas externas relacionadas con eventos otológicos, auditivos, de lenguaje y del habla durante 2009 y en 2014 subió a ser el 36% como lo muestra la gráfica 6.

Gráfica 6. Distribución porcentual de las consultas externa por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Colombia. 2009 a 2014

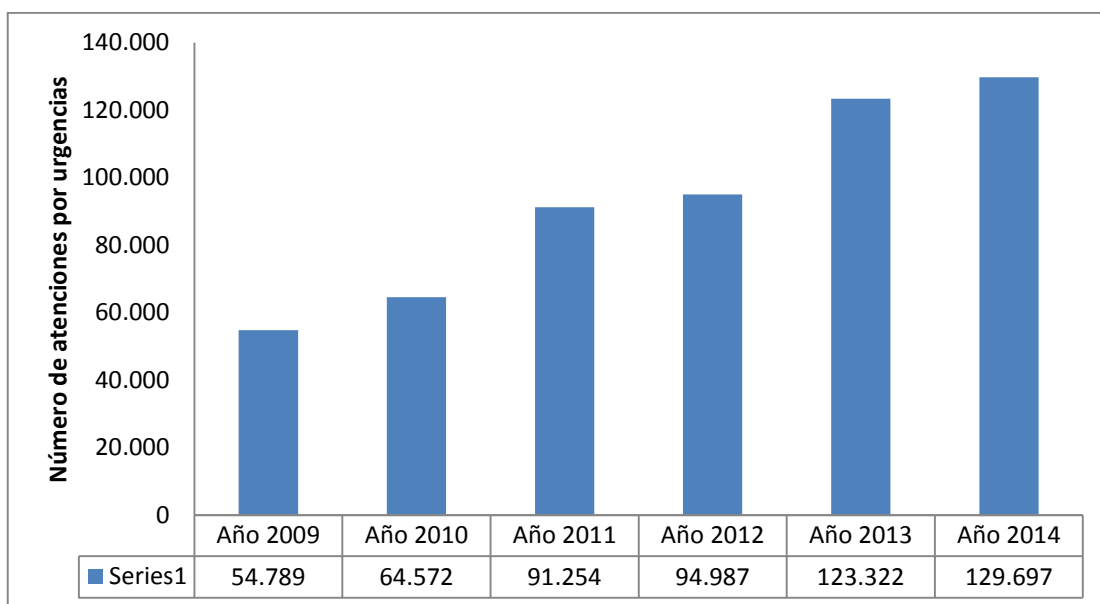


Fuente: RIPS. Cobertura del 70% servicio de consulta externa

6.1.3 Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de urgencias

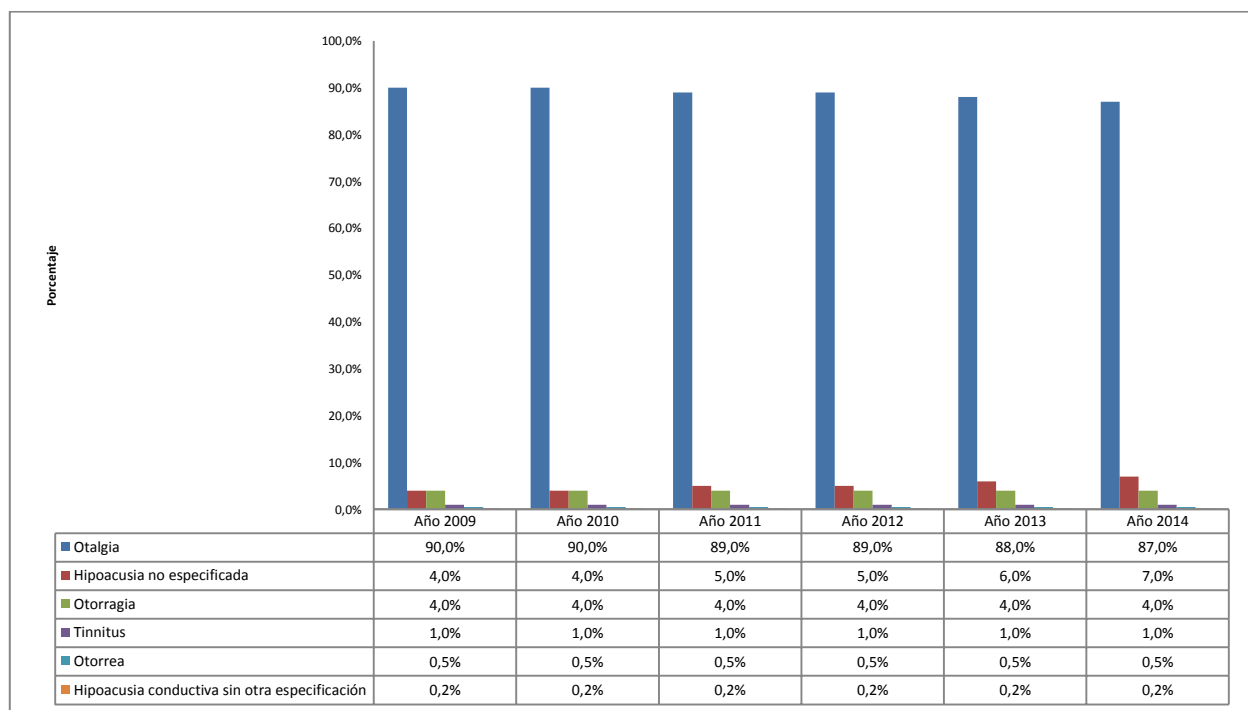
En cuanto a la morbilidad registrada en los **servicios de urgencias**, en 2014 se presentaron 129.697 consultas, aumentando respecto a lo registrado en 2009 como lo muestra la gráfica 7.

Gráfica 7. Número de atenciones de urgencias por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides Colombia. 2009 a 2014.



Fuente: RIPS. Cobertura del 70%

Gráfica 8. Distribución porcentual de urgencias por trastornos del oído. Colombia. 2009 a 2014



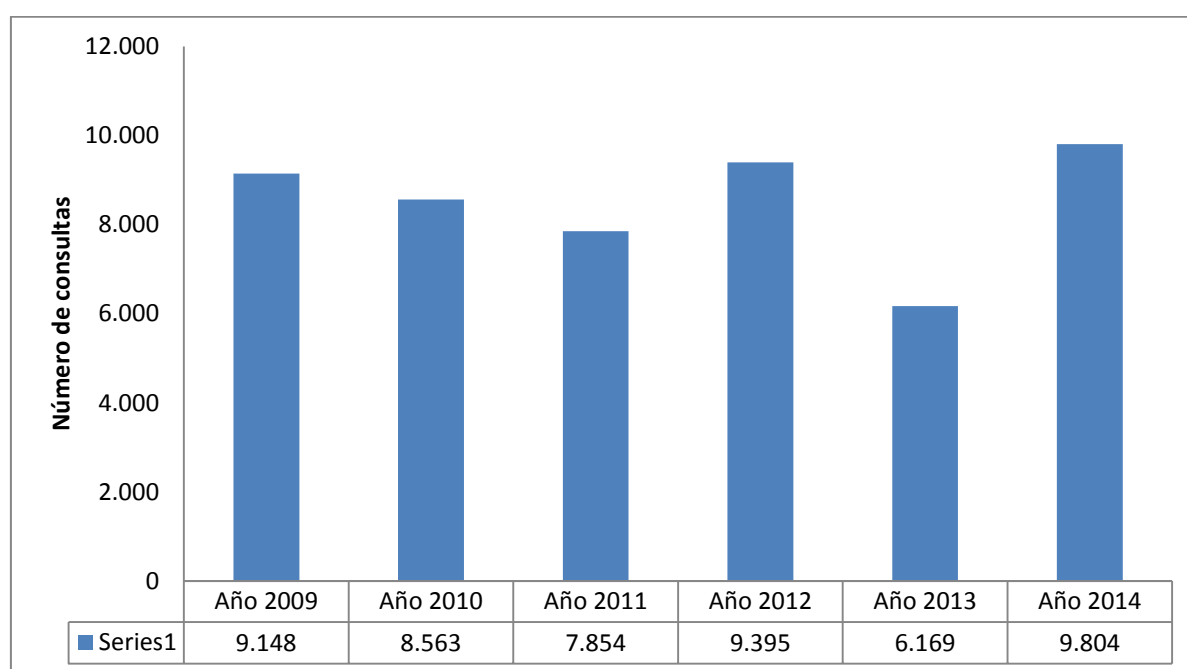
Fuente: RIPS. Cobertura del 70%, RIPS 2009 -2014.

El mayor número de consultas de urgencias relacionadas con trastornos del oído se registran por otalgia siendo entre el 87% y el 90% de las consultas, seguidas de hipoacusia no especificada que aumenta con los años de observación y otorragia con un 4%. Comportamiento que se mantienen en los años de observación. Grafica 8.

6.1.4 Comportamiento de la morbilidad registrada por servicio de hospitalización

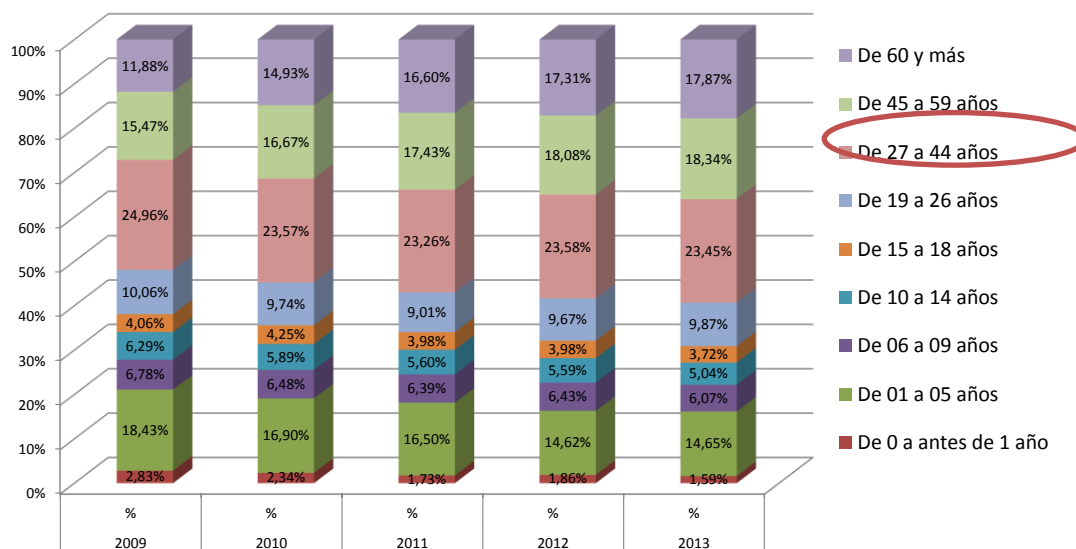
En cuanto a la morbilidad registrada en los *servicios de hospitalización*, de 2009 a 2014 se presenta variabilidad año a año con un número total de 9.804 hospitalizaciones al año 2014 asociadas a enfermedades del oído y la apófisis mastoides.

Gráfica 9. Distribución porcentual de hospitalización por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. 2009 a 2014



Fuente: RIPS. Cobertura del 70%, RIPS 2009 -2014

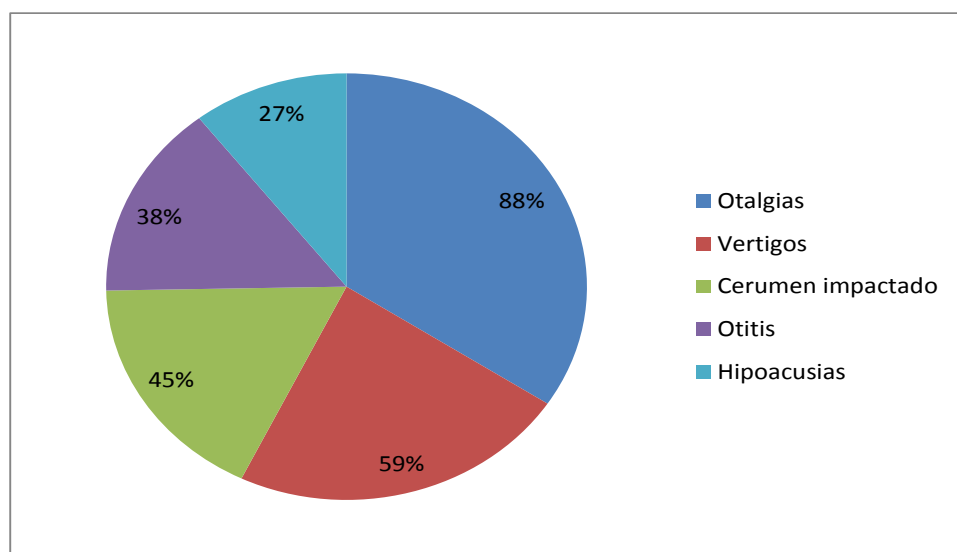
Gráfica 10. Morbilidad de las alteraciones del oído y audición atendida por curso de vida.



Fuente: RIPS 2009 -2013. MSPS

El grupo etario que consulta por enfermedades del oído y alteraciones de la audición corresponde al grupo de 27 a 44 años, seguido por el grupo de 45 a 59 años y en tercer lugar los adultos de 60 y más. Esto se debe a la distribución de la población en el país siendo mayor en el grupo de 25 a 44 años con 13.197.289 de personas, respecto a 7.456.252 del grupo de 45 a 59 años y 4.964.793 del grupo de más de 60 años.

Gráfica 11. Principales causas de atención de las enfermedades del oído y alteraciones de la audición 2009 a 2014



Fuente: RIPS. Cobertura del 70%, RIPS 2009 -2014

En la atención en las alteraciones del oído y audición se identifican las otalgias con un 88 %, como la primera causa de consulta relacionada con trastornos de oído que son consultados, seguido de los vértigos en un 59%, el cerumen impactado con 45% y las otitis con un 38%, finalmente la hipoacusia en un 27%.

Al igual que las ENT, las *infecciones del oído (otitis media)* y los *colesteatomas*, son consideradas las enfermedades del oído más frecuente en nuestro país¹³, porque se convierten en una condición crónica a largo plazo que causan la pérdida de la audición; eventos como la *presbiacusia*, los *traumas de oído*, y la *exposición elevada a ruido* con la consecuente *hipoacusia*, *acufenos*, *vértigos* y deterioro en la calidad de vida.

6.1.5 Morbilidad atendida por grupo de riesgo

Para el período 2009 a 2014, 49.314.300 colombianos demandaron la prestación de servicios equivalentes a 1.563.229.793 atenciones, según el reporte de RIPS realizado por las EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social. Se encontraron para el periodo de estudio 8.910.659 atenciones relacionadas con alteraciones de la salud auditiva, del habla y del lenguaje equivalentes al 0,57% del total de atenciones en salud (Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencias absolutas y relativas de las atenciones relacionadas con el habla, lenguaje y audición en Colombia, 2009-2014

Tipo de atención	Número de personas atendidas	Número de atenciones 2009-2014	%	Prevalencia de atenciones x 100.000 hab.	Razón atenciones: persona 2009-2014
Alteraciones del oído y la audición	2.963.644	6.921.261	0,44	14.359,10	2,3
Alteraciones del Habla	105.505	586.106	0,04	1.215,96	5,5
Alteraciones del Lenguaje	813.210	1.403.292	0,09	2.911,32	1,7
Total de alteraciones Auditivas, del Habla y Lenguaje	3.882.359	8.910.659	0,57	18.486,38	2,2
Total de atenciones en Salud	49.314.300	1.563.229.793	100,00	3.243.133,12	31,6

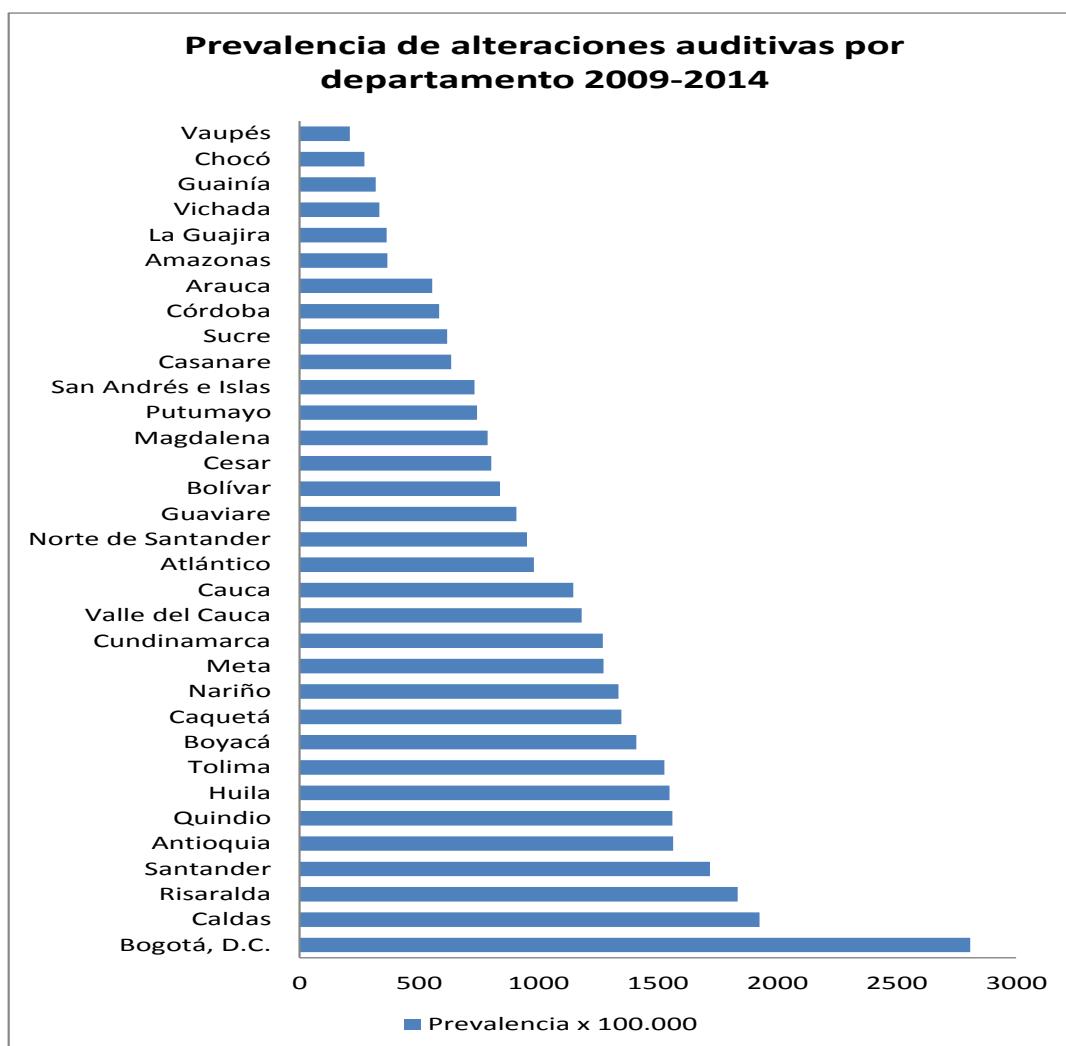
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

En general se encontró una mayor prevalencia de alteraciones relacionadas con atenciones auditivas (14.359,10 x 100.000), seguido por las alteraciones del habla (1.215,96 x 100.000) y del lenguaje (2.911,32 x 100.000).

¹³Los problemas del oído y la audición (C08 - enfermedades del oído y de la apófisis mastoides). <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32919>

Por departamento se encuentra una mayor prevalencia de atenciones relacionadas con las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa en: Bogotá, Caldas, Risaralda, Santander, Antioquia, Quindío, Huila y Tolima (Gráfica 12).

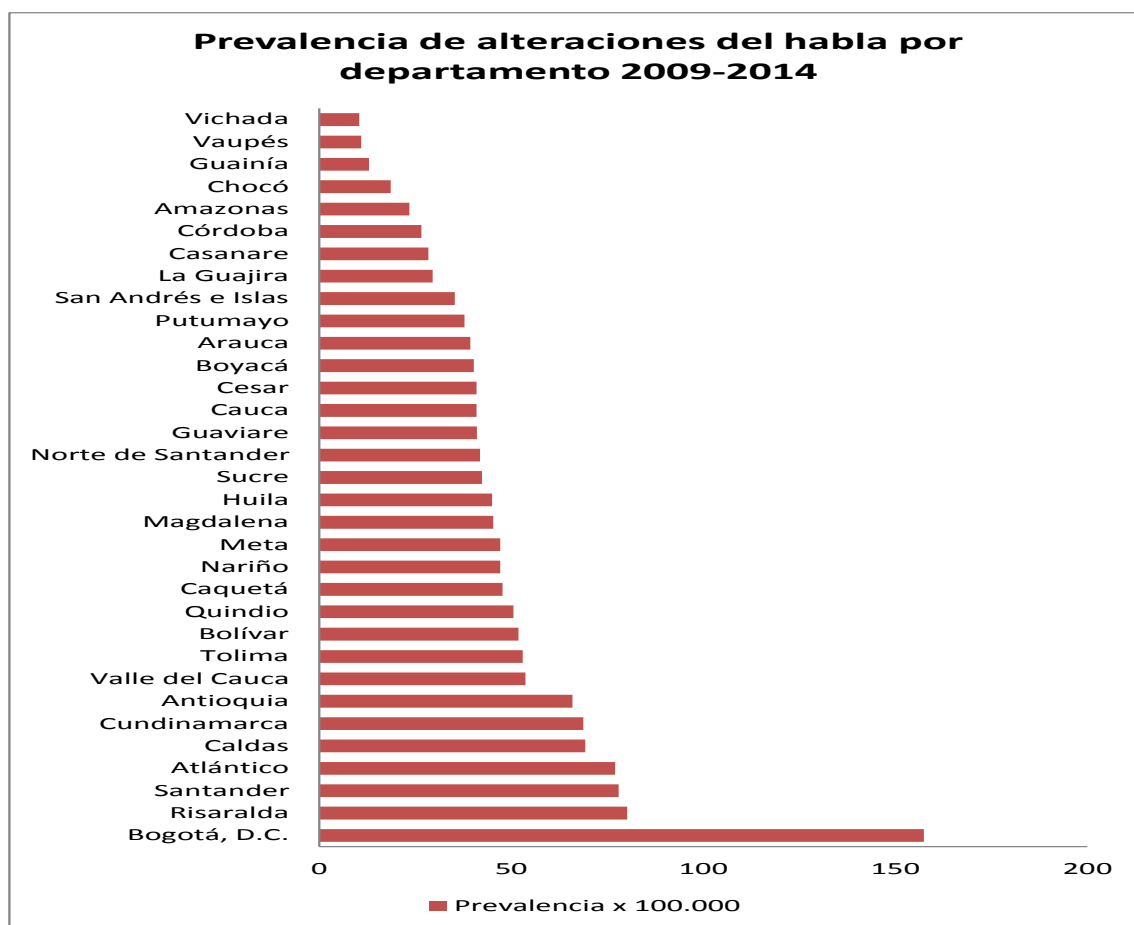
Gráfica 12. Atenciones relacionadas con alteraciones de audición por departamento de 2009 a 2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos que presentan mayor prevalencia de atenciones relacionadas con alteraciones del habla son: Bogotá, Risaralda, Santander, Antioquia, Atlántico, Caldas y Cundinamarca (Gráfica 13).

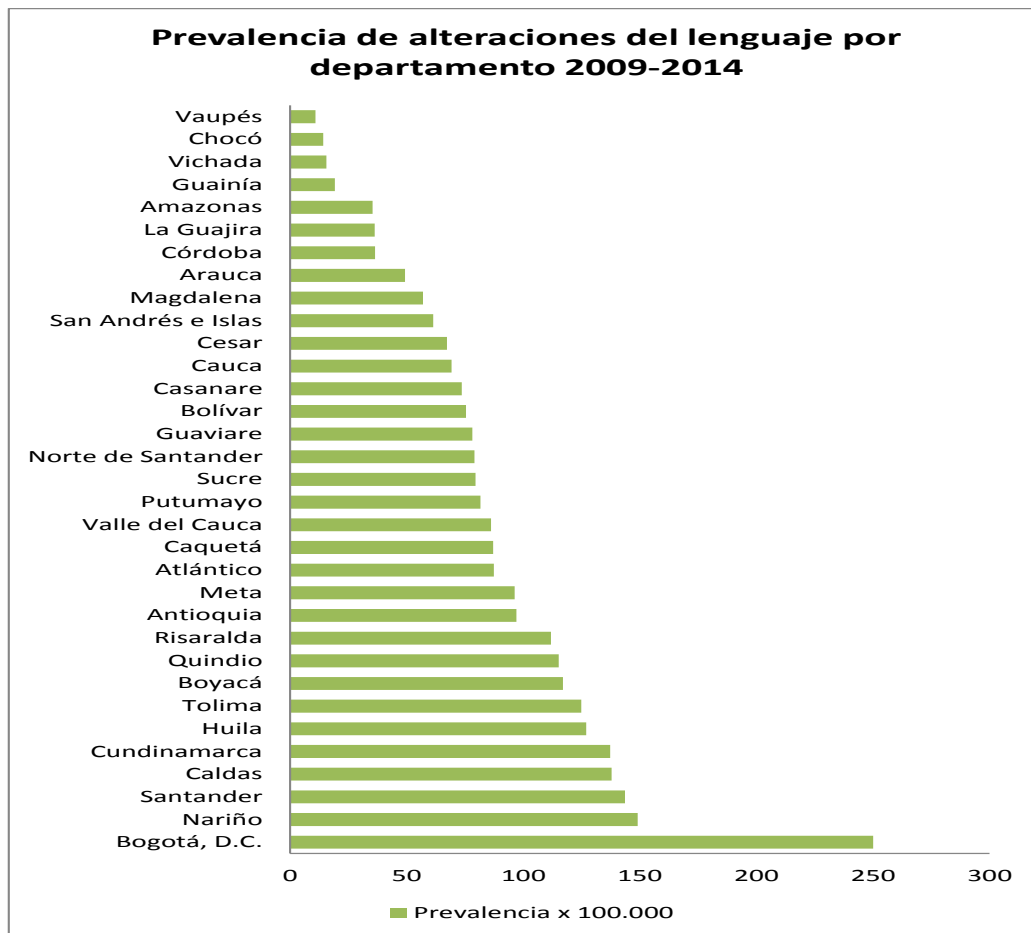
Gráfica 13. Prevalencia de atenciones relacionadas con alteraciones del habla por departamento de 2009 a 2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos que presentan mayor prevalencia de atenciones relacionadas con alteraciones del lenguaje en Bogotá, Nariño, Santander, Caldas y Cundinamarca (Gráfica 14).

Gráfica 14. Prevalencia de Atenciones relacionadas con alteraciones del lenguaje por departamento entre 2009 y 2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.1.6 Morbilidad atendida por evento y departamento

Alteraciones del oído y la audición

Por cuartiles, se encontró que los departamentos con menor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones auditivas son: Vaupés, Guainía, San Andrés, Amazonas, Vichada, Guaviare y Chocó (Mapa 3).

Otitis (Códigos CIE-10 H650, H651, H659, H669, H609)

Para el período de estudio se encontró un total de 6.921.261 atenciones relacionadas con las alteraciones del oído. En este período el reporte de atenciones relacionadas con el grupo de las otitis fue de 3.474.131, equivalentes a una prevalencia de atención poblacional de 7.207,56 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son: Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca y Atlántico (Tabla 12).

TABLA 12. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE LAS ATENCIONES RELACIONADAS CON LAS OTITIS POR DEPARTAMENTO, 2009 A 2014

Otitis	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Colombia	500.980	100,00%	482.485	100,00%	600.694	100,00%	650.305	100,00%	556.023	100,00%	683.644	100,00%	3.474.131	100,00%
11 - Bogotá, D.C.	132.835	26,52%	127.010	26,32%	169.564	28,23%	162.951	25,06%	122.969	22,12%	136.096	19,91%	851.425	24,51%
05 - Antioquia	102.807	20,52%	84.709	17,56%	86.398	14,38%	77.926	11,98%	81.327	14,63%	103.655	15,16%	536.822	15,45%
76 - Valle del Cauca	29.896	5,97%	22.388	4,64%	40.549	6,75%	50.795	7,81%	48.551	8,73%	49.852	7,29%	242.031	6,97%
25 - Cundinamarca	15.460	3,09%	16.525	3,42%	24.266	4,04%	24.964	3,84%	23.629	4,25%	26.158	3,83%	131.002	3,77%
08 - Atlántico	14.253	2,85%	14.841	3,08%	16.347	2,72%	21.032	3,23%	18.909	3,40%	26.369	3,86%	111.751	3,22%
68 - Santander	31.301	6,25%	23.302	4,83%	29.436	4,90%	32.146	4,94%	27.105	4,87%	33.261	4,87%	176.551	5,08%
15 - Boyacá	16.873	3,37%	17.034	3,53%	18.624	3,10%	25.997	4,00%	22.949	4,13%	26.345	3,85%	127.822	3,68%
52 - Nariño	24.263	4,84%	20.492	4,25%	37.339	6,22%	69.500	10,69%	31.263	5,62%	46.532	6,81%	229.389	6,60%
41 - Huila	12.960	2,59%	10.952	2,27%	15.148	2,52%	16.984	2,61%	16.013	2,88%	21.323	3,12%	93.380	2,69%
17 - Caldas	10.044	2,00%	13.824	2,87%	13.025	2,17%	16.402	2,52%	14.169	2,55%	15.611	2,28%	83.075	2,39%
13 - Bolívar	10.817	2,16%	9.887	2,05%	12.237	2,04%	13.711	2,11%	10.825	1,95%	13.254	1,94%	70.731	2,04%
66 - Risaralda	16.270	3,25%	14.375	2,98%	16.704	2,78%	20.682	3,18%	23.671	4,26%	21.852	3,20%	113.554	3,27%
73 - Tolima	13.060	2,61%	16.534	3,43%	14.301	2,38%	15.518	2,39%	11.300	2,03%	15.081	2,21%	85.794	2,47%
54 - Norte de Santander	12.307	2,46%	7.632	1,58%	11.155	1,86%	10.992	1,69%	10.257	1,84%	13.084	1,91%	65.427	1,88%
50 - Meta	9.477	1,89%	9.812	2,03%	11.787	1,96%	11.379	1,75%	10.123	1,82%	14.224	2,08%	66.802	1,92%
19 - Cauca	4.843	0,97%	13.970	2,90%	11.892	1,98%	10.875	1,67%	13.805	2,48%	12.680	1,85%	68.065	1,96%

Otitis	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
47 - Magdalena	6.284	1,25%	6.320	1,31%	7.311	1,22%	8.604	1,32%	8.294	1,49%	10.026	1,47%	46.839	1,35%
-1 - NO DEFINIDO	7.344	1,47%	11.479	2,38%	17.764	2,96%	11.484	1,77%	8.720	1,57%	31.042	4,54%	87.833	2,53%
23 - Córdoba	3.694	0,74%	4.373	0,91%	4.672	0,78%	7.409	1,14%	9.441	1,70%	9.834	1,44%	39.423	1,13%
70 - Sucre	2.199	0,44%	2.351	0,49%	3.193	0,53%	3.956	0,61%	4.701	0,85%	8.452	1,24%	24.852	0,72%
63 - Quindío	6.015	1,20%	11.893	2,46%	10.428	1,74%	8.305	1,28%	8.539	1,54%	9.446	1,38%	54.626	1,57%
20 - Cesar	7.389	1,47%	6.776	1,40%	12.251	2,04%	7.624	1,17%	8.250	1,48%	8.330	1,22%	50.620	1,46%
44 - La Guajira	1.055	0,21%	1.981	0,41%	2.695	0,45%	3.699	0,57%	3.628	0,65%	4.735	0,69%	17.793	0,51%
18 - Caquetá	3.515	0,70%	6.311	1,31%	3.226	0,54%	5.294	0,81%	5.889	1,06%	5.934	0,87%	30.169	0,87%
86 - Putumayo	860	0,17%	1.966	0,41%	4.636	0,77%	5.121	0,79%	3.363	0,60%	7.803	1,14%	23.749	0,68%
85 - Casanare	1.923	0,38%	1.141	0,24%	1.829	0,30%	2.392	0,37%	2.134	0,38%	3.449	0,50%	12.868	0,37%
99 - Vichada	19	0,00%	360	0,07%	344	0,06%	352	0,05%	858	0,15%	1.845	0,27%	3.778	0,11%
27 - Chocó	839	0,17%	1.076	0,22%	446	0,07%	1.267	0,19%	799	0,14%	1.475	0,22%	5.902	0,17%
81 - Arauca	925	0,18%	1.529	0,32%	2.260	0,38%	1.050	0,16%	1.114	0,20%	2.801	0,41%	9.679	0,28%
95 - Guaviare	917	0,18%	938	0,19%	298	0,05%	942	0,14%	1.459	0,26%	1.463	0,21%	6.017	0,17%
94 - Guainía	250	0,05%	235	0,05%	155	0,03%	43	0,01%	230	0,04%	388	0,06%	1.301	0,04%
91 - Amazonas	238	0,05%	163	0,03%	200	0,03%	530	0,08%	1.090	0,20%	442	0,06%	2.663	0,08%
88 - San Andrés	13	0,00%	299	0,06%	201	0,03%	280	0,04%	566	0,10%	436	0,06%	1.795	0,05%
97 - Vaupés	35	0,01%	7	0,00%	13	0,00%	99	0,02%	83	0,01%	366	0,05%	603	0,02%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

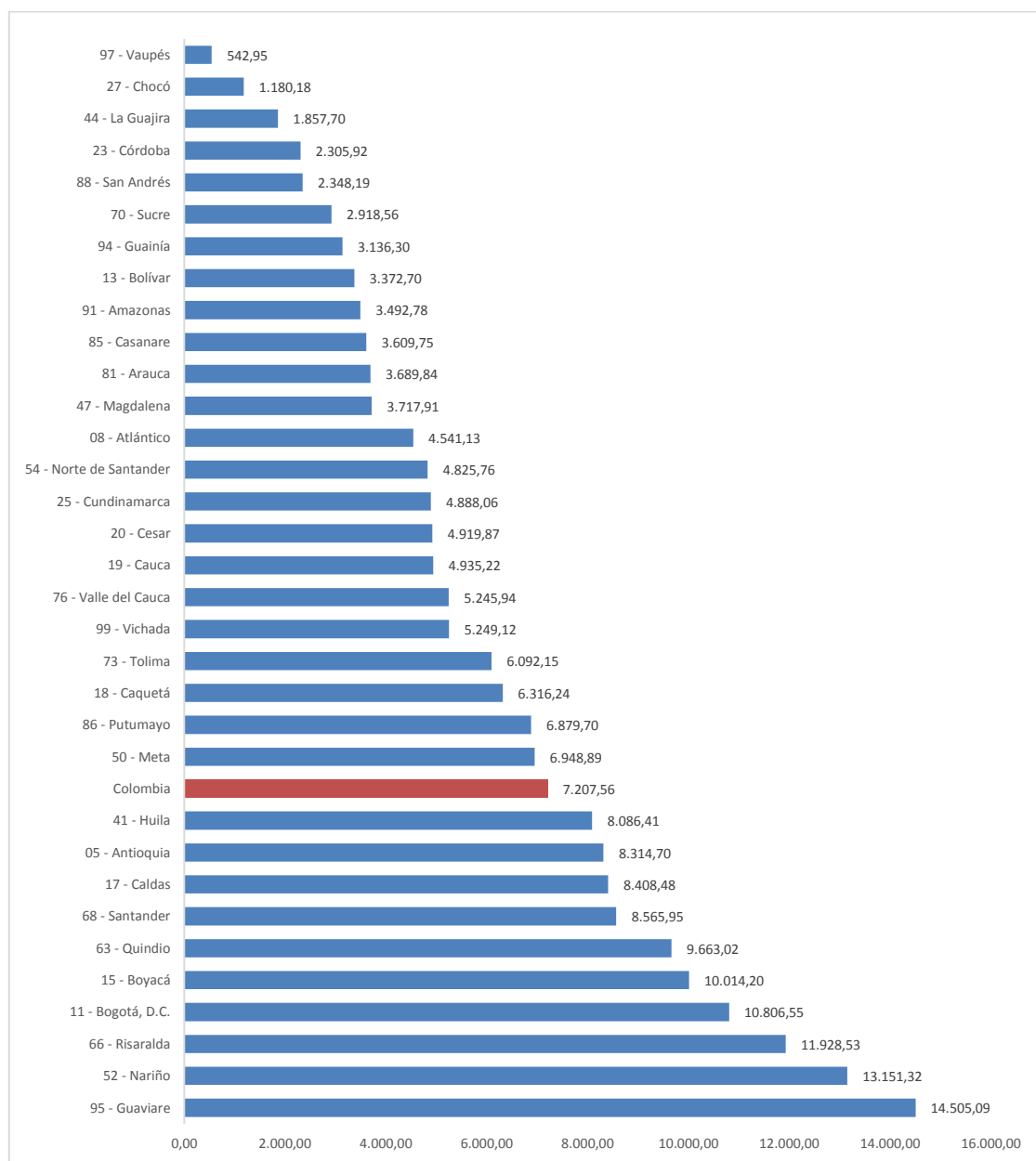
Las mayores prevalencias de atención relacionadas con otitis sobre el total de la población, se encontraron en los Departamentos de Guaviare, Nariño, Risaralda, Bogotá y Boyacá (Gráfica 15).

Lo que sugiere, por ejemplo: que la alta prevalencia de las otitis en el departamento de Guaviare, puede estar asociado al modo de vida (especialmente de la población rural e indígena) en lo relacionado a la falta de higiene, acceso a servicios públicos básicos y uso de fogones de leña cerca del lugar donde duermen, ocasionando irritación en las mucosas de las vías respiratorias y por ende las otitis (Bedoya & otros. 2014). Otra razón, obedece al desconocimiento acerca de los cuidados del oído y la audición como a la oferta y acceso a servicios otológicos y audiológicos.

Nariño y Boyacá, comparten comportamientos de riesgo similares relacionados con el uso de fogones de leña dentro de las casas. Cabe señalar otro factor de riesgo no menos importante, los malos hábitos de alimentación y nutrición, Por ejemplo: la lactancia artificial en los primeros meses de vida, suprimen los anticuerpos contenidos en la leche materna y protegen contra los microorganismos asociados a las otitis. La protección de la lactancia materna se constituye en un conjunto de acciones afirmativas que reconocen los primeros dos años de vida, como la etapa crucial de desarrollo de la audición, visión, lenguaje y comunicación del ser humano en todas sus dimensiones. (Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020).

En cuanto a los departamentos con menos prevalencia de atenciones se encuentran: Vaupés, Chocó y Guajira para lo que puede influir a) la ubicación geográfica en que se encuentra y la distribución de la población en zonas rurales y rurales dispersas y b) la dificulta el acceso a los servicios de salud.

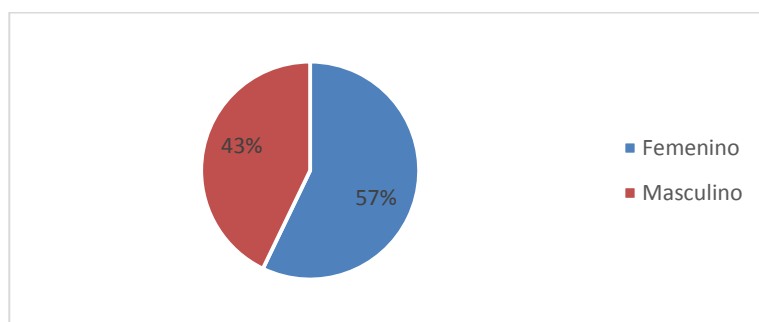
Gráfica 15. Prevalencia de atención relacionada con otitis por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

La mayor frecuencia de consultas por sexo relacionadas con otitis se observa en el sexo femenino con 57.1% (Gráfica 16), correspondiente a los datos de mayor consultas en mujeres que en hombres, según reportes del sistema de información.

Gráfica 16. Prevalencia de atención relacionada con otitis por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

La mayor frecuencia de atenciones relacionadas con el eventos por otitis en el curso de vida se presentan en el grupo de primera infancia con un 40.6%, seguido de la adultez con 26.7% (Tabla 13). Lo que sugiere, posible desconocimiento acerca del cuidado del oído y la audición, pobre o nulo reconocimiento de los factores de riesgo y de medidas preventivas por parte de los padres y cuidadores de los niños/as, al igual que programas de detección temprana carentes o deficientes de las EAPB. Podría suponerse falencias en el manejo clínico de las otitis por parte de los profesionales de la salud del primer de atención debido a la carencia de protocolos estandarizados o GPC.

De igual forma llama la atención el importante porcentaje reportado en el adulto, posiblemente relacionado con riesgo laboral, asociado a la exposición de material particular ototóxico de alta densidad, programas de salud y seguridad en el trabajo deficientes en la generación de conductas protectora, pobre uso de elementos de protección personal y de autocuidado (Andrade, 2016). La mayor razón de personas atendidas se encuentra en la adolescencia con 2,8, seguido por adultez con 2,4. Lo cual podría estar asociado con el ruido de la tecnología de reproducción de sonido cerca al oído y la exposición a altos niveles de ruido ambiental (socioacusia) (Díaz y Linares, 2015).

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PERSONAS ATENDIDAS POR OTITIS Y CURSO DE VIDA, 2009-2014

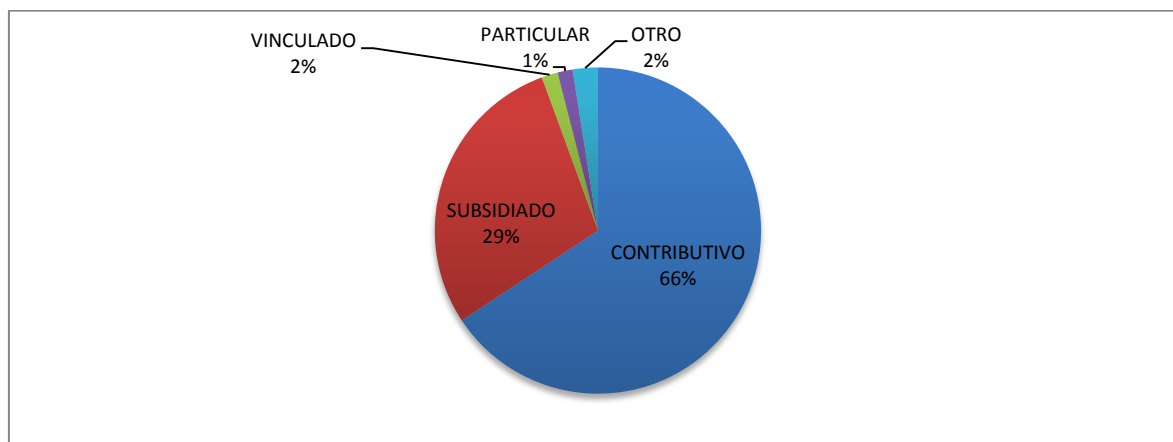
Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	838.328	1.409.589	40,6	1,7
Infancia	180.028	268.616	7,7	1,5
Adolescencia	142.769	406.292	11,7	2,8
Juventud	186.395	300.247	8,6	1,6
Adultez	385.550	927.018	26,7	2,4
Vejez	85.471	162.369	4,7	1,9
Total	1.818.541	3.474.131	100	1,9

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

En la clasificación por régimen de afiliación se observa que el 65,7% del total de atenciones relacionadas con otitis son del régimen contributivo (gráfica 17). La cobertura

del sistema de información SISPRO es mayor en las EAPBs del régimen contributivo, lo que se relaciona directamente con los hallazgos de mayoría de atenciones en otitis.

Gráfica 17. Prevalencia de atención relacionada con otitis por régimen de afiliación 2009-2014.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Número de personas atendidas por otitis

El número de personas que accedieron a servicios de salud con base en los datos de SISPRO para otitis, fueron 1.818.541 para el período 2009 a 2014., equivalentes a 2 atenciones por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por Otitis de 52.345 x 100.000 habitantes. Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Amazonas, Nariño, Putumayo, Guaviare, Bogotá, y Boyacá (Tabla 14).

TABLA 14. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE OTITIS, POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Frecuencia	Personas atendidas	Prevalencia poblacional x 100.000 hab	Razón de Atenciones por persona
1 - Colombia	3.474.131	1.818.541	3.815,51	1,9
05 - Antioquia	536.822	301.611	28.166,90	1,8
08 - Atlántico	111.751	67.901	12.256,30	1,6
11 - Bogotá, D.C.	851.425	428.248	5.435,50	2,0
13 - Bolívar	70.731	51.512	2.456,30	1,4
15 - Boyacá	127.822	60.792	4.762,70	2,1
17 - Caldas	83.075	47.942	4.852,50	1,7
18 - Caquetá	30.169	18.674	3.909,60	1,6
19 - Cauca	68.065	43.250	3.135,90	1,6
20 - Cesar	50.620	33.291	3.235,60	1,5
23 - Córdoba	39.423	28.050	1.640,70	1,4

Departamento	Frecuencia	Personas atendidas	Prevalencia poblacional x 100.000 hab	Razón de Atenciones por persona
1 - Colombia	3.474.131	1.818.541	3.815,51	1,9
25 - Cundinamarca	131.002	80.347	2.998,00	1,6
27 - Chocó	5.902	3.562	712,3	1,7
41 - Huila	93.380	57.401	4.970,70	1,6
44 - La Guajira	17.793	9.617	1.004,10	1,9
47 - Magdalena	46.839	28.237	2.241,30	1,7
50 - Meta	66.802	38.305	3.984,60	1,7
52 - Nariño	229.389	76.250	4.371,60	3,0
54 - Norte de Santander	65.427	39.800	2.935,60	1,6
63 - Quindío	54.626	28.414	5.026,30	1,9
66 - Risaralda	113.554	54.078	5.680,70	2,1
68 - Santander	176.551	102.985	4.996,70	1,7
70 - Sucre	24.852	17.632	2.070,70	1,4
73 - Tolima	85.794	49.054	3.483,30	1,7
76 - Valle del Cauca	242.031	128.502	2.785,20	1,9
81 - Arauca	9.679	4.672	1.781,10	2,1
85 - Casanare	12.868	7.861	2.205,20	1,6
86 - Putumayo	23.749	8.822	2.555,60	2,7
88 - San Andrés	1.795	914	1.195,70	2,0
91 - Amazonas	2.663	710	931,2	3,8
94 - Guainía	1.301	714	1.721,20	1,8
95 - Guaviare	6.017	3.073	7.408,00	2,0
97 - Vaupés	603	369	332,3	1,6
99 - Vichada	3.778	4.072	5.657,60	0,9

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2. Consultas de urgencias por otitis

Para el período de estudio se reportaron 227.947 consultas de urgencias por otitis, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 449,7 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Valle (Tabla 15).

TABLA 15. NÚMERO DE ATENCIONES DE URGENCIAS POR OTITIS, 2009 A 2014

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Colombia	39.387	100,0	37.075	100,0	44.952	100,0	36.321	100,0	31.472	100,0	38.740	100,0	227.947	100,0
05 - Antioquia	5.546	14,1	4.199	11,3	3.138	7,0	1.337	3,7	2.103	6,7	3.098	8,0	19.421	8,5
08 - Atlántico	498	1,3	673	1,8	743	1,7	906	2,5	560	1,8	669	1,7	4.049	1,8
-1 - NO DEFINIDO	923	2,3	1.154	3,1	1.880	4,2	1.374	3,8	1.335	4,2	4.506	11,6	11.172	4,9
11 - Bogotá, D.C.	7.995	20,3	8.659	23,4	11.746	26,1	7.606	20,9	7.291	23,2	6.880	17,8	50.177	22,0
13 - Bolívar	947	2,4	824	2,2	783	1,7	900	2,5	591	1,9	819	2,1	4.864	2,1
15 - Boyacá	2.634	6,7	2.302	6,2	2.632	5,9	1.739	4,8	1.955	6,2	1.842	4,8	13.104	5,7
17 - Caldas	480	1,2	1.052	2,8	850	1,9	778	2,1	657	2,1	703	1,8	4.520	2,0
18 - Caquetá	396	1,0	441	1,2	246	0,5	290	0,8	241	0,8	263	0,7	1.877	0,8
19 - Cauca	266	0,7	867	2,3	794	1,8	565	1,6	511	1,6	512	1,3	3.515	1,5
20 - Cesar	388	1,0	430	1,2	302	0,7	141	0,4	348	1,1	225	0,6	1.834	0,8
23 - Córdoba	129	0,3	151	0,4	292	0,6	241	0,7	212	0,7	373	1,0	1.398	0,6
25 - Cundinamarca	1.163	3,0	1.043	2,8	1.787	4,0	1.550	4,3	1.788	5,7	2.009	5,2	9.340	4,1
27 - Chocó	61	0,2	79	0,2	22	0,0	22	0,1	34	0,1	73	0,2	291	0,1
41 - Huila	772	2,0	689	1,9	1.002	2,2	835	2,3	823	2,6	884	2,3	5.005	2,2
44 - La Guajira	58	0,1	35	0,1	71	0,2	81	0,2	43	0,1	116	0,3	404	0,2
47 - Magdalena	342	0,9	532	1,4	437	1,0	271	0,7	272	0,9	415	1,1	2.269	1,0
50 - Meta	876	2,2	1.076	2,9	884	2,0	241	0,7	167	0,5	354	0,9	3.598	1,6
52 - Nariño	4.399	11,2	2.686	7,2	4.887	10,9	8.797	24,2	2.850	9,1	4.555	11,8	28.174	12,4
54 - Norte de	2.115	5,4	1.155	3,1	1.590	3,5	725	2,0	409	1,3	708	1,8	6.702	2,9

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Santander														
63 - Quindío	632	1,6	1.416	3,8	1.216	2,7	577	1,6	814	2,6	772	2,0	5.427	2,4
66 - Risaralda	752	1,9	670	1,8	1.026	2,3	621	1,7	1.444	4,6	1.212	3,1	5.725	2,5
68 - Santander	2.204	5,6	1.945	5,2	1.889	4,2	1.028	2,8	420	1,3	739	1,9	8.225	3,6
70 - Sucre	230	0,6	205	0,6	241	0,5	261	0,7	272	0,9	529	1,4	1.738	0,8
73 - Tolima	980	2,5	1.449	3,9	1.166	2,6	784	2,2	395	1,3	657	1,7	5.431	2,4
76 - Valle del Cauca	4.303	10,9	2.894	7,8	4.716	10,5	4.200	11,6	5.256	16,7	5.059	13,1	26.428	11,6
81 - Arauca	18	0,0	68	0,2	81	0,2	24	0,1	42	0,1	71	0,2	304	0,1
85 - Casanare	51	0,1	21	0,1	37	0,1	33	0,1	36	0,1	34	0,1	212	0,1
86 - Putumayo	93	0,2	220	0,6	400	0,9	276	0,8	119	0,4	460	1,2	1.568	0,7
88 - San Andrés		0,0	8	0,0	16	0,0	75	0,2	100	0,3	40	0,1	239	0,1
91 - Amazonas	4	0,0	4	0,0	8	0,0	10	0,0	274	0,9	17	0,0	317	0,1
94 - Guainía	6	0,0	31	0,1	21	0,0	2	0,0	20	0,1	44	0,1	124	0,1
95 - Guaviare	118	0,3	40	0,1	16	0,0	25	0,1	85	0,3	72	0,2	356	0,2
97 - Vaupés	3	0,0		0,0	3	0,0	1	0,0	1	0,0	5	0,0	13	0,0
99 - Vichada	5	0,0	57	0,2	30	0,1	5	0,0	4	0,0	25	0,1	126	0,1

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de urgencias relacionadas con Otitis son Nariño, Boyacá y Quindío (Tabla 16).

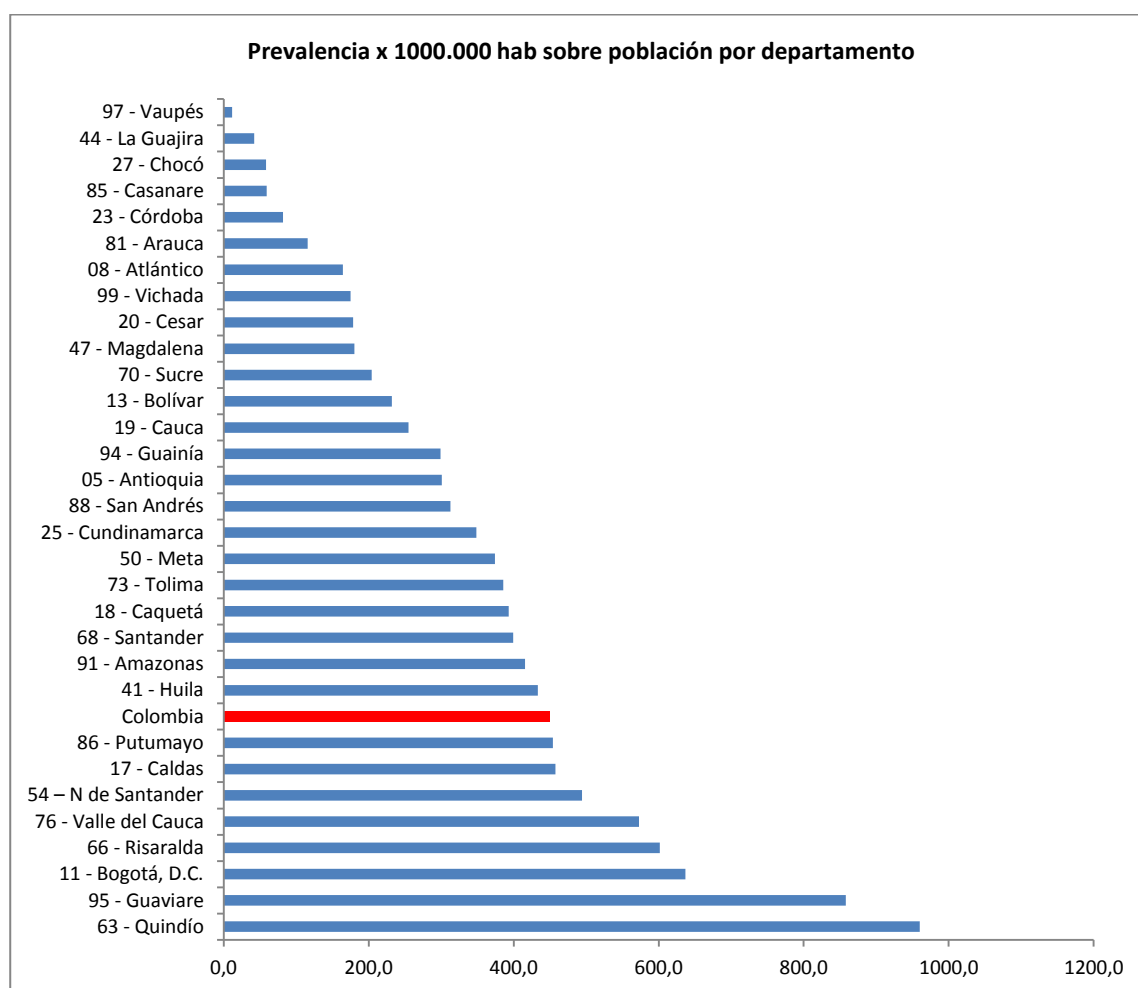
TABLA 16. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE URGENCIAS RELACIONADAS CON OTITIS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamentos	890701 - CONSULTA DE URGENCIAS	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	21.6775	449,7	2,4
05 - Antioquia	19.421	300,8	0,2
08 - Atlántico	4.049	164,5	0,0
11 - Bogotá, D.C.	50.177	636,9	0,6
13 - Bolívar	4.864	231,9	0,1
15 - Boyacá	13.104	1.026,6	0,1
17 - Caldas	4.520	457,5	0,1
18 - Caquetá	1.877	393,0	0,0
19 - Cauca	3.515	254,9	0,0
20 - Cesar	1.834	178,3	0,0
23 - Córdoba	1.398	81,8	0,0
25 - Cundinamarca	9.340	348,5	0,1
27 - Chocó	291	58,2	0,0
41 - Huila	5.005	433,4	0,1
44 - La Guajira	404	42,2	0,0
47 - Magdalena	2.269	180,1	0,0
50 - Meta	3.598	374,3	0,0
52 - Nariño	28.174	1.615,3	0,3
54 - N de Santander	6.702	494,3	0,1
63 - Quindío	5.427	960,0	0,1

Departamentos	890701 - CONSULTA DE URGENCIAS	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
66 - Risaralda	5.725	601,4	0,1
68 - Santander	8.225	399,1	0,1
70 - Sucre	1.738	204,1	0,0
73 - Tolima	5.431	385,6	0,1
76 - Valle del Cauca	26.428	572,8	0,3
81 - Arauca	304	115,9	0,0
85 - Casanare	212	59,5	0,0
86 - Putumayo	1.568	454,2	0,0
88 - San Andrés	239	312,7	0,0
91 - Amazonas	317	415,8	0,0
94 - Guainía	124	298,9	0,0
95 - Guaviare	356	858,2	0,0
97 - Vaupés	13	11,7	0,0
99 - Vichada	126	175,1	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Gráfica 18. Prevalencia consultas de urgencias relacionadas con otitis x 1000.000 hab. sobre población por departamento.



6.2.1.1. Alteraciones del sistema vestibular (Códigos CIE-10 H82X, H819, H810, H811, H812, H813, H814 y H818)

Para el período de estudio se reportaron 3.086.886 atenciones relacionadas con alteraciones del sistema vestibular, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 4.895,9 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Antioquia y Santander (Tabla 17).

TABLA 17. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 – Colombia	494.867	100,0	518.025	100,0	679.215	100,0	765.457	100,0	629.322	100,0	3.086.886	100,0	2.359.866	100,0
-1 - NO DEFINIDO	220.887	44,6	233.217	45,0	308.993	45,5	347.387	45,4	295.455	46,9	1.405.939	45,5	2.010.013	85,2
11 - Bogotá, D.C.	72.896	14,7	85.816	16,6	108.089	15,9	119.968	15,7	95.468	15,2	482.237	15,6	673.619	28,5
05 - Antioquia	42.759	8,6	41.861	8,1	50.336	7,4	52.079	6,8	46.258	7,4	233.293	7,6	337.780	14,3
76 - Valle del Cauca	19.451	3,9	19.405	3,7	28.575	4,2	33.342	4,4	29.422	4,7	130.195	4,2	181.025	7,7
68 - Santander	19.167	3,9	13.673	2,6	18.430	2,7	20.743	2,7	16.006	2,5	88.019	2,9	119.915	5,1
08 - Atlántico	12.898	2,6	12.826	2,5	13.834	2,0	15.220	2,0	12.758	2,0	67.536	2,2	97.068	4,1
73 - Tolima	10.093	2,0	11.380	2,2	14.799	2,2	16.200	2,1	9.687	1,5	62.159	2,0	82.830	3,5
25 - Cundinamarca	9.655	2,0	8.590	1,7	12.565	1,8	14.940	2,0	11.374	1,8	57.124	1,9	82.295	3,5
52 - Nariño	6.020	1,2	5.871	1,1	12.231	1,8	21.261	2,8	11.446	1,8	56.829	1,8	76.641	3,2
13 - Bolívar	6.559	1,3	8.034	1,6	9.892	1,5	11.609	1,5	8.970	1,4	45.064	1,5	65.641	2,8
41 - Huila	9.436	1,9	8.924	1,7	10.533	1,6	12.118	1,6	6.877	1,1	47.888	1,6	65.087	2,8

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
66 - Risaralda	7.924	1,6	6.986	1,3	9.077	1,3	10.469	1,4	11.513	1,8	45.969	1,5	60.859	2,6
15 - Boyacá	5.977	1,2	6.627	1,3	9.328	1,4	13.582	1,8	7.878	1,3	43.392	1,4	60.681	2,6
54 - Norte de Santander	8.377	1,7	6.139	1,2	9.182	1,4	9.146	1,2	8.097	1,3	40.941	1,3	56.308	2,4
17 - Caldas	5.319	1,1	7.519	1,5	8.054	1,2	9.007	1,2	7.915	1,3	37.814	1,2	54.790	2,3
23 - Córdoba	5.816	1,2	6.272	1,2	8.293	1,2	8.196	1,1	8.888	1,4	37.465	1,2	53.370	2,3
50 - Meta	5.749	1,2	5.399	1,0	9.160	1,3	8.634	1,1	6.445	1,0	35.387	1,1	50.753	2,2
47 - Magdalena	5.923	1,2	5.324	1,0	6.871	1,0	7.790	1,0	6.211	1,0	32.119	1,0	45.639	1,9
19 - Cauca	3.112	0,6	6.393	1,2	7.884	1,2	7.087	0,9	6.844	1,1	31.320	1,0	43.717	1,9
20 - Cesar	4.444	0,9	3.500	0,7	4.946	0,7	5.554	0,7	4.374	0,7	22.818	0,7	30.529	1,3
63 - Quindío	3.864	0,8	4.192	0,8	5.299	0,8	5.354	0,7	4.108	0,7	22.817	0,7	30.414	1,3
70 - Sucre	2.369	0,5	2.717	0,5	3.511	0,5	3.763	0,5	4.009	0,6	16.369	0,5	26.082	1,1
18 - Caquetá	1.696	0,3	2.160	0,4	2.283	0,3	3.563	0,5	2.556	0,4	12.258	0,4	18.034	0,8
44 - La Guajira	1.229	0,2	1.185	0,2	1.476	0,2	1.896	0,2	2.128	0,3	7.914	0,3	11.259	0,5
85 - Casanare	1.169	0,2	1.117	0,2	1.968	0,3	1.804	0,2	1.172	0,2	7.230	0,2	10.174	0,4
86 -	361	0,1	514	0,1	1.451	0,2	1.730	0,2	1.054	0,2	5.110	0,2	7.801	0,3

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Putumayo														
27 - Chocó	645	0,1	751	0,1	789	0,1	1.474	0,2	614	0,1	4.273	0,1	6.230	0,3
81 - Arauca	418	0,1	622	0,1	630	0,1	560	0,1	604	0,1	2.834	0,1	4.681	0,2
95 - Guaviare	231	0,0	332	0,1	176	0,0	408	0,1	325	0,1	1.472	0,0	2.411	0,1
88 - San Andrés	55	0,0	452	0,1	172	0,0	271	0,0	482	0,1	1.432	0,0	2.057	0,1
91 - Amazonas	270	0,1	115	0,0	175	0,0	166	0,0	239	0,0	965	0,0	1.235	0,1
99 - Vichada	23	0,0	50	0,0	85	0,0	85	0,0	66	0,0	309	0,0	436	0,0
94 - Guainía	61	0,0	57	0,0	71	0,0	19	0,0	39	0,0	247	0,0	318	0,0
97 - Vaupés	9	0,0	1	0,0	52	0,0	28	0,0	25	0,0	115	0,0	187	0,0
NR - NO REPORTADO	5	0,0	4	0,0	5	0,0	4	0,0	15	0,0	33	0,0	40	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

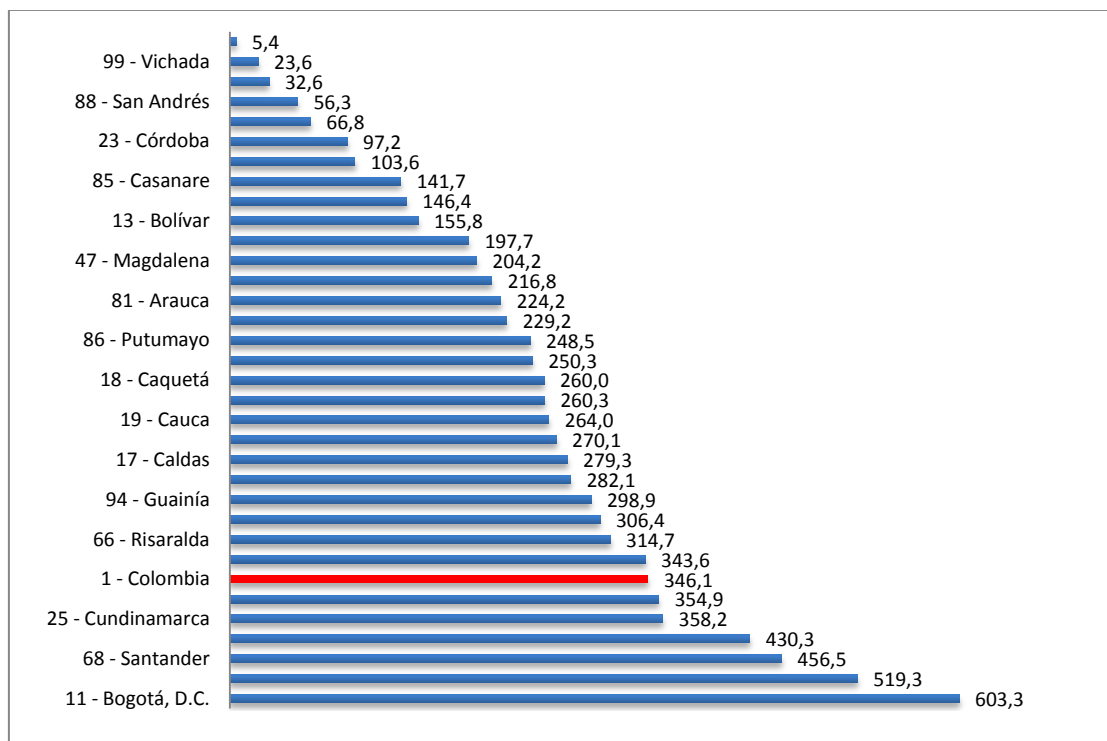
Las mayores prevalencias de atención relacionadas con alteraciones del sistema vestibular sobre el total de la población, se encontraron en los departamentos de Bogotá, Boyacá, Santander y Nariño (Gráfica 19).

En Boyacá la mayor prevalencia de alteraciones del sistema vestibular se puede relacionar con la mayor proporción de adultos mayores y el alto consumo de carbohidratos, así como, una mayor frecuencia de dislipidemias (Ishiyama, Jacobson & Baloh, 2000). Según López-Gentili, Kremenichutzky & Salgado (2003) los vértigos más frecuentemente se presentan de forma idiopática, seguidos de postraumáticos, neuronitis vestibular, vasculares, virales y tumorales.

En Nariño, además de los factores relacionados con la dieta, se observa alta prevalencia de atenciones que no está relaciona con sobre oferta habilitada (tabla 66, 67 y 68) de profesionales en fonoaudiología, otorrinolaringología y pediatría. Los profesionales con mayor disponibilidad son las enfermeras dentro del programa de crecimiento y desarrollo (ver tabla 69) quienes podrían estar haciendo mayor detección. Otra razón puede ser la obligatoriedad de los exámenes relacionados con el desempeño laboral en altura, de acuerdo con resolución 2346 de 2007, la resolución 3673 de 2008 y la circular 070 de 2009 (Min. Trabajo).

En San Andrés, la baja prevalencia de consultas relacionadas con el sistema vestibular, puede relacionarse con la baja oferta de servicios y dificultades de accesibilidad a los mismos (Lorenzo, 2009).

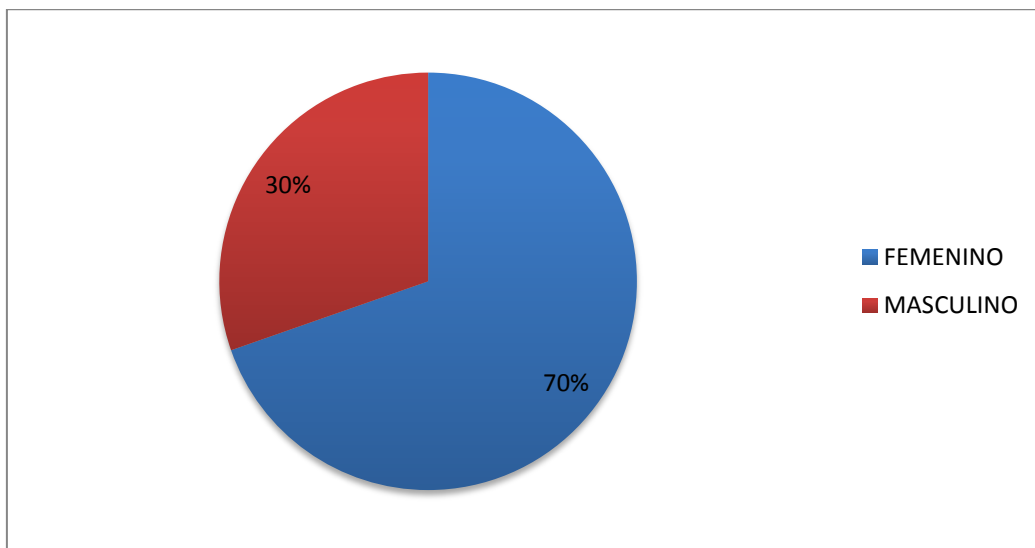
Gráfica 19. Prevalencias de atención relacionadas con alteraciones del sistema vestibular por departamento, 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con alteraciones del sistema vestibular son del sexo femenino con 70% (Gráfica 20), lo que puede estar relacionado con la mayor proporción de consulta de mujeres en el sistema de información.

Gráfica 20. Número de atenciones relacionadas con alteraciones del sistema vestibular por sexo, 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones del sistema vestibular se presenta en el grupo de adultez, con un 59,2%, seguido por vejez con 26,2%

Este comportamiento que muestra mayor frecuencia de atenciones en la adultez y en la vejez, puede ser explicada por sobre registro debido a falsos positivos relacionados con los exámenes de la resolución 2346 de 2007, la resolución 3673 de 2008 y la circular 070 de 2009. Así mismo, puede relacionarse con el ejercicio profesional con malos hábitos, estilos de vida, falta de higiene postural, sedentarismo, ansiedad y estrés emocional, ataques de pánico, migraña, alta frecuencia de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y dislipidemias, insuficiencia renal, alto consumo de sodio y agua, hiperhidrosis, todos factores comunes en el ciclo referenciado (Benavides, 2011). En pacientes con cáncer, puede coexistir vestibulopatía por quimioterapia y por medicamentos en pacientes crónicos (Huelves, 2010). Así mismo, en la adultez y adultez mayor se puede presentar presbivertigo como involución del sistema vestibular (Gazzolaa, Freitas, Aratanic, Rodrigues, Malavasi, 2006)

En relación con la primera infancia e infancia, los datos de frecuencia pueden presentar sesgos porque los diagnósticos se confunden con características del desarrollo motor.

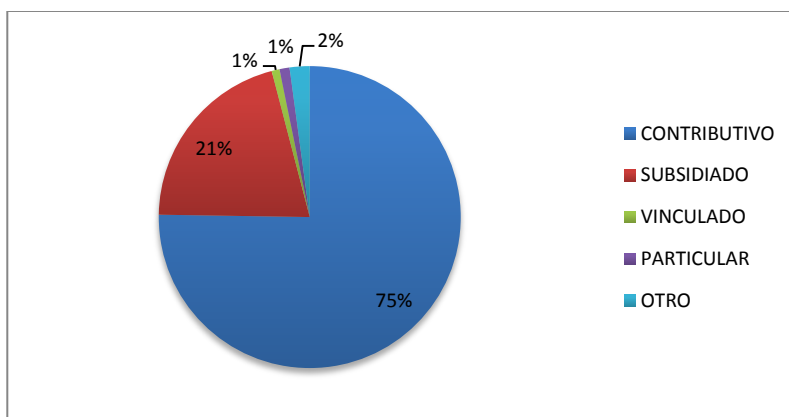
TABLA 18. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	163.866	12.977	0,3	0,1
Infancia	138.964	29.167	0,7	0,2
Adolescencia	122.096	209.770	4,8	1,7
Juventud	183.144	385.727	8,8	2,1
Adulthood	155.030	2.586.302	59,2	16,7
Vejez	40.163	1.145.976	26,2	28,5
Total	803.263	4.369.919	100,0	5,4

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 75,2% del total de atenciones relacionadas con alteraciones del sistema vestibular, son del régimen contributivo (Gráfica 21). Dado que la cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPBS del régimen contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación restringe el establecimiento de diferencias por esta variable.

Gráfica 21. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones del sistema vestibular por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

6.2.1.2. Número de personas atendidas por alteraciones del sistema vestibular

El número de personas que accedieron a servicios de salud con base en los datos de SISPRO para alteraciones del sistema vestibular, fueron 104.856 para el período 2009 a 2014., equivalentes a 3 atenciones por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por alteraciones del sistema vestibular de 1.666,5 x 100.000 habitantes (Tabla 19). Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Risaralda, Santander, Tolima y Guaviare.

TABLA 19. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Número de atenciones por Alteraciones del Sistema Vestibular	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
05 - Antioquia	337.780	104.856	1.624,10	3,2
08 - Atlántico	97.068	35.285	1.433,80	2,8
1 - Colombia	2.359.866	803.263	1.666,50	2,9
11 - Bogotá, D.C.	673.619	212.488	2.697,00	3,2
13 - Bolívar	65.641	28.083	1.339,10	2,3
15 - Boyacá	60.681	18.219	1.427,40	3,3
17 - Caldas	54.790	19.713	1.995,30	2,8
18 - Caquetá	18.034	6.948	1.454,60	2,6
19 - Cauca	43.717	20.185	1.463,60	2,2
20 - Cesar	30.529	13.219	1.284,80	2,3
23 - Córdoba	53.370	18.912	1.106,20	2,8
25 - Cundinamarca	82.295	28.744	1.072,50	2,9
27 - Chocó	6.230	2.207	441,3	2,8
41 - Huila	65.087	21.533	1.864,70	3,0
44 - La Guajira	11.259	4.581	478,3	2,5
47 - Magdalena	45.639	15.754	1.250,50	2,9
50 - Meta	50.753	16.596	1.726,40	3,1
52 - Nariño	76.641	21.808	1.250,30	3,5
54 - Norte de Santander	56.308	20.426	1.506,60	2,8
63 - Quindío	30.414	10.394	1.838,60	2,9
66 - Risaralda	60.859	19.955	2.096,20	3,0
68 - Santander	119.915	44.244	2.146,60	2,7
70 - Sucre	26.082	10.257	1.204,60	2,5
73 - Tolima	82.830	28.555	2.027,70	2,9

Departamento	Número de atenciones por Alteraciones del Sistema Vestibular	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
76 - Valle del Cauca	181.025	70.005	1.517,30	2,6
81 - Arauca	4.681	1.751	667,5	2,7
85 - Casanare	10.174	3.367	944,5	3,0
86 - Putumayo	7.801	2.745	795,2	2,8
88 - San Andrés	2.057	777	1.016,50	2,6
91 - Amazonas	1.235	357	468,2	3,5
94 - Guainía	318	132	318,2	2,4
95 - Guaviare	2.411	927	2.234,70	2,6
97 - Vaupés	187	65	58,5	2,9
99 - Vichada	436	175	243,1	2,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.3. Hipoacusia Conductiva (Códigos CIE-10 H900, H901 y H902)

Para el período de estudio se reportaron 166.817 atenciones relacionadas con hipoacusia conductiva, equivalentes a una prevalencia de atención poblacional, de 346,1 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Antioquia y Santander (Tabla 20).

TABLA 20. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 - Colombia	19.897	100,0	22.048	100,0	30.553	100,0	34.162	100,0	26.746	100,0	33.411	100,0	166.817	100,0
11 - Bogotá, D.C.	5.647	28,4	7.049	32,0	8.957	29,3	10.206	29,9	7.081	26,5	8.593	25,7	47.533	28,5
05 - Antioquia	4.270	21,5	2.635	12,0	4.286	14,0	4.052	11,9	3.592	13,4	4.077	12,2	22.912	13,7
76 - Valle del Cauca	1.446	7,3	1.755	8,0	2.265	7,4	4.604	13,5	2.513	9,4	3.270	9,8	15.853	9,5
25 - Cundinamarca	846	4,3	1.222	5,5	2.281	7,5	1.667	4,9	1.718	6,4	1.867	5,6	9.601	5,8
68 - Santander	1.528	7,7	1.377	6,2	1.807	5,9	1.511	4,4	1.164	4,4	2.022	6,1	9.409	5,6
08 - Atlántico	1.723	8,7	716	3,2	810	2,7	1.288	3,8	1.496	5,6	1.506	4,5	7.539	4,5
52 - Nariño	411	2,1	884	4,0	1.745	5,7	1.983	5,8	959	3,6	1.523	4,6	7.505	4,5
15 - Boyacá	364	1,8	1.650	7,5	1.015	3,3	1.191	3,5	1.121	4,2	1.288	3,9	6.629	4,0
73 - Tolima	367	1,8	560	2,5	718	2,4	597	1,7	647	2,4	915	2,7	3.804	2,3
13 - Bolívar	245	1,2	256	1,2	605	2,0	694	2,0	591	2,2	877	2,6	3.268	2,0
-1 - NO DEFINIDO	11	0,1	391	1,8	827	2,7	396	1,2	344	1,3	1.655	5,0	3.624	2,2
19 - Cauca	218	1,1	554	2,5	1.103	3,6	776	2,3	537	2,0	453	1,4	3.641	2,2
54 - Norte de Santander	464	2,3	364	1,7	747	2,4	695	2,0	536	2,0	723	2,2	3.529	2,1
66 - Risaralda	448	2,3	428	1,9	365	1,2	613	1,8	580	2,2	562	1,7	2.996	1,8
47 - Magdalena	536	2,7	360	1,6	511	1,7	385	1,1	367	1,4	414	1,2	2.573	1,5
17 - Caldas	317	1,6	424	1,9	390	1,3	580	1,7	468	1,7	580	1,7	2.759	1,7
41 - Huila	217	1,1	315	1,4	494	1,6	424	1,2	316	1,2	517	1,5	2.283	1,4
50 - Meta	173	0,9	259	1,2	351	1,1	408	1,2	396	1,5	616	1,8	2.203	1,3
70 - Sucre	68	0,3	113	0,5	147	0,5	287	0,8	484	1,8	747	2,2	1.846	1,1
23 - Córdoba	102	0,5	122	0,6	218	0,7	256	0,7	481	1,8	483	1,4	1.662	1,0
20 - Cesar	139	0,7	84	0,4	161	0,5	273	0,8	340	1,3	509	1,5	1.506	0,9

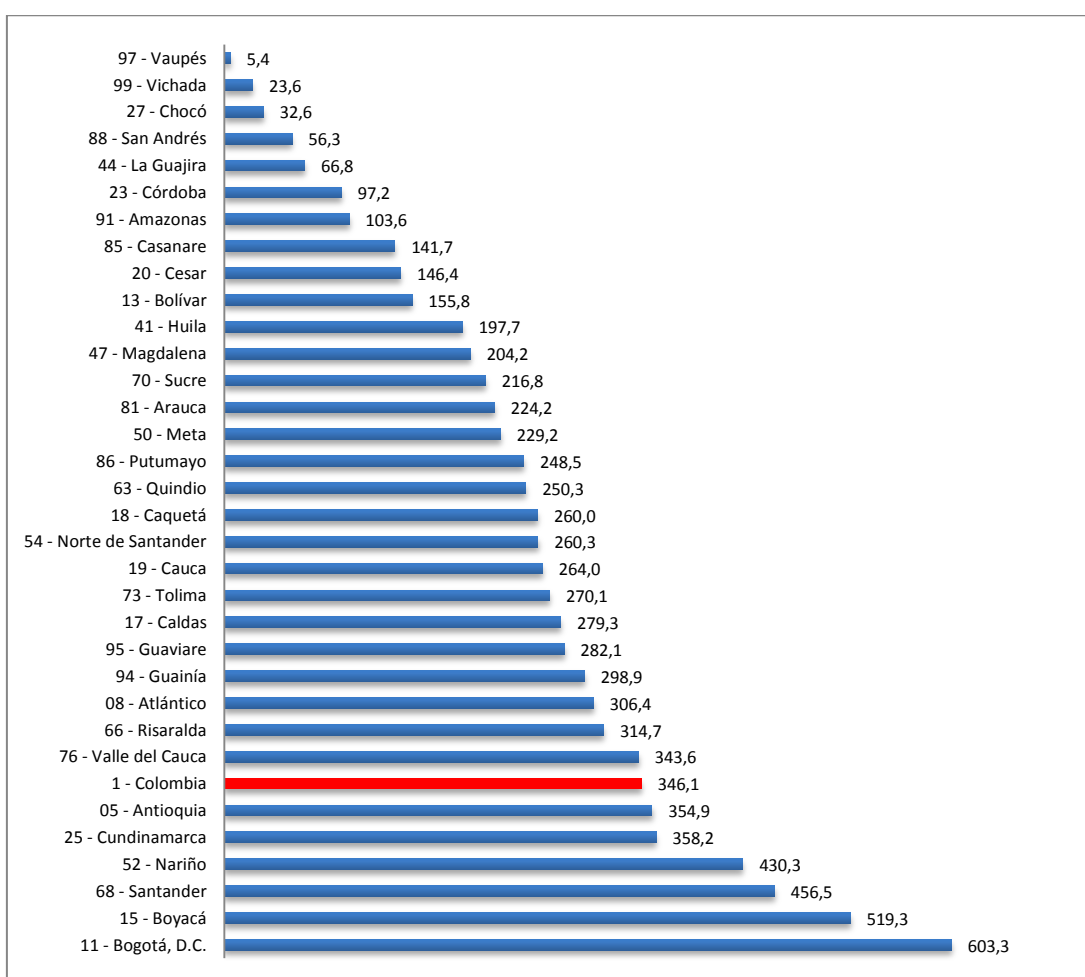
Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
63 - Quindío	141	0,7	273	1,2	247	0,8	216	0,6	259	1,0	279	0,8	1.415	0,8
18 - Caquetá	76	0,4	74	0,3	68	0,2	522	1,5	227	0,8	275	0,8	1.242	0,7
86 - Putumayo	20	0,1	24	0,1	166	0,5	109	0,3	149	0,6	390	1,2	858	0,5
44 - La Guajira	17	0,1	33	0,1	56	0,2	96	0,3	130	0,5	308	0,9	640	0,4
81 - Arauca	7	0,0	40	0,2	85	0,3	47	0,1	107	0,4	302	0,9	588	0,4
85 - Casanare	63	0,3	45	0,2	86	0,3	93	0,3	70	0,3	148	0,4	505	0,3
27 - Chocó	15	0,1	11	0,0	4	0,0	31	0,1	36	0,1	66	0,2	163	0,1
95 - Guaviare	11	0,1	16	0,1	10	0,0	23	0,1	16	0,1	41	0,1	117	0,1
94 - Guainía			3	0,0	8	0,0	107	0,3			6	0,0	124	0,1
91 - Amazonas	6		8	0,0	12	0,0	25	0,1	6		22	0,1	79	0,0
88 - San Andrés			2	0,0	3	0,0	7	0,0	10		21	0,1	43	0,0
99 - Vichada	1		1	0,0	4	0,0			4		7	0,0	17	0,0
97 - Vaupés					1	0,0			1		4	0,0	6	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Las mayores prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia conductiva sobre el total de la población, se encontraron en los departamentos de Bogotá D.C, Boyacá, Santander y Nariño (Gráfica 22). Estos departamentos son también los que tienen mayor frecuencia de atenciones relacionadas con otitis, siendo este uno de los principales factores de riesgo para hipoacusia conductiva. Es importante tener en cuenta que en estas ciudades otro factor de riesgo que puede relacionarse con este evento, es la asistencia de largo tiempo a guarderías, y el uso de alimentación suplementaria a la leche materna de manera temprana que no brinda los soportes de defensa al bebé, entre otros (Plan decenal de lactancia materna 2010-2020).

Así mismo, los adultos entre 27 y 44 años demandan más los servicios como se evidenció anteriormente.

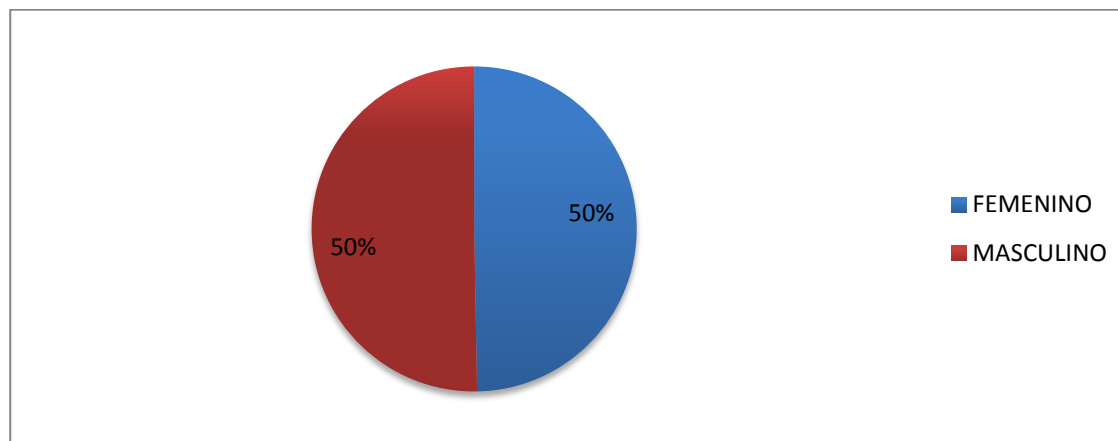
Gráfica 22. Prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia conductiva por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con hipoacusia conductiva son del sexo masculino con 50,3% (Gráfica 23). Esto está relacionado con que no existen diferencias por sexo para tener hipoacusia conductiva.

Gráfica 23. Proporción de atenciones relacionadas con hipoacusia conductiva por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa en la tabla 21, que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con hipoacusia conductiva se presentan en el grupo de adultez con un 39,9%, seguido por vejez con 31,2% (Tabla 21). Se observa un posible subregistro de la información, que no permite asociar con los datos de Otitis. Helzner et al (2005) encuentra una relación moderada entre pérdidas auditivas conductivas en hombres adultos mayores y la presencia de osteoporosis. De igual manera, se advierte un posible sesgo de clasificación con relación al registro del médico otorrinolaringólogo, ya que no contempla el diagnóstico audiológico.

La mayor razón de atenciones por persona se observa en la vejez con 13,7, seguido por la adolescencia con 3,6, esto asociado a que el adulto mayor demanda más atenciones por persona relacionado con la presencia de presbiacusia.

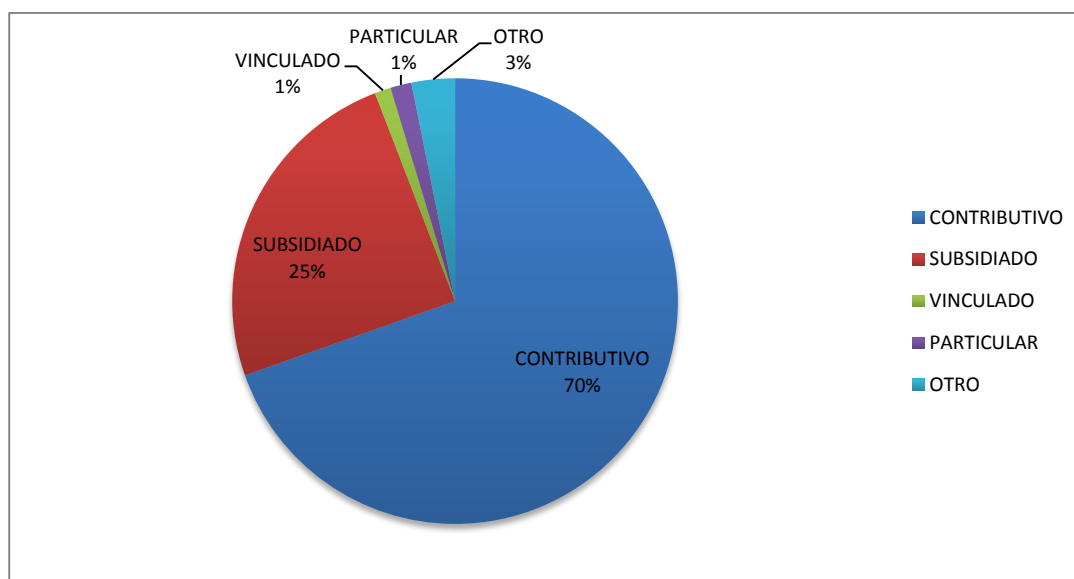
TABLA 21. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	4.173	5.752	2,9	1,4
Infancia	5.471	14.285	7,2	2,6
Adolescencia	6.733	24.561	12,5	3,6
Juventud	5.790	12.237	6,2	2,1
Adultez	26.189	78.702	39,9	3,0
Vejez	4.489	61.520	31,2	13,7
Total	52.845	197.057	100,0	3,7

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de Afiliación se observa que el 69,6% del total de atenciones relacionadas con hipoacusia conductiva son del régimen contributivo (Gráfica 24), lo que se asocia a que el sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPBs del régimen contributivo, y por ende, registra también la mayoría de atenciones.

Gráfica 24. Prevalencia de Atención relacionada con Hipoacusia Conductiva según régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.4. Número de personas atendidas por hipoacusia conductiva

El número de personas que accedieron a servicios de Salud con base en los datos de SISPRO para hipoacusia conductiva, fueron 52.847 para el período 2009 a 2014., equivalentes a 1 atención por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por hipoacusia conductiva de 109,6 x 100.000 habitantes (Tabla 22). Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Antioquia y Santander.

TABLA 22. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA CONDUCTIVA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Conductiva	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
05 - Antioquia	47.533	6.779	105	7,0
08 - Atlántico	22.912	2.071	84,2	11,1
1 - Colombia	166.817	52.847	109,6	3,2

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Conductiva	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
11 - Bogotá, D.C.	15.853	18.605	236,1	0,9
13 - Bolívar	9.601	1.134	54,1	8,5
15 - Boyacá	9.409	1.518	118,9	6,2
17 - Caldas	7.539	1.027	103,9	7,3
18 - Caquetá	7.505	422	88,4	17,8
19 - Cauca	6.629	1.011	73,3	6,6
20 - Cesar	3.804	594	57,7	6,4
23 - Córdoba	3.268	521	30,5	6,3
25 - Cundinamarca	3.641	2.674	99,8	1,4
27 - Chocó	3.529	89	17,8	39,7
41 - Huila	2.996	898	77,8	3,3
44 - La Guajira	2.573	274	28,6	9,4
47 - Magdalena	2.759	818	64,9	3,4
50 - Meta	2.283	627	65,2	3,6
52 - Nariño	2.203	1.303	74,7	1,7
54 - Norte de Santander	1.846	1.063	78,4	1,7
63 - Quindío	1.662	453	80,1	3,7
66 - Risaralda	1.506	854	89,7	1,8
68 - Santander	1.415	3.124	151,6	0,5
70 - Sucre	1.242	531	62,4	2,3
73 - Tolima	858	1.171	83,2	0,7
76 - Valle del Cauca	640	4.609	99,9	0,1
81 - Arauca	588	161	61,4	3,7
85 - Casanare	505	182	51,1	2,8
86 - Putumayo	163	219	63,4	0,7

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Conductiva	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
88 - San Andrés	117	24	31,4	4,9
91 - Amazonas	124	12	15,7	10,3
94 - Guainía	79	40	96,4	2,0
95 - Guaviare	43	30	72,3	1,4
97 - Vaupés	17	3	2,7	5,7
99 - Vichada	6	6	8,3	1,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.5. Hipoacusia neurosensorial (Códigos CIE-10 H833, H903, H904, y H905)

Para el período de estudio se reportaron 513.730 atenciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.064,64 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Cundinamarca, Putumayo y Santander (Tabla 23).

TABLA 23. NÚMERO DE ATENCIONES Y PORCENTAJES RELACIONADOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Hipoacusia Neurosensorial	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	9.649	16,9%	10.648	16,4	11.112	13,2	11.194	10,4	10.675	12,1	15.164	13,5	68.442	13,3
08 - Atlántico	3.784	6,6%	4.676	7,2	4.992	5,9	5.543	5,2	5.317	6,0	7.469	6,7	31.781	6,2
-1 - NO DEFINIDO	270	0,5%	856	1,3	1.560	1,9	802	,7	730	,8	4.037	3,6	8.255	1,6
11 - Bogotá, D.C.	14.197	24,9%	16.030	24,8	20.969	25,0	26.935	25,1	20.188	23,0	22.620	20,2	120.939	23,6
13 - Bolívar	2.288	4,0%	2.385	3,7	3.159	3,8	3.818	3,6	2.730	3,1	3.538	3,2	17.918	3,5
15 - Boyacá	1.467	2,6%	1.797	2,8	2.512	3,0	3.634	3,4	2.688	3,1	3.330	3,0	15.428	3,0
17 - Caldas	644	1,1%	996	1,5	1.235	1,5	3.325	3,1	1.451	1,6	1.573	1,4	9.224	1,8
18 - Caquetá	615	1,1%	876	1,4	644	,8	2.428	2,3	1.111	1,3	1.293	1,2	6.967	1,4
19 - Cauca	470	0,8%	1.555	2,4	1.324	1,6	1.490	1,4	2.013	2,3	1.860	1,7	8.712	1,7
20 - Cesar	1.038	1,8%	815	1,3	1.104	1,3	2.058	1,9	1.534	1,7	1.868	1,7	8.417	1,6
23 - Córdoba	1.238	2,2%	1.490	2,3	1.795	2,1	1.904	1,8	2.792	3,2	2.556	2,3	11.775	2,3
25 - Cundinamarca	1.846	3,2%	2.233	3,4	3.919	4,7	4.630	4,3	4.216	4,8	4.466	4,0	21.310	4,2
27 - Chocó	96	0,2%	90	0,1	68	0,1	141	0,1	127	0,1	320	0,3	842	0,2
41 - Huila	1.069	1,9%	1.378	2,1	1.953	2,3	2.180	2,0	1.999	2,3	3.022	2,7	11.601	2,3
44 - La Guajira	376	0,7%	816	1,3	833	1,0	996	,9	996	1,1	1.614	1,4	5.631	1,1
47 - Magdalena	1.817	3,2%	2.216	3,4	3.046	3,6	3.423	3,2	2.916	3,3	4.003	3,6	17.421	3,4
50 - Meta	726	1,3%	1.066	1,6	1.731	2,1	1.918	1,8	1.860	2,1	3.108	2,8	10.409	2,0
52 - Nariño	1.100	1,9%	1.102	1,7	2.203	2,6	7.896	7,3	2.390	2,7	3.760	3,4	18.451	3,6

Hipoacusia Neurosensorial	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
54 - Norte de Santander	1.887	3,3%	1.488	2,3	2.228	2,7	2.050	1,9	2.073	2,4	2.490	2,2	12.216	2,4
63 - Quindío	577	1,0%	1.024	1,6	1.029	1,2	721	,7	964	1,1	987	,9	5.302	1,0
66 - Risaralda	1.060	1,9%	972	1,5	1.207	1,4	1.384	1,3	1.512	1,7	1.628	1,5	7.763	1,5
68 - Santander	3.524	6,2%	3.077	4,8	4.349	5,2	4.704	4,4	4.112	4,7	5.861	5,2	25.627	5,0
70 - Sucre	632	1,1%	632	1,0	999	1,2	1.370	1,3	1.491	1,7	1.774	1,6	6.898	1,3
73 - Tolima	1.934	3,4%	2.216	3,4	2.347	2,8	2.628	2,4	2.302	2,6	3.214	2,9	14.641	2,9
76 - Valle del Cauca	4.104	7,2%	3.653	5,6	6.499	7,7	8.909	8,3	8.466	9,6	8.566	7,6	40.197	7,8
81 - Arauca	93	0,2%	117	0,2	173	0,2	144	0,1	141	0,2	308	0,3	976	0,2
85 - Casanare	132	0,2%	113	0,2	210	0,3	320	0,3	226	0,3	487	0,4	1.488	0,3
86 - Putumayo	46	0,1%	208	0,3	557	0,7	499	0,5	367	0,4	780	0,7	2.457	0,5
88 - San Andrés	21	0,0%	65	0,1	76	0,1	90	0,1	79	0,1	83	0,1	414	0,1
91 - Amazonas	106	0,2%	20	0,0	12	0,0	104	0,1	247	0,3	47	0,0	536	0,1
94 - Guainía	19	0,0%	18	0,0	16	0,0	72	0,1	16	0,0	38	0,0	179	0,0
95 - Guaviare	127	0,2%	86	0,1	55	0,1	124	0,1	191	0,2	193	0,2	776	0,2
97 - Vaupés	0	0,0%	0	0,0	1	0,0	6	0,0	5	0,0	19	0,0	31	0,0
99 - Vichada	2	0,0%	29	0,0	11	0,0	17	0,0	31	0,0	56	0,0	146	0,0
Total general	56.954	100,0%	64.743	100,0	83.928	100,0	107.457	100,0	87.956	100,0	112.132	100,0	513.170	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

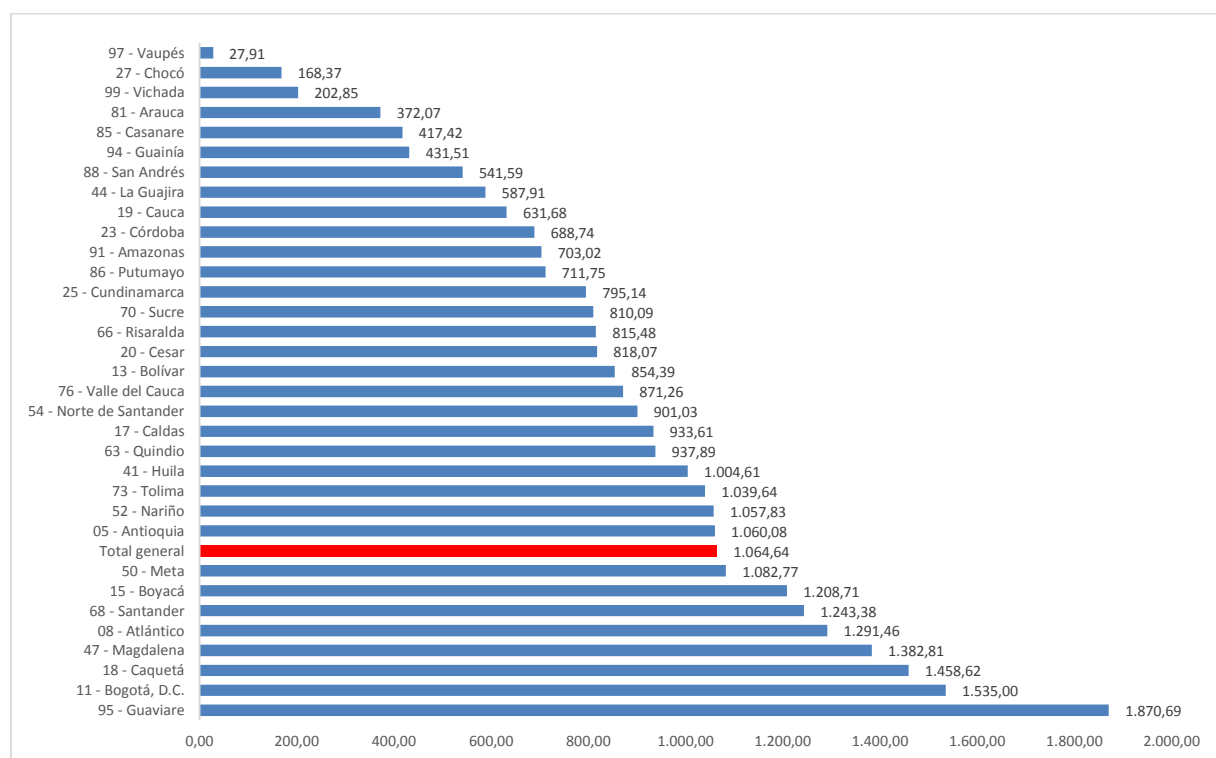
La mayor prevalencia en la atención relacionada con hipoacusia neurosensorial sobre el total de la población, se encontró en los departamentos de Guaviare, Bogotá, Caquetá, Magdalena y Atlántico (Gráfica 25)

Los que sugiere que la alta prevalencia de hipoacusias podría estar asociada a los estilos de vida de la población de Magdalena y Atlántico y un factor cultural influyente relacionado con la permanente exposición involuntaria a ruido ambiental, desencadenante del fenómeno social denominado socioacusia, por ser acumulativo presente en todos los entornos y en general durante las actividades culturales (Ortiz & otros, 2016).

Por otra parte, el número de hipoacusias neurosensoriales en Caquetá, podría estar asociado a exposición a ruido de impacto por arma de fuego, ligado a situaciones de violencia. Igualmente, siendo una zona ganadera donde utiliza comúnmente la fumigación, indica el uso de insecticidas ototóxicos y la condición de socioacusia, ligada a la recreación (Ortiz & otros, 2016).

En Vichada la baja prevalencia de consultas puede estar relacionada con la baja oferta de los servicios de salud, razón por la cual, no hay oferta de servicios y por ende no se reportan las atenciones (Benavides, 2011). Las condiciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial. La accesibilidad a servicios de salud es difícil en las poblaciones, debido a que no hay vías de acceso. Las poblaciones indígenas acuden a sus médicos particulares y las condiciones ambientales son favorables en cuanto a la tranquilidad de los entornos.

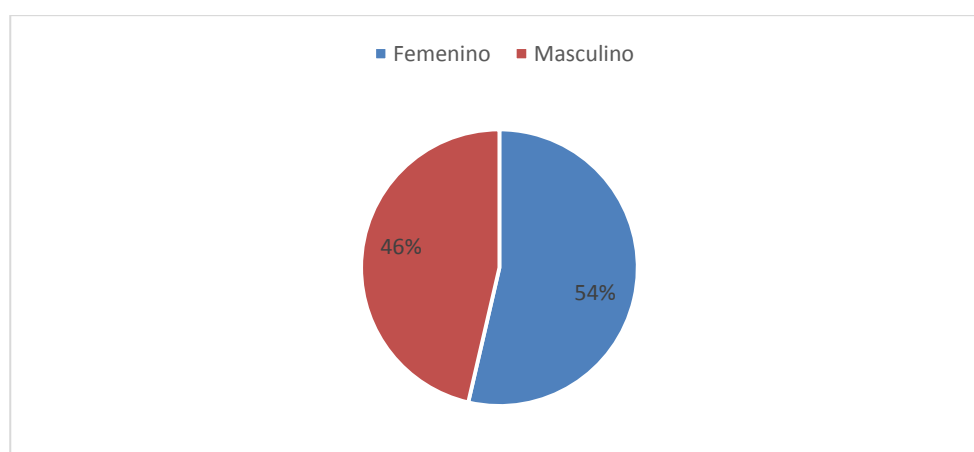
Gráfica 25. Prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia neurosensorial por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con hipoacusia neurosensorial son del sexo masculino con un 54% (Gráfica 26). Esta es la única condición que tiene mayor frecuencia en los hombres, lo que posiblemente puede relacionarse con el entorno laboral, al ser más los hombres expuestos a ruido en el mercado laboral (Ganime, 2010) (Metalmecánica, armada, entre otros). En mujeres mayores se relaciona la hipoacusia neurosensorial con la presencia de baja densidad mineral ósea en la postmenopausia con osteoporosis primaria (kim, lee, lee & kim, 2016).

Gráfica 26. Número de atenciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial se presentan en el grupo de juventud con un 22.8%, seguido por primera infancia con 20.4% (Tabla 24). La mayor razón de atenciones por persona se encuentran en la vejez con 11,4 seguido por la primera infancia con 3,3.

TABLA 24. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

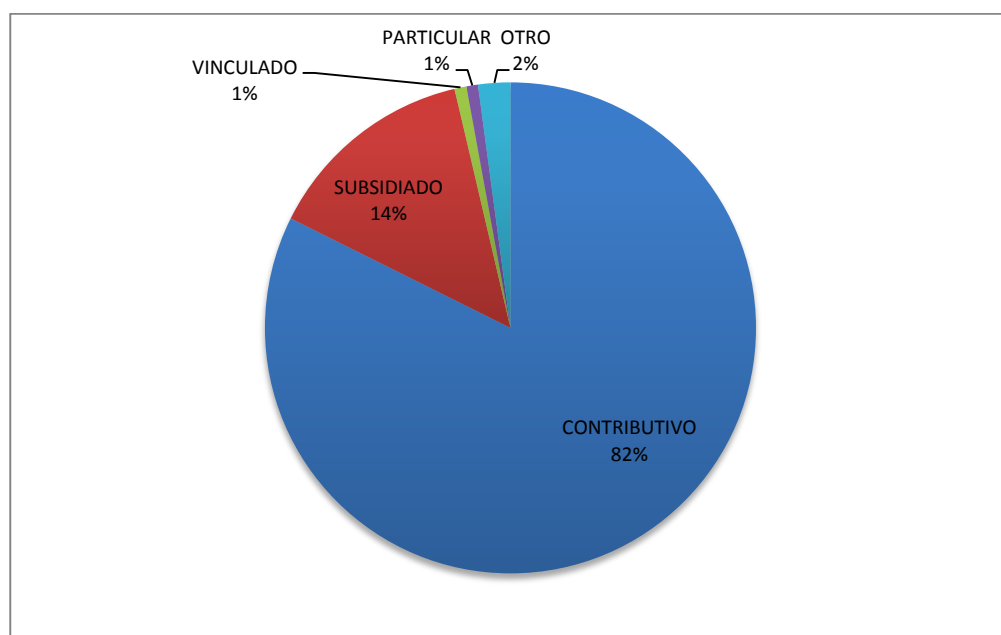
Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	31.330	104.561	20,4	3,3
Infancia	34.786	88.840	17,3	2,6
Adolescencia	25.859	78.023	15,2	3,0
Juventud	49.699	117.103	22,8	2,4
Adulthood	39.156	99.253	19,3	2,5

Vejez	2.244	25.390	4,9	11,3
Total	183.074	513.170	100,0	2,8

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 82% del total de atenciones relacionadas con hipoacusia neurosensorial son del régimen contributivo (Gráfica 27). Lo anterior se relaciona con la mayor cobertura en las EAPBs del régimen contributivo, reportada en el sistema de información SISPRO.

Gráfica 27. Prevalencia de atención relacionada con hipoacusia neurosensorial por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.6. Número de personas atendidas por hipoacusia neurosensorial

El número de personas que accedieron a servicios de salud con base en los datos de SISPRO para hipoacusia neurosensorial (Tabla 25), fueron 183.074 para el período 2009 a 2014, equivalentes a 2.8 atenciones por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por hipoacusia neurosensorial de 379,8 x 100.000 habitantes. Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Antioquia, Atlántico y Cundinamarca.

TABLA 25. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Neurosensorial	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
1 - Colombia	513.170	183.074	379,8	2,8
05 - Antioquia	68.442	20.950	324,5	3,3
08 - Atlántico	31.781	8.000	325,1	4,0
11 - Bogotá, D.C.	120.939	72.871	924,9	1,7
13 - Bolívar	17.918	5.091	242,8	3,5
15 - Boyacá	15.428	3.523	276	4,4
17 - Caldas	9.224	5.255	531,9	1,8
18 - Caquetá	6.967	570	119,3	12,2
19 - Cauca	8.712	2.605	188,9	3,3
20 - Cesar	8.417	1.292	125,6	6,5
23 - Córdoba	11.775	1.504	88	7,8
25 - Cundinamarca	21.310	9.038	337,2	2,4
27 - Chocó	842	170	34	5,0
41 - Huila	11.601	2.186	189,3	5,3
44 - La Guajira	5.631	738	77,1	7,6
47 - Magdalena	17.421	1.941	154,1	9,0
50 - Meta	10.409	1.567	163	6,6
52 - Nariño	18.451	3.035	174	6,1
54 - Norte de Santander	12.216	2.072	152,8	5,9
63 - Quindío	5.302	2.129	376,6	2,5
66 - Risaralda	7.763	5.003	525,6	1,6
68 - Santander	25.627	10.018	486,1	2,6

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Neurosensorial	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
70 - Sucre	6.898	910	106,9	7,6
73 - Tolima	14.641	4.709	334,4	3,1
76 - Valle del Cauca	40.197	16.611	360	2,4
81 - Arauca	976	279	106,4	3,5
85 - Casanare	1.488	455	127,6	3,3
86 - Putumayo	2.457	332	96,2	7,4
88 - San Andrés	414	61	79,8	6,8
91 - Amazonas	536	52	68,2	10,3
94 - Guainía	179	13	31,3	13,8
95 - Guaviare	776	64	154,3	12,1
97 - Vaupés	31	8	7,2	3,9
99 - Vichada	146	22	30,6	6,6

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.7. Hipoacusia Mixta (Códigos CIE-10 H906, H907 y H908)

Para el período de estudio se reportaron 65.251 atenciones relacionadas con hipoacusia mixta, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 135,4 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Antioquia y Santander (Tabla 26).

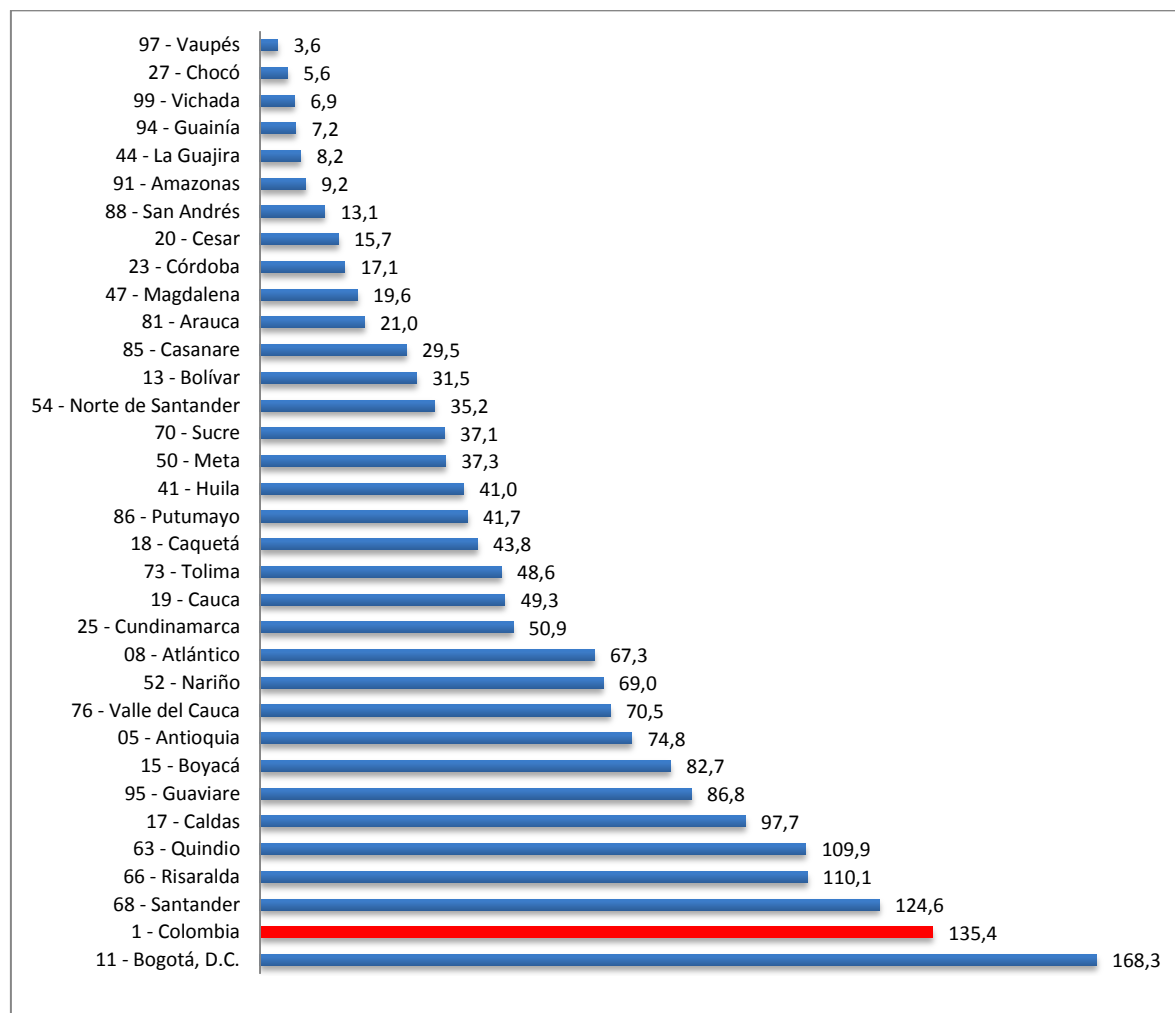
TABLA 26. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 - Colombia	6.31	100	8.29	100	11.05	100	12.67	100	11.08	100	15.82	100	65.25	100,0
-1 - NO DEFINIDO	2.55	40,4	3.52	42,5	4.59	41,6	5.53	43,7	4.96	44,8	7.21	45,6	28.39	43,5
11 - Bogotá, D.C.	1.43	22,8	1.69	20,4	2.24	20,3	2.67	21,1	2.25	20,3	2.96	18,7	13.26	20,3
05 - Antioquia	612	9,7	777	9,4	830	7,5	867	6,8	663	6,0	1.082	6,8	4.83	7,4
76 - Valle del Cauca	197	3,1	232	2,8	472	4,3	505	4,0	721	6,5	1.124	7,1	3.25	5,0
68 - Santander	405	6,4	313	3,8	453	4,1	577	4,6	319	2,9	502	3,2	2.56	3,9
08 - Atlántico	78	1,2	536	6,5	553	5,0	162	1,3	140	1,3	186	1,2	1.65	2,5
25 - Cundinamarca	141	2,2	158	1,9	209	1,9	256	2,0	268	2,4	333	2,1	1.36	2,1
15 - Boyacá	63	1,0	86	1,0	151	1,4	257	2,0	192	1,7	306	1,9	1.05	1,6
52 - Nariño	60	1,0	95	1,1	188	1,7	281	2,2	211	1,9	369	2,3	1.20	1,8
66 - Risaralda	142	2,2	115	1,4	204	1,8	194	1,5	185	1,7	208	1,3	1.04	1,6
17 - Caldas	78	1,2	157	1,9	126	1,1	238	1,9	173	1,6	193	1,2	965	1,5
19 - Cauca	86	1,4	73	0,9	124	1,1	94	0,7	131	1,2	172	1,1	680	1,0
73 - Tolima	57	0,9	79	1,0	120	1,1	158	1,2	95	0,9	175	1,1	684	1,0
13 - Bolívar	42	0,7	74	0,9	162	1,5	148	1,2	88	0,8	147	0,9	661	1,0
63 - Quindío	104	1,6	89	1,1	93	0,8	166	1,3	110	1,0	59	0,4	621	1,0
41 - Huila	47	0,7	63	0,8	81	0,7	79	0,6	59	0,5	144	0,9	473	0,7
54 - Norte de Santander	64	1,0	60	0,7	93	0,8	94	0,7	84	0,8	82	0,5	477	0,7
50 - Meta	26	0,4	42	0,5	105	0,9	61	0,5	36	0,3	89	0,6	359	0,6
70 - Sucre	12	0,2	19	0,2	46	0,4	94	0,7	54	0,5	91	0,6	316	0,5
23 - Córdoba	28	0,4	16	0,2	38	0,3	28	0,2	135	1,2	47	0,3	292	0,4
18 - Caquetá	3	0,0	6	0,1	9	0,1	32	0,3	75	0,7	84	0,5	209	0,3
47 - Magdalena	24	0,4	31	0,4	53	0,5	58	0,5	26	0,2	55	0,3	247	0,4
20 - Cesar	19	0,3	14	0,2	27	0,2	37	0,3	34	0,3	31	0,2	162	0,2
86 - Putumayo	11	0,2	18	0,2	7	0,1	12	0,1	16	0,1	80	0,5	144	0,2
85 - Casanare	13	0,2	8	0,1	42	0,4	21	0,2	8	0,1	13	0,1	105	0,2
44 - La Guajira	4	0,1	2	0,0	6	0,1	23	0,2	19	0,2	25	0,2	79	0,1
81 - Arauca		0,0	8	0,1	13	0,1	7	0,1	14	0,1	13	0,1	55	0,1
95 - Guaviare	3	0,0	2	0,0	2	0,0	3	0,0	3	0,0	23	0,1	36	0,1
27 - Chocó		0,0		0,0	2	0,0	8	0,1	6	0,1	12	0,1	28	0,0
88 - San Andrés		0,0		0,0	5	0,0	2	0,0		0,0	3	0,0	10	0,0
91 - Amazonas	5	0,1	2	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	7	0,0
97 - Vaupés		0,0		0,0	4	0,0		0,0		0,0		0,0	4	0,0
99 - Vichada		0,0	2	0,0		0,0		0,0	3	0,0		0,0	5	0,0
94 - Guainía		0,0	1	0,0		0,0	1	0,0	1	0,0		0,0	3	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Las mayores prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia mixta sobre el total de la población, se encontraron en los departamentos de Bogotá, Santander y Risaralda (Gráfica 28).

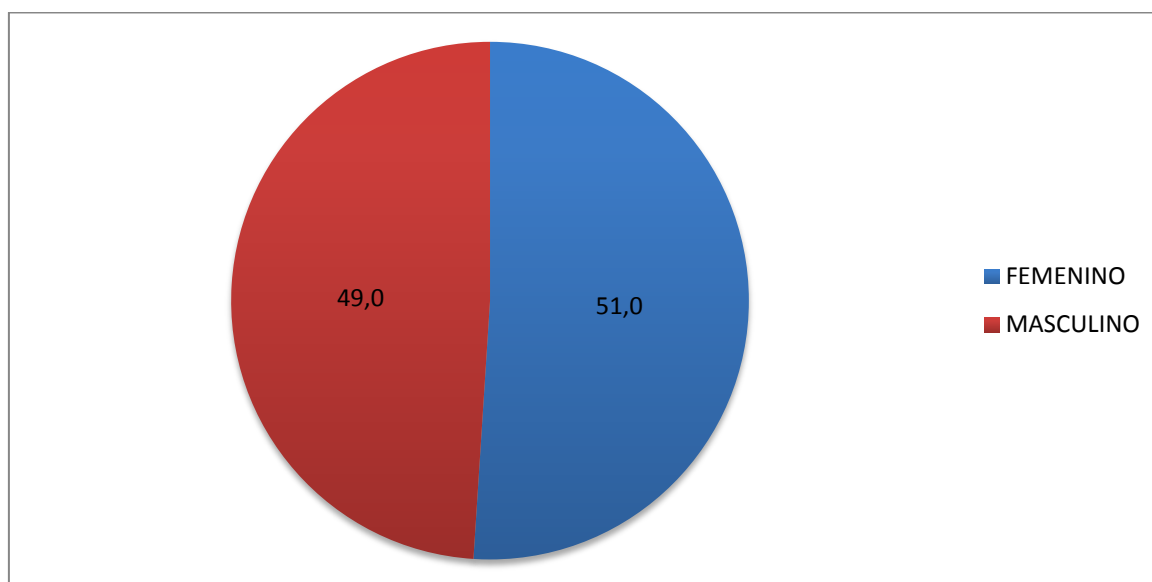
Gráfica 28. Prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia mixta por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con hipoacusia mixta son del sexo femenino con 51,0% (Gráfica 29). Dado que se observan más consultas en mujeres que en hombres en el sistema de información no se pueden realizar análisis por sexo.

Gráfica 29. Número de atenciones relacionadas con hipoacusia mixta por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con hipoacusia mixta se presentan en el grupo de adultez con un 45,2%, seguido por vejez con 40,8% (Tabla 27). La razón de atenciones por persona se concentra en el grupo de adultez y vejez con 2,8 cada una.

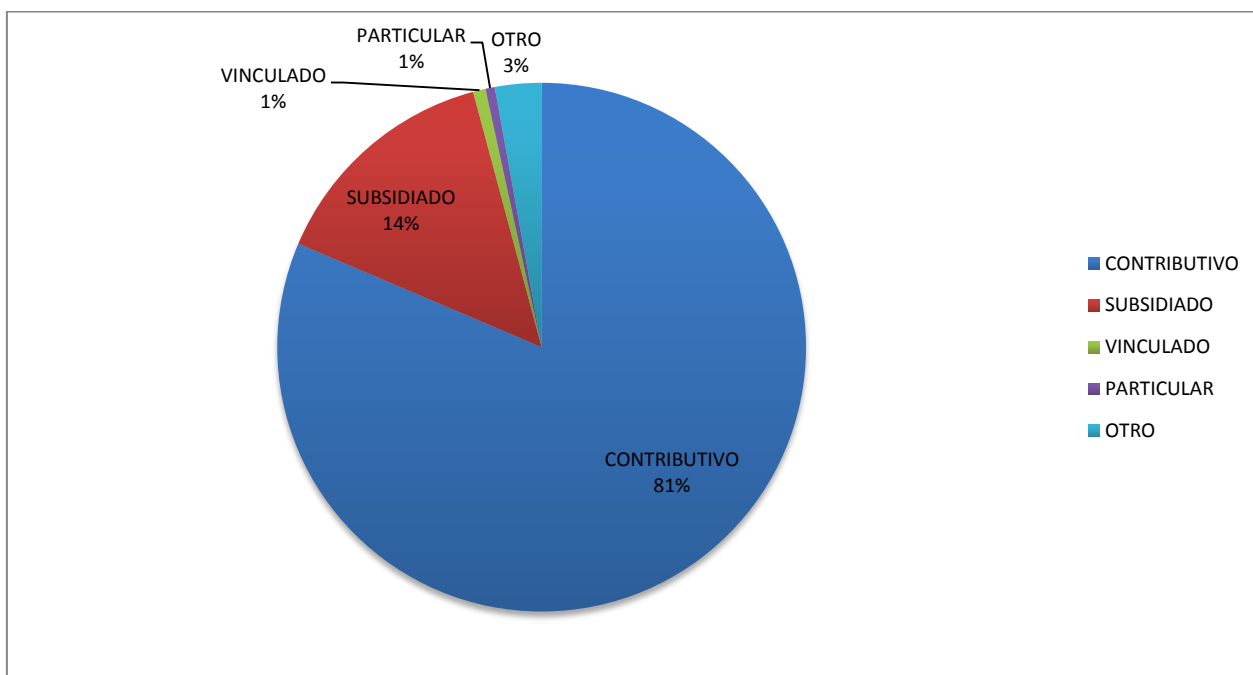
TABLA 27. FRECUENCIA DE ATENCIONES RELACIONADAS CON HIPOACUSIA MIXTA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	8.494	758	1,0	0,1
Infancia	10.314	2.014	2,6	0,2
Adolescencia	11.957	4.533	5,9	0,4
Juventud	11.203	3.377	4,4	0,3
Adultez	12.249	34.482	45,2	2,8
Vejez	11.034	31.142	40,8	2,8
Total	65.251	76.306	100,0	1,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 81,4% del total de atenciones relacionadas con hipoacusia mixta son del régimen contributivo (Gráfica 30). La cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPBs del régimen contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación impidiendo comparar diferencias por esta variable.

Gráfica 30. Prevalencia de atención relacionada con hipoacusia mixta por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.8. Número de personas atendidas por hipoacusia mixta

El número de personas que accedieron a servicios de salud con base en los datos de SISPRO para hipoacusia mixta, fueron 21.010 para el período 2009 a 2014., equivalentes a 3 atenciones por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por hipoacusia mixta de 43,6 x 100.000 habitantes (Tabla 28). Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Quindío y Risaralda.

TABLA 28. PREVALENCIA DE PERSONAS QUE ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD A CAUSA DE HIPOACUSIA MIXTA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Mixta	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
205 - Antioquia	13.260	2.644	41	5,0
08 - Atlántico	4.831	1.031	41,9	4,7
1 - Colombia	65.251	21.010	43,6	3,1
11 - Bogotá, D.C.	3.251	7.135	90,6	0,5
13 - Bolívar	2.569	442	21,1	5,8
15 - Boyacá	1.655	584	45,8	2,8
17 - Caldas	1.365	580	58,7	2,4
18 - Caquetá	1.055	120	25,1	8,8
19 - Cauca	1.204	429	31,1	2,8
20 - Cesar	1.048	132	12,8	7,9
23 - Córdoba	965	136	8	7,1
25 - Cundinamarca	680	785	29,3	0,9
27 - Chocó	684	14	2,8	48,9
41 - Huila	661	337	29,2	2,0
44 - La Guajira	621	62	6,5	10,0
47 - Magdalena	473	153	12,1	3,1
50 - Meta	477	209	21,7	2,3
52 - Nariño	359	595	34,1	0,6
54 - Norte de Santander	316	326	24	1,0
63 - Quindío	292	347	61,4	0,8
66 - Risaralda	209	619	65	0,3
68 - Santander	247	1552	75,3	0,2

Departamento	Frecuencia de atenciones por Hipoacusia Mixta	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
70 - Sucre	162	168	19,7	1,0
73 - Tolima	144	424	30,1	0,3
76 - Valle del Cauca	105	2011	43,6	0,1
81 - Arauca	79	34	13	2,3
85 - Casanare	55	50	14	1,1
86 - Putumayo	36	55	15,9	0,7
88 - San Andrés	28	9	11,8	3,1
91 - Amazonas	10	4	5,2	2,5
94 - Guainía	7	4	9,6	1,8
95 - Guaviare	4	14	33,7	0,3
97 - Vaupés	5	2	1,8	2,5
99 - Vichada	3	3	4,2	1,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.9. Otras alteraciones del oído (Códigos CIE-10 H612, H910, H911, H912, H913, H918, H919, H920, H931 y Q161)

Para el período de estudio se reportaron 2.461.218 atenciones relacionadas con otras alteraciones del oído, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 5.106,1 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Antioquia y Santander (Tabla 29).

TABLA 29. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

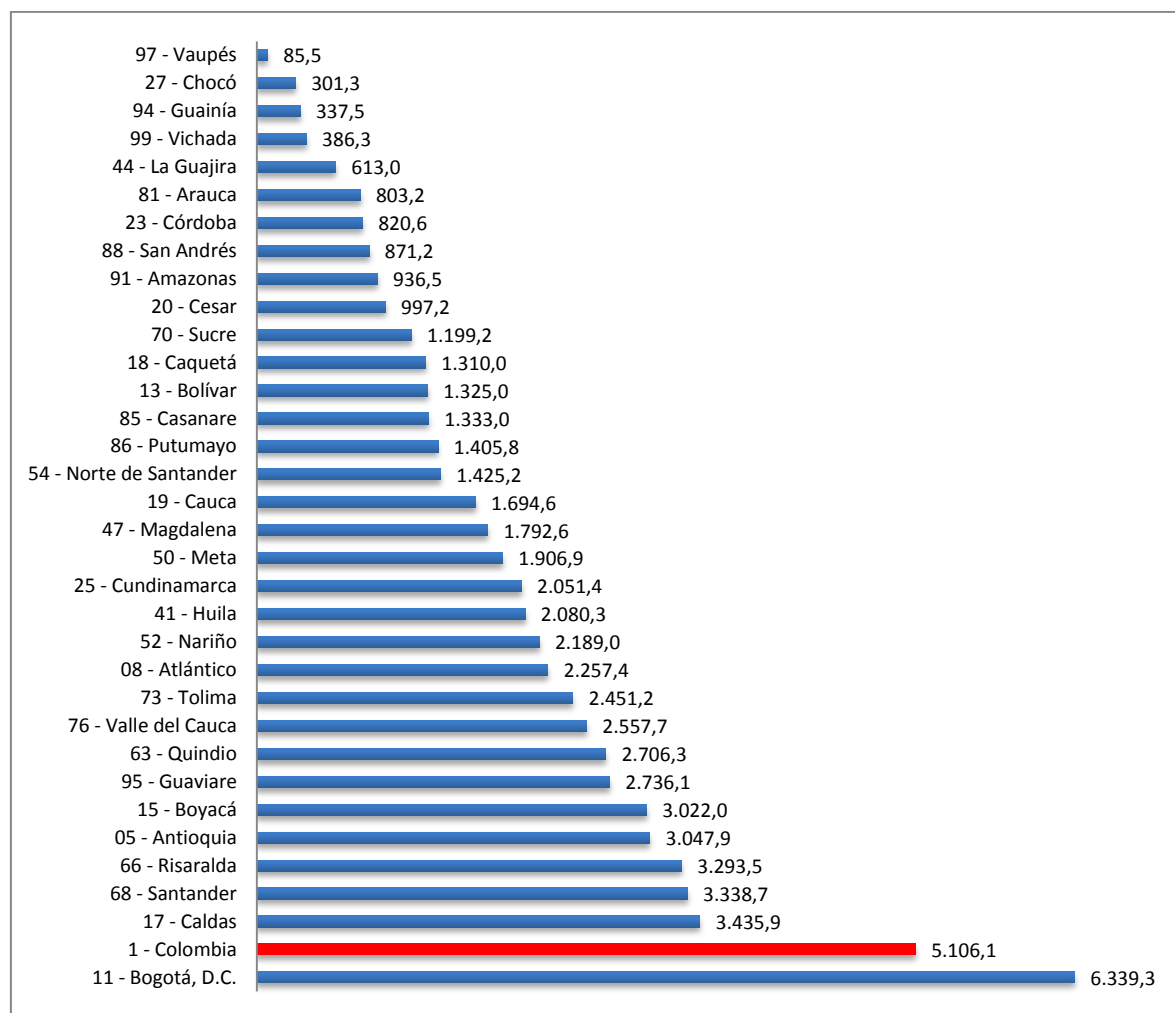
Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 - Colombia	266.917	100,0	300.922	100,0	405.547	100,0	509.422	100,0	423.148	100,0	555.262	100,0	2.461.218	100,0
-1 - NO DEFINIDO	107.484	40,3	124.677	41,4	172.090	42,4	219.186	43,0	193.172	45,7	260.794	47,0	1.077.403	43,8
11 - Bogotá, D.C.	57.078	21,4	68.868	22,9	88.886	21,9	109.625	21,5	78.714	18,6	96.291	17,3	499.462	20,3
05 - Antioquia	28.777	10,8	28.631	9,5	32.742	8,1	34.163	6,7	30.927	7,3	41.544	7,5	196.784	8,0
76 - Valle del Cauca	12.259	4,6	12.371	4,1	19.366	4,8	25.741	5,1	23.304	5,5	24.965	4,5	118.006	4,8
68 - Santander	8.823	3,3	7.691	2,6	12.185	3,0	14.210	2,8	10.660	2,5	15.244	2,7	68.813	2,8
08 - Atlántico	5.498	2,1	6.482	2,2	8.862	2,2	11.153	2,2	9.840	2,3	13.717	2,5	55.552	2,3
25 - Cundinamarca	6.127	2,3	6.659	2,2	9.310	2,3	11.927	2,3	9.355	2,2	11.601	2,1	54.979	2,2
15 - Boyacá	3.763	1,4	4.434	1,5	6.286	1,6	9.269	1,8	6.255	1,5	8.566	1,5	38.573	1,6
52 - Nariño	2.701	1,0	2.868	1,0	5.641	1,4	10.646	2,1	6.463	1,5	9.862	1,8	38.181	1,6
73 - Tolima	4.079	1,5	4.897	1,6	5.526	1,4	7.477	1,5	5.154	1,2	7.387	1,3	34.520	1,4
17 - Caldas	4.057	1,5	4.375	1,5	4.383	1,1	7.647	1,5	6.130	1,4	7.354	1,3	33.946	1,4
66 - Risaralda	4.147	1,6	3.467	1,2	4.955	1,2	6.819	1,3	5.521	1,3	6.444	1,2	31.353	1,3
13 - Bolívar	3.125	1,2	3.308	1,1	5.085	1,3	6.066	1,2	4.418	1,0	5.785	1,0	27.787	1,1
41 - Huila	2.548	1,0	2.672	0,9	3.863	1,0	4.628	0,9	4.006	0,9	6.306	1,1	24.023	1,0
47 - Magdalena	2.432	0,9	2.581	0,9	3.935	1,0	4.649	0,9	3.560	0,8	5.427	1,0	22.584	0,9
19 - Cauca	1.670	0,6	3.696	1,2	4.322	1,1	3.942	0,8	4.704	1,1	5.038	0,9	23.372	0,9
54 - Norte de Santander	2.804	1,1	2.171	0,7	3.294	0,8	3.776	0,7	3.071	0,7	4.207	0,8	19.323	0,8
50 - Meta	1.920	0,7	2.165	0,7	3.292	0,8	3.694	0,7	2.785	0,7	4.476	0,8	18.332	0,7
63 - Quindío	1.676	0,6	2.302	0,8	2.532	0,6	2.883	0,6	2.975	0,7	2.931	0,5	15.299	0,6
23 - Córdoba	1.371	0,5	1.556	0,5	2.330	0,6	2.421	0,5	2.992	0,7	3.359	0,6	14.029	0,6

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
70 - Sucre	809	0,3	883	0,3	1.306	0,3	1.957	0,4	2.166	0,5	3.090	0,6	10.211	0,4
20 - Cesar	1.181	0,4	1.019	0,3	1.398	0,3	1.999	0,4	2.052	0,5	2.611	0,5	10.260	0,4
44 - La Guajira	350	0,1	643	0,2	803	0,2	1.013	0,2	1.066	0,3	1.996	0,4	5.871	0,2
18 - Caquetá	699	0,3	842	0,3	652	0,2	1.412	0,3	1.140	0,3	1.512	0,3	6.257	0,3
85 - Casanare	620	0,2	482	0,2	673	0,2	816	0,2	718	0,2	1.443	0,3	4.752	0,2
86 - Putumayo	213	0,1	353	0,1	922	0,2	1.095	0,2	771	0,2	1.499	0,3	4.853	0,2
81 - Arauca	197	0,1	227	0,1	349	0,1	301	0,1	373	0,1	660	0,1	2.107	0,1
27 - Chocó	160	0,1	175	0,1	218	0,1	269	0,1	250	0,1	435	0,1	1.507	0,1
95 - Guaviare	150	0,1	132	0,0	110	0,0	245	0,0	211	0,0	287	0,1	1.135	0,0
91 - Amazonas	125	0,0	115	0,0	71	0,0	167	0,0	149	0,0	87	0,0	714	0,0
88 - San Andrés	18	0,0	98	0,0	108	0,0	129	0,0	152	0,0	161	0,0	666	0,0
99 - Vichada	12	0,0	36	0,0	20	0,0	68	0,0	45	0,0	97	0,0	278	0,0
94 - Guainía	37	0,0	25	0,0	5	0,0	9	0,0	28	0,0	36	0,0	140	0,0
97 - Vaupés	1	0,0	8	0,0	21	0,0	17	0,0	10	0,0	38	0,0	95	0,0
NR - NO REPORTADO	6	0,0	13	0,0	6	0,0	3	0,0	11	0,0	12	0,0	51	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Las mayores prevalencias de atención relacionadas con otras alteraciones del oído sobre el total de la población, se encontraron en los departamentos de Bogotá, Caldas, Risaralda y Santander (Gráfica 31).

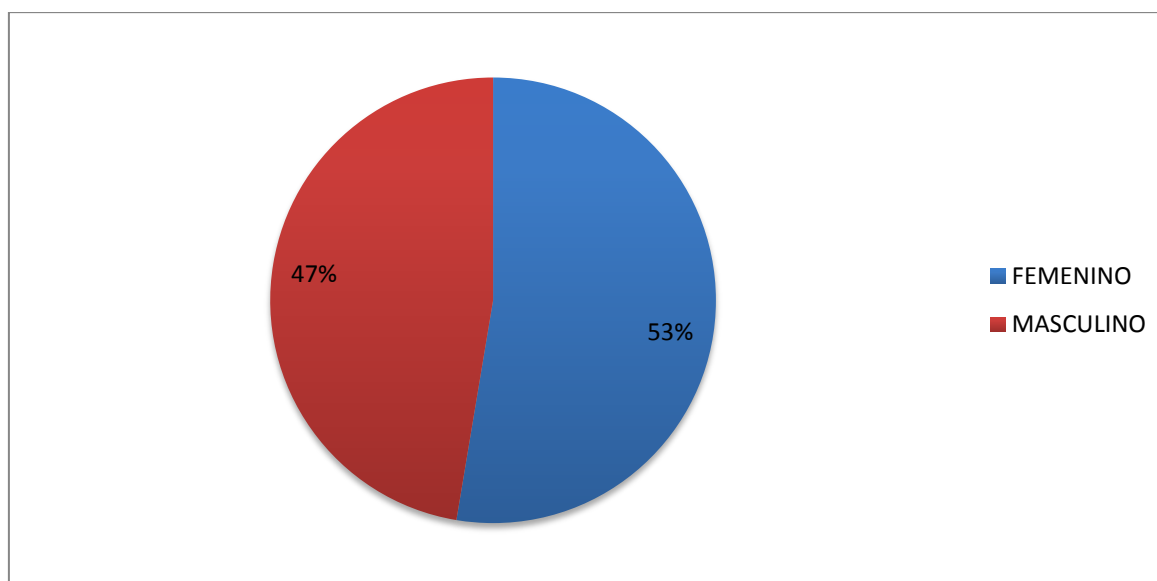
Gráfica 31. Prevalencias de atención relacionadas con otras alteraciones del oído por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con otras alteraciones del oído son del sexo femenino con 52,6% (Gráfica 32). Dado que se observan mayores consultas en mujeres que en hombres en el sistema de información, se restringe la realización de análisis por sexo.

Gráfica 32. Número de atenciones relacionadas con otras alteraciones del oído por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con otras alteraciones del oído, se presentan en el grupo de adultez con un 45,3%, seguido por vejez con 29,4% (Tabla 30). Este comportamiento es coherente con los diagnósticos incluidos en alteraciones del sistema vestibular. La mayor razón de atenciones por persona se encuentra en el grupo de la vejez con 6,9 y en la adultez con 2,7.

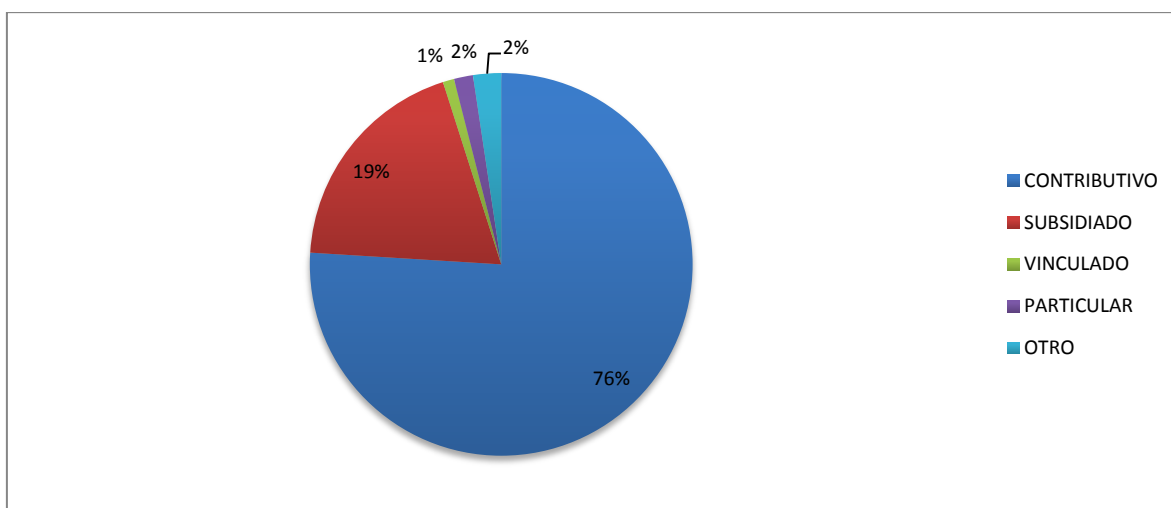
TABLA 30. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	504.550	59.593	2,1	0,1
Infancia	425.791	155.379	5,5	0,4
Adolescencia	374.105	269.043	9,5	0,7
Juventud	561.158	228.377	8,1	0,4
Adultez	475.015	1.278.426	45,3	2,7
Vejez	120.600	828.591	29,4	6,9
Total	2.461.218	2.819.409	100,0	1,1

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 76,0% del total de atenciones relacionadas con otras alteraciones del oído son del régimen contributivo (Gráfica 33).

Gráfica 33. Prevalencia de atención relacionada con otras alteraciones del oído por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.2.1.10. Número de personas atendidas por otras alteraciones del oído

El número de personas que accedieron a servicios de salud con base en los datos de SISPRO para otras alteraciones del oído, fueron 2.461.218 para el período 2009 a 2014., equivalentes a 3 atenciones por cada persona y una prevalencia poblacional de personas que acceden a servicios por alteraciones del sistema vestibular de 1.501,20 x 100.000 habitantes (Tabla 31). Las prevalencias poblacionales más altas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Antioquia, Caldas, Risaralda y Santander.

TABLA 31. OTRAS ALTERACIONES DEL OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamentos	Número de atenciones por Otras Alteraciones de la Audición	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
05 - Antioquia	196.784	104.954	1.625,60	1,9
08 - Atlántico	55.552	29.793	1.210,70	1,9
1 - Colombia	2.461.218	723.586	1.501,20	3,4
11 - Bogotá, D.C.	499.462	246.696	3.131,10	2,0
13 - Bolívar	27.787	17.497	834,3	1,6
15 - Boyacá	38.573	17.503	1.371,30	2,2
17 - Caldas	33.946	18.192	1.841,30	1,9

Departamentos	Número de atenciones por Otras Alteraciones de la Audición	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
18 - Caquetá	6.257	4.180	875,1	1,5
19 - Cauca	23.372	14.350	1.040,50	1,6
20 - Cesar	10.260	6.836	664,4	1,5
23 - Córdoba	14.029	8.371	489,6	1,7
25 - Cundinamarca	54.979	30.091	1.122,80	1,8
27 - Chocó	1.507	977	195,4	1,5
41 - Huila	24.023	15.164	1.313,20	1,6
44 - La Guajira	5.871	3.356	350,4	1,7
47 - Magdalena	22.584	12.327	978,5	1,8
50 - Meta	18.332	10.332	1.074,80	1,8
52 - Nariño	38.181	15.440	885,2	2,5
54 - Norte de Santander	19.323	11.818	871,7	1,6
63 - Quindío	15.299	8.312	1.470,30	1,8
66 - Risaralda	31.353	16.243	1.706,30	1,9
68 - Santander	68.813	35.639	1.729,10	1,9
70 - Sucre	10.211	5.636	661,9	1,8
73 - Tolima	34.520	18.466	1.311,30	1,9
76 - Valle del Cauca	118.006	63.795	1.382,70	1,8
81 - Arauca	2.107	1.222	465,9	1,7
85 - Casanare	4.752	2.632	738,3	1,8
86 - Putumayo	4.853	2.213	641,1	2,2
88 - San Andrés	666	386	505	1,7
91 - Amazonas	714	267	350,2	2,7

Departamentos	Número de atenciones por Otras Alteraciones de la Audición	Personas atendidas	Prevalencia poblacional	Razón de atenciones
94 - Guainía	140	85	204,9	1,6
95 - Guaviare	1.135	620	1.494,60	1,8
97 - Vaupés	95	49	44,1	1,9
99 - Vichada	278	144	200,1	1,9

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Atresia y agenesia de coclea, conducto auditivo y pabellón (código CIE-10 Q161)

Las atresias y agenesias de oído fueron clasificadas dentro de otras alteraciones del oído. Sin embargo por su impacto en el estado de salud auditiva y comunicativa se presenta su descripción de forma detallada.

Para el período de estudio se reportaron 2.370 atenciones relacionadas con atresia y agenesia de oído, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.064,64 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Cundinamarca, Putumayo y Santander (Tabla 32).

TABLA 32. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

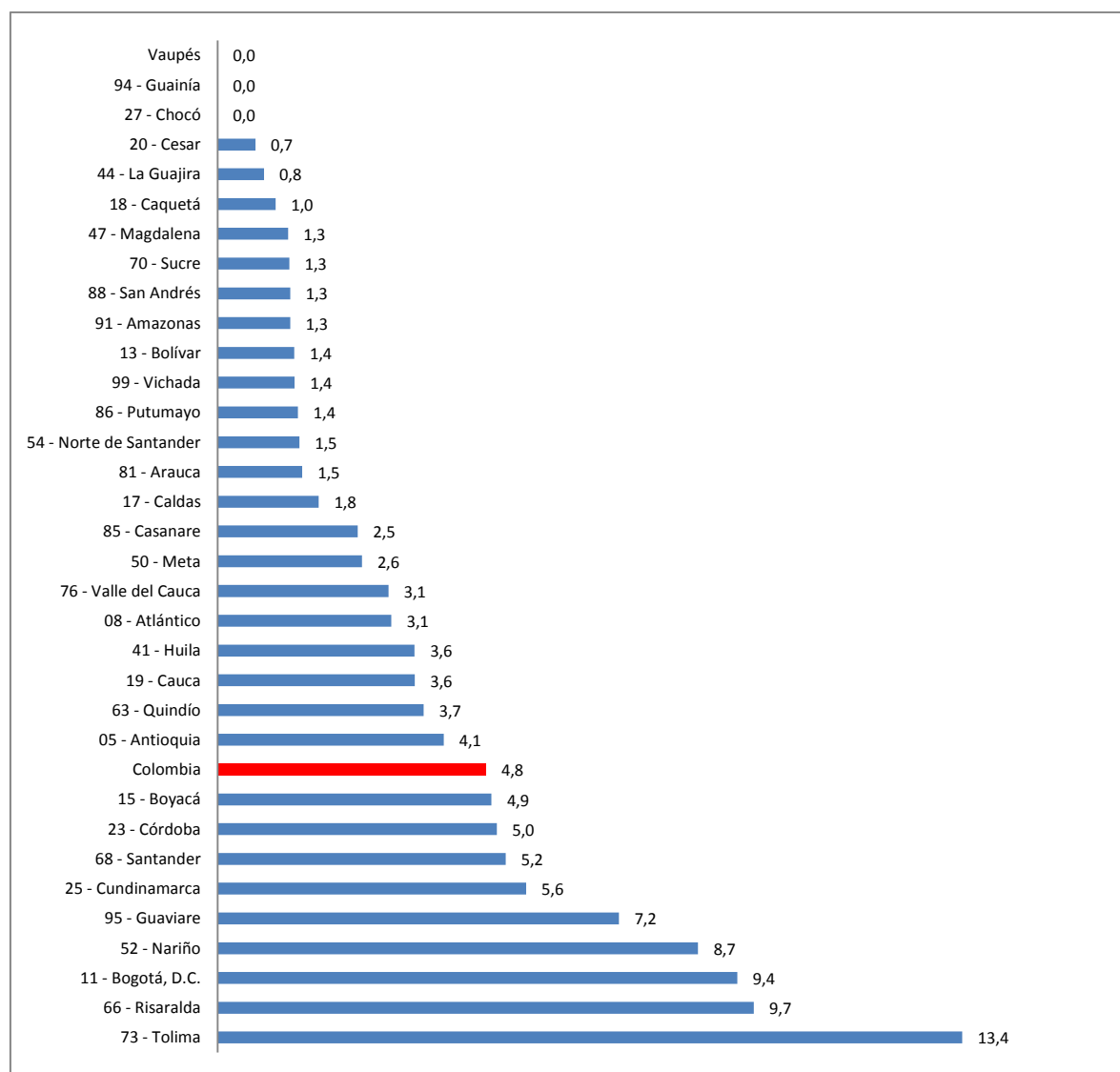
Atresia y Agenesia	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	40	16,9%	26	9,3%	44	11,1%	49	9,2%	36	10,3%	68	11,7%	263	11,1%
08 - Atlántico	6	2,5%	21	7,5%	12	3,0%	6	1,1%	20	5,7%	12	2,1%	77	3,2%
-1 - NO DEFINIDO		0,0%	5	1,8%	7	1,8%	5	0,9%	1	0,3%	21	3,6%	39	1,6%
11 - Bogotá, D.C.	67	28,3%	90	32,3%	170	43,0%	168	31,6%	99	28,4%	144	24,9%	738	31,1%
13 - Bolívar	3	1,3%	8	2,9%	5	1,3%	1	0,2%	2	0,6%	10	1,7%	29	1,2%
15 - Boyacá	15	6,3%	6	2,2%	7	1,8%	9	1,7%	3	0,9%	23	4,0%	63	2,7%
17 - Caldas	5	2,1%	1	0,4%	3	0,8%		0,0%		0,0%	9	1,6%	18	0,8%
18 - Caquetá		0,0%		0,0%		0,0%	2	0,4%	3	0,9%		0,0%	5	0,2%
19 - Cauca	3	1,3%	11	3,9%	6	1,5%	16	3,0%	7	2,0%	6	1,0%	49	2,1%
20 - Cesar		0,0%		0,0%	1	0,3%	2	0,4%	4	1,1%		0,0%	7	0,3%
23 - Córdoba	2	0,8%	4	1,4%	9	2,3%	20	3,8%	25	7,2%	26	4,5%	86	3,6%
25 - Cundinamarca	8	3,4%	9	3,2%	22	5,6%	23	4,3%	39	11,2%	48	8,3%	149	6,3%
27 - Chocó		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
41 - Huila	7	3,0%	8	2,9%	8	2,0%	9	1,7%	4	1,1%	5	0,9%	41	1,7%
44 - La Guajira	1	0,4%		0,0%		0,0%	5	0,9%	1	0,3%	1	0,2%	8	0,3%
47 - Magdalena		0,0%	1	0,4%	4	1,0%	2	0,4%	6	1,7%	3	0,5%	16	0,7%
50 - Meta	5	2,1%	5	1,8%	2	0,5%	7	1,3%		0,0%	6	1,0%	25	1,1%
52 - Nariño	1	0,4%	5	1,8%	4	1,0%	49	9,2%	26	7,5%	66	11,4%	151	6,4%

Atresia y Agenesia	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
54 - Norte de Santander	3	1,3%	1	0,4%	5	1,3%	4	0,8%		0,0%	7	1,2%	20	0,8%
63 - Quindío	1	0,4%		0,0%	11	2,8%		0,0%	5	1,4%	4	0,7%	21	0,9%
66 - Risaralda	12	5,1%	16	5,7%	17	4,3%	6	1,1%	5	1,4%	36	6,2%	92	3,9%
68 - Santander	22	9,3%	6	2,2%	12	3,0%	28	5,3%	22	6,3%	17	2,9%	107	4,5%
70 - Sucre	1	0,4%		0,0%	5	1,3%	1	0,2%		0,0%	4	0,7%	11	0,5%
73 - Tolima	6	2,5%	35	12,5%	16	4,1%	96	18,0%	10	2,9%	26	4,5%	189	8,0%
76 - Valle del Cauca	29	12,2%	18	6,5%	22	5,6%	17	3,2%	26	7,5%	30	5,2%	142	6,0%
81 - Arauca		0,0%	1	0,4%	3	0,8%		0,0%		0,0%		0,0%	4	0,2%
85 - Casanare		0,0%	2	0,7%		0,0%	3	0,6%		0,0%	4	0,7%	9	0,4%
86 - Putumayo		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	4	1,1%	1	0,2%	5	0,2%
88 - San Andrés		0,0%		0,0%		0,0%	1	0,2%		0,0%		0,0%	1	0,0%
91 - Amazonas		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	1	0,2%	1	0,0%
94 - Guainía		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
95 - Guaviare		0,0%		0,0%		0,0%	3	0,6%		0,0%		0,0%	3	0,1%
99 - Vichada		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	1	0,2%	1	0,0%
Total general	237		279		395		532		348		579		2.370	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con con Atresia y Agenesia de oído son Tolima, Risaralda, Bogotá, Nariño y Guaviare (Gráfica 34).

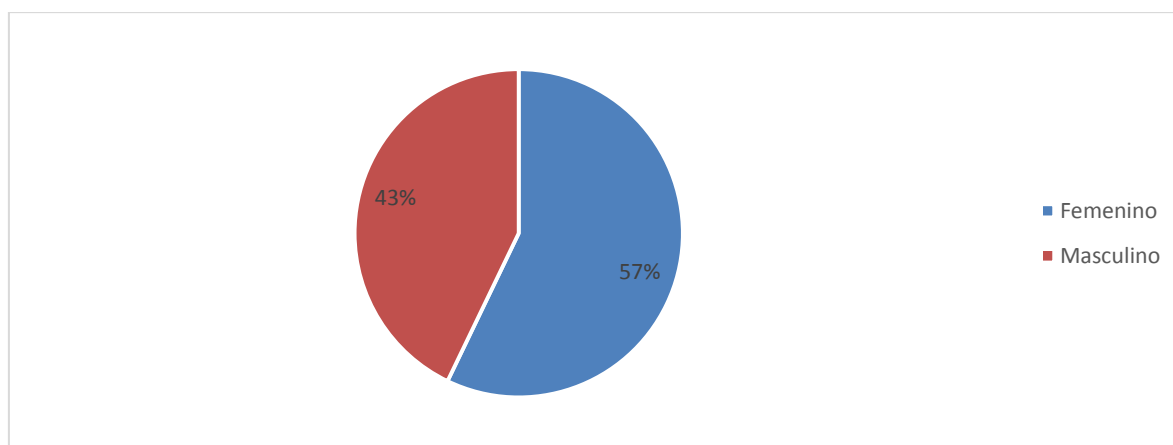
Gráfica 34. Prevalencias de atención relacionadas con atresia y agenesia de oído por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con atresia y agenesia de oído son del sexo femenino con 57.1% (Gráfica 35). Dado que se observan mayores consultas en mujeres que en hombres en el sistema de información, se restringe la realización de análisis por sexo.

Gráfica 35. Número de atenciones relacionadas con atresia y agenesia de oído por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida, se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con atresia y agenesia de oído se presentan en el grupo de primera infancia con un 37.8%, seguido por adultez con 18.2% (Tabla 33). La razón de personas atendidas es de 9,9 en el grupo de vejez y de 6,8 en el grupo de adultez.

TABLA 33. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ATRESIA Y AGENESIA DE OÍDO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

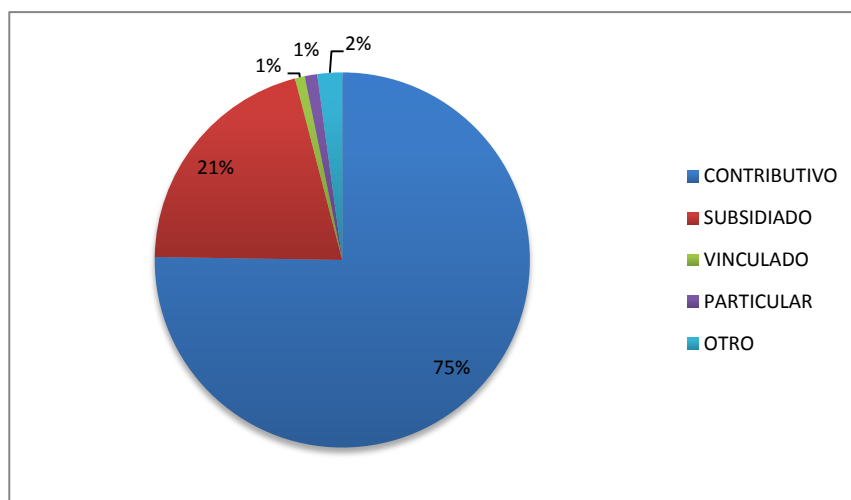
Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	202	896	37,8	4,4
Infancia	87	330	13,9	3,8
Adolescencia	98	407	17,2	4,2
Juventud	45	216	9,1	4,8
Adultez	64	432	18,2	6,8
Vejez	9	89	3,8	9,9
Total	505	2.370	100,0	4,7

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación, se observa que el 75,2% del total de atenciones relacionadas con atresia y agenesia de oído, son del régimen contributivo (Gráfica 36). La cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPB del régimen

contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación limitan la comparación de diferencias por esta variable.

Gráfica 36. Prevalencia de atención relacionada con atresia y agenesia de oído por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.3 Consultas de Urgencias por Otolgia

Para el período de estudio se reportaron 278.055 atenciones relacionadas con consultas de urgencias por otalgia, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de $4.036,72 \times 100.000$ habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Cundinamarca, Putumayo y Santander (Tabla 34).

TABLA 34. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR OTALGIA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

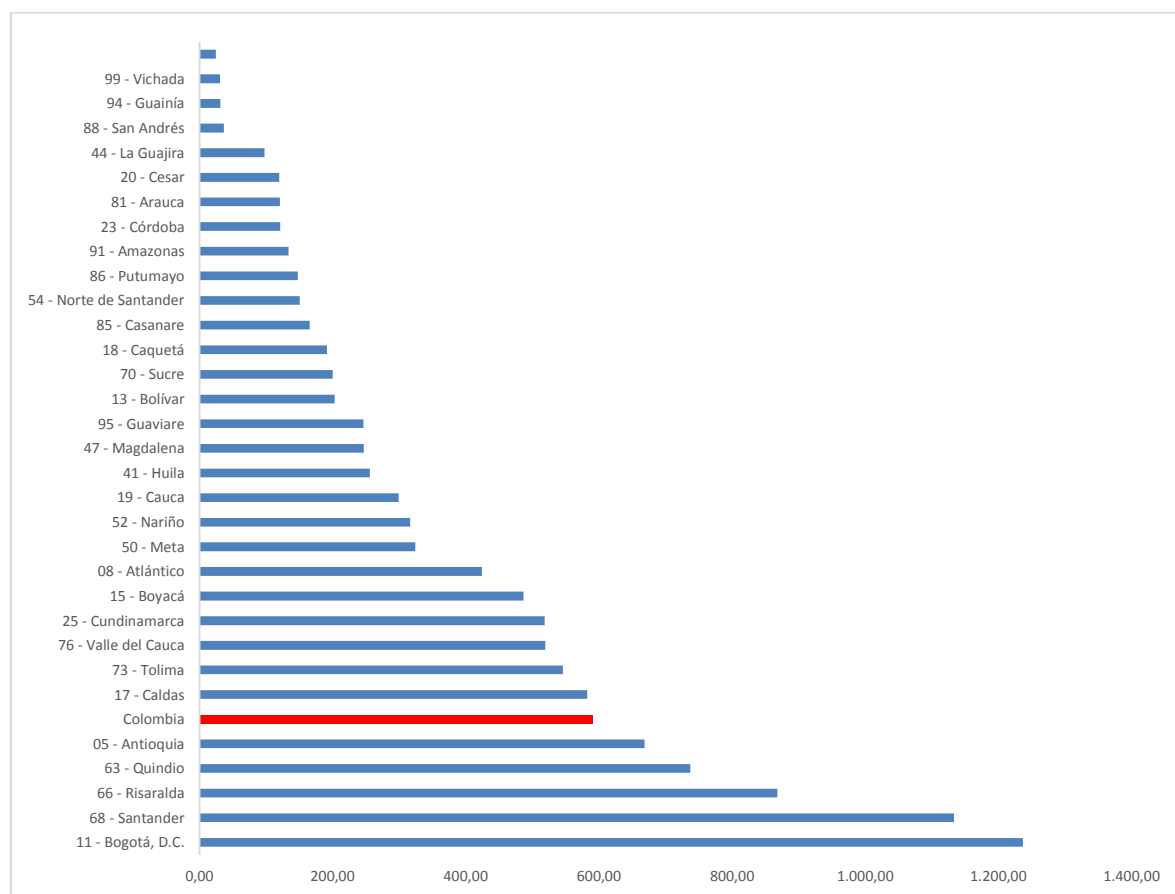
OTALGIA H93	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	5.450	17,3%	6.193	18,3%	6.793	14,7%	7.638	12,8%	7.480	15,1%	9.593	15,0%	43.147	15,2%
08 - Atlántico	1.086	3,5%	867	2,6%	1.838	4,0%	2.186	3,7%	1.975	4,0%	2.480	3,9%	10.432	3,7%
-1 - NO DEFINIDO	23	0,1%	770	2,3%	2.082	4,5%	839	1,4%	350	0,7%	2.577	4,0%	6.641	2,3%
11 - Bogotá, D.C.	12.151	38,7%	13.533	40,1%	16.252	35,1%	21.618	36,2%	16.030	32,5%	17.839	27,9%	97.423	34,2%
13 - Bolívar	303	1,0%	389	1,2%	736	1,6%	913	1,5%	741	1,5%	1.171	1,8%	4.253	1,5%
15 - Boyacá	443	1,4%	799	2,4%	1.150	2,5%	1.140	1,9%	1.096	2,2%	1.585	2,5%	6.213	2,2%
17 - Caldas	420	1,3%	581	1,7%	633	1,4%	1.335	2,2%	1.216	2,5%	1.567	2,4%	5.752	2,0%
18 - Caquetá	29	0,1%	29	0,1%	52	0,1%	156	0,3%	292	0,6%	355	0,6%	913	0,3%
19 - Cauca	183	0,6%	464	1,4%	776	1,7%	725	1,2%	972	2,0%	1.002	1,6%	4.122	1,4%
20 - Cesar	158	0,5%	146	0,4%	215	0,5%	210	0,4%	204	0,4%	300	0,5%	1.233	0,4%
23 - Córdoba	114	0,4%	103	0,3%	245	0,5%	300	0,5%	478	1,0%	833	1,3%	2.073	0,7%
25 - Cundinamarca	1.556	5,0%	1.487	4,4%	2.540	5,5%	3.010	5,0%	2.496	5,1%	2.802	4,4%	13.891	4,9%
27 - Chocó	12	0,0%	22	0,1%	7	0,0%	18	0,0%	29	0,1%	34	0,1%	122	0,0%
41 - Huila	179	0,6%	202	0,6%	370	0,8%	564	0,9%	651	1,3%	985	1,5%	2.951	1,0%
44 - La Guajira	42	0,1%	55	0,2%	63	0,1%	82	0,1%	244	0,5%	450	0,7%	936	0,3%
47 - Magdalena	330	1,1%	279	0,8%	428	0,9%	714	1,2%	495	1,0%	859	1,3%	3.105	1,1%
50 - Meta	188	0,6%	299	0,9%	576	1,2%	707	1,2%	503	1,0%	842	1,3%	3.115	1,1%
52 - Nariño	211	0,7%	222	0,7%	583	1,3%	1.403	2,3%	1.086	2,2%	2.010	3,1%	5.515	1,9%
54 - Norte de	241	0,8%	190	0,6%	330	0,7%	389	0,7%	358	0,7%	534	0,8%	2.042	0,7%

OTALGIA H93	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Santander														
63 - Quindío	331	1,1%	453	1,3%	541	1,2%	992	1,7%	962	1,9%	888	1,4%	4.167	1,5%
66 - Risaralda	1.168	3,7%	821	2,4%	1.161	2,5%	2.071	3,5%	1.462	3,0%	1.580	2,5%	8.263	2,9%
68 - Santander	4.188	13,3%	2.677	7,9%	3.876	8,4%	5.108	8,5%	3.366	6,8%	4.139	6,5%	23.354	8,2%
70 - Sucre	39	0,1%	96	0,3%	113	0,2%	157	0,3%	351	0,7%	946	1,5%	1.702	0,6%
73 - Tolima	644	2,0%	1.139	3,4%	1.372	3,0%	1.831	3,1%	1.110	2,2%	1.587	2,5%	7.683	2,7%
76 - Valle del Cauca	1.806	5,7%	1.854	5,5%	3.337	7,2%	5.479	9,2%	5.095	10,3%	6.377	10,0%	23.948	8,4%
81 - Arauca	11	0,0%	28	0,1%	26	0,1%	34	0,1%	65	0,1%	152	0,2%	316	0,1%
85 - Casanare	22	0,1%	39	0,1%	90	0,2%	81	0,1%	100	0,2%	258	0,4%	590	0,2%
86 - Putumayo	81	0,3%	27	0,1%	62	0,1%	50	0,1%	68	0,1%	221	0,3%	509	0,2%
88 - San Andrés		0,0%	2	0,0%	1	0,0%	5	0,0%	7	0,0%	13	0,0%	28	0,0%
91 - Amazonas	1	0,0%	1	0,0%	12	0,0%	6	0,0%	63	0,1%	19	0,0%	102	0,0%
94 - Guainía		0,0%		0,0%	4	0,0%	2	0,0%		0,0%	7	0,0%	13	0,0%
95 - Guaviare	5	0,0%	6	0,0%	21	0,0%	27	0,0%	29	0,1%	14	0,0%	102	0,0%
97 - Vaupés		0,0%	5	0,0%		0,0%	6	0,0%		0,0%	7	0,0%	18	0,0%
99 - Vichada		0,0%		0,0%	7	0,0%		0,0%	9	0,0%	6	0,0%	22	0,0%
Total general	31.415	100,0%	33.778	100,0%	46.292	100,0%	59.796	100,0%	49.383		64.032		284.696	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con consultas de urgencias por Otolgia son Bogotá, Antioquia, Valle, Santander y Cundinamarca (Gráfica 37). Las otalgias son manifestaciones de múltiples etiologías dentro de las que se inscriben las otitis, traumas, tumores, infecciones de pabellón auricular, herpes, micosis, mastoiditis, problemas de articulación temporomandibular, neuralgias, patologías de faringe, laringe o cavidad oral (Montilla, 2014).

Gráfica 37. Prevalencias de atención relacionadas con Otolgia por departamento, 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.4 Alteraciones del Lenguaje (Códigos CIE-10 F801, F802 y F803)

Se reportaron para el período 2009 a 2014, 1.403.292 atenciones relacionadas con alteraciones del lenguaje, equivalentes a un 0.09% del total de atenciones en salud. Por departamento, la mayor frecuencia de atenciones se encuentra en Antioquia y Bogotá. (Tabla 35).

TABLA 35. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

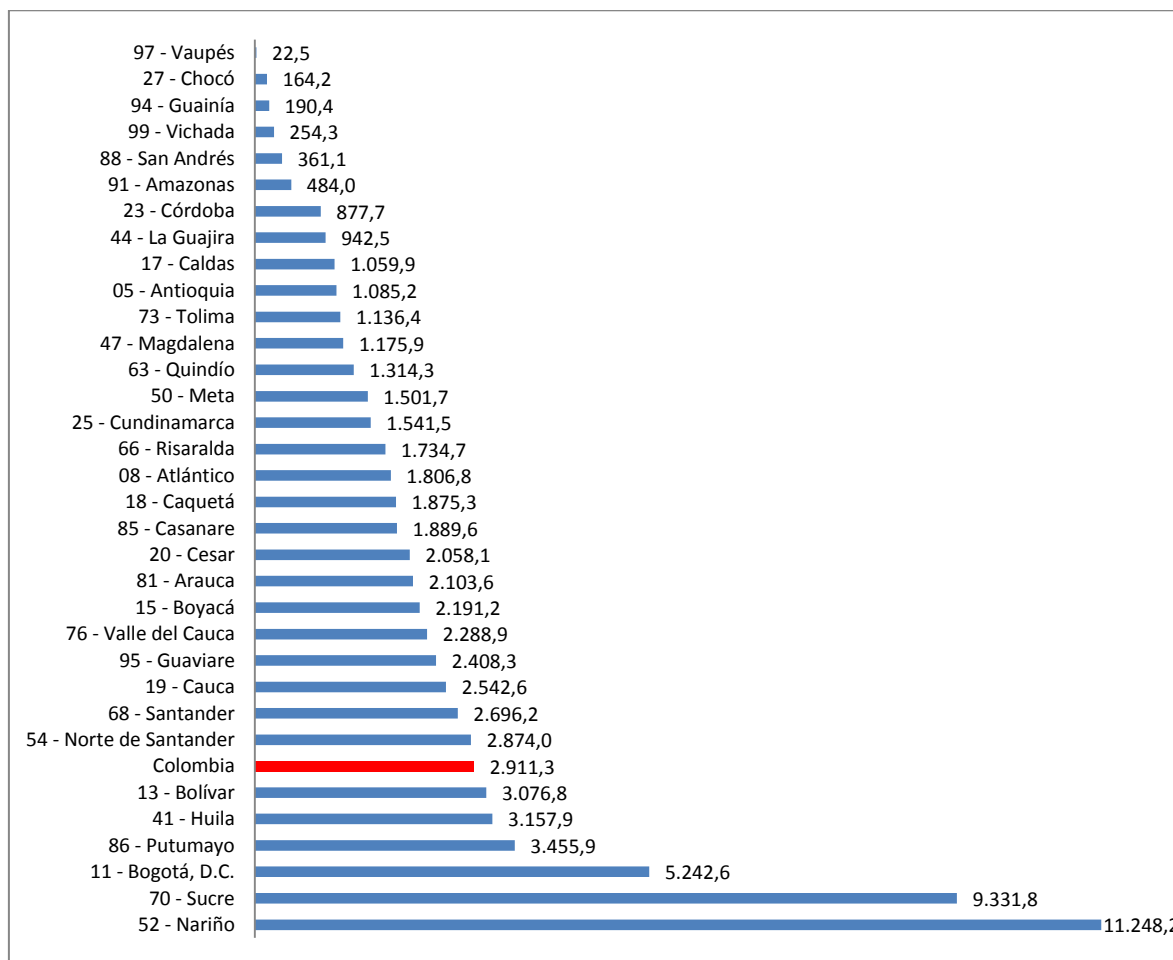
LENGUAJE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total general	%
05 - Antioquia	5.489	8,0%	6.566	6,4%	9.069	5,0%	10.089	4,7%	12.075	5,2%	14.811	4,2%	11.965	4,7%	70.064	5,0%
08 - Atlántico	1.937	2,8%	2.664	2,6%	3.674	2,0%	7.329	3,4%	7.962	3,4%	9.938	2,8%	10.959	4,3%	44.463	3,2%
-1 - NO DEFINIDO	146	0,2%	2.675	2,6%	6.888	3,8%	3.423	1,6%	1.322	0,6%	16.248	4,7%	3.102	1,2%	33.804	2,4%
11 - Bogotá, D.C.	24.389	35,4%	31.726	30,9%	48.339	26,4%	54.419	25,3%	85.535	37,0%	102.680	29,4%	65.967	26,1%	413.055	29,4%
13 - Bolívar	2.700	3,9%	1.810	1,8%	4.900	2,7%	8.276	3,8%	10.780	4,7%	17.774	5,1%	18.286	7,2%	64.526	4,6%
15 - Boyacá	1.666	2,4%	2.217	2,2%	4.763	2,6%	4.145	1,9%	4.180	1,8%	7.517	2,2%	3.480	1,4%	27.968	2,0%
17 - Caldas	789	1,1%	1.260	1,2%	1.032	0,6%	1.890	0,9%	1.807	0,8%	1.877	0,5%	1.817	0,7%	10.472	0,7%
18 - Caquetá	114	0,2%	165	0,2%	197	0,1%	1.160	0,5%	1.495	0,6%	2.653	0,8%	3.173	1,3%	8.957	0,6%
19 - Cauca	930	1,3%	2.192	2,1%	2.354	1,3%	2.413	1,1%	6.121	2,6%	17.978	5,1%	3.079	1,2%	35.067	2,5%
20 - Cesar	866	1,3%	1.217	1,2%	1.657	0,9%	1.922	0,9%	3.390	1,5%	8.363	2,4%	3.761	1,5%	21.176	1,5%
23 - Córdoba	471	0,7%	785	0,8%	1.463	0,8%	1.241	0,6%	2.520	1,1%	4.012	1,1%	4.513	1,8%	15.005	1,1%
25 - Cundinamarca	2.248	3,3%	3.141	3,1%	5.562	3,0%	5.261	2,4%	7.621	3,3%	8.714	2,5%	8.765	3,5%	41.312	2,9%
27 - Chocó	27	0,0%	103	0,1%	211	0,1%	112	0,1%	68	0,0%	156	0,0%	144	0,1%	821	0,1%
41 - Huila	1.005	1,5%	1.938	1,9%	2.478	1,4%	2.771	1,3%	8.642	3,7%	11.712	3,4%	7.921	3,1%	36.467	2,6%
44 - La Guajira	106	0,2%	189	0,2%	322	0,2%	490	0,2%	1.008	0,4%	4.226	1,2%	2.686	1,1%	9.027	0,6%
47 - Magdalena	670	1,0%	758	0,7%	1.292	0,7%	1.765	0,8%	2.458	1,1%	3.534	1,0%	4.337	1,7%	14.814	1,1%
50 - Meta	1.844	2,7%	1.326	1,3%	2.306	1,3%	2.607	1,2%	1.846	0,8%	2.511	0,7%	1.996	0,8%	14.436	1,0%
52 - Nariño	5.246	7,6%	17.354	16,9%	52.501	28,7%	56.235	26,1%	16.599	7,2%	29.633	8,5%	18.627	7,4%	196.195	14,0%

LENGUAJE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total general	%
54 - Norte de Santander	3.538	5,1%	3.972	3,9%	4.942	2,7%	4.859	2,3%	5.349	2,3%	6.686	1,9%	9.619	3,8%	38.965	2,8%
63 - Quindío	429	0,6%	783	0,8%	699	0,4%	993	0,5%	1.487	0,6%	1.520	0,4%	1.519	0,6%	7.430	0,5%
66 - Risaralda	899	1,3%	1.539	1,5%	2.097	1,1%	3.051	1,4%	3.266	1,4%	3.219	0,9%	2.443	1,0%	16.514	1,2%
68 - Santander	6.216	9,0%	10.558	10,3%	7.618	4,2%	6.811	3,2%	8.391	3,6%	9.677	2,8%	6.299	2,5%	55.570	4,0%
70 - Sucre	411	0,6%	1.014	1,0%	1.958	1,1%	5.135	2,4%	13.784	6,0%	25.781	7,4%	31.379	12,4%	79.462	5,7%
73 - Tolima	1.208	1,8%	1.661	1,6%	2.363	1,3%	2.722	1,3%	2.481	1,1%	3.150	0,9%	2.419	1,0%	16.004	1,1%
76 - Valle del Cauca	3.901	5,7%	3.820	3,7%	11.486	6,3%	23.171	10,8%	18.335	7,9%	25.295	7,2%	19.595	7,7%	105.603	7,5%
81 - Arauca	51	0,1%	338	0,3%	935	0,5%	677	0,3%	581	0,3%	2.542	0,7%	394	0,2%	5.518	0,4%
85 - Casanare	1.470	2,1%	696	0,7%	720	0,4%	800	0,4%	774	0,3%	1.162	0,3%	1.114	0,4%	6.736	0,5%
86 - Putumayo	102	0,1%	197	0,2%	1.059	0,6%	1.261	0,6%	735	0,3%	5.266	1,5%	3.310	1,3%	11.930	0,9%
88 - San Andrés	2	0,0%	28	0,0%	8	0,0%	14	0,0%	99	0,0%	97	0,0%	28	0,0%	276	0,0%
91 - Amazonas	16	0,0%	15	0,0%	46	0,0%	46	0,0%	85	0,0%	83	0,0%	78	0,0%	369	0,0%
94 - Guainía	8	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	15	0,0%	37	0,0%	10	0,0%	79	0,0%
95 - Guaviare	36	0,1%	51	0,0%	25	0,0%	400	0,2%	134	0,1%	295	0,1%	58	0,0%	999	0,1%
97 - Vaupés		0,0%	11	0,0%		0,0%	7	0,0%	4	0,0%	3	0,0%		0,0%	25	0,0%
99 - Vichada		0,0%	23	0,0%	63	0,0%	11	0,0%	33	0,0%	20	0,0%	33	0,0%	183	0,0%
Total general	68.930	100,0%	102.795	100,0%	183.030	100,0%	215.509	100,0%	230.982	100,0%	349.170	100,0%	252.876	100,0%	1.403.292	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

La mayor prevalencia de atenciones relacionadas con alteraciones del Lenguaje se presenta en los departamentos de Nariño, Sucre, Bogotá, Putumayo y Huila (Gráfica 38).

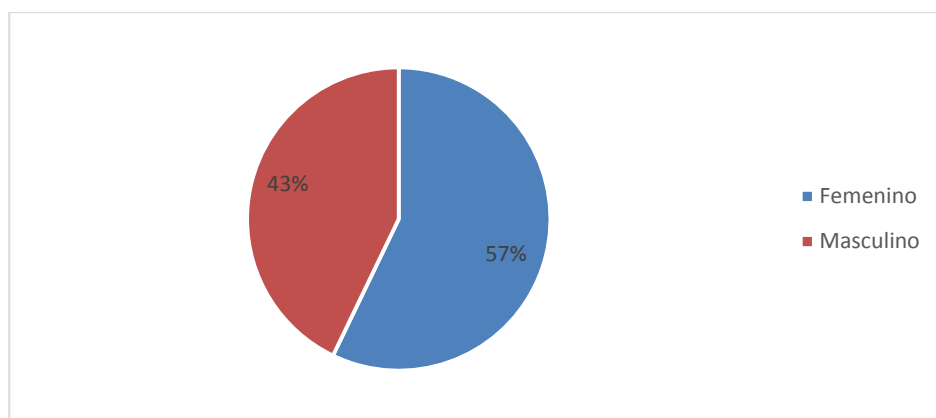
Gráfica 38. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones del lenguaje por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con alteraciones del lenguaje son del sexo femenino con 57.1% (Gráfica 39). Dado que se observan mayores consultas en mujeres que en hombres en el sistema de información, se limita la realización de análisis por sexo.

Gráfica 39. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones del lenguaje por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida, se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones del lenguaje se presentan en el grupo de primera infancia con un 40.6%, seguido por adultez con 26.7% (Tabla 36). Sin embargo, llama la atención el importante porcentaje reportado en el adulto, posiblemente relacionado con condiciones laborales y el sedentarismo que aumentan el riesgo de accidentes cerebrovasculares y de traumas craneoencefálicos (Martínez, 2008). La mayor razón de atenciones por persona se encuentra en la primera infancia con 2,4.

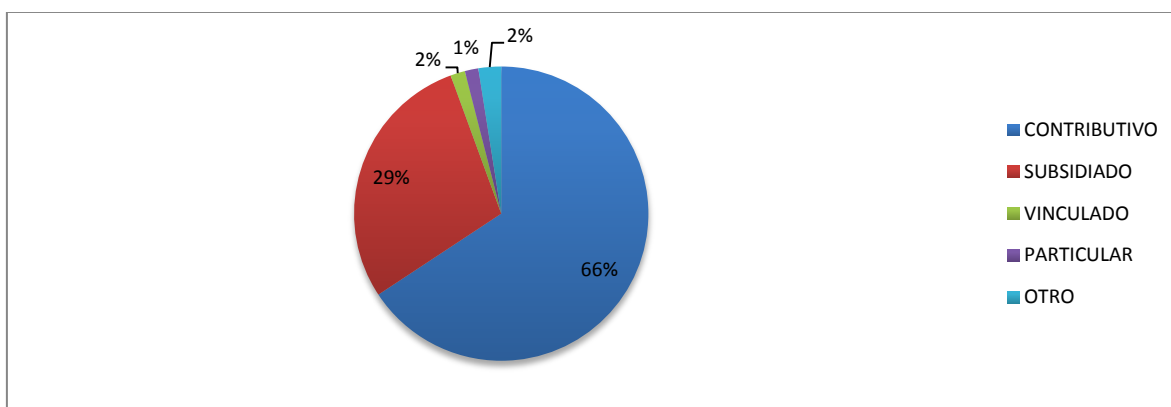
TABLA 36. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL LENGUAJE POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	576.708	1.409.589	40,6	2,4
Infancia	486.685	268.616	7,7	0,6
Adolescencia	427.608	406.292	11,7	1,0
Juventud	641.412	300.247	8,6	0,5
Adultez	542.950	927.018	26,7	1,7
Vejez	137.847	162.369	4,7	1,2
Total	2.813.210	3.474.131	100,0	1,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación, se observa que el 65,7% del total de atenciones relacionadas con alteraciones del lenguaje son del régimen contributivo (Gráfica 40). La cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPB del régimen contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación limitan la comparación de diferencias por esta variable.

Gráfica 40. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones del lenguaje por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Disfasia y Afasia (código CIE-10 R470)

Si bien la disfasia y la afasia con entidades que alteran el lenguaje en etapa infantil y adulta respectivamente, y son considerados condiciones de lenguaje, se presenta su análisis de forma separada por su importancia y frecuencia en los reportes y en el seguimiento a los estados de salud comunicativa. Algunos autores resaltan el aumento del riesgo de padecer afasia en edades cada vez más tempranas (Mantilla, Carrasco, y Bolivia, 2016)

Para el período de estudio se reportaron 88.762 atenciones relacionadas con disfasia y afasia, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 184.1×100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Sucre (Tabla 37).

TABLA 37. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON DISFASIA Y AFASIA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

DISFASIA Y AFASIA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	611	12,2%	716	8,9%	789	6,3%	983	6,3%	1.497	6,8%	1.351	5,3%	5.947	6,7%
08 - Atlántico	186	3,7%	291	3,6%	412	3,3%	482	3,1%	647	2,9%	708	2,8%	2.726	3,1%
11 - Bogotá, D.C.	1.847	36,9%	3.264	40,4%	4.380	35,2%	5.902	37,8%	9.040	41,1%	8.277	32,3%	32.710	36,9%
13 - Bolívar	103	2,1%	209	2,6%	460	3,7%	373	2,4%	1.316	6,0%	624	2,4%	3.085	3,5%
15 - Boyacá	52	1,0%	75	0,9%	303	2,4%	206	1,3%	150	0,7%	412	1,6%	1.198	1,3%
17 - Caldas	36	0,7%	95	1,2%	94	0,8%	195	1,2%	139	0,6%	228	0,9%	787	0,9%
18 - Caquetá	22	0,4%	27	0,3%	20	0,2%	30	0,2%	37	0,2%	40	0,2%	176	0,2%
19 - Cauca	65	1,3%	136	1,7%	170	1,4%	249	1,6%	644	2,9%	629	2,5%	1.893	2,1%
20 - Cesar	23	0,5%	69	0,9%	27	0,2%	52	0,3%	76	0,3%	240	0,9%	487	0,5%
23 - Córdoba	73	1,5%	90	1,1%	141	1,1%	134	0,9%	399	1,8%	607	2,4%	1.444	1,6%
25 - Cundinamarca	193	3,9%	213	2,6%	445	3,6%	390	2,5%	484	2,2%	614	2,4%	2.339	2,6%
27 - Chocó	2	0,0%	10	0,1%	3	0,0%	16	0,1%	8	0,0%	41	0,2%	80	0,1%
41 - Huila	53	1,1%	92	1,1%	138	1,1%	136	0,9%	293	1,3%	369	1,4%	1.081	1,2%
44 - La Guajira	12	0,2%	47	0,6%	32	0,3%	28	0,2%	44	0,2%	85	0,3%	248	0,3%
47 - Magdalena	97	1,9%	81	1,0%	158	1,3%	252	1,6%	177	0,8%	265	1,0%	1.030	1,2%
50 - Meta	138	2,8%	118	1,5%	224	1,8%	346	2,2%	154	0,7%	277	1,1%	1.257	1,4%
52 - Nariño	118	2,4%	372	4,6%	1.784	14,3%	2.206	14,1%	991	4,5%	1.647	6,4%	7.118	8,0%
54 - Norte de Santander	80	1,6%	196	2,4%	214	1,7%	145	0,9%	417	1,9%	1.223	4,8%	2.275	2,6%
63 - Quindío	136	2,7%	217	2,7%	252	2,0%	171	1,1%	216	1,0%	383	1,5%	1.375	1,5%
66 - Risaralda	120	2,4%	116	1,4%	159	1,3%	286	1,8%	340	1,5%	288	1,1%	1.309	1,5%

DISFASIA Y AFASIA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
68 - Santander	451	9,0%	759	9,4%	305	2,5%	377	2,4%	295	1,3%	982	3,8%	3.169	3,6%
70 - Sucre	24	0,5%	64	0,8%	205	1,6%	399	2,6%	1.778	8,1%	1.043	4,1%	3.513	4,0%
73 - Tolima	93	1,9%	135	1,7%	323	2,6%	205	1,3%	172	0,8%	420	1,6%	1.348	1,5%
76 - Valle del Cauca	317	6,3%	525	6,5%	1.051	8,4%	1.713	11,0%	2.349	10,7%	3.658	14,3%	9.613	10,8%
81 - Arauca		0,0%	1	0,0%	18	0,1%	32	0,2%	45	0,2%	43	0,2%	139	0,2%
85 - Casanare	124	2,5%	35	0,4%	20	0,2%	10	0,1%	8	0,0%	32	0,1%	229	0,3%
86 - Putumayo	8	0,2%	16	0,2%	36	0,3%	38	0,2%	21	0,1%	197	0,8%	316	0,4%
88 - San Andrés		0,0%	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%	4	0,0%	13	0,1%	21	0,0%
91 - Amazonas	3	0,1%		0,0%	4	0,0%	8	0,1%	1	0,0%	3	0,0%	19	0,0%
94 - Guainía	1	0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	3	0,0%	4	0,0%
95 - Guaviare	2	0,0%	8	0,1%	4	0,0%	5	0,0%	10	0,0%	14	0,1%	43	0,0%
97 - Vaupés		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	6	0,0%	6	0,0%
99 - Vichada		0,0%	2	0,0%		0,0%		0,0%	4	0,0%	3	0,0%	9	0,0%
Total general	5.011	100,0%	8.078	100,0%	12.444	100,0%	15.610	100,0%	21.970	100,0%	25.649	100,0%	88.762	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

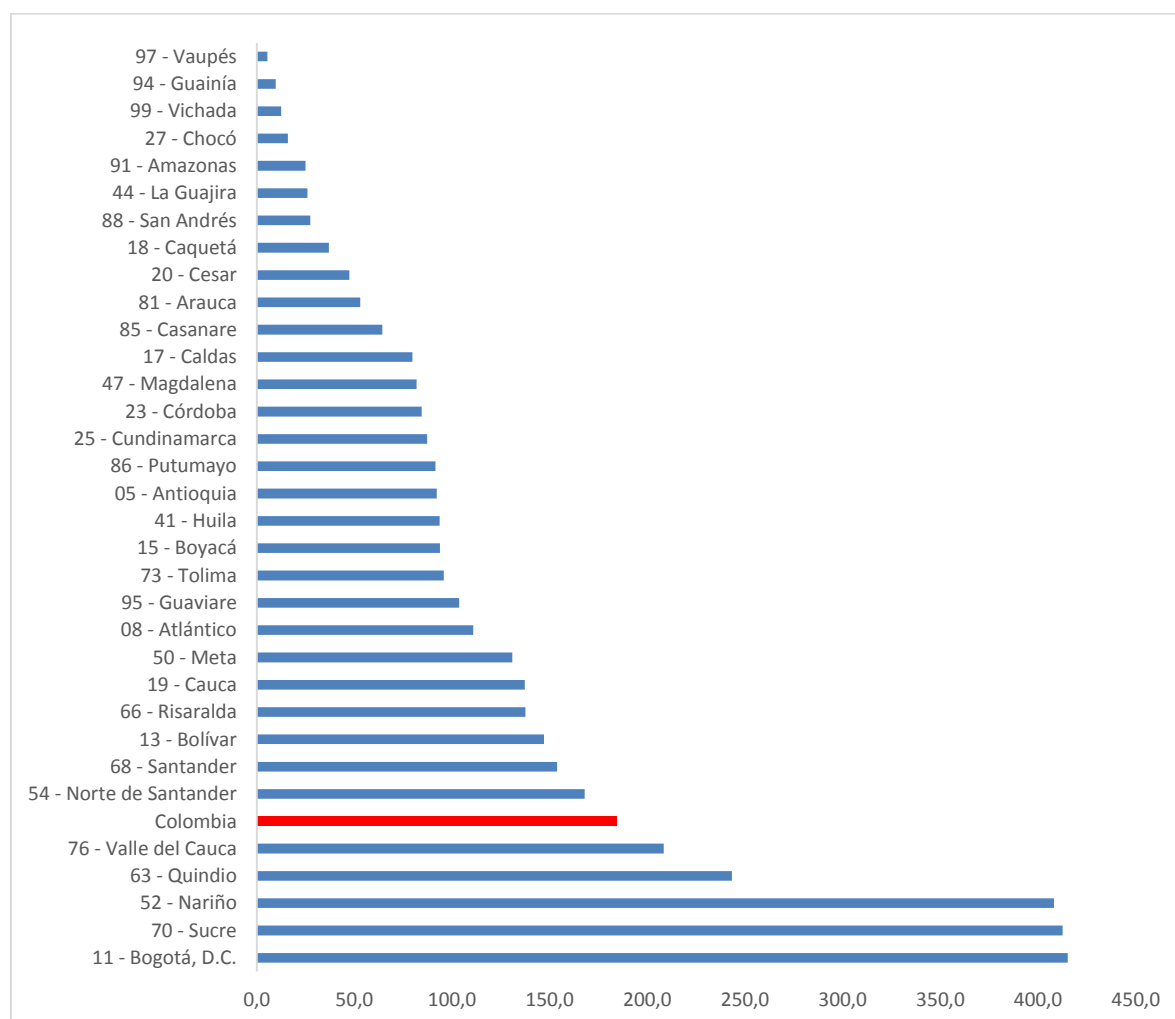
Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con afasia y disfasia son Bogotá, Sucre, Nariño, Quindío y Valle (Gráfica 41).

En Sucre, posiblemente la disfasia y afasia se relaciona con una alta frecuencia de eventos cerebrovasculares y un alto consumo de sodio (Toloza & Otros, 2016), así como la alta frecuencia de hipertensión. De igual manera, posibles traumas y lesiones relacionadas con el uso de motos y hamacas.

En Quindío, la alta prevalencia puede estar relacionada con la alta frecuencia de traumas y lesiones relacionadas con el uso de motos (Almeida & otros, 2013).

En Guainía, la baja prevalencia puede estar relacionada con que no hay oferta disponible para atención en salud de los usuarios.

Gráfica 41. Prevalencias de atención relacionadas con disfasia y afasia por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con afasia y disfasia, se presentan en el grupo de adultez con 45.3%, seguido por el grupo de

vejez con un 41.2% (Tabla 38). En este código se observa un sesgo de clasificación dado que estas patologías se circunscriben a los mayores de 5 años. En la adultez, este tipo de evento se relaciona con la alta frecuencia de condiciones crónicas y en los niños se relaciona con eventos de la atención del parto y la alta frecuencia de prematuros, que hacen que se aumente el uso de ventilación asistida (García, Fernández, Rodríguez .& Pérez ,2006). La razón de atenciones por persona se presenta con mayor frecuencia en el grupo de vejez con 18,2 y en la adultez con 5,2.

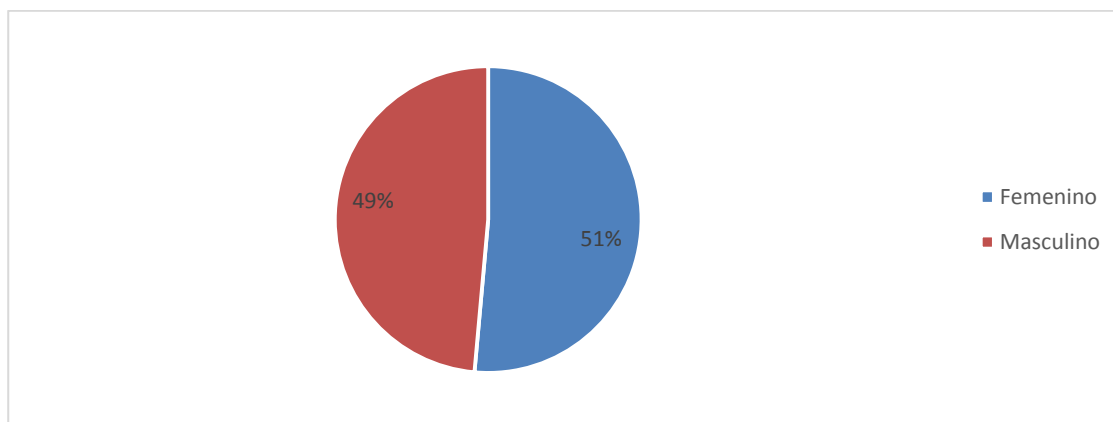
TABLA 38. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON DISFASIA Y AFASIA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Número de personas atendidas	Frecuencia de la atención	%	Razón atenciones: persona 2009-2014
Primera infancia	8.193	3.159	3,6	0,4
Infancia	6.948	2.773	3,1	0,4
Adolescencia	6.105	2.922	3,3	0,5
Juventud	9.157	3.129	3,5	0,3
Adultez	7.751	40.183	45,3	5,2
Vejez	2.008	36.596	41,2	18,2
Total	40.163	88.762	100,0	2,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con disfasia y afasia son del sexo femenino con 51.4% (Gráfica 42). Dado que se observan mayores consultas en mujeres que en hombres en el sistema de información no se pueden realizar análisis por sexo.

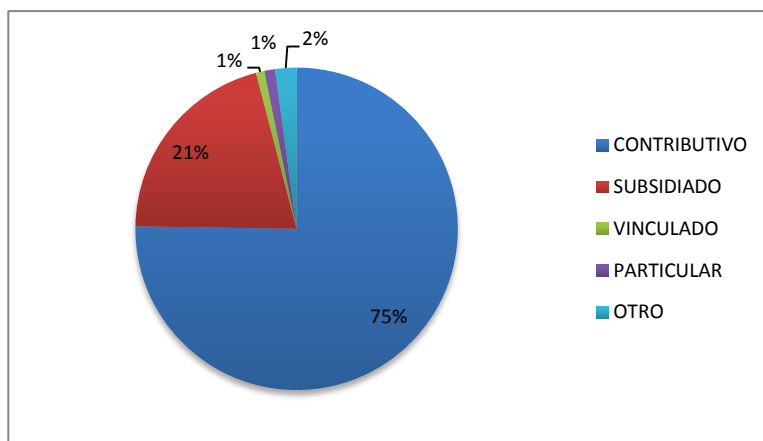
Gráfica 42. Número de atenciones con disfasia y afasia por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 75,2% del total de atenciones relacionadas con disfasia y afasia son del régimen contributivo (Gráfica 43). La cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPBs del régimen contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación restringen la comparación de diferencias por esta variable.

Gráfica 43. Prevalencia de atención relacionada con disfasia y afasia por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

6.5 Trastornos del Habla (Códigos CIE-10 R482, R490, R491, R492, R498, F985 Y F968).

Para el período de estudio, se reportaron 498.611 atenciones relacionadas con alteraciones del habla, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.0314, 4 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Guaviare y Atlántico (Tabla 39).

TABLA 39. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL HABLA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

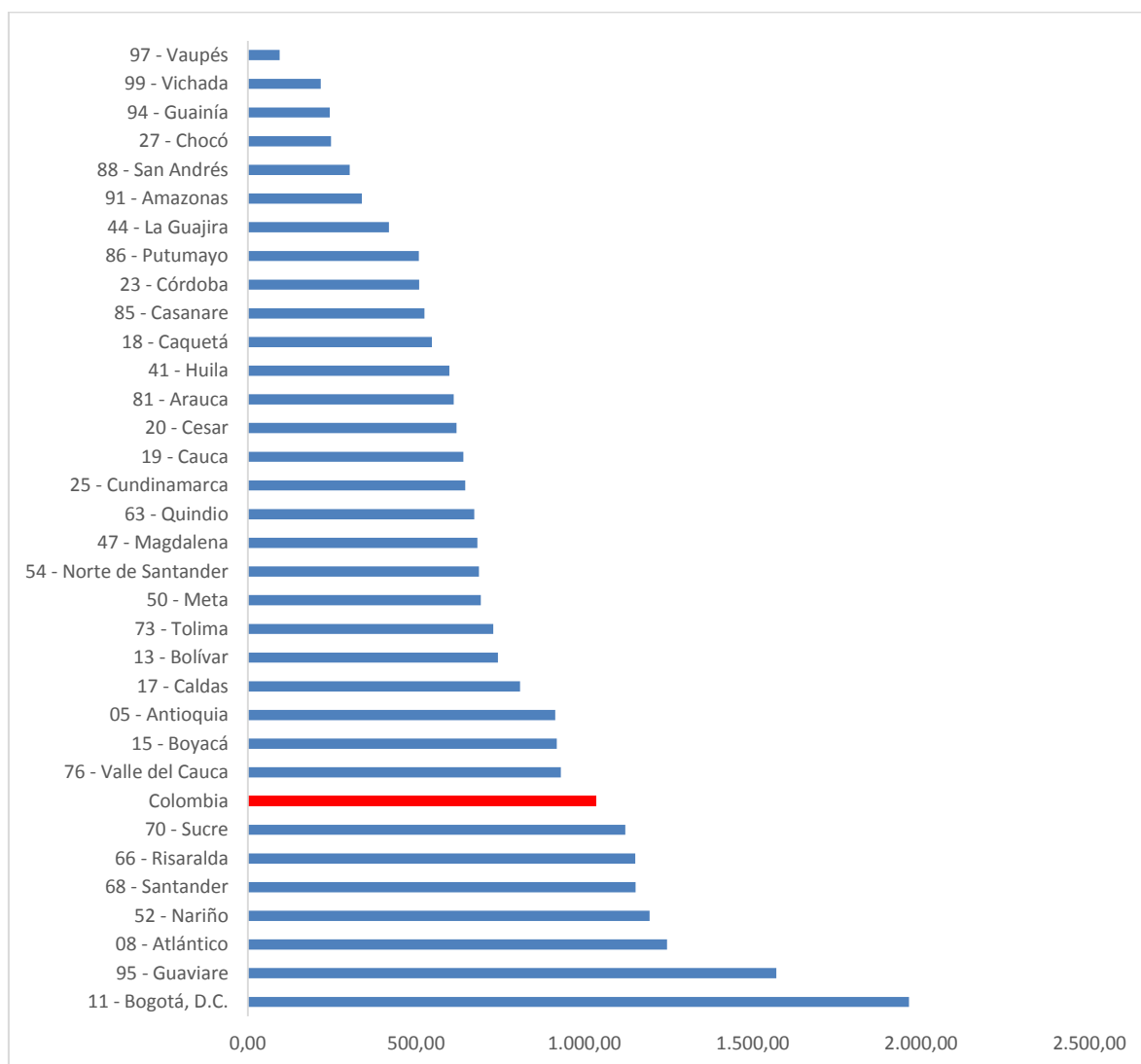
Departamentos	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	6.325	14,4	6.936	13,8	8.740	11,6	10.521	10,3	11.646	11,9	14.757	11,5	58.925	11,8
08 - Atlántico	3.419	7,8	3.006	6,0	4.621	6,1	6.388	6,2	5.358	5,5	7.839	6,1	30.631	6,1
11 - Bogotá, D.C.	13.927	31,8	17.492	34,8	24.848	33,0	30.829	30,1	31.741	32,4	35.898	27,9	154.735	31,0
13 - Bolívar	1.676	3,8	1.515	3,0	2.390	3,2	2.922	2,9	3.464	3,5	3.608	2,8	15.575	3,1
15 - Boyacá	600	1,4	972	1,9	1.295	1,7	4.778	4,7	1.773	1,8	2.299	1,8	11.717	2,3
17 - Caldas	722	1,6	869	1,7	1.173	1,6	2.029	2,0	1.340	1,4	1.851	1,4	7.984	1,6
18 - Caquetá	156	,4	243	,5	269	,4	655	,6	487	,5	803	,6	2.613	,5
19 - Cauca	279	,6	682	1,4	952	1,3	2.328	2,3	2.133	2,2	2.458	1,9	8.832	1,8
20 - Cesar	509	1,2	548	1,1	809	1,1	1.151	1,1	1.384	1,4	1.973	1,5	6.374	1,3
23 - Córdoba	497	1,1	843	1,7	1.027	1,4	1.195	1,2	2.301	2,3	2.836	2,2	8.699	1,7
25 - Cundinamarca	1.621	3,7	1.828	3,6	3.070	4,1	3.299	3,2	3.356	3,4	4.135	3,2	17.309	3,5
27 - Chocó	133	,3	168	,3	139	,2	196	,2	220	,2	380	,3	1.236	,2
41 - Huila	574	1,3	706	1,4	972	1,3	1.112	1,1	1.321	1,3	2.229	1,7	6.914	1,4
44 - La Guajira	135	,3	213	,4	469	,6	725	,7	844	,9	1.628	1,3	4.014	,8
47 - Magdalena	912	2,1	754	1,5	1.322	1,8	1.863	1,8	1.473	1,5	2.267	1,8	8.591	1,7
50 - Meta	623	1,4	758	1,5	1.310	1,7	1.346	1,3	974	1,0	1.639	1,3	6.650	1,3
52 - Nariño	1.439	3,3	1.860	3,7	3.899	5,2	7.050	6,9	2.561	2,6	4.006	3,1	20.815	4,2
54 - Norte de Santander	957	2,2	744	1,5	1.293	1,7	1.537	1,5	1.882	1,9	2.897	2,2	9.310	1,9
63 - Quindío	379	,9	374	,7	411	,5	645	,6	1.003	1,0	991	,8	3.803	,8
66 - Risaralda	1.439	3,3	1.055	2,1	1.610	2,1	2.014	2,0	2.304	2,4	2.534	2,0	10.956	2,2

Departamentos	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
68 - Santander	2.931	6,7	2.660	5,3	3.293	4,4	4.622	4,5	4.098	4,2	6.141	4,8	23.745	4,8
70 - Sucre	349	,8	391	,8	758	1,0	1.371	1,3	3.361	3,4	3.317	2,6	9.547	1,9
73 - Tolima	913	2,1	1.244	2,5	1.696	2,3	1.957	1,9	1.782	1,8	2.678	2,1	10.270	2,1
76 - Valle del Cauca	2.710	6,2	2.970	5,9	6.210	8,2	9.430	9,2	9.327	9,5	12.268	9,5	42.915	8,6
81 - Arauca	42	,1	125	,2	230	,3	306	,3	201	,2	701	,5	1.605	,3
85 - Casanare	257	,6	144	,3	305	,4	261	,3	264	,3	639	,5	1.870	,4
86 - Putumayo	74	,2	133	,3	277	,4	323	,3	278	,3	670	,5	1.755	,4
88 - San Andrés		,0	10	,0	43	,1	31	,0	58	,1	89	,1	231	,0
91 - Amazonas	16	,0	14	,0	31	,0	68	,1	49	,1	80	,1	258	,1
94 - Guainía	9	,0	23	,0	6	,0	7	,0	13	,0	43	,0	101	,0
95 - Guaviare	41	,1	94	,2	48	,1	157	,2	166	,2	145	,1	651	,1
97 - Vaupés		,0	6	,0	28	,0	11	,0	1	,0	59	,0	105	,0
99 - Vichada	1	,0	13	,0	18	,0	24	,0	43	,0	57	,0	156	,0
Total general	43.779	100,0	50.285	100,0	75.357	100,0	102.510	100,0	97.917	100,0	128.763	100,0	498.611	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con alteraciones del habla son Bogotá, Guaviare, Atlántico, Nariño y Santander (Gráfica 44).

Gráfica 44. Prevalencias de atención relacionadas con alteraciones del habla por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Por curso de vida, se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con trastornos del habla, se presentan en el grupo de primera infancia con 53.1%, seguido por infancia con un 28.7% (Tabla 40). En estas etapas se presenta la mayor parte de trastornos de la pronunciación y de la fluidez. Si bien las disfonías generan un alto número de consultas, estas se pueden presentar en cualquier momento de la vida. Los hábitos de uso vocal y las dificultades en la adquisición de la lengua son los marcadores más importantes de consulta en la infancia y se asocian igualmente como signos de alteraciones del lenguaje en desarrollo.

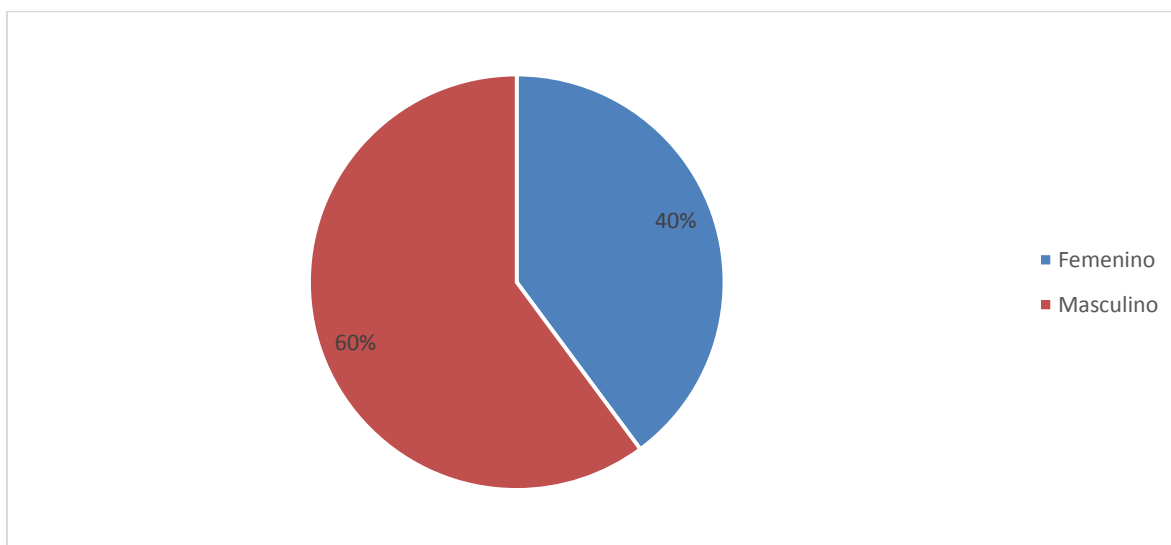
TABLA 40. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL HABLA POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Frecuencia	%
Primera infancia	264.497	53,1
Infancia	142.958	28,7
Adolescencia	59.275	11,9
Juventud	6.974	1,4
Adultez	14.943	3
Vejez	9.464	1,9
Total	498.111	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con Trastornos del Habla, son del sexo masculino con 60% (Gráfica 45).

Gráfica 45. Número de atenciones con alteraciones del habla por sexo 2009-2014

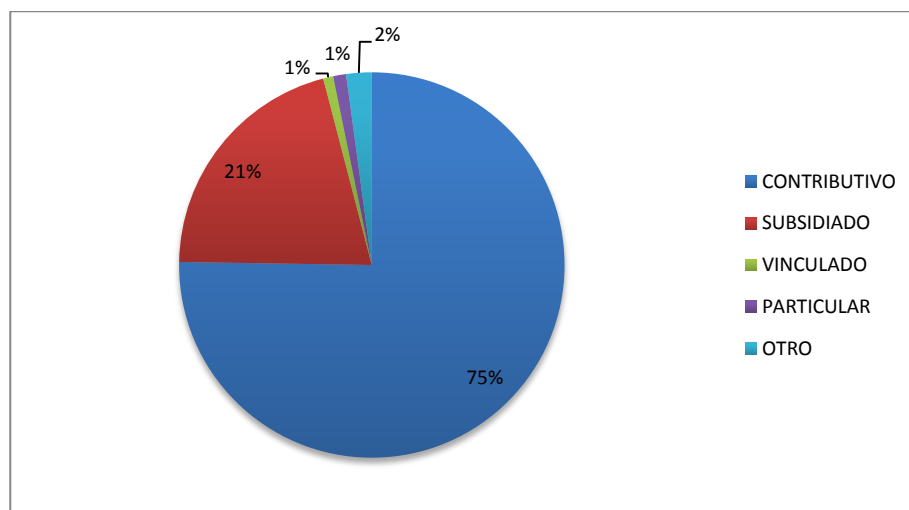


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 75,2% del total de atenciones relacionadas con alteraciones del habla son del régimen contributivo (Gráfica 46). Dado que la cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPBs

del régimen contributivo, por lo que la mayoría de atenciones de ese régimen de afiliación limita la comparación de diferencias por esta variable.

Gráfica 46. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones del habla por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Trastorno específico de la pronunciación (código CIE-10 F800)

Este diagnóstico hace parte de las alteraciones del habla pero dada su importancia se presenta de forma independiente. Para el período de estudio se reportaron 1.079.223 atenciones relacionadas con trastornos de la pronunciación, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 2.239,0 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Sucre (Tabla 41).

TABLA 41. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACION	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	4.834	7,7%	5.852	6,1%	8.369	4,9%	9.359	4,6%	11.346	5,2%	13.377	4,1%	53.137	4,9%
08 - Atlántico	1.844	2,9%	2.403	2,5%	3.532	2,1%	7.040	3,4%	7.750	3,5%	9.461	2,9%	32.030	3,0%
11 - Bogotá, D.C.	21.089	33,6%	29.957	31,4%	45.901	26,9%	51.991	25,3%	83.297	38,0%	98.806	30,3%	331.041	30,7%
13 - Bolívar	2.619	4,2%	1.697	1,8%	4.632	2,7%	8.109	4,0%	10.677	4,9%	17.610	5,4%	45.344	4,2%
15 - Boyacá	1.544	2,5%	2.081	2,2%	4.598	2,7%	3.815	1,9%	3.857	1,8%	7.047	2,2%	22.942	2,1%
17 - Caldas	661	1,1%	1.069	1,1%	862	0,5%	1.575	0,8%	1.585	0,7%	1.655	0,5%	7.407	0,7%
18 - Caquetá	99	0,2%	131	0,1%	178	0,1%	1.109	0,5%	1.408	0,6%	2.578	0,8%	5.503	0,5%
19 - Cauca	893	1,4%	2.068	2,2%	2.247	1,3%	2.213	1,1%	5.719	2,6%	17.052	5,2%	30.192	2,8%
20 - Cesar	834	1,3%	1.159	1,2%	1.578	0,9%	1.781	0,9%	3.033	1,4%	7.410	2,3%	15.795	1,5%
23 - Córdoba	464	0,7%	744	0,8%	1.376	0,8%	1.171	0,6%	2.332	1,1%	3.661	1,1%	9.748	0,9%
25 - Cundinamarca	2.040	3,3%	2.907	3,0%	5.232	3,1%	4.868	2,4%	7.208	3,3%	8.137	2,5%	30.392	2,8%
27 - Chocó	26	0,0%	98	0,1%	207	0,1%	105	0,1%	57	0,0%	121	0,0%	614	0,1%
41 - Huila	958	1,5%	1.881	2,0%	2.368	1,4%	2.596	1,3%	8.315	3,8%	11.296	3,5%	27.414	2,5%
44 - La Guajira	100	0,2%	178	0,2%	309	0,2%	466	0,2%	923	0,4%	3.348	1,0%	5.324	0,5%
47 - Magdalena	645	1,0%	738	0,8%	1.223	0,7%	1.629	0,8%	2.331	1,1%	3.146	1,0%	9.712	0,9%
50 - Meta	1.808	2,9%	1.259	1,3%	2.227	1,3%	2.445	1,2%	1.771	0,8%	2.377	0,7%	11.887	1,1%
52 - Nariño	4.819	7,7%	16.690	17,5%	51.577	30,3%	55.315	27,0%	16.324	7,4%	28.573	8,8%	173.298	16,1%
54 - Norte de Santander	3.467	5,5%	3.882	4,1%	4.827	2,8%	4.725	2,3%	5.005	2,3%	6.298	1,9%	28.204	2,6%
63 - Quindío	412	0,7%	676	0,7%	613	0,4%	852	0,4%	1.319	0,6%	1.330	0,4%	5.202	0,5%
66 - Risaralda	844	1,3%	1.454	1,5%	2.027	1,2%	2.952	1,4%	3.089	1,4%	3.020	0,9%	13.386	1,2%

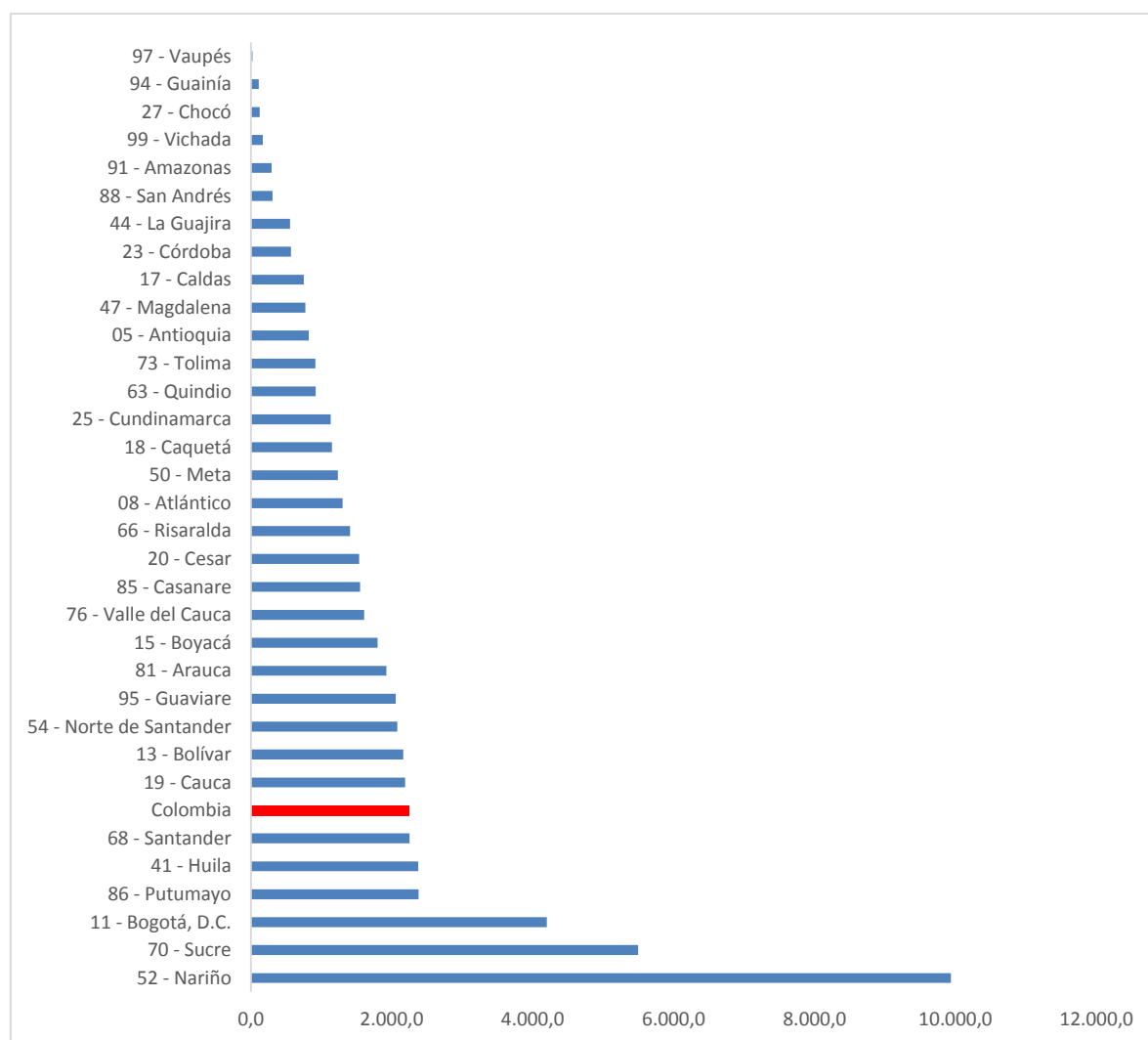
TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACION	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
68 - Santander	6.011	9,6%	10.341	10,8%	7.311	4,3%	6.480	3,2%	7.898	3,6%	8.332	2,6%	46.373	4,3%
70 - Sucre	405	0,6%	976	1,0%	1.898	1,1%	4.990	2,4%	13.424	6,1%	25.114	7,7%	46.807	4,3%
73 - Tolima	1.163	1,9%	1.530	1,6%	2.247	1,3%	2.556	1,2%	2.379	1,1%	2.989	0,9%	12.864	1,2%
76 - Valle del Cauca	3.446	5,5%	3.301	3,5%	10.346	6,1%	21.853	10,6%	15.071	6,9%	20.112	6,2%	74.129	6,9%
81 - Arauca	41	0,1%	332	0,3%	923	0,5%	664	0,3%	562	0,3%	2.523	0,8%	5.045	0,5%
85 - Casanare	1.452	2,3%	691	0,7%	710	0,4%	786	0,4%	759	0,3%	1.132	0,3%	5.530	0,5%
86 - Putumayo	97	0,2%	165	0,2%	869	0,5%	1.167	0,6%	717	0,3%	5.207	1,6%	8.222	0,8%
88 - San Andrés	2	0,0%	27	0,0%	8	0,0%	14	0,0%	89	0,0%	95	0,0%	235	0,0%
91 - Amazonas	16	0,0%	15	0,0%	43	0,0%	42	0,0%	27	0,0%	80	0,0%	223	0,0%
94 - Guainía	8	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	2	0,0%	14	0,0%	16	0,0%	46	0,0%
95 - Guaviare	27	0,0%	41	0,0%	24	0,0%	352	0,2%	119	0,1%	289	0,1%	852	0,1%
97 - Vaupés		0,0%	11	0,0%		0,0%	6	0,0%	4	0,0%	3	0,0%	24	0,0%
99 - Vichada		0,0%	12	0,0%	63	0,0%	7	0,0%	26	0,0%	15	0,0%	123	0,0%
Total general	62.700	100,0%	95.544	100,0%	170.440	100,0%	205.202	100,0%	219.279	100,0%	326.058	100,0%	1.079.223	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con trastornos de la pronunciación son Bogotá, Sucre, Nariño, Putumayo y Huila (Gráfica 47).

En Putumayo, los hallazgos pueden estar relacionados con las diferentes lenguas de las comunidades indígenas e intervenciones colectivas, que aumentan el registro de datos relacionados con trastornos de la pronunciación (Landaburu 2004). En Huila, puede relacionarse con una oferta del servicio de Salud, considerablemente mayor que incrementa el reporte de estas atenciones.

Gráfica 47. Prevalencias de atención relacionadas con trastornos de la pronunciación por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida, se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con trastornos de la pronunciación, se presentan en el grupo de primera infancia con 53.1%, seguido por infancia con un 28.7% (Tabla 42). En adultez y vejez el porcentaje de atenciones puede estar relacionado con las consecuencias de los eventos cerebrovasculares, y en los niños por la alta frecuencia de alteraciones del desarrollo del lenguaje (Greener, Enderby y Whurr, 2007) y las disfasias (Law, Garrett y Nye, 2007).

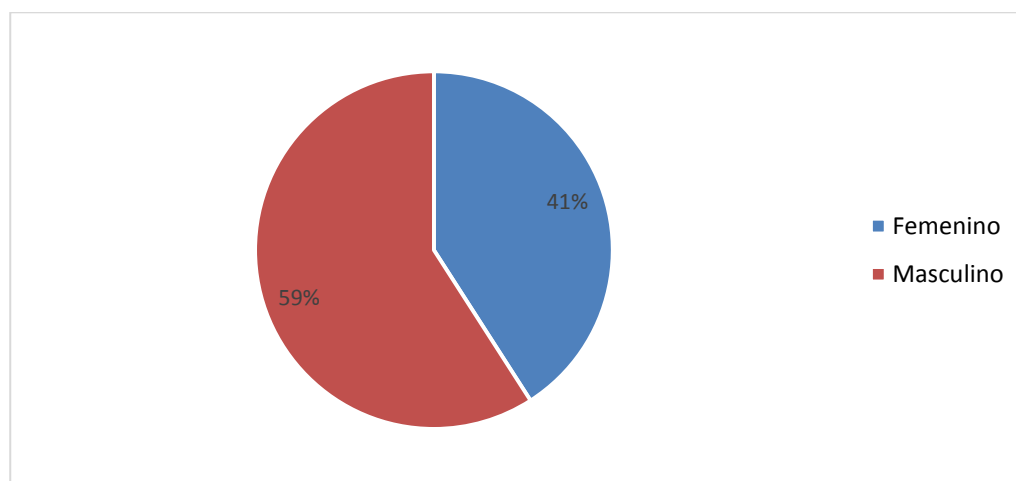
TABLA 42. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA PRONUNCIACIÓN POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Frecuencia	%
Primera infancia	572.885	53,1
Infancia	309.931	28,7
Adolescencia	128.396	11,9
Juventud	14.757	1,4
Adulthood	32.601	3,0
Vejez	20.653	1,9
Total	1.079.223	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con trastornos de pronunciación son del sexo femenino con 59.1% (Gráfica 48).

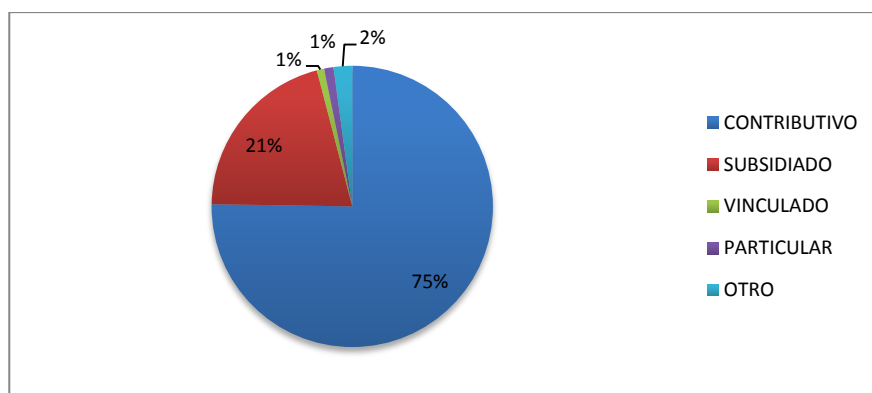
Gráfica 48. Número de atenciones con trastornos de la pronunciación por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por régimen de afiliación se observa que el 75,2% del total de atenciones relacionadas con alteraciones de la pronunciación, son del régimen contributivo (Gráfica 49). La cobertura del sistema de información SISPRO tiene una mayor cobertura en las EAPB del régimen contributivo, lo que restringe la comparación de diferencias por esta variable, dada la mayoría de atenciones en ese régimen.

Gráfica 49. Prevalencia de atención relacionada con alteraciones de la pronunciación por régimen de afiliación 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

SEGUNDO COMPONENTE: PROCEDIMIENTOS CUPS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN OTOLOGICA, AUDILÓGICA Y COMUNICATIVA

7. Procedimientos relacionados con alteraciones otológicas, audiológicas y comunicativas.

Los procedimientos CUPS seleccionados se reportan según número de consultas registradas en el SISPRO 2009- 2014. Se presentan inicialmente los procedimientos otológicos, posteriormente los audiológicos y finalmente los relacionados con consultas de habla y lenguaje.

7.1 Procedimientos otológicos (códigos CUPS 1940, 1991, 2030, 202301, 202101, 2024, 205100, 205900, 207300, 207500, 209600, 052)

En este grupo se agruparon los códigos relacionados con procedimientos de otorrinolaringología del código CIE 10 timpanoplastia, cierre de fistula peri linfática de oído medio, mastoideoplastía, timpanostomía con drenaje de membrana timpánica, drenaje de colección de mastoides, timpanostomía exploratoria, aspiración de oído medio, biopsia de oído medio y externo, mastoidectomía, recesión de tumor glómico, petrosectomía, descompresión de saco endolinfático, laberintectomía y vestibulotomía, revisión de mastoides y simpatectomía. Para el período de 2009 a 2014 se reportaron 1.755 con una prevalencia de 3,6 x 100.000 hab (Tabla 43). El Implante coclear se reporta y analiza aparte de este grupo.

TABLA 43. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

OTORRINOLARINGOLOGÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total general	%
05 – Antioquia	31	12%	31	16%	136	37%	85	28%	59	27%	31	14%	21	11%	394	22,5%
08 – Atlántico	5	2%	9	5%	6	2%	2	1%	1	0%	12	5%	5	3%	40	2,3%
-1 - NO DEFINIDO			29	15%	68	19%	38	13%	8	4%	9	4%	4	2%	156	8,9%
11 - Bogotá, D.C.	151	58%	45	24%	40	11%	32	11%	21	10%	42	19%	77	39%	408	23,2%
13 – Bolívar	10	4%			4	1%	4	1%			1	0%	1	1%	20	1,1%
15 – Boyacá					1	0%	1	0%	4	2%					6	0,3%
17 – Caldas	9	3%	7	4%					2	1%					18	1,0%
18 – Caquetá											4	2%	1	1%	5	0,3%
19 – Cauca	6	2%	14	7%	19	5%	27	9%	22	10%	6	3%			94	5,4%
20 – Cesar					2	1%									2	0,1%
23 – Córdoba	4	2%	4	2%			5	2%	1		5	2%			19	1,1%
25 - Cundinamarca	6	2%	1	1%	4	1%	5	2%	7	3%	9	4%	15	8%	47	2,7%
27 – Chocó					4	1%			2	1%					6	0,3%
41 – Huila			1	1%			2	1%			5	2%	2	1%	10	0,6%
44 - La Guajira											1	0%	1	1%	2	0,1%
47 – Magdalena			3	2%	1	0%					3	1%	3	2%	10	0,6%
50 – Meta			4	2%	3	1%					1	0%			8	0,5%

OTORRINOLARINGOLOGÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total general	%
52 – Nariño	2	1%	1	1%			13	4%	11	5%	4	2%	13	7%	44	2,5%
54 - Norte de Santander					1	0%	1	0%	2	1%	4	2%	6	3%	14	0,8%
63 – Quindío	1	0%	5	3%	13	4%	1	0%	2	1%	14	6%	5	3%	41	2,3%
66 – Risaralda	10	4%	15	8%	1	0%	5	2%	5	2%	7	3%	1	1%	44	2,5%
68 – Santander	7	3%	4	2%	4	1%	2	1%	39	18%	7	3%	14	7%	77	4,4%
70 – Sucre	2	1%	2	1%	6	2%			2	1%	9	4%			21	1,2%
73 – Tolima	3	1%			1	0%	9	3%	1	0%	10	5%			24	1,4%
76 - Valle del Cauca	15	6%	12	6%	46	13%	69	23%	28	13%	34	15%	28	14%	232	13,2%
81 – Arauca			1	1%			1	0%							2	0,1%
85 – Casanare					3	1%					4	2%			7	0,4%
95 – Guaviare			1	1%									2	1%	3	0,2%
99 – Vichada													1	1%	1	0,1%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de procedimientos de Otorrinolaringología son Quindío, Guaviare y Cauca (Tabla 44).

TABLA 44. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DEPARTAMENTO 2009-2014

OTORRINOLARINGOLOGÍA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
05 - Antioquia	394	6,1	0,004
08 - Atlántico	40	1,6	0,000
11 - Bogotá, D.C.	408	5,2	0,005
13 - Bolívar	20	1,0	0,000
15 - Boyacá	6	0,5	0,000
17 - Caldas	18	1,8	0,000
18 - Caquetá	5	1,0	0,000
19 - Cauca	94	6,8	0,001
20 - Cesar	2	0,2	0,000
23 - Córdoba	19	1,1	0,000
25 - Cundinamarca	47	1,8	0,001
27 - Chocó	6	1,2	0,000
41 - Huila	10	0,9	0,000
44 - La Guajira	2	0,2	0,000
47 - Magdalena	10	0,8	0,000
50 - Meta	8	0,8	0,000
52 - Nariño	44	2,5	0,000
54 - Norte de Santander	14	1,0	0,000
63 - Quindío	41	7,3	0,000
66 - Risaralda	44	4,6	0,000

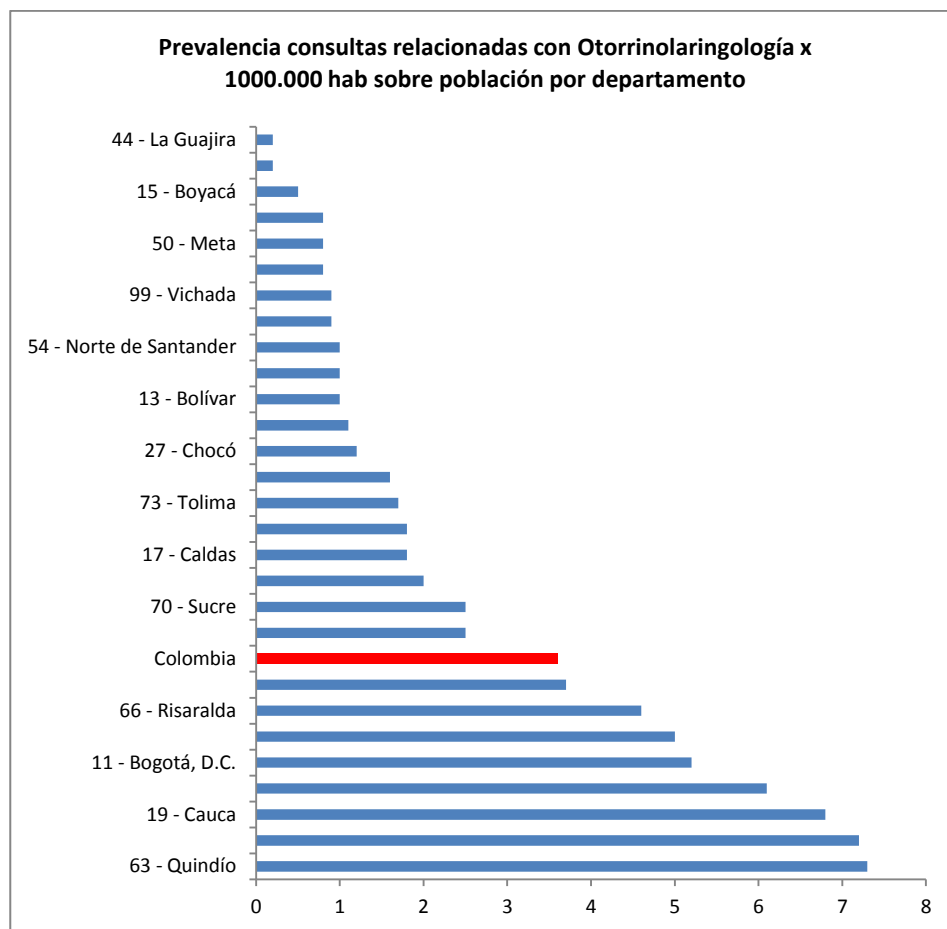
OTORRINOLARINGOLOGIA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
68 - Santander	77	3,7	0,001
70 - Sucre	21	2,5	0,000
73 - Tolima	24	1,7	0,000
76 - Valle del Cauca	232	5,0	0,003
81 - Arauca	2	0,8	0,000
85 - Casanare	7	2,0	0,000
95 - Guaviare	3	7,2	0,000
99 - Vichada	1	0,9	0,000
Total general	1.755	3,6	0,020

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

La tabla 44 identifica una baja prevalencia de consultas por otorrinolaringología siendo inconsistente con la disponibilidad de personal especializado en las diferentes zonas del país, como se muestra en la tabla 68 las ciudades que cuentan con mayor número de otorrinolaringólogos según el REPS son Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca.

Esto puede estar asociado a que muchas de las situaciones de mayor frecuencia como la otitis infantil y las urgencias en vértigo y otalgia son tratadas por medicina general y no son remitidas a especialistas en otorrinolaringología. Las demás afecciones incluidas en esta revisión tienen un número de atenciones menor y es el otorrino especialista quien las atiende.

Gráfica 50. Prevalencia consultas relacionadas con Otorrinolaringología x 100.000 hab sobre población por departamento.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

A pesar que en Quindío se reportan solo 23 otorrinolaringólogos, en Guaviare 2 y en Cauca 23, el número de personas por cada profesional en otorrinolaringología no es alto y esto pudiera explicar el acceso a los servicios y utilización de los servicios.

Procedimiento Potenciales evocados auditivos (códigos CUPS 954621, 954622)

Para el período de estudio se reportaron 418.548 consultas de potenciales evocados auditivos, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.4 x 100.000 habitantes. La baja prevalencia quizá pueda deberse a un subregistro en la información. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Valle (Tabla 45).

TABLA 45. NÚMERO DE ATENCIONES DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Colombia	11.873	100,0	20.686	100,0	25.146	100,0	20.037	100,0	17.167	100,0	28.133	100,0	123542	100,0
05 - Antioquia	1.542	13,0	5.516	26,7	5.614	22,3	3.720	18,6	4.113	24,0	8.240	29,3	28850	23,4
08 - Atlántico	295	2,5	522	2,5	728	2,9	959	4,8	593	3,5	1.535	5,5	4648	3,8
11 - Bogotá, D.C.	3.165	26,7	5.080	24,6	8.083	32,1	6.080	30,3	3.523	20,5	4.195	14,9	30260	24,5
13 - Bolívar	352	3,0	469	2,3	919	3,7	331	1,7	391	2,3	745	2,6	3220	2,6
15 - Boyacá	248	2,1	436	2,1	663	2,6	287	1,4	126	0,7	403	1,4	2172	1,8
17 - Caldas	132	1,1	124	0,6	209	0,8	225	1,1	125	0,7	380	1,4	1199	1,0
18 - Caquetá	29	0,2	21	0,1	42	0,2	68	0,3	44	0,3	201	0,7	406	0,3
19 - Cauca	2.240	18,9	3.756	18,2	1.739	6,9	336	1,7	238	1,4	455	1,6	8811	7,1
20 - Cesar	33	0,3	35	0,2	77	0,3	78	0,4	90	0,5	180	0,6	495	0,4
23 - Córdoba	74	0,6	162	0,8	181	0,7	319	1,6	546	3,2	983	3,5	2272	1,8
25 - Cundinamarca	366	3,1	600	2,9	925	3,7	823	4,1	687	4,0	919	3,3	4338	3,5
27 - Chocó	10	0,1	80	0,4	34	0,1	31	0,2	33	0,2	410	1,5	599	0,5
41 - Huila	195	1,6	356	1,7	370	1,5	212	1,1	143	0,8	383	1,4	1666	1,3
44 - La Guajira	11	0,1	29	0,1	54	0,2	46	0,2	34	0,2	90	0,3	265	0,2
47 - Magdalena	156	1,3	180	0,9	363	1,4	384	1,9	184	1,1	360	1,3	1634	1,3
50 - Meta	59	0,5	80	0,4	155	0,6	505	2,5	710	4,1	1.136	4,0	2653	2,1
52 - Nariño	62	0,5	131	0,6	307	1,2	548	2,7	420	2,4	582	2,1	2058	1,7
54 - Norte de Santander	189	1,6	239	1,2	562	2,2	263	1,3	132	0,8	1.344	4,8	2736	2,2
63 - Quindío	52	0,4	101	0,5	90	0,4	121	0,6	176	1,0	192	0,7	735	0,6
66 - Risaralda	165	1,4	177	0,9	418	1,7	393	2,0	342	2,0	475	1,7	1978	1,6
68 - Santander	782	6,6	822	4,0	1.308	5,2	1.159	5,8	1.268	7,4	1.670	5,9	7038	5,7
70 - Sucre	33	0,3	87	0,4	109	0,4	145	0,7	211	1,2	297	1,1	885	0,7

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
73 - Tolima	180	1,5	157	0,8	282	1,1	281	1,4	377	2,2	342	1,2	1626	1,3
76 - Valle del Cauca	1.478	12,4	1.389	6,7	1.748	7,0	2.652	13,2	2.526	14,7	2.261	8,0	12108	9,8
81 - Arauca		0,0	34	0,2	31	0,1	2	0,0	18	0,1	47	0,2	132	0,1
85 - Casanare	7	0,1	35	0,2	76	0,3	37	0,2	68	0,4	88	0,3	312	0,3
86 - Putumayo	5	0,0	51	0,2	25	0,1	6	0,0	16	0,1	67	0,2	171	0,1
88 - San Andrés		0,0		0,0	2	0,0	2	0,0		0,0	116	0,4	120	0,1
91 - Amazonas	6	0,1	4	0,0	12	0,0	5	0,0	6	0,0	3	0,0	36	0,0
94 - Guainía		0,0		0,0	1	0,0	1	0,0	4	0,0	5	0,0	11	0,0
95 - Guaviare	6	0,1	6	0,0	11	0,0	6	0,0	10	0,1	19	0,1	58	0,0
97 - Vaupés		0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	3	0,0	1	0,0	8	0,0
99 - Vichada	1	0,0	6	0,0	6	0,0	11	0,1	10	0,1	9	0,0	43	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de potenciales evocados son Bogotá, Cauca y Antioquia (Tabla 46). Llama la atención que el número reportado de potenciales evocados es mayor al número de audiometrías, siendo un procedimiento más costoso.

TABLA 46. PREVALENCIAS DE PROCEDIMIENTOS DE POTENCIALES EVOCADOS POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

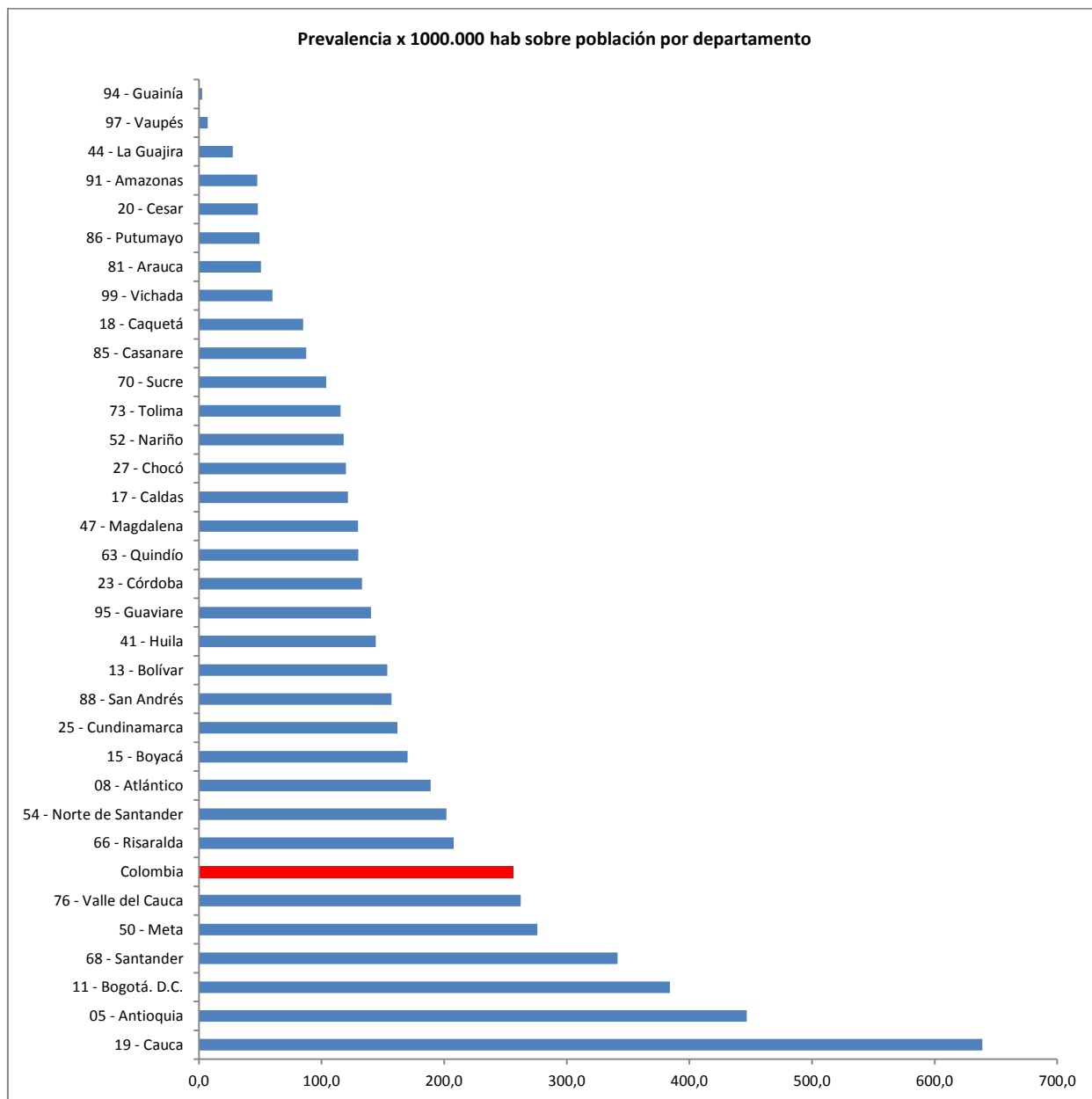
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	123.542	256,3	1,4
05 - Antioquia	28.850	446,8	0,3
08 - Atlántico	4.648	188,9	0,1
11 - Bogotá, D.C.	30.260	384,1	0,3
13 - Bolívar	3.220	153,5	0,0
15 - Boyacá	2.172	170,2	0,0
17 - Caldas	1.199	121,4	0,0
18 - Caquetá	406	85,0	0,0
19 - Cauca	8.811	638,9	0,1
20 - Cesar	495	48,1	0,0
23 - Córdoba	2.272	132,9	0,0
25 - Cundinamarca	4.338	161,9	0,0
27 - Chocó	599	119,8	0,0
41 - Huila	1.666	144,2	0,0
44 - La Guajira	265	27,7	0,0
47 - Magdalena	1.634	129,7	0,0
50 - Meta	2.653	276,0	0,0

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
52 - Nariño	2.058	118,0	0,0
54 - Norte de Santander	2.736	201,8	0,0
63 - Quindío	735	130,0	0,0
66 - Risaralda	1.978	207,8	0,0
68 - Santander	7.038	341,5	0,1
70 - Sucre	885	103,9	0,0
73 - Tolima	1.626	115,5	0,0
76 - Valle del Cauca	12.108	262,4	0,1
81 - Arauca	132	50,5	0,0
85 - Casanare	312	87,6	0,0
86 - Putumayo	171	49,4	0,0
88 - San Andrés	120	157,0	0,0
91 - Amazonas	36	47,5	0,0
94 - Guainía	11	2,6	0,0
95 - Guaviare	58	140,3	0,0
97 - Vaupés	8	7,2	0,0
99 - Vichada	43	60,0	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Es importante resaltar que los potenciales evocados auditivos son el procedimiento más efectivo para la detección temprana de pérdidas auditivas neonatales y en condiciones de salud particulares.

Gráfica 51. Prevalencia procedimientos de potenciales evocados x 1000.000 hab sobre población por departamento



Procedimientos de Implante Coclear (código CUPS 954310)

Para el período de estudio se reportaron solamente 1.784 consultas relacionadas con implante coclear, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.4 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá y Antioquia (Tabla 47)

TABLA 47. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON IMPLANTE COCLEAR, 2009 A 2014

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	18	23,4	17	15,2	13	10,1	30	22,1	42	18,9	30	4,9	240	13,4
08 - Atlántico	9	11,7	22	19,6	20	15,5	17	12,5	27	12,2	20	3,3	186	10,5
-1 - NO DEFINIDO	0	0,0	1	0,9	12	9,3	1	0,7	1	0,5	11	1,8	37	2,1
11 - Bogotá, D.C.	16	20,8	34	30,4	51	39,5	48	35,3	100	45,0	40	6,6	460	25,8
13 - Bolívar	2	2,6	5	4,5	2	1,6	4	2,9	10	4,5	429	70,6	468	26,2
15 - Boyacá	2	2,6	0	0,0	2	1,6	1	0,7	1	0,5	0	0,0	11	0,6
17 - Caldas	6	7,8	0	0,0	0	0,0	4	2,9	1	0,5	10	1,6	32	1,8
19 - Cauca	0	0,0	7	6,3	1	0,8	5	3,7	2	0,9	1	0,2	28	1,5
20 - Cesar	1	1,3	1	0,9	1	0,8	4	2,9	3	1,4	7	1,2	24	1,4
23 - Córdoba	1	1,3	1	0,9	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	6	0,3
25 - Cundinamarca	5	6,5	7	6,3	4	3,1	4	2,9	5	2,3	8	1,3	54	3,0
27 - Chocó	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,2
41 - Huila	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,8	3	0,5	9	0,5
44 - La Guajira	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	3	0,2
47 - Magdalena	0	0,0	1	0,9	1	0,8	2	1,5	0	0,0	1	0,2	8	0,5
50 - Meta	0	0,0	2	1,8	1	0,8	3	2,2	0	0,0	1	0,2	12	0,7
52 - Nariño	0	0,0	0	0,0	2	1,6	3	2,2	4	1,8	8	1,3	23	1,3
54 - Norte de	1	1,3	2	1,8	0	0,0	1	0,7	0	0,0	5	0,8	13	0,7

Departamento	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Santander														
63 - Quindío	3	3,9	0	0,0	2	1,6	1	0,7	1	0,5	2	0,3	16	0,9
66 - Risaralda	3	3,9	0	0,0	5	3,9	1	0,7	1	0,5	3	0,5	22	1,2
68 - Santander	5	6,5	3	2,7	3	2,3	0	0,0	8	3,6	9	1,5	43	2,4
70 - Sucre	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
73 - Tolima	1	1,3	4	3,6	0	0,0	1	0,7	0	0,0	5	0,8	17	0,9
76 - Valle del Cauca	4	5,2	4	3,6	9	7,0	5	3,7	12	5,4	1	0,2	60	3,4
81 - Arauca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,1
86 - Putumayo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7	4	0,2
88 - San Andrés	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,1
Total	77	100,0	112	100,0	129	100,0	136	100,0	222	100,0	608	100,0	1784	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de urgencias relacionadas con implante coclear son Bolívar, Atlántico y Bogotá (Tabla 48).

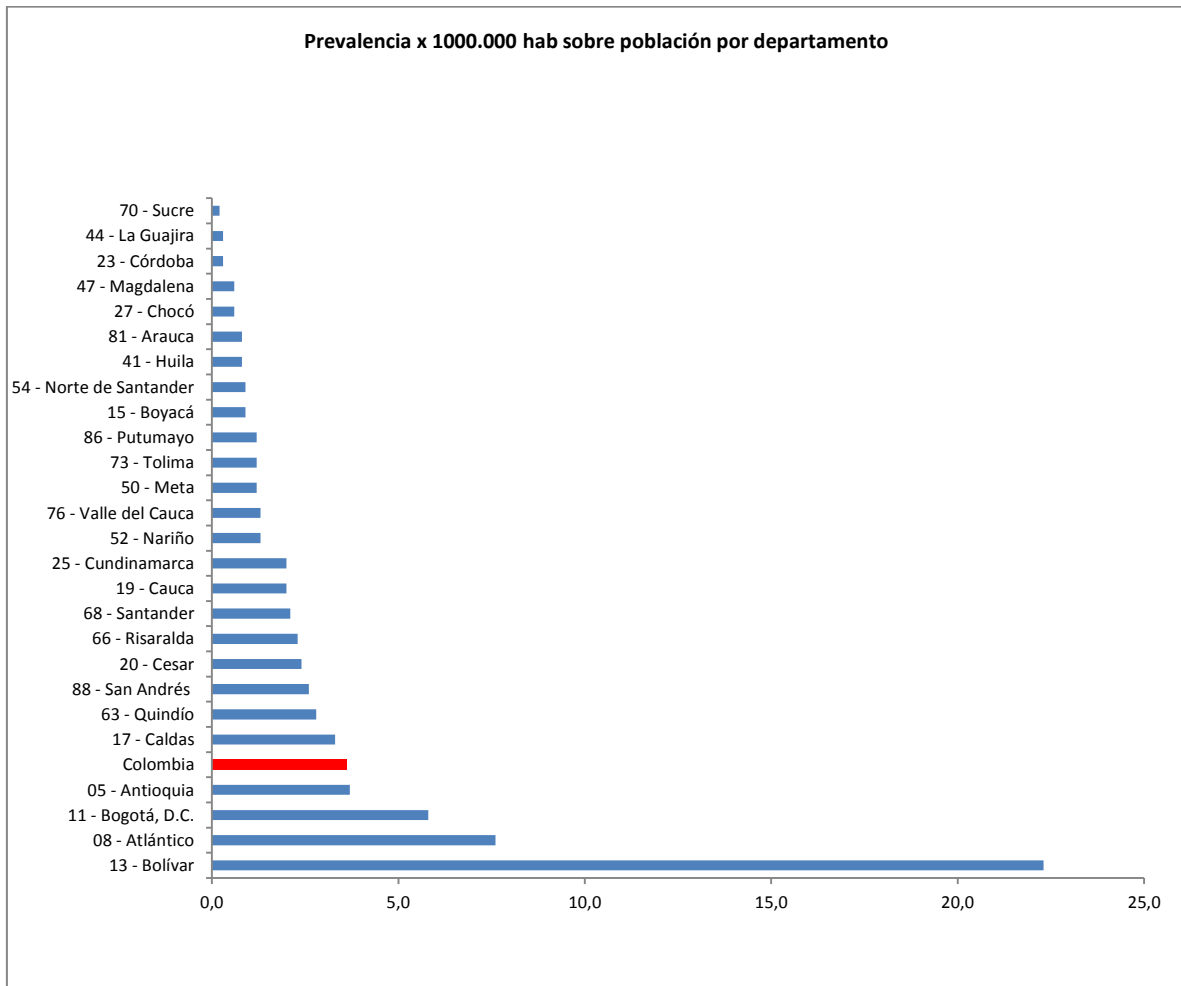
TABLA 48. PREVALENCIAS DE IMPLANTE COCLEAR POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamento	Total general	Población	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
05 - Antioquia	240	6.456.299	3,7	0,003
08 - Atlántico	186	2.460.863	7,6	0,002
11 - Bogotá, D.C.	460	7.878.783	5,8	0,005
13 - Bolívar	468	2.097.161	2,3	0,005
15 - Boyacá	11	1.276.407	0,9	0,000
17 - Caldas	32	987.991	3,3	0,000
19 - Cauca	28	1.379.169	2,0	0,000
20 - Cesar	24	1.028.890	2,4	0,000
23 - Córdoba	6	1.709.644	0,3	0,000
25 - Cundinamarca	54	2.680.041	2,0	0,001
27 - Chocó	3	500.093	0,6	0,000
41 - Huila	9	1.154.777	0,8	0,000
44 - La Guajira	3	957.797	0,3	0,000
47 - Magdalena	8	1.259.822	0,6	0,000
50 - Meta	12	961.334	1,2	0,000
52 - Nariño	23	1.744.228	1,3	0,000
54 - Norte de Santander	13	1.355.787	0,9	0,000
63 - Quindío	16	565.310	2,8	0,000
66 - Risaralda	22	951.953	2,3	0,000
68 - Santander	43	2.061.079	2,1	0,000
70 - Sucre	2	851.515	0,2	0,000
73 - Tolima	17	1.408.272	1,2	0,000
76 - Valle del Cauca	60	4.613.684	1,3	0,001
81 - Arauca	2	262.315	0,8	0,000
86 - Putumayo	4	345.204	1,2	0,000
88 - San Andrés	2	76.442	2,6	0,000

Total	1747	48.201.222	3,6	0,020
--------------	-------------	-------------------	------------	--------------

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Gráfica 52. Prevalencia de implante coclear x 1000.000 hab sobre población por departamento.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

La gráfica 52 muestra una alta prevalencia de procedimientos de implante coclear en Bolívar, Atlántico y Bogotá. El reporte no concide con la distribución de profesionales registrada en REPS.

Procedimientos relacionados con Hipoacusia Ototóxica (código CUPS 890202, 937300, 954311, 954100, 954102, 954103, 954621, 954312, 954314, 954303)

Para el período de estudio se reportaron 3.113 atenciones relacionadas con consultas de urgencias por hipoacusia ototóxica, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 6,5 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá, Cundinamarca, Putumayo y Santander (Tabla 49).

TABLA 49. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR HIPOACUSIA OTOTÓXICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

H910 - HIPOACUSIA OTOTÓXICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 - Colombia	362	100%	399	100%	576	100%	390	100%	302	100%	560	100%	3.113	100 %
05 - Antioquia	44	12%	45	11%	55	10%	36	9%	8	3%	35	6%	292	9%
08 - Atlántico	31	9%	2	1%	3	1%	6	2%	15	5%	13	2%	79	3%
11 - Bogotá, D.C.	118	33%	77	19%	105	18%	65	17%	54	18%	81	14%	564	18 %
13 - Bolívar	11	3%	10	3%	17	3%	19	5%	10	3%	18	3%	147	5%
15 - Boyacá	7	2%	17	4%	31	5%	28	7%	16	5%	12	2%	121	4%
17 - Caldas	9	2%	3	1%	17	3%	62	16%	75	25%	46	8%	225	7%
18 - Caquetá		0%	5	1%	3	1%		0%		0%	2	0%	11	0%
19 - Cauca	1	0%	4	1%	4	1%	22	6%	10	3%	15	3%	58	2%
20 - Cesar	6	2%	7	2%	6	1%	7	2%	20	7%	23	4%	95	3%
23 - Córdoba		0%	4	1%	10	2%	12	3%	12	4%	20	4%	89	3%
25 - Cundinamarca	31	9%	61	15%	74	13%	26	7%	15	5%	7	1%	224	7%
27 - Chocó	3	1%	18	5%	10	2%		0%		0%	3	1%	35	1%
41 - Huila	2	1%	1	0%	16	3%	3	1%	7	2%	5	1%	54	2%
44 - La Guajira	3	1%	4	1%	2	0%	2	1%		0%		0%	12	0%
47 - Magdalena	2	1%	5	1%	1	0%	6	2%	4	1%	10	2%	44	1%

H910 - HIPOACUSIA OTOTÓXICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total genera l	%
50 - Meta	3	1%	3	1%	4	1%		0%	1	0%	15	3%	46	1%
52 - Nariño		0%	43	11%	90	16%	35	9%	9	3%	32	6%	293	9%
54 - Norte de Santander	1	0%	6	2%	8	1%	3	1%	1	0%	26	5%	46	1%
63 - Quindío	8	2%	19	5%	16	3%	4	1%		0%	3	1%	50	2%
66 - Risaralda	8	2%	4	1%	8	1%	7	2%	9	3%	4	1%	43	1%
68 - Santander	20	6%	26	7%	37	6%	5	1%	8	3%	26	5%	147	5%
70 - Sucre	14	4%		0%	10	2%	3	1%	8	3%	15	3%	51	2%
73 - Tolima	17	5%	7	2%	15	3%	6	2%	3	1%	111	20%	189	6%
76 - Valle del Cauca	20	6%	14	4%	24	4%	20	5%	12	4%	23	4%	129	4%
81 - Arauca	3	1%		0%	2	0%	2	1%	1	0%	3	1%	14	0%
85 - Casanare		0%	7	2%	1	0%		0%		0%		0%	9	0%
86 - Putumayo		0%	7	2%	7	1%	10	3%	4	1%	12	2%	45	1%
99 - Vichada		0%		0%		0%	1	0%		0%		0%	1	0%
-1 - NO DEFINIDO	3	1%	11	3%	10	2%	19	5%	2	1%	26	5%	83	3%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de urgencias relacionadas con Hipoacusia Ototóxica son Boyaca, Cesar, Quindio y Cundinamarca (Tabla 50).

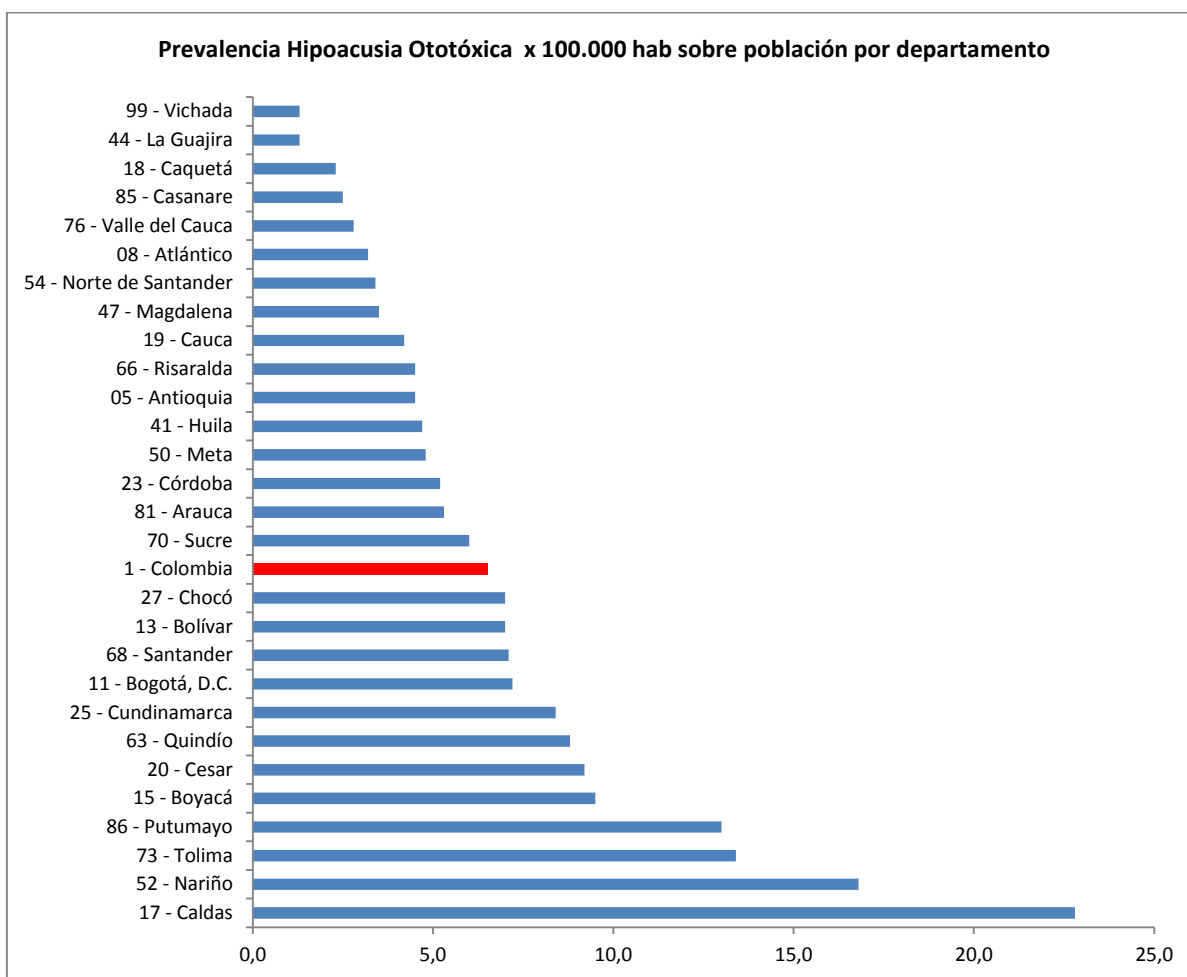
TABLA 50. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON HIPOACUSIA OTOTÓXICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

H910 - HIPOACUSIA OTOTÓXICA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
1 - Colombia	3.113	6,5	0,03
05 - Antioquia	292	4,5	0,00
08 - Atlántico	79	3,2	0,00
11 - Bogotá, D.C.	564	7,2	0,01
13 - Bolívar	147	7,0	0,00
15 - Boyacá	121	9,5	0,00
17 - Caldas	225	2,8	0,00
18 - Caquetá	11	2,3	0,00
19 - Cauca	58	4,2	0,00
20 - Cesar	95	9,2	0,00
23 - Córdoba	89	5,2	0,00
25 - Cundinamarca	224	8,4	0,00
27 - Chocó	35	7,0	0,00
41 - Huila	54	4,7	0,00
44 - La Guajira	12	1,3	0,00
47 - Magdalena	44	3,5	0,00
50 - Meta	46	4,8	0,00
52 - Nariño	293	6,8	0,00
54 - Norte de Santander	46	3,4	0,00

H910 - HIPOACUSIA OTOTÓXICA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
63 - Quindío	50	8,8	0,00
66 - Risaralda	43	4,5	0,00
68 - Santander	147	7,1	0,00
70 - Sucre	51	6,0	0,00
73 - Tolima	189	3,4	0,00
76 - Valle del Cauca	129	2,8	0,00
81 - Arauca	14	5,3	0,00
85 - Casanare	9	2,5	0,00
86 - Putumayo	45	1,0	0,00
99 - Vichada	1	1,3	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Gráfica 53. Prevalencia Hipoacusia Ototóxica x 100.000 hab sobre población por departamento.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Si bien se identifican muchos medicamentos de uso común relacionados con pérdidas auditivas por ototoxicidad (OMS, 2015) el número de consultas asociadas a estos no es alto. Esto puede suceder por que no son reportados específicamente por su causa y son ingresadas al sistema de codificación de procedimientos como hipoacusias neurosensoriales.

Procedimientos relacionados con Hipoacusia Súbita (código CUPS 890202, 937300, 954311, 954100, 954102, 954103, 954621, 954312, 954314, 954303, 954302)

Para el período de estudio se reportaron 17.199 atenciones relacionadas con consultas de urgencias por Hipoacusia Súbita, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 4.036,72 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Valle, Bogotá y Antioquia (Tabla 51).

TABLA 51. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON CONSULTAS DE URGENCIAS POR HIPOACUSIA SÚBITA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

H912 - HIPOACUSIA SUBIDA IDIOPATICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
1 - Colombia	1.849	100%	2.060	100%	2.568	100%	3.094	100%	2.317	100%	3.113	100%	17.199	100%
05 - Antioquia	267	14%	222	11%	318	12%	275	9%	326	14%	393	13%	2.153	13%
08 - Atlántico	21	1%	33	2%	47	2%	22	1%	31	1%	64	2%	248	1%
11 - Bogotá, D.C.	955	52%	954	46%	1.187	46%	1.655	53%	993	43%	1.168	38%	7.746	45%
13 - Bolívar	15	1%	43	2%	26	1%	33	1%	22	1%	55	2%	217	1%
15 - Boyacá	53	3%	75	4%	107	4%	81	3%	60	3%	104	3%	605	4%
17 - Caldas	13	1%	49	2%	42	2%	19	1%	37	2%	78	3%	279	2%
18 - Caquetá	9	0%	2	0%	2	0%	4	0%	9	0%	8	0%	40	0%
19 - Cauca	10	1%	50	2%	37	1%	32	1%	65	3%	98	3%	324	2%
20 - Cesar	1	0%	8	0%	5	0%	1	0%	7	0%	6	0%	36	0%
23 - Córdoba	24	1%	20	1%	10	0%	17	1%	36	2%	19	1%	146	1%
25 - Cundinamarca	97	5%	112	5%	110	4%	263	9%	241	10%	205	7%	1.205	7%
27 - Chocó		0%	2	0%	2	0%	1	0%	2	0%	2	0%	11	0%
41 - Huila	7	0%	9	0%	14	1%	11	0%	13	1%	28	1%	105	1%
44 - La Guajira	6	0%	2	0%	1	0%	3	0%	6	0%	5	0%	24	0%
47 - Magdalena	19	1%	12	1%	17	1%	7	0%	7	0%	14	0%	105	1%
50 - Meta	3	0%	39	2%	72	3%	16	1%	24	1%	63	2%	240	1%
52 - Nariño	10	1%	14	1%	26	1%	67	2%	27	1%	34	1%	195	1%
54 - Norte de Santander	9	0%	4	0%	16	1%	6	0%	5	0%	5	0%	49	0%
63 - Quindío	1	0%	32	2%	9	0%	17	1%	23	1%	34	1%	150	1%
66 - Risaralda	35	2%	58	3%	90	4%	125	4%	52	2%	89	3%	492	3%

H912 - HIPOACUSIA SUBIDA IDIOPATICA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
68 - Santander	59	3%	53	3%	133	5%	76	2%	62	3%	142	5%	646	4%
70 - Sucre		0%	5	0%		0%	3	0%	9	0%	68	2%	90	1%
73 - Tolima	118	6%	157	8%	135	5%	132	4%	37	2%	104	3%	720	4%
76 - Valle del Cauca	109	6%	98	5%	147	6%	208	7%	208	9%	261	8%	1.206	7%
81 - Arauca		0%	2	0%	7	0%	4	0%	2	0%	42	1%	75	0%
85 - Casanare	1	0%	3	0%	3	0%	5	0%	9	0%	7	0%	29	0%
86 - Putumayo	4	0%	2	0%	2	0%	7	0%		0%	8	0%	24	0%
88 - San Andrés		0%		0%		0%		0%		0%		0%	1	0%
91 - Amazonas		0%		0%	3	0%		0%	2	0%	2	0%	7	0%
94 - Guainía		0%		0%		0%		0%		0%		0%	14	0%
95 - Guaviare	3	0%		0%		0%	3	0%		0%	1	0%	7	0%
97 - Vaupés		0%		0%		0%		0%		0%	6	0%	7	0%
99 - Vichada		0%		0%		0%	1	0%	2	0%		0%	3	0%
-1 - NO DEFINIDO	2	0%	75	4%	108	4%	39	1%	27	1%	225	7%	502	3%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de urgencias relacionadas con Hipoacusia Súbita son Bogotá, Antioquia y Valle (Tabla 52).

TABLA 52. PREVALENCIAS DE CONSULTAS RELACIONADAS CON HIPOACUSIA SÚBITA POR DEPARTAMENTO 2009-2014

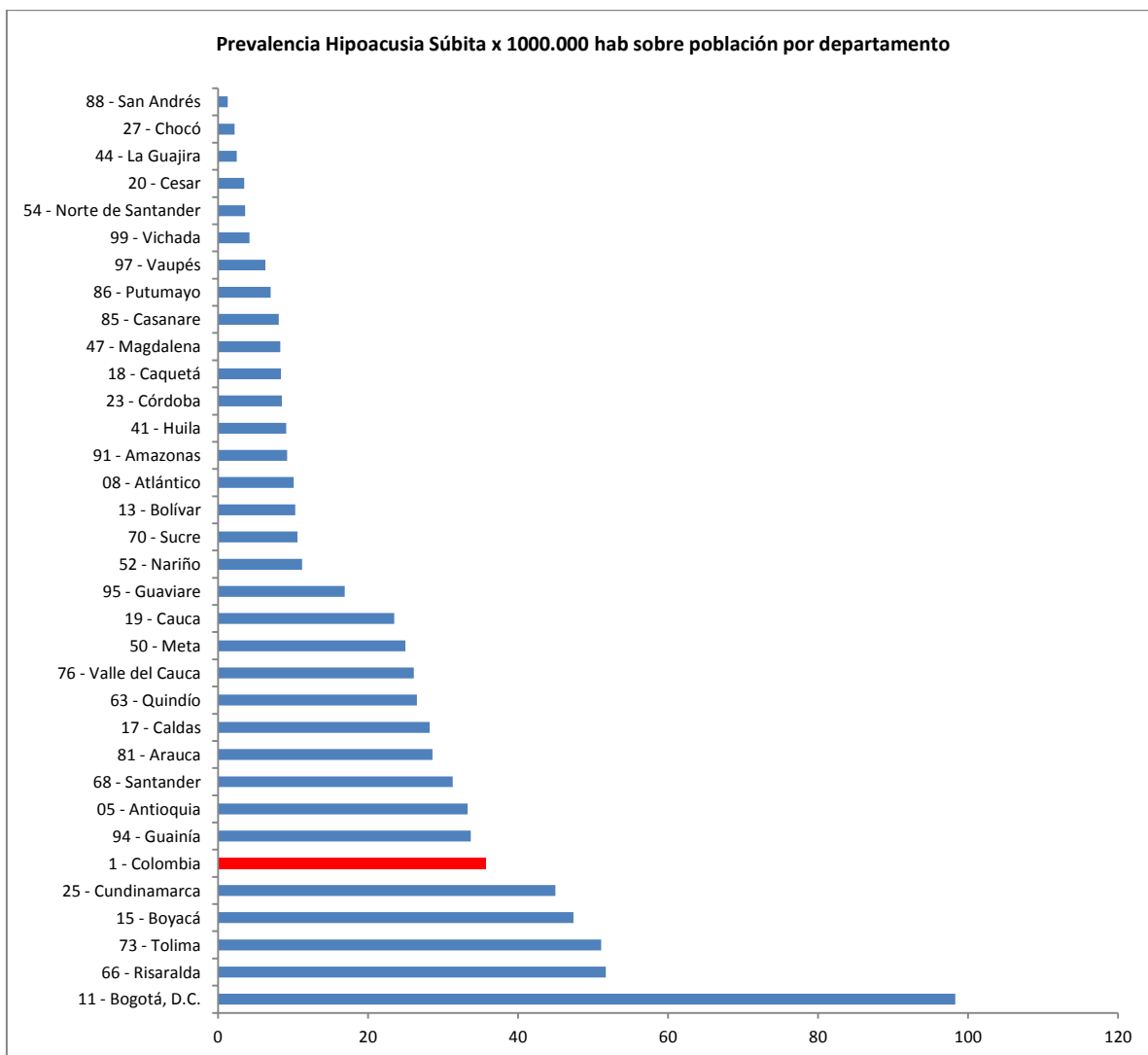
H912 - HIPOACUSIA SÚBITA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
1 - Colombia	17.199	35,7	0,19
05 - Antioquia	2.153	33,3	0,02
08 - Atlántico	248	10,1	0,00
11 - Bogotá, D.C.	7.746	98,3	0,09
13 - Bolívar	217	10,3	0,00
15 - Boyacá	605	47,4	0,01
17 - Caldas	279	28,2	0,00
18 - Caquetá	40	8,4	0,00
19 - Cauca	324	23,5	0,00
20 - Cesar	36	3,5	0,00
23 - Córdoba	146	8,5	0,00
25 - Cundinamarca	1.205	45,0	0,01
27 - Chocó	11	2,2	0,00
41 - Huila	105	9,1	0,00
44 - La Guajira	24	2,5	0,00
47 - Magdalena	105	8,3	0,00
50 - Meta	240	25,0	0,00
52 - Nariño	195	11,2	0,00
54 - Norte de Santander	49	3,6	0,00
63 - Quindío	150	26,5	0,00
66 - Risaralda	492	51,7	0,01
68 - Santander	646	31,3	0,01
70 - Sucre	90	10,6	0,00
73 - Tolima	720	51,1	0,01

H912 - HIPOACUSIA SUBITA	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
76 - Valle del Cauca	1.206	26,1	0,01
81 - Arauca	75	28,6	0,00
85 - Casanare	29	8,1	0,00
86 - Putumayo	24	7,0	0,00
88 - San Andrés	1	1,3	0,00
91 - Amazonas	7	9,2	0,00
94 - Guainía	14	33,7	0,00
95 - Guaviare	7	16,9	0,00
97 - Vaupés	7	6,3	0,00
99 - Vichada	3	4,2	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

La hipoacusia Súbita idiopática es aquella hipoacusia neurosensorial de inicio súbito, en menos de 72 horas, sin otros antecedentes otológicos previos. Se considera primordial su atención rápida. El tratamiento recomendado de la sordera súbita esté basado fundamentalmente en corticoides. Requiere seguimiento audiológico a la semana del inicio del mismo, incluyendo audiometría tonal y verbal, y a los 15, 30 y 90 días del diagnóstico, y 12 meses después (Plaza, Durio, Herraiz, Rivera y Garcia-Berrocal, 2011).

Gráfica 54. Prevalencia Hipoacusia Súbita x 1000.000 hab sobre población por departamento



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

7.2 Procedimientos Audiológicos más frecuentes

Reactometría (código CUPS 954101)

Pese a que la reactometría no está indicada ni incluida en las guías clínicas del ministerio de salud y protección social, aun se siguen reportando consultas relacionadas con este procedimiento. Para el período de estudio se reportaron 12.710 consultas de reactometría, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 0.14 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño, Santander y Valle (Tabla 53).

TABLA 53. NÚMERO DE ATENCIONES DE REACTOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Reactometría	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Colombia	2.943	100,0	3.577	100,0	2.190	100,0	1.081	100,0	1.719	100,0	1.200	100,0	12.710	100,0
05 - Antioquia	885	30,1	1.275	35,6	636	29,0	365	33,8	823	47,9	116	9,7	4.100	32,3
08 - Atlántico	13	0,4	149	4,2	8	0,4	16	1,5	2	0,1	1	0,1	189	1,5
11 - Bogotá, D.C.	9	0,3	574	16,0	642	29,3	251	23,2	59	3,4	20	1,7	1.555	12,2
13 - Bolívar	86	2,9	25	0,7	16	0,7	2	0,2	6	0,3	25	2,1	160	1,3
15 - Boyacá	3	0,1	944	26,4	226	10,3	225	20,8	138	8,0	480	40,0	2.016	15,9
17 - Caldas	584	19,8	210	5,9	211	9,6	64	5,9		0,0		0,0	1.069	8,4
19 - Cauca	50	1,7	22	0,6	4	0,2		0,0	1	0,1		0,0	77	0,6
20 - Cesar	2	0,1	5	0,1	2	0,1	1	0,1		0,0		0,0	10	0,1
23 - Córdoba	3	0,1	1	0,0	4	0,2	5	0,5	2	0,1		0,0	15	0,1
25 - Cundinamarca	7	0,2	46	1,3	29	1,3	18	1,7	92	5,4	1	0,1	193	1,5
27 - Chocó		0,0		0,0	3	0,1	1	0,1		0,0	2	0,2	6	0,0
41 - Huila	7	0,2	7	0,2	147	6,7	1	0,1		0,0		0,0	162	1,3
44 - La Guajira		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	8	0,7	8	0,1
47 - Magdalena		0,0	6	0,2	1	0,0	22	2,0	2	0,1	35	2,9	66	0,5

Reactometría	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
50 - Meta	1	0,0	3	0,1	2	0,1	2	0,2		0,0	2	0,2	10	0,1
52 - Nariño	8	0,3	2	0,1		0,0	6	0,6	12	0,7	8	0,7	36	0,3
54 - Norte de Santander	28	1,0	33	0,9	28	1,3	12	1,1	24	1,4	57	4,8	182	1,4
63 - Quindío		0,0	33	0,9	14	0,6	6	0,6	1	0,1		0,0	54	0,4
66 - Risaralda	1	0,0	30	0,8	21	1,0	6	0,6		0,0		0,0	58	0,5
68 - Santander	97	3,3	9	0,3	19	0,9	6	0,6	1	0,1	1	0,1	133	1,0
70 - Sucre	73	2,5	18	0,5	2	0,1	17	1,6	47	2,7	15	1,3	172	1,4
73 - Tolima	5	0,2	59	1,6	74	3,4	11	1,0	1	0,1	9	0,8	159	1,3
76 - Valle del Cauca	1.076	36,6	122	3,4	100	4,6	39	3,6	506	29,4	415	34,6	2.258	17,8
81 - Arauca	1	0,0		0,0	1	0,0		0,0		0,0	2	0,2	4	0,0
85 - Casanare	2	0,1	2	0,1		0,0		0,0		0,0		0,0	4	0,0
86 - Putumayo	2	0,1	2	0,1		0,0	5	0,5	2	0,1	2	0,2	13	0,1
91 - Amazonas		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,1	1	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de reactometría son Boyacá, Antioquia, Caldas y Valle (Tabla 54).

TABLA 54. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE REACTOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

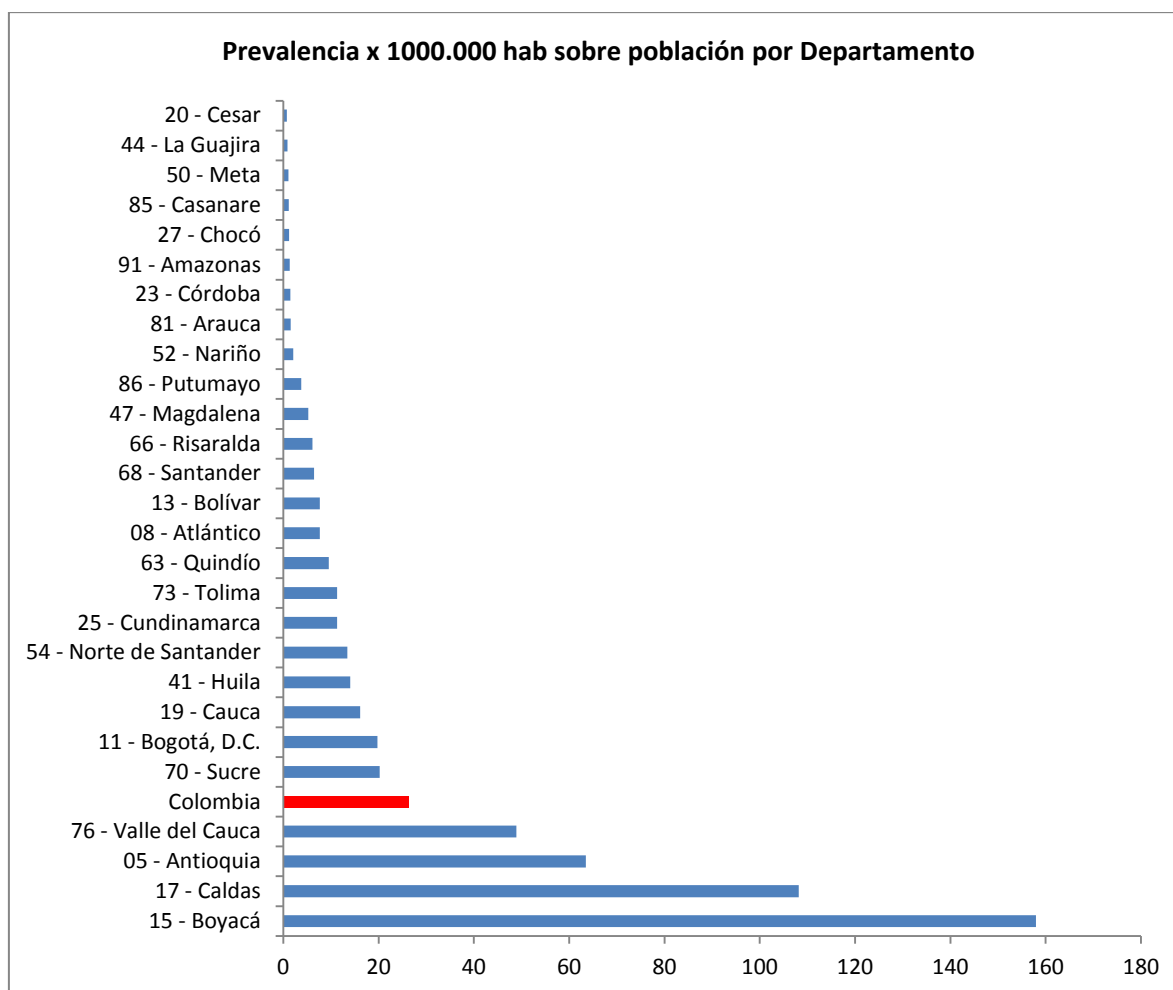
Reactometría	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	12710	26,37	0,14
05 - Antioquia	4100	63,50	0,05
08 - Atlántico	189	7,68	0,00
11 - Bogotá, D.C.	1555	19,74	0,02
13 - Bolívar	160	7,63	0,00
15 - Boyacá	2016	157,94	0,02
17 - Caldas	1069	108,20	0,01
19 - Cauca	77	16,12	0,00
20 - Cesar	10	0,73	0,00
23 - Córdoba	15	1,46	0,00
25 - Cundinamarca	193	11,29	0,00
27 - Chocó	6	1,20	0,00
41 - Huila	162	14,03	0,00
44 - La Guajira	8	0,84	0,00
47 - Magdalena	66	5,24	0,00
50 - Meta	10	1,04	0,00
52 - Nariño	36	2,06	0,00
54 - Norte de Santander	182	13,42	0,00

63 - Quindío	54	9,55	0,00
66 - Risaralda	58	6,09	0,00
68 - Santander	133	6,45	0,00
70 - Sucre	172	20,20	0,00
73 - Tolima	159	11,29	0,00
76 - Valle del Cauca	2258	48,94	0,03
81 - Arauca	4	1,52	0,00
85 - Casanare	4	1,12	0,00
86 - Putumayo	13	3,77	0,00
91 - Amazonas	1	1,31	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de reactometría por cada 100.000 habitantes son Boyacá, Caldas, Antioquia y Valle del cauca (gráfica 55).

Gráfica 55. Prevalencia consultas de reactometría x 1000.000 hab sobre población por departamento



Audiometría (códigos CUPS 954102, 954103, 954204, 954107)

Para el período de estudio se reportaron 90.146 consultas de audiometría, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 1.01 x 100.000 habitantes. La baja prevalencia puede deberse a subregistro de los procedimientos. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Valle (Tabla 55).

TABLA 55. NÚMERO DE ATENCIONES DE AUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Audiometría	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%
Colombia	10.970	100,0	10.650	100,0	15.663	100,0	17.562	100,0	13.635	100,0	21.166	100,0	90.146	100,0
05 - Antioquia	2.075	18,9	2.616	24,6	4.497	28,7	2.496	14,2	1.717	12,6	3.246	15,3	16.746	18,6
08 - Atlántico	102	0,9	374	3,5	149	1,0	107	0,6	159	1,2	382	1,8	1.280	1,4
11 - Bogotá, D.C.	7.506	68,4	4.369	41,0	5.612	35,8	7.601	43,3	6.012	44,1	7.538	35,6	38.871	43,1
13 - Bolívar	20	0,2	68	0,6	751	4,8	825	4,7	411	3,0	856	4,0	2.944	3,3
15 - Boyacá	101	0,9	1.562	14,7	900	5,7	349	2,0	178	1,3	409	1,9	3.524	3,9
17 - Caldas	48	0,4	29	0,3	6	0,0	39	0,2	60	0,4	304	1,4	487	0,5
18 - Caquetá		0,0	2	0,0	45	0,3	92	0,5	28	0,2	3	0,0	171	0,2
19 - Cauca	2	0,0	1	0,0	16	0,1	188	1,1	56	0,4	44	0,2	309	0,3
20 - Cesar	10	0,1	16	0,2	34	0,2	76	0,4	18	0,1	55	0,3	210	0,2
23 - Córdoba	13	0,1	30	0,3	32	0,2	55	0,3	147	1,1	595	2,8	874	1,0
25 - Cundinamarca	289	2,6	321	3,0	510	3,3	973	5,5	842	6,2	595	2,8	3.551	3,9
27 - Chocó		0,0	46	0,4	1	0,0	2	0,0	2	0,0	6	0,0	57	0,1
41 - Huila	10	0,1	15	0,1	24	0,2	162	0,9	92	0,7	630	3,0	935	1,0
44 - La Guajira	1	0,0		0,0		0,0	4	0,0	26	0,2	59	0,3	90	0,1
47 - Magdalena	14	0,1	19	0,2	35	0,2	34	0,2	98	0,7	776	3,7	977	1,1
50 - Meta	74	0,7	22	0,2	779	5,0	72	0,4	14	0,1	110	0,5	1.077	1,2
52 - Nariño	63	0,6	91	0,9	156	1,0	1.576	9,0	649	4,8	1.343	6,3	3.894	4,3
54 - Norte de Santander	61	0,6	41	0,4	77	0,5	86	0,5	155	1,1	896	4,2	1.319	1,5
63 - Quindío	13	0,1	3	0,0	26	0,2	48	0,3	160	1,2	180	0,9	432	0,5
66 - Risaralda	196	1,8	132	1,2	132	0,8	207	1,2	72	0,5	222	1,0	967	1,1

Audiometría	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%
68 - Santander	94	0,9	157	1,5	1.048	6,7	695	4,0	238	1,7	581	2,7	2.828	3,1
70 - Sucre	3	0,0	32	0,3	37	0,2	149	0,8	265	1,9	417	2,0	906	1,0
73 - Tolima	98	0,9	83	0,8	94	0,6	101	0,6	152	1,1	221	1,0	753	0,8
76 - Valle del Cauca	154	1,4	582	5,5	640	4,1	1.368	7,8	1.932	14,2	1.232	5,8	5.941	6,6
81 - Arauca	4	0,0	9	0,1	15	0,1	15	0,1	34	0,2	120	0,6	198	0,2
85 - Casanare	15	0,1	15	0,1	17	0,1	12	0,1	7	0,1	12	0,1	79	0,1
86 - Putumayo		0,0	7	0,1	12	0,1	201	1,1	87	0,6	304	1,4	613	0,7
88 - San Andrés		0,0	2	0,0	3	0,0		0,0		0,0		0,0	5	0,0
91 - Amazonas	1	0,0		0,0	8	0,1	3	0,0		0,0	10	0,0	22	0,0
94 - Guainía	2	0,0	3	0,0	2	0,0	1	0,0		0,0	4	0,0	12	0,0
95 - Guaviare	1	0,0	2	0,0	4	0,0	24	0,1	24	0,2	14	0,1	69	0,1
97 - Vaupés		0,0		0,0	1	0,0		0,0		0,0	1	0,0	2	0,0
99 - Vichada		0,0	1	0,0		0,0	1	0,0		0,0	1	0,0	3	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de audiometría son Boyacá, Antioquia, Bogotá y Nariño (Tabla 56). Se observa un alto subregistro debido posiblemente a que en el diagnóstico, prevalece el código asignado por el especialista en otorrinolaringología y no se registran todas las audiometrias realizadas por otros profesionales.

TABLA 56. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE AUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Audiometría	Total	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	90.146	187,02	1,01
05 - Antioquia	16.745	259,38	0,19
08 - Atlántico	1.280	52,02	0,01
11 - Bogotá, D.C.	38.870	493,36	0,44
13 - Bolívar	2.944	140,40	0,03
15 - Boyacá	3.523	276,06	0,04
17 - Caldas	487	49,33	0,01
18 - Caquetá	171	35,81	0,00
19 - Cauca	308	22,38	0,00
20 - Cesar	210	20,41	0,00
23 - Córdoba	873	51,12	0,01
25 - Cundinamarca	3.550	132,48	0,04
27 - Chocó	57	11,49	0,00
41 - Huila	934	80,97	0,01
44 - La Guajira	90	9,42	0,00

Audiometría	Total	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
47 - Magdalena	977	77,59	0,01
50 - Meta	1.077	112,07	0,01
52 - Nariño	3.894	223,26	0,04
54 - Norte de Santander	1.319	97,29	0,01
63 - Quindío	431	76,38	0,00
66 - Risaralda	966	101,54	0,01
68 - Santander	2.827	137,20	0,03
70 - Sucre	906	106,44	0,01
73 - Tolima	752	53,47	0,01
76 - Valle del Cauca	5.940	128,77	0,07
81 - Arauca	197	75,31	0,00
85 - Casanare	78	22,02	0,00
86 - Putumayo	612	177,55	0,01
88 - San Andrés	5	6,59	0,00
91 - Amazonas	22	28,96	0,00
94 - Guainía	12	29,09	0,00
95 - Guaviare	69	167,22	0,00
97 - Vaupés	2	1,81	0,00

Audiometría	Total	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
99 - Vichada	3	4,19	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Logaudiometría (códigos CUPS 954105, 954301)

Para el período de estudio se reportaron 418.548 consultas de logaudiometría, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 4.7 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño y Valle (Tabla 57). La logaudiometría se registra con una prevalencia más alta que la audiometría en los registros analizados, a pesar de ser una prueba complementaria y específica para determinar la discriminación auditiva.

TABLA 57. NÚMERO DE ATENCIONES DE LOGOAUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

LOGOAUDIOMETRÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%
Colombia	37.948	100,0	54.078	100,0	85.944	100,0	92.538	100,0	62.429	100,0	85.111	100,0	418.548	100,0
05 – Antioquia	2.490	6,6	3.928	7,3	4.697	5,5	4.587	5,0	1.730	2,8	5.064	5,9	22.523	5,4
08 – Atlántico	1.727	4,6	1.859	3,4	2.333	2,7	2.878	3,1	2.391	3,8	5.231	6,1	16.437	3,9
-1 - NO DEFINIDO	1	0,0	415	0,8	3.910	4,5	910	1,0	513	0,8	4.821	5,7	10.577	2,5
11 - Bogotá, D.C.	20.113	53,0	24.958	46,2	35.725	41,6	38.073	41,1	22.814	36,5	26.891	31,6	168.792	40,3
13 – Bolívar	395	1,0	1.430	2,6	2.482	2,9	1.803	1,9	1.459	2,3	3.098	3,6	10.678	2,6
15 – Boyacá	620	1,6	1.411	2,6	3.166	3,7	1.793	1,9	1.281	2,1	999	1,2	9.282	2,2
17 – Caldas	281	0,7	919	1,7	1.055	1,2	1.693	1,8	1.739	2,8	2.457	2,9	8.152	1,9
18 – Caquetá	13	0,0	45	0,1	46	0,1	207	0,2	362	0,6	386	0,5	1.060	0,3
19 – Cauca	346	0,9	800	1,5	1.407	1,6	1.451	1,6	1.430	2,3	1.347	1,6	6.789	1,6
20 – Cesar	63	0,2	179	0,3	336	0,4	504	0,5	471	0,8	767	0,9	2.322	0,6
23 – Córdoba	443	1,2	599	1,1	934	1,1	518	0,6	1.153	1,8	1.468	1,7	5.121	1,2
25 – Cundinamarca	2.481	6,5	3.385	6,3	5.657	6,6	6.660	7,2	5.426	8,7	6.265	7,4	29.909	7,1
27 – Chocó	12	0,0	77	0,1	67	0,1	41	0,0	18	0,0	29	0,0	244	0,1
41 – Huila	194	0,5	646	1,2	1.308	1,5	617	0,7	655	1,0	1.200	1,4	4.625	1,1

LOGOAUDIOMETRÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%
44 - La Guajira	24	0,1	31	0,1	139	0,2	100	0,1	148	0,2	195	0,2	638	0,2
47 – Magdalena	643	1,7	653	1,2	1.197	1,4	979	1,1	437	0,7	1.347	1,6	5.262	1,3
50 – Meta	183	0,5	450	0,8	997	1,2	299	0,3	338	0,5	544	0,6	2.814	0,7
52 – Nariño	361	1,0	728	1,3	1.781	2,1	3.638	3,9	2.555	4,1	2.792	3,3	11.867	2,8
54 - Norte de Santander	398	1,0	453	0,8	790	0,9	447	0,5	253	0,4	826	1,0	3.171	0,8
63 – Quindío	164	0,4	428	0,8	775	0,9	1.092	1,2	838	1,3	467	0,5	3.769	0,9
66 – Risaralda	2.740	7,2	2.168	4,0	3.951	4,6	5.083	5,5	1.368	2,2	1.818	2,1	17.152	4,1
68 – Santander	1.393	3,7	1.883	3,5	3.360	3,9	3.362	3,6	1.835	2,9	3.111	3,7	14.962	3,6
70 – Sucre	14	0,0	207	0,4	365	0,4	379	0,4	759	1,2	1.436	1,7	3.162	0,8
73 – Tolima	966	2,5	1.709	3,2	2.046	2,4	2.823	3,1	1.559	2,5	1.937	2,3	11.054	2,6
76 - Valle del Cauca	1.752	4,6	4.395	8,1	6.754	7,9	12.015	13,0	10.440	16,7	9.589	11,3	44.995	10,8
81 – Arauca	17	0,0	60	0,1	175	0,2	266	0,3	175	0,3	415	0,5	1.109	0,3
85 – Casanare	57	0,2	149	0,3	267	0,3	80	0,1	31	0,0	143	0,2	728	0,2
86 – Putumayo	29	0,1	47	0,1	138	0,2	184	0,2	232	0,4	379	0,4	1.010	0,2
88 - San Andrés		0,0	4	0,0	2	0,0	3	0,0	2	0,0	5	0,0	16	0,0

LOGO AUDIOMETRÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%
91 – Amazonas	5	0,0	14	0,0	26	0,0	15	0,0	2	0,0	38	0,0	100	0,0
94 – Guainía	6	0,0	10	0,0	11	0,0	10	0,0		0,0	13	0,0	50	0,0
95 – Guaviare	14	0,0	19	0,0	27	0,0	12	0,0	8	0,0	21	0,0	101	0,0
97 – Vaupés		0,0	1	0,0	3	0,0	5	0,0		0,0	7	0,0	16	0,0
99 – Vichada	3	0,0	18	0,0	17	0,0	11	0,0	7	0,0	5	0,0	61	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de logaudiometría, son Bogotá, Risaralda y Cundinamarca (Tabla 58). Esta coincide con la disposición de especialistas en audiolgía y otorrinolaringología en las ciudades de Bogotá y Cundinamarca, seguidos de otras ciudades con una alta oferta profesional como Antioquia y Valle del Cauca.

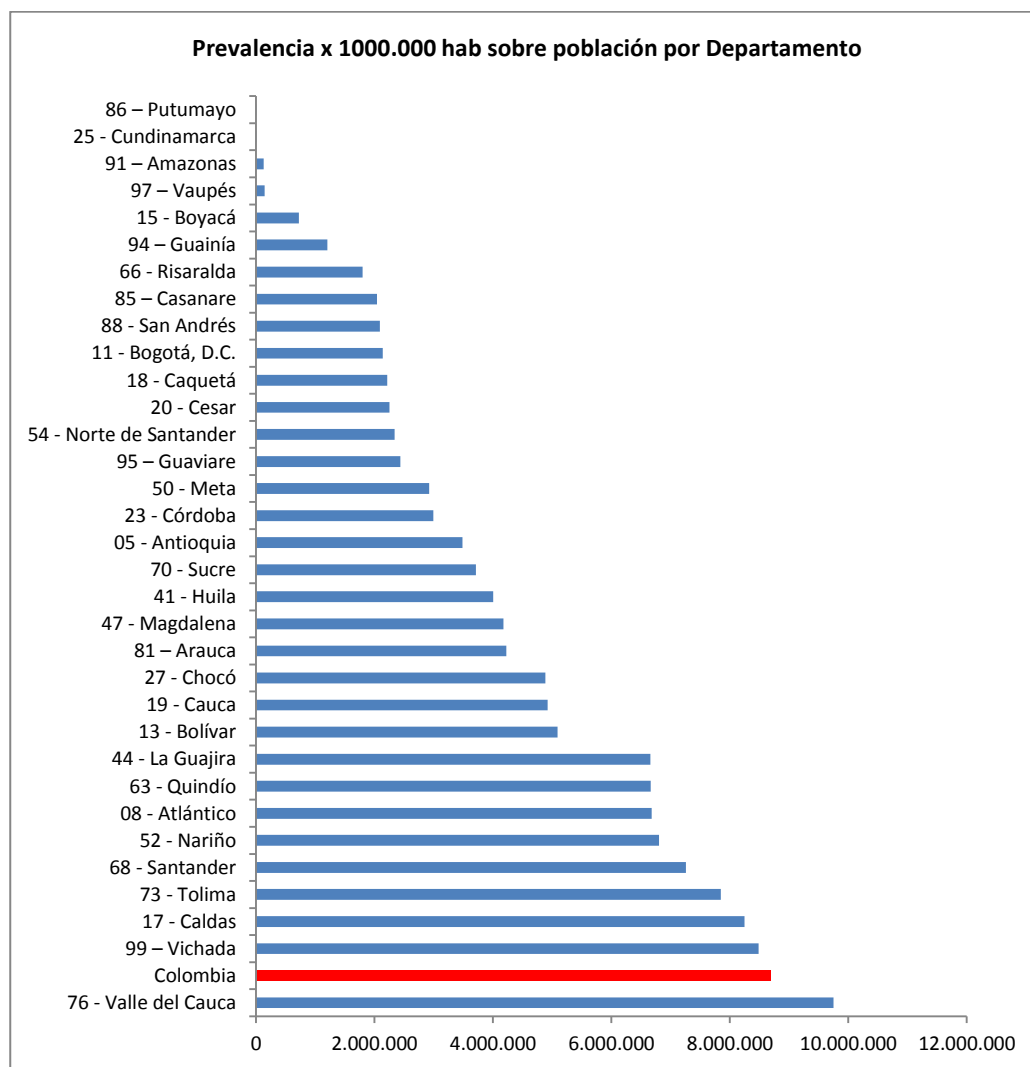
TABLA 58. PREVALENCIAS DE CONSULTAS DE LOGOAUDIOMETRÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

LOGOAUDIOMETRÍA	Total	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	407.971	868,023	0,6
05 - Antioquia	22.523	348,853	0,3
08 - Atlántico	16.437	667,922	0,2
11 - Bogotá, D.C.	168.792	2142,367	1,9
13 – Bolívar	10.678	509,158	0,1
15 – Boyacá	9.282	727,191	0,1
17 – Caldas	8.152	825,137	0,1
18 - Caquetá	1.060	221,918	0
19 – Cauca	6.789	492,245	0,1
20 – Cesar	2.322	225,698	0
23 - Córdoba	5.121	299,523	0,1
25 - Cundinamarca	29.909	1116	0,3
27 – Chocó	244	48,856	0
41 – Huila	4.625	400,505	0,1
44 - La Guajira	638	66,572	0
47 - Magdalena	5.262	417,682	0,1
50 – Meta	2.814	292,758	0
52 – Nariño	11.867	680,381	0,1

LOGOAUDIOMETRÍA	Total	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
54 - Norte de Santander	3.171	233,864	0
63 – Quindío	3.769	666,652	0
66 - Risaralda	17.152	1801,718	0,2
68 - Santander	14.962	725,913	0,2
70 – Sucre	3.162	371,393	0
73 – Tolima	11.054	784,908	0,1
76 - Valle del Cauca	44.995	975,257	0,5
81 – Arauca	1.109	422,746	0
85 – Casanare	728	204,184	0
86 – Putumayo	1.010	292,55	0
88 - San Andrés	16	20,952	0
91 – Amazonas	100	131,276	0
94 – Guainía	50	120,674	0
95 – Guaviare	101	243,791	0
97 – Vaupés	16	14,416	0
99 – Vichada	61	84,869	0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Gráfica 56. Prevalencia consultas de logaudiometría x 1000.000 hab sobre población por departamento



7.3 Procedimientos relacionados con comunicación, habla y lenguaje

Consulta de fonoaudiología para desordenes auditivo comunicativos (código CUPS 937300)

Para el período de estudio se reportaron 2.637.812 consultas de fonoaudiología, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 5.472,5 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño, Santander y Valle (Tabla 59).

TABLA 59. NÚMERO DE ATENCIONES DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

937300 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	791	5,2	239	1,2	2.935	9,5	10.077	20,4	10.050	25,8	12.568	32,7	36.660	19,1
08 - Atlántico	186	1,2	12	0,1	281	0,9	985	2,0	1.347	3,5	1.935	5,0	4.746	2,5
-1 - NO DEFINIDO	5	0,0	1.894	9,7	1.883	6,1	1.776	3,6	1.328	3,4	1.329	3,5	8.215	4,3
11 - Bogotá, D.C.	7.550	49,5	6.079	31,0	6.855	22,3	9.902	20,1	7.893	20,3	10.250	26,7	48.529	25,2
13 - Bolívar	65	0,4	97	0,5	68	0,2	198	0,4	1.098	2,8	623	1,6	2.149	1,1
15 - Boyacá	216	1,4	272	1,4	208	0,7	298	0,6	241	0,6	344	0,9	1.579	0,8
17 - Caldas	64	0,4	85	0,4	1.048	3,4	439	0,9	397	1,0	365	1,0	2.398	1,2
18 - Caquetá	35	0,2	126	0,6	28	0,1	19	0,0	28	0,1	19	0,0	255	0,1
19 - Cauca	44	0,3	124	0,6	102	0,3	180	0,4	45	0,1	110	0,3	605	0,3
20 - Cesar	94	0,6	289	1,5	16	0,1	9	0,0	127	0,3	563	1,5	1.098	0,6
23 - Córdoba	29	0,2	79	0,4	308	1,0	10	0,0	20	0,1	49	0,1	495	0,3
25 - Cundinamarca	352	2,3	297	1,5	372	1,2	995	2,0	1.305	3,4	1.778	4,6	5.099	2,7
27 - Chocó		0,0		0,0	19	0,1	1	0,0	1	0,0	14	0,0	35	0,0
41 - Huila	32	0,2	53	0,3	7	0,0	24	0,0	60	0,2	190	0,5	366	0,2
44 - La Guajira	18	0,1	1	0,0	90	0,3	16	0,0	66	0,2	433	1,1	624	0,3
47 - Magdalena	65	0,4	102	0,5	102	0,3	198	0,4	494	1,3	350	0,9	1.311	0,7
50 - Meta	321	2,1	483	2,5	199	0,6	115	0,2	57	0,1	211	0,5	1.386	0,7
52 - Nariño	28	0,2	39	0,2	10	0,0	110	0,2	76	0,2	61	0,2	324	0,2
54 - Norte de Santander	30	0,2	1.560	8,0	637	2,1	73	0,1	106	0,3	201	0,5	2.607	1,4

937300 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
63 - Quindío	2	0,0	3	0,0	53	0,2	32	0,1	55	0,1	112	0,3	257	0,1
66 - Risaralda	3	0,0	25	0,1	40	0,1	278	0,6	1.598	4,1	2.051	5,3	3.995	2,1
68 - Santander	283	1,9	120	0,6	48	0,2	174	0,4	267	0,7	752	2,0	1.644	0,9
70 - Sucre	111	0,7	136	0,7	206	0,7	982	2,0	835	2,1	720	1,9	2.990	1,6
73 - Tolima	71	0,5	91	0,5	63	0,2	237	0,5	162	0,4	237	0,6	861	0,4
76 - Valle del Cauca	4.591	30,1	7.337	37,4	15.053	48,9	21.722	44,0	10.727	27,6	2.885	7,5	62.315	32,4
81 - Arauca		0,0		0,0		0,0	2	0,0	2	0,0		0,0	4	0,0
85 - Casanare	166	1,1	36	0,2	93	0,3	368	0,7	419	1,1	114	0,3	1.196	0,6
86 - Putumayo	90	0,6	15	0,1	4	0,0	4	0,0		0,0	44	0,1	157	0,1
91 - Amazonas		0,0	8	0,0	22	0,1	18	0,0		0,0	1	0,0	49	0,0
94 - Guainía	2	0,0	5	0,0	9	0,0	5	0,0		0,0	11	0,0	32	0,0
95 - Guaviare	5	0,0	11	0,1	3	0,0	75	0,2	91	0,2	68	0,2	253	0,1
97 - Vaupés		0,0		0,0	20	0,1	5	0,0		0,0		0,0	25	0,0
99 - Vichada		0,0	4	0,0		0,0		0,0		0,0	2	0,0	6	0,0
Colombia	15.249	100,0	19.622	100,0	30.782	100,0	49.327	100,0	38.895	100,0	38.390	100,0	192.265	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de fonoaudiología son Nariño, Sucre, Arauca y Huila (Tabla 60). La prevalencia en Colombia de la atención por fonoaudiología es de 398,9 x 100.000 habitantes y se calculan 14 atenciones de fonoaudiología por persona. Las sesiones en casos de trastornos del lenguaje en desarrollo pueden ser más por persona.

TABLA 60. NÚMERO DE ATENCIONES Y PERSONAS QUE CONSULTARON A FONOAUDIOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

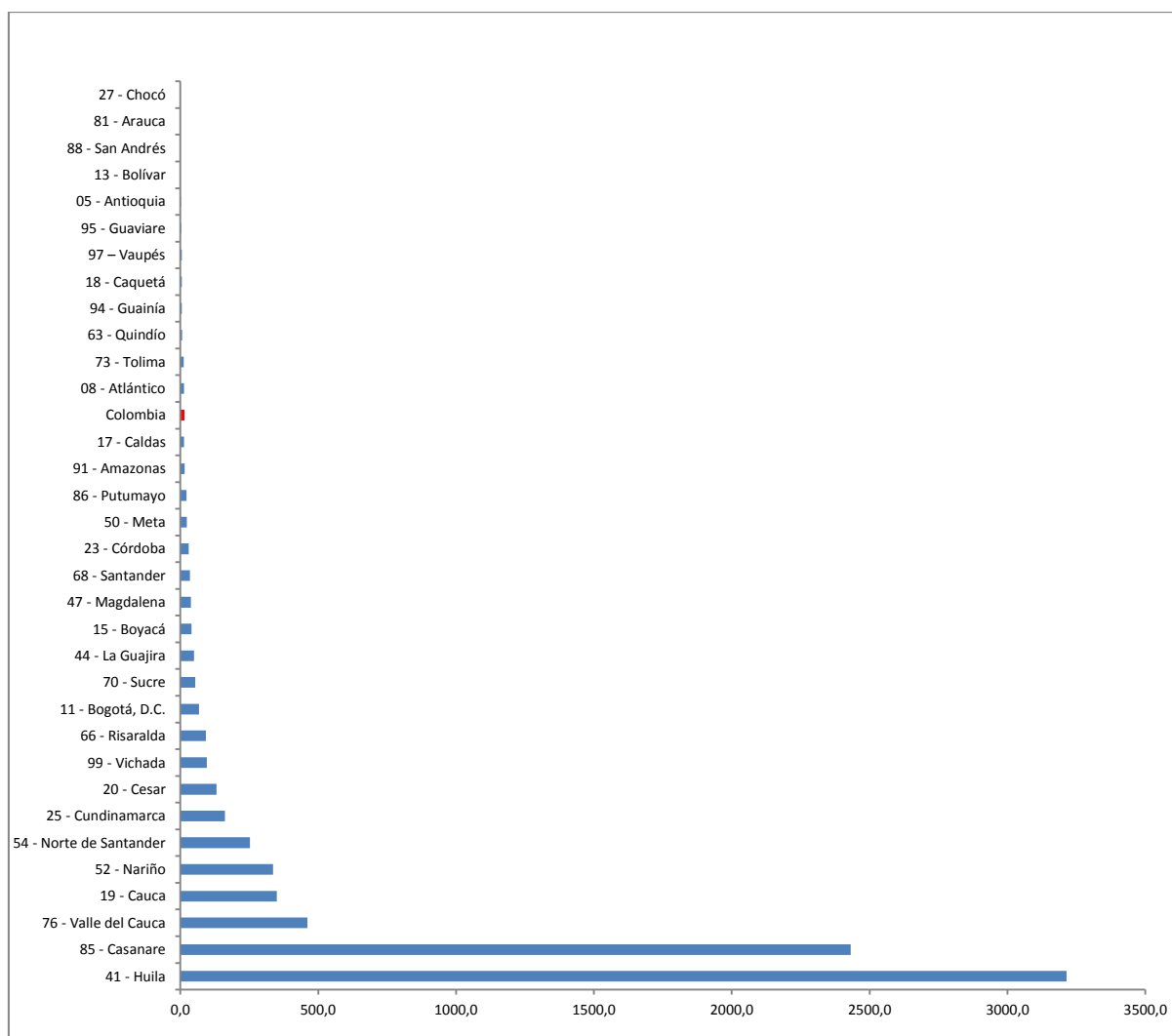
937300 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Atenciones por Fonoaudiología	Número de personas con atención de Fonoaudiología	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento
Colombia	2.637.812	192.265	13,7	398,9
05 - Antioquia	52.708	36.660	1,4	567,8
08 - Atlántico	65.027	4.746	13,7	192,9
11 - Bogotá, D.C.	553.647	8.215	67,4	104,3
13 - Bolívar	56.215	48.529	1,2	2314,0
15 - Boyacá	87.233	2.149	40,6	168,4
17 - Caldas	21.764	1.579	13,8	159,8
18 - Caquetá	11.954	2.398	5,0	502,0
19 - Cauca	89.329	255	350,3	18,5
20 - Cesar	79.175	605	130,9	58,8
23 - Córdoba	33.610	1.098	30,6	64,2
25 - Cundinamarca	80.182	495	162,0	18,5
27 - Chocó	1.980	5.099	0,4	1019,6
41 - Huila	112.496	35	3214,2	3,0
44 - La Guajira	18.094	366	49,4	38,2
47 - Magdalena	23.795	624	38,1	49,5
50 - Meta	30.165	1.311	23,0	136,4
52 - Nariño	465.226	1.386	335,7	79,5
54 - Norte de Santander	81.802	324	252,5	23,9
63 - Quindío	18.268	2.607	7,0	461,2
66 - Risaralda	23.912	257	93,0	27,0
68 - Santander	141.147	3.995	35,3	193,8

937300 - TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Atenciones por Fonoaudiología	Número de personas con atención de Fonoaudiología	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento
70 - Sucre	89.018	1.644	54,1	193,1
73 - Tolima	35.185	2.990	11,8	212,3
76 - Valle del Cauca	396.651	861	460,7	18,7
81 - Arauca	30.363	62.315	0,5	23755,8
85 - Casanare	9.723	4	2430,8	1,1
86 - Putumayo	26.505	1.196	22,2	346,5
88 - San Andrés	99	157	0,6	205,4
91 - Amazonas	775	49	15,8	64,3
94 - Guainía	178	32	5,6	77,1
95 - Guaviare	886	253	3,5	609,9
97 – Vaupés	125	25	5,0	22,5
99 - Vichada	575	6	95,8	8,3

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

En la gráfica 57. Es posible evidenciar que las prevalencias más altas por departamento corresponden a Huila, Casanare y Valle del Cauca. No se registran atenciones en alteraciones auditivas, del habla y del lenguaje en departamentos como; Quindío, Caquetá, Vaupés, Guaviare, Antioquia, Bolívar, San Andrés, Arauca y Chocó.

Gráfica 57. Prevalencia x 100.000 habitantes sobre atenciones a fonoaudiología por departamento. 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Educación Grupal en Salud y Fonoaudiología (código CUPS 990110)

Para el período de estudio se reportaron 4.217 consultas de educación grupal en salud y fonoaudiología, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 0.05 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño, Santander y Valle (Tabla 61)

TABLA 61. NÚMERO DE ATENCIONES DE EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

Departamentos	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
Colombia	284	100,0	205	100,0	954	100,0	163	100,0	26	100,0	2085	100,0	4217	100,0
05 - Antioquia		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	20	1,0	20	0,5
08 - Atlántico	2	0,7		0,0	1	0,1		0,0		0,0		0,0	4	0,1
11 - Bogotá, D.C.	244	85,9	127	62,0	147	15,4	141	86,5	9	34,6	1424	68,3	2376	56,4
13 - Bolívar		0,0		0,0	2	0,2		0,0		0,0		0,0	2	0,1
15 - Boyacá		0,0		0,0		0,0		0,0	2	7,7	18	0,9	28	0,7
17 - Caldas		0,0		0,0		0,0		0,0	2	7,7		0,0	10	0,2
18 - Caquetá		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	60	2,9	60	1,4
19 - Cauca	2	0,7	39	19,0	53	5,6		0,0		0,0	54	2,6	173	4,1
20 - Cesar		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	2	0,1	2	0,0
25 - Cundinamarca	1	0,4		0,0		0,0	2	1,2		0,0	19	0,9	24	0,6
27 - Chocó		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	4	0,2	4	0,1
41 - Huila		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	13	0,6	13	0,3
44 - La Guajira		0,0		0,0	2	0,2		0,0		0,0		0,0	2	0,1
50 - Meta		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	3	0,1	3	0,1

Departamentos	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
52 - Nariño		0,0		0,0		0,0		0,0	1	3,8	26	1,2	31	0,7
63 - Quindío		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	59	2,8	59	1,4
66 - Risaralda		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,0	1	0,0
68 - Santander		0,0		0,0	3	0,3	1	0,6		0,0		0,0	5	0,1
70 - Sucre		0,0		0,0	744	78,0	3	1,8		0,0		0,0	827	19,6
73 - Tolima		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	84	4,0	84	2,0
76 - Valle del Cauca	2	0,7	38	18,5	2	0,2	2	1,2	12	46,2	47	2,3	170	4,0
81 - Arauca	33	11,6	1	0,5		0,0		0,0		0,0		0,0	46	1,1
86 - Putumayo		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	248	11,9	248	5,9
91 - Amazonas		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	1	0,0	1	0,0
95 - Guaviare		0,0		0,0		0,0	14	8,6		0,0		0,0	23	0,5
99 - Vichada		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	2	0,1	2	0,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia de consultas de educación grupal en salud y fonoaudiología son Bogotá, Sucre y Putumayo (Tabla 62). La educación grupal se convierte en una estrategia fundamental de trabajo comunitario. La baja prevalencia presentada podría relacionarse con la concentración de los servicios de rehabilitación en ambientes clínicos personalizados.

TABLA 62. NÚMERO DE PERSONAS Y PREVALENCIA DE CONSULTAS DE EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

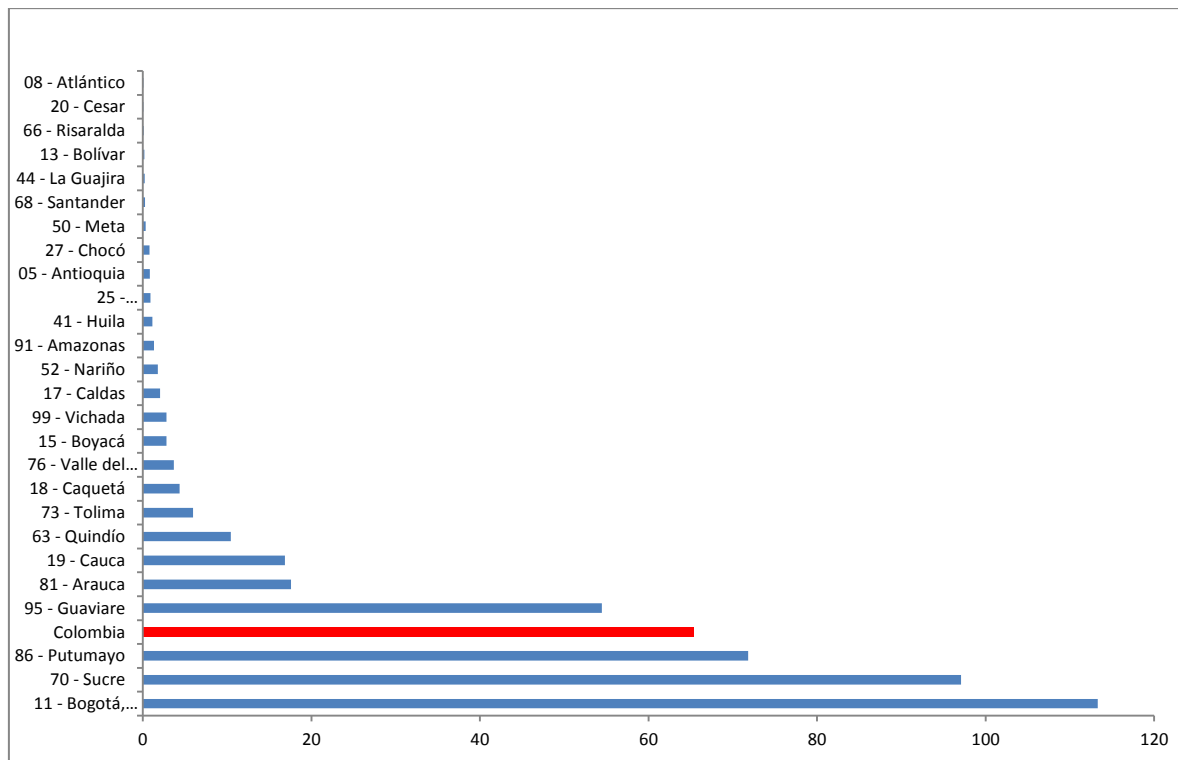
Departamentos	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
Colombia	4.217	65,32	0,05
05 - Antioquia	20	0,81	0,00
08 - Atlántico	3	0,05	0,00
11 - Bogotá, D.C.	2.376	113,31	0,03
13 - Bolívar	2	0,17	0,00
15 - Boyacá	27	2,80	0,00
17 - Caldas	9	2,03	0,00
18 - Caquetá	60	4,35	0,00
19 - Cauca	173	16,84	0,00
20 - Cesar	2	0,07	0,00
25 - Cundinamarca	23	0,88	0,00
27 - Chocó	4	0,80	0,00
41 - Huila	13	1,13	0,00
44 - La Guajira	2	0,23	0,00
50 - Meta	3	0,31	0,00

Departamentos	Total general	Prevalencia x 1000.000 hab. sobre población por Departamento	Prevalencia x 100 sobre atenciones relacionadas con Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje
52 - Nariño	30	1,77	0,00
63 - Quindío	59	10,44	0,00
66 - Risaralda	1	0,11	0,00
68 - Santander	4	0,24	0,00
70 - Sucre	826	97,10	0,01
73 - Tolima	84	5,96	0,00
76 - Valle del Cauca	169	3,68	0,00
81 - Arauca	46	17,58	0,00
86 - Putumayo	248	71,84	0,00
91 - Amazonas	1	1,31	0,00
95 - Guaviare	22	54,45	0,00
99 - Vichada	2	2,78	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor número de personas y de consultas de educación grupal en salud y fonoaudiología son Bogotá, Sucre, Putumayo y Guaviare (Tabla 62).

Gráfica 58. Prevalencia de personas y de consultas de educación grupal en salud, por foniatría y fonoaudiología x 1000.000 hab. sobre población por departamento



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

La gráfica 58 confirma el mayor número de prevalencias de personas y de consultas de educación grupal en salud, por foniatría y fonoaudiología x 1000.000 hab. Identificado sobre la población del departamento. Este comportamiento podría estar asociado con las políticas de atención locales y la distribución de la población en el área rural y urbana.

Procedimientos relacionados con trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla (códigos CUPS 930107, 930106, 890410, 890210, 890110)

En este grupo se incluyeron los códigos F80 a F89. Para el período de estudio se reportaron 1.079.223 atenciones relacionadas con trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 2.239,0 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Nariño, Sucre, Bogotá, Putumayo, Huila y Santander (Tabla 64)

TABLA 63. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LEGUAJE POR DEPARTAMENTO 2009-2014

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	4.834	7,7%	5.852	6,1%	8.369	4,9%	9.359	4,6%	11.346	5,2%	13.377	4,1%	53.137	4,9%
08 - Atlántico	1.844	2,9%	2.403	2,5%	3.532	2,1%	7.040	3,4%	7.750	3,5%	9.461	2,9%	32.030	3,0%
-1 - NO DEFINIDO	32	0,1%	1.175	1,2%	2.112	1,2%	2.167	1,1%	844	0,4%	13.848	4,2%	20.178	1,9%
11 - Bogotá, D.C.	21.089	33,6%	29.957	31,4%	45.901	26,9%	51.991	25,3%	83.297	38,0%	98.806	30,3%	331.041	30,7%
13 - Bolívar	2.619	4,2%	1.697	1,8%	4.632	2,7%	8.109	4,0%	10.677	4,9%	17.610	5,4%	45.344	4,2%
15 - Boyacá	1.544	2,5%	2.081	2,2%	4.598	2,7%	3.815	1,9%	3.857	1,8%	7.047	2,2%	22.942	2,1%
17 - Caldas	661	1,1%	1.069	1,1%	862	0,5%	1.575	0,8%	1.585	0,7%	1.655	0,5%	7.407	0,7%
18 - Caquetá	99	0,2%	131	0,1%	178	0,1%	1.109	0,5%	1.408	0,6%	2.578	0,8%	5.503	0,5%
19 - Cauca	893	1,4%	2.068	2,2%	2.247	1,3%	2.213	1,1%	5.719	2,6%	17.052	5,2%	30.192	2,8%
20 - Cesar	834	1,3%	1.159	1,2%	1.578	0,9%	1.781	0,9%	3.033	1,4%	7.410	2,3%	15.795	1,5%
23 - Córdoba	464	0,7%	744	0,8%	1.376	0,8%	1.171	0,6%	2.332	1,1%	3.661	1,1%	9.748	0,9%
25 - Cundinamarca	2.040	3,3%	2.907	3,0%	5.232	3,1%	4.868	2,4%	7.208	3,3%	8.137	2,5%	30.392	2,8%
27 - Chocó	26	0,0%	98	0,1%	207	0,1%	105	0,1%	57	0,0%	121	0,0%	614	0,1%
41 - Huila	958	1,5%	1.881	2,0%	2.368	1,4%	2.596	1,3%	8.315	3,8%	11.296	3,5%	27.414	2,5%
44 - La Guajira	100	0,2%	178	0,2%	309	0,2%	466	0,2%	923	0,4%	3.348	1,0%	5.324	0,5%

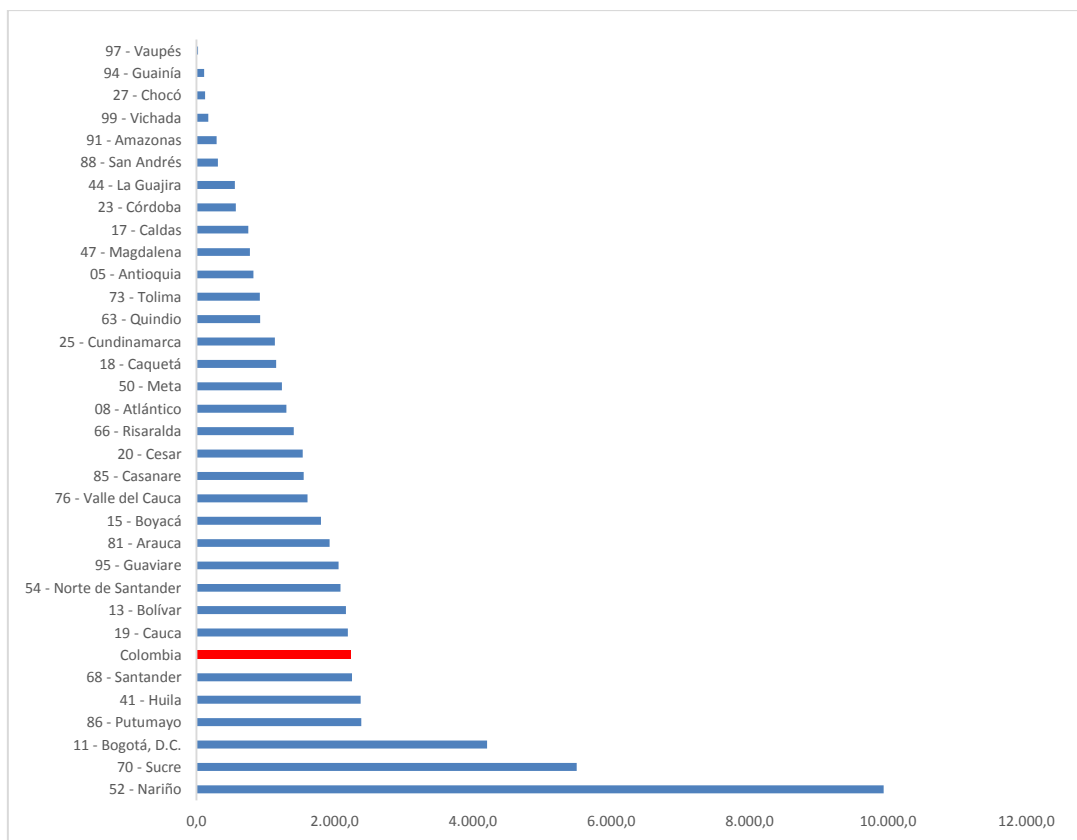
TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
47 - Magdalena	645	1,0%	738	0,8%	1.223	0,7%	1.629	0,8%	2.331	1,1%	3.146	1,0%	9.712	0,9%
50 - Meta	1.808	2,9%	1.259	1,3%	2.227	1,3%	2.445	1,2%	1.771	0,8%	2.377	0,7%	11.887	1,1%
52 - Nariño	4.819	7,7%	16.690	17,5%	51.577	30,3%	55.315	27,0%	16.324	7,4%	28.573	8,8%	173.298	16,1%
54 - Norte de Santander	3.467	5,5%	3.882	4,1%	4.827	2,8%	4.725	2,3%	5.005	2,3%	6.298	1,9%	28.204	2,6%
63 - Quindío	412	0,7%	676	0,7%	613	0,4%	852	0,4%	1.319	0,6%	1.330	0,4%	5.202	0,5%
66 - Risaralda	844	1,3%	1.454	1,5%	2.027	1,2%	2.952	1,4%	3.089	1,4%	3.020	0,9%	13.386	1,2%
68 - Santander	6.011	9,6%	10.341	10,8%	7.311	4,3%	6.480	3,2%	7.898	3,6%	8.332	2,6%	46.373	4,3%
70 - Sucre	405	0,6%	976	1,0%	1.898	1,1%	4.990	2,4%	13.424	6,1%	25.114	7,7%	46.807	4,3%
73 - Tolima	1.163	1,9%	1.530	1,6%	2.247	1,3%	2.556	1,2%	2.379	1,1%	2.989	0,9%	12.864	1,2%
76 - Valle del Cauca	3.446	5,5%	3.301	3,5%	10.346	6,1%	21.853	10,6%	15.071	6,9%	20.112	6,2%	74.129	6,9%
81 - Arauca	41	0,1%	332	0,3%	923	0,5%	664	0,3%	562	0,3%	2.523	0,8%	5.045	0,5%
85 - Casanare	1.452	2,3%	691	0,7%	710	0,4%	786	0,4%	759	0,3%	1.132	0,3%	5.530	0,5%
86 - Putumayo	97	0,2%	165	0,2%	869	0,5%	1.167	0,6%	717	0,3%	5.207	1,6%	8.222	0,8%
88 - San Andrés	2	0,0%	27	0,0%	8	0,0%	14	0,0%	89	0,0%	95	0,0%	235	0,0%
91 - Amazonas	16	0,0%	15	0,0%	43	0,0%	42	0,0%	27	0,0%	80	0,0%	223	0,0%
94 - Guainía	8	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	2	0,0%	14	0,0%	16	0,0%	46	0,0%

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
95 - Guaviare	27	0,0%	41	0,0%	24	0,0%	352	0,2%	119	0,1%	289	0,1%	852	0,1%
97 - Vaupés		0,0%	11	0,0%		0,0%	6	0,0%	4	0,0%	3	0,0%	24	0,0%
99 - Vichada		0,0%	12	0,0%	63	0,0%	7	0,0%	26	0,0%	15	0,0%	123	0,0%
Total general	62.700	100,0%	95.544	100,0%	170.440	100,0%	205.202	100,0%	219.279	100,0%	326.058	100,0%	1.079.223	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con Trastornos del desarrollo del Lenguaje y del Habla son Nariño, Sucre, Bogotá, Putumayo y Huila (Gráfica 59). No hay una razón evidente para que algunas regiones tengan más o menos prevalencia de desarrodenes del lenguaje y el habla excepto la distribución de los profesionales que pueden diagnòsticas y atender dichas alteraciones y la presencia de determinantes sociales asociados a mayor presencia de riesgos para el desarrollo de las alteraciones como malnutrición, pobreza, bajo índice de educación de los padres, acceso a la vacunación oportuna, consumo de medicamentos ototoxico, bajo peso al nacer, entre otras ya descritas.

Gráfica 59. Prevalencias de atención relacionadas con trastornos del Desarrollo del Lenguaje y del Habla por Departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016

7.4 Carga de enfermedad del oído, de las Alteraciones Auditivas, del Habla y del Lenguaje

Los AVADs indican el número de años de vida saludable perdidos, tanto por causa de una muerte prematura debida a la enfermedad, en el caso de patologías mortales, como debidos a la discapacidad que provoca el padecimiento de dicha enfermedad.

Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), se observan en la tabla 64. No se hicieron cálculos de los otros eventos dado que se perdía precisión en las estimaciones por la baja frecuencia.

TABLA 64. AVAD POR 100 HABITANTES POR EDAD EN COLOMBIA.

	AVAD	% AVP	% AVD
Hipoacusia Neurosensorial	8.703	0.5	99.5
Alteraciones del Lenguaje	9.826	32.1	67.9
Otitis	55.599	87.5	12.5

Fuente: Cálculos propios a partir de información de mortalidad por DANE. Casos incidentes por SIVIGILA.

8. Capítulo 3. Análisis de Discapacidad

8.1 Indicadores de enfermedades prevalentes de oído, audición y comunicación

Para el período de 2011 a 2014, se reportaron 1.051.085 personas en situación de discapacidad de las cuales el 17,7% son relacionadas con discapacidad en los oídos, en la voz y el habla con 18,1% (Tabla 65).

TABLA 65. NÚMERO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN COLOMBIA, 2011 A 2014

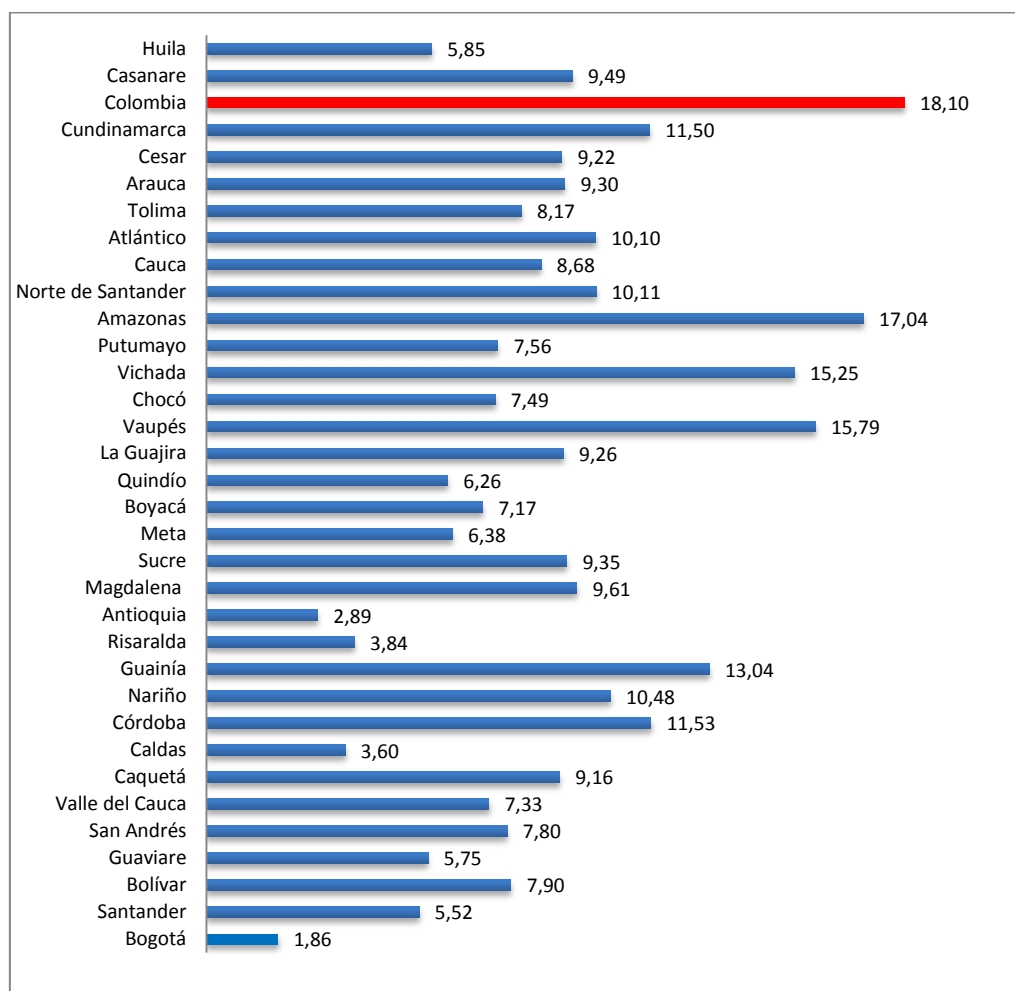
Alteraciones Permanentes	2011		2012		2013		2014		Total General	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	361.920	48,7	27.972	53,6	57.838	53,0	77.700	52,8	525.430	50,0
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	240.747	32,4	7.621	14,6	15.638	14,3	21.477	14,6	285.483	27,2
El sistema genital y reproductivo	57.299	7,7	4.178	8,0	7.855	7,2	11.112	7,5	80.444	7,7
El sistema nervioso	294.869	39,7	23.161	44,4	52.213	47,9	70.148	47,7	440.391	41,9
La digestión, el metabolismo, las hormonas	124.563	16,8	4.382	8,4	8.526	7,8	11.872	8,1	149.343	14,2
La piel	35.825	4,8	1.564	3,0	3.362	3,1	4.628	3,1	45.379	4,3
La Voz y el Habla	111.289	15,0	14.380	27,5	28.359	26,0	36.248	24,6	190.276	18,1
Los demás órganos de los sentidos (olfato,	25.216	3,4	1.424	2,7	3.248	3,0	4.181	2,8	34.069	3,2

Alteraciones Permanentes	2011		2012		2013		2014		Total General	
tacto y gusto)										
Los Oídos	132.040	17,8	10.992	21,1	18.792	17,2	23.839	16,2	185.663	17,7
Los ojos	311.189	41,9	16.904	32,4	33.401	30,6	42.274	28,7	403.768	38,4
Ninguna	10	0,0	0	0,0	6	0,0	17	0,0	33	0,0
Total	742.658	100,0	52.204	100,0	109.029	100,0	147.194	100,0	1.051.085	100,0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

Por departamento se observa que la mayor frecuencia de discapacidad relacionada con porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente de oídos, voz y el habla son: Amazonas, Vaupés y Vichada (Gráfica 60).

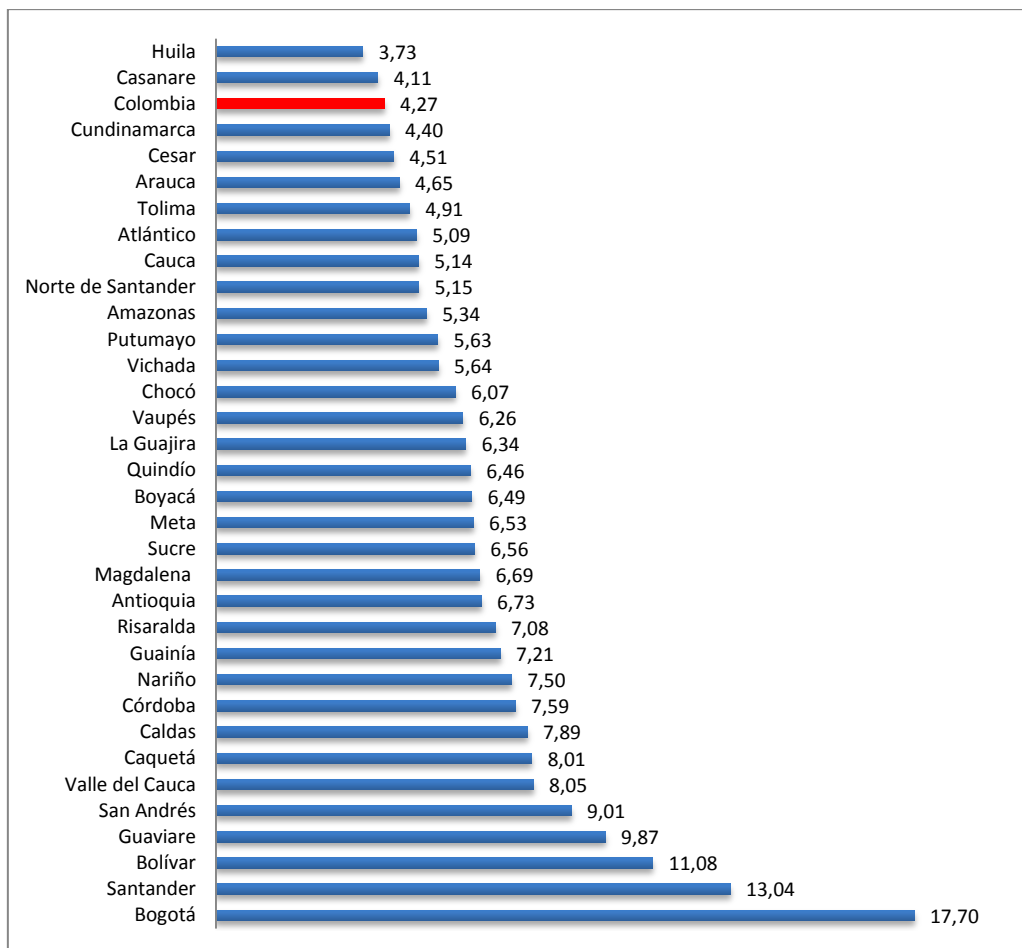
Gráfica 60. Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en la Voz y el Habla por departamento 2014.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

Los departamentos con menor porcentaje de Discapacidad relacionada con alteración permanente en la voz y el habla son Bogotá, Antioquia, Risaralda, Caldas y Santander quizás debido a mejor acceso a los servicios (Gráfica 60).

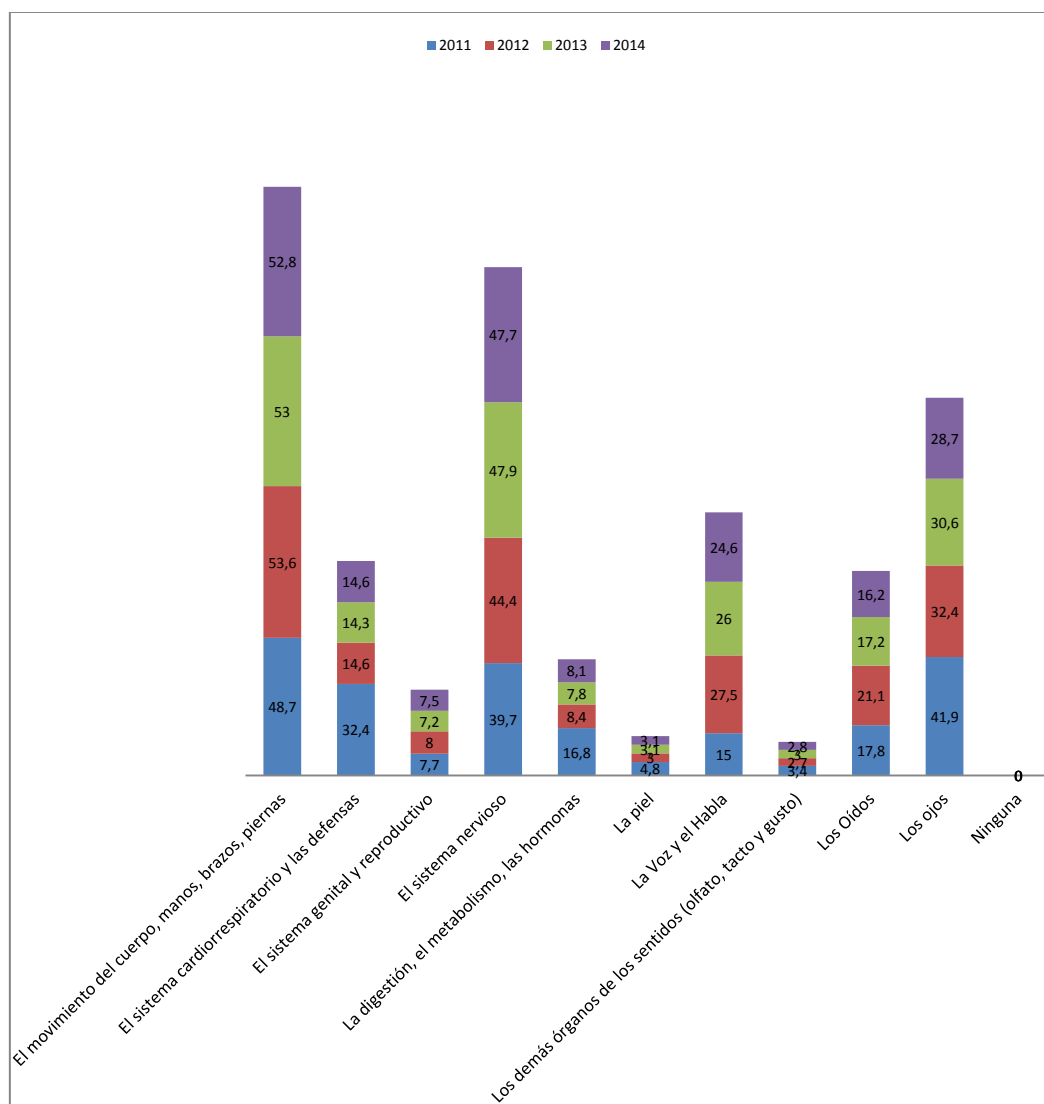
Gráfica 61. Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en los oídos por departamento 2014.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

Como se observa en la gráfica 61 Bogotá es el lugar en el que se reporta más población con limitaciones permanentes para oír, esto puede deberse a la concentración de la población en zona urbana y a la mayor oferta de puntos de información y reporte de datos de personas con discapacidad.

Gráfica 62. Porcentaje de personas con discapacidad de voz y habla y de los oídos, Colombia 2011 a 2014



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015

Las de habla y voz se presentan entre el 25 y el 27,5. Siendo el año 2012 en el que se presenta mayor número de registros. Al igual que las discapacidades para oír. Los datos indican mayor número de registros de alteraciones de voz y habla que relacionados con oír, esto se opone a la cantidad de consultas registradas en procedimientos y diagnósticos audiológicos.

9. Capítulo 4. Análisis de los Determinantes Intermedios Sociales de la Salud

9.1 Oferta de Profesionales relacionados con Salud Auditiva

Oferta de profesionales en Fonoaudiología

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados 6.376 Fonoaudiólogos, lo que equivale a 1 Fonoaudiólogo por cada 7.156 personas (Tabla 66). Por departamento se observa que no hay reporte de Fonoaudiólogos en los departamentos de Vaupés ni Guainía, existiendo poca oferta en el Departamento de Amazonas, donde hay 1 Fonoaudiólogo por 25.414 personas, y en el Departamento de Vichada donde hay 1 Fonoaudiólogo por cada 71.974 personas.

TABLA 66. PORCENTAJE DE FONOAUDIÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.

Departamento	Fonoaudiólogos	Fonoaudiólogos por personas
Amazonas	3	25.414
Antioquia	262	24.642
Arauca	32	8.197
Atlántico	203	12.122
Bogotá D.C	599	13.153
Bolívar	129	16.257
Boyacá	87	14.671
Caldas	70	14.114
Caquetá	21	22.745
Casanare	50	7.130
Cauca	80	17.240
Cesar	101	10.187
Chocó	27	18.522
Córdoba	84	20.353
Cundinamarca	133	20.151
Guainía	0	NA
Guaviare	4	10.371

Departamento	Fonoaudiólogos	Fonoaudiólogos por personas
Huila	80	14.435
La Guajira	66	14.512
Magdalena	119	10.587
Meta	104	9.244
Nariño	96	18.169
Norte de Santander	115	11.789
Putumayo	25	13.808
Quindío	37	15.279
Risaralda	57	16.701
San Andrés y Providencia	9	8.494
Santander	217	9.498
Sucre	111	7.671
Tolima	64	22.004
Valle del cauca	382	12.078
Vaupés	0	NA
Vichada	1	71.974
Sin dato	3.368	14.312
TOTAL BASE	6.736	7.156

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. REPS. Consultado en Mayo de 2016.

Oferta de pediatras por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados 239.698 Pediatras, equivalentes a 1 pediatra por cada 201 personas (Tabla 67). Por departamento se observa que aquel donde hay menos Pediatras es Vaupés, con 1 pediatra por cada 37.020 personas, seguido por Caquetá con un Pediatra por cada 36.742 personas, y Chocó con 1 Pediatra por cada 31.256 personas.

TABLA 67. PORCENTAJE DE PEDIATRAS POR DEPARTAMENTO, 2014.

Departamento	Pediatras	Pediatras por personas
Amazonas	7	10.892
Antioquia	368	17.544
Arauca	17	15.430
Atlántico	309	7.964
Bogotá D.C	695	11.336
Bolívar	194	10.810
Boyacá	65	19.637
Caldas	45	21.955
Caquetá	13	36.742
Casanare	19	18.762
Cauca	58	23.779
Cesar	125	8.231
Chocó	16	31.256
Córdoba	109	15.685
Cundinamarca	129	20.776
Guainía	3	13.827
Guaviare	3	17.108
Huila	65	17.766
La Guajira	81	11.825
Magdalena	134	9.402
Meta	67	14.348
Nariño	72	24.225
Norte de Santander	95	14.271
Putumayo	16	21.575
Quindío	31	18.236

Departamento	Pediatras	Pediatras por personas
Risaralda	47	20.254
San Andrés y Providencia	4	19.111
Santander	189	10.905
Sucre	130	6.550
Tolima	59	23.869
Valle del cauca	290	15.909
Vaupés	3	37.020
Vichada	6	11.996
Sin dato	3.464	13.915
TOTAL BASE	239.698	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. REPS. Consultado en Mayo de 2016.

Oferta de Otorrinolaringólogos por Departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados 1.967 Otorrinolaringólogos, equivalentes a 1 por cada 24.505 personas (Tabla 68). Por departamento se observa que donde hay menos oferta es Caquetá con 1 por cada 47.764 personas, seguido por Norte de Santander con 1 por cada 37.918 personas, y Santander con 1 por cada 38.221 personas.

TABLA 68. PORCENTAJE DE OTORRINOLARINGÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.

Departamento	Otorrinolaringólogos	Otorrinolaringólogos por personas
Amazonas	5	15.249
Antioquia	262	24.642
Arauca	9	29.146
Atlántico	124	19.846

Departamento	Otorrinolaringólogos	Otorrinolaringólogos por personas
Bogotá D.C	423	18.626
Bolívar	69	30.394
Boyacá	39	32.728
Caldas	42	23.524
Caquetá	10	47.764
Casanare	15	23.765
Cauca	23	59.964
Cesar	38	27.076
Chocó	9	55.566
Córdoba	52	32.878
Cundinamarca	84	31.905
Guainía	0	NA
Guaviare	2	20.741
Huila	31	37.251
La Guajira	33	29.024
Magdalena	37	34.049
Meta	30	32.044
Nariño	46	37.918
Norte de Santander	46	29.474
Putumayo	10	34.520
Quindío	23	24.579
Risaralda	39	24.409
San Andrés y Providencia	2	38.221
Santander	108	19.084

Departamento	Otorrinolaringólogos	Otorrinolaringólogos por personas
Sucre	48	17.740
Tolima	46	30.615
Valle del cauca	259	17.813
Vaupés	3	37.020
Vichada	0	NA
Total general	1.967	24.505

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. REPS. Consultado en Mayo de 2016

Oferta de Otólogos por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados solo 16 Otólogos, de los cuales 6 están en Santander, 5 en Antioquia y 3 en Bogotá.

Oferta de Otóneurólogos por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados solo 2 Otoneurólogos, 1 en Santander y 1 en Tolima.

Oferta de Audiólogos por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados solo 63 Audiólogos de los cuales 10 se encuentran en Bogotá.

Oferta de Psicólogos por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados 6.796 Psicólogos, equivalentes a 1 por cada 7.093 personas (Tabla 69). Por Departamento se observa que donde hay menos oferta es Amazonas con 1 por cada 12.707 personas, seguido por Córdoba con 1 por cada 11.102 personas y Cundinamarca con 1 por cada 11.075 personas.

TABLA 69. PORCENTAJE DE PSICÓLOGOS POR DEPARTAMENTO, 2014.

Departamento	Psicólogos	Psicólogos por personas
Amazonas	6	12.707
Antioquia	896	7.206
Arauca	42	6.246
Atlántico	401	6.137
Bogotá D.C	1.208	6.522
Bolívar	257	8.160
Boyacá	189	6.753
Caldas	140	7.057
Caquetá	51	9.366
Casanare	56	6.366
Cauca	158	8.729
Cesar	202	5.094
Chocó	56	8.930
Córdoba	154	11.102
Cundinamarca	242	11.075
Guainía	1	41.482
Guaviare	10	4.148
Huila	143	8.075
La Guajira	94	10.189
Magdalena	194	6.494
Meta	158	6.084
Nariño	237	7.360
Norte de Santander	159	8.527

Departamento	Psicólogos	Psicólogos por personas
Putumayo	33	10.461
Quindío	110	5.139
Risaralda	121	7.867
San Andrés y Providencia	7	10.920
Santander	363	5.678
Sucre	169	5.039
Tolima	142	9.917
Valle del cauca	794	5.811
Vaupés	0	0
Vichada	3	23.991
Total general	6.796	7.093
TOTAL BASE	239.698	1

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. REPS. Consultado en Mayo de 2016.

Oferta de enfermeras de crecimiento y desarrollo por departamento

En Colombia según la base de datos REPS, están registrados 5.040 Enfermeras de crecimiento y desarrollo, equivalente a 1 por cada 9.564 personas (Tabla 70). Por departamento se observa que l donde hay menos oferta es Bogotá, con 1 por cada 25.092 personas, seguido por Atlántico con 1 por cada 14.307 personas, y Huila con 1 por cada 14.083 personas.

TABLA 70 PORCENTAJE DE ENFERMERAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO POR DEPARTAMENTO, 2014.

Departamento	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo por persona
Amazonas	17	4.485
Antioquia	467	13.825

Departamento	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo por persona
Arauca	73	3.593
Atlántico	172	14.307
Bogotá D.C	314	25.092
Bolívar	227	9.239
Boyacá	205	6.226
Caldas	148	6.676
Caquetá	85	5.619
Casanare	52	6.855
Cauca	157	8.785
Cesar	145	7.096
Chocó	168	2.977
Córdoba	191	8.951
Cundinamarca	290	9.242
Guainía	7	5.926
Guaviare	14	2.963
Huila	82	14.083
La Guajira	200	4.789
Magdalena	238	5.293
Meta	108	8.901
Nariño	350	4.984
Norte de Santander	130	10.429
Putumayo	63	5.479
Quindío	55	10.278
Risaralda	82	11.609

Departamento	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo	Enfermeras de Crecimiento y Desarrollo por persona
San Andrés y Providencia	5	15.288
Santander	258	7.989
Sucre	129	6.601
Tolima	138	10.205
Valle del cauca	449	10.275
Vaupés	4	27.765
Vichada	17	4.234
Total general	5.040	9.564
TOTAL BASE	239.698	1

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. REPS. Consultado en Mayo de 2016.

Grupo de profesionales que realizan implante coclear

En la tabla 71, se observan los profesionales e instituciones que realizan procedimientos de Implante Coclear.

TABLA 71. PROFESIONALES E INSTITUCIONES QUE REALIZAN IMPLANTE COCLEAR EN COLOMBIA.

GRUPO/CLINICA/OTOLOGO
BOGOTA
CLINICA RIVAS
UNIMEQ (FUNDACION SANTAFE)
CLINICA MARLY
HOSPITAL SAN IGNACIO
HOSPITAL SAN JOSE CENTRO
HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL

HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
CLINICA SAN RAFAEL
CLINICA DE LA POLICIA
HOSPITAL MILITAR
CLINICA COLOMBIA
HOSPITAL SIMON BOLIVAR
CLINICA INFANTIL DE COLSUBSIDIO
COMPENSAR
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOLOGÍA S.A.
RODRIGO REY
JORGE EDUARDO ALMARIO
VICENTE RODRIGUEZ
CUNDINAMARCA
HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE SOACHA
HOSPITAL DE LA SAMARITANA
MEDELLIN
CLINICA MEDELLÍN
CLINICA ORLANT
HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN
MARGARITA
EDUARDO FERRER MARULANDA
JUAN FELIPE MONROY BARRENECHE
CALI
CENTRO MEDICO IMBANACO
CLINICA VALLE DE LILI
INSTITUTO DE NIÑOS CIEGOS Y SORDOS
BARRANQUILLA

TE OIGO
OTOCEN
CLINICA YEPES PORTO
BUCARAMANGA
AUDIOMIC
GERMAN PABLO SANDOVAL ORTIZ
CUCUTA
JUAN PABLO NAVARRO
JUAN CARLOS IZQUIERDO
MANIZALEZ
RAFAEL JARAMILLO

Fuente: Expertos en audiología.

9.2 Oferta de Ayudas Tecnicas Auditivas

9.2.1 Distribuidores de Implante en Colombia

IMPLANTE	DISTRIBUIDOR
NUCLEUS (COCHLEAR)	MEDIHUMANA
ADVANCED BIONICS	DISORTHO
MEDEL	AUDIOCOM
NEURELEC	OTICON
NUROTRON	MEDINISTROS

9.3 Indicadores Resolución 4505

Para el año 2014, se realizaron 2,1% de las consultas de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año, 2,1% para la consulta de control de crecimiento y desarrollo en niños de 12 a 23 meses (Tabla 72).

TABLA 72. PROPORCIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN ACTIVIDADES DE RESOLUCIÓN 4505, 2011 A 2014

Nombre Actividad	Población Afiliada	Población por atender (Actividades)	Población atendida x 100
Consulta de control de crecimiento y desarrollo médico – enfermera, menor de un año.	44.262.386	951.568	2,1
Consulta de control de crecimiento y desarrollo médico – enfermera, para niños de 12 a 23 meses cumplidos	44.262.386	908.351	2,1
Consulta de control de crecimiento y desarrollo médico – enfermera, para niños de 2 a 7 años	44.262.386	4.152.259	9,4
Consulta de control de crecimiento y desarrollo médico – enfermera, para niños de 8 a 9 años	44.262.386	755.282	1,7
Consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez por médico única vez	44.262.386	6.744.174	15,2
Consulta de detección de Alteraciones del adulto por médico	44.262.386	1.062.648	2,4
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia final (personas de 17 a 21 años)	44.262.386	420.143	0,9
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia media (personas de 14 a 16 años)	44.262.386	432.470	1,0
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adulto Joven (personas de 22 a 24 años)	44.262.386	386.506	0,9

Nombre Actividad	Población Afiliada	Población por atender (Actividades)	Población atendida x 100
Consulta del desarrollo del joven por médico. (Personas de 25 a 29 años).	44.262.386	351.607	0,8
Consulta del desarrollo en el joven por médico. Adolescencia temprana (personas de 10 a 13 años)	44.262.386	402.629	0,9

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Actividades Ex antes

9.4 Tecnologías incluidas en el POS para los eventos de Salud Auditiva y Comunicativa

Las siguientes son tecnologías y procedimientos incluidos en el POS para la atención de los eventos que afectan la Salud Auditiva y Comunicativa. Tabla 73

TABLA 73. TECNOLOGÍAS INCLUIDAS POS PARA EVENTOS DE SALUD AUDITIVA

LISTA DE TECNOLOGIAS INCLUIDAS EN EL POS PARA LOS EVENTOS DE SALUD AUDITIVA												
EVENTO SALUD AUDITIVA	Tecnología (Procedimiento, medicamentos, dispositivos, etc.)	Inclusion es POS Acuerdo 029		Incluido en el POS Resolución n 5521/ 2013		Tiene indicador 4505		Tiene CUPS (resolución 1896)		Esta Incluido en el PIC		Grupo etario (Menor de un año, De 1 a 5 años, De 5 - 10 años, De 10 a 18, De 18 a 21, De 21 a 30 , De 30 a 45, De 45 a 60 , De 60 y más
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
PROMOCIÓN	R5521/ 2013 1. 9901- 9902: Actividades de educación grupal e individual para el cuidado del oído y audición. 2. A100- A103 - : Fomento y adopción de conductas protectoras hacia el control de las ENT y EVS a través de la estrategia IEC con especial énfasis en la población infantil y adolescente. 3. A220: asistencia técnica en prevención y control de la enfermedad.		x	X		X		x		X		0 a 60 años y más
PREVENCIÓN	A220: Inducción a la demanda para el control prenatal, alimentación saludable y nutrición, EVS, control y manejo del ruido en los entornos.	412	X		X		X	X		X		0 a 60 años y más
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	9931- 9935: Vacunación. Lactancia materna. Dispensación y uso de elementos de protección para el ruido.	X		X			X	X		X		0 a 60 años y más
DETECCIÓN TEMPRANA	A220 : Identificación de alertas tempranas y población con exposiciones a altos niveles de ruido, daño y/o alteraciones del oído y audición; canalización de las personas de todas las edades y genero con factores de riesgo al tamizaje auditivo y atención oportuna.	x		x			x	x		x		0 a 6 meses, de 0 a 5 años, 6 a 12 años, 13 a 18 años, 21 a 30, 45 a 60 y mas.

	3. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL TECNICA DE UMBRALES CON ESTIMULO CLICK (Umbral de la onda V).		X		X		X	X			X	0 a 60 años y más
	4. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL DE FRECUENCIA ESPECÍFICA + (PEATC. Fc.e) [CON TONO BURST]		X		X		X	X			X	
	5. POTENCIALES AUDITIVOS EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL DE ESTADO ESTABLE (PEATC.ee)		X		X		X	X			X	
	6. POTENCIALES AUDITIVOS EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL - TRANSCIENTES SITIO DE LESION (TOPODIAGNOSTICO)		X		X		X	X			X	
	8. MANEJO Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA PERSONAL HECHOS A LA MEDIDA		X		X		X	X			X	
	Tamizaje organizado:		X		X		X		X		X	
	1. Tamización con instrumento de tecnología blanda de lenguaje, habla y audición		X		X		X		X		X	
	2. Otoscopia		X		X		X				X	
	3. timpanometría - imperdanciometria	X			X		X	X			X	
	4. otoemisiones acústicas producto de distorsión (DPOEA)		X		X		X	X			X	
	5. neumatoscopia		X		X		X		X		X	
	6. Logoaudiometria	X			X		X	X			X	
RECUPERACIÓN DE LA SALUD	R5521/2013 - ARTÍCULO 84 - Tecnologías para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterio del profesional tratante.		X	X			X	X				prenatal a menores de 6 años
	R5521/2013 ARÍCILO 86 - Atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad sensorial, conlleva el derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por el profesional de la salud y todas las tecnologías en salud incluidas en el POS R5521/2013		X	X			X	X		X		
	9544: PRUEBAS CLÍNICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	X		X			X					0a 60 años y más

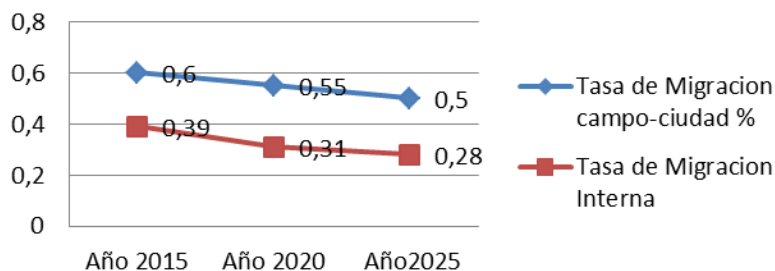
9548: ADAPTACIÓN DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	X		X			X					0 a 60 y más
R5521/2013 - ARTÍCULO 87 COBERTURA DEL IMPLANTE COCLEAR. El POS cubre la implantación o sustitución de prótesis coclear y garantiza la rehabilitación post implante para los menores hasta con dos (3) años de edad con sordera pre locutorio y post locutorio profunda bilateral. CUPS: 209600, Descripción: Implantación o sustitución de prótesis coclear, Nivel: 3, Incluye dispositivo.	X		X		X		X		0	0	0 a 3 años
9371 - 9373 : TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA: PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE Y DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS.		X	X			X	X		0	0	

10. Capítulo 5. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud – DSS

10.1 Migración

La migración en el país se da de forma interna y de forma externa. La migración interna, se basa en el desplazamiento forzado interno, y la migración externa está caracterizada por la migración de colombianos hacia otros países, efectuando migración internacional. Caracteriza este fenómeno migratorio, procesos de movilidad humana, el cual es resultado de las dinámicas sociales y políticas del territorio, como el caso de las personas víctimas del conflicto armado, que ocasiona personas desplazadas de sus territorios de forma forzada. Ante este fenómeno migratorio y por la complejidad de los elementos que le componen, no es posible tener de forma certera las cifras precisas de los migrantes en el país, ni determinar las víctimas de la trata de personas. No obstante, existen datos y cifras proyectadas por entes oficiales con respecto al tema, que favorece una aproximación a la realidad del país en este caso.

Gráfica 63. Migración en Colombia



Fuente: Ib. Revista de Información Básica DANE 2013.

10.2 Movilidad forzada

El Registro Único de Víctimas para el mes de agosto de 2014, registró un total de 8.162.752 hechos victimizantes en 5.287.266 personas, para un promedio de 1,54 hechos por persona. El 79,19% (6.382.826) de los hechos se encontraban tipificados como desplazamiento forzado en 4.721.628 personas, para una razón hecho: persona de 1,35.

El 51,49% (2.431.340) eran mujeres y el 47,81% (2.257.549) hombres, para una razón mujer: hombre de 1,08. El 48,82% (2.305.068) de las víctimas de movilidad forzada eran menores de 25 años. Aunque se resalta un 9% (425.292) de personas entre los 55 y 59 años. Los departamentos de Cesar, Sucre, Arauca, Guaviare, Caquetá y Putumayo fueron los que mayor proporción de personas víctimas de desplazamiento tuvieron en el país durante 2013. Bogotá, Boyacá, Cundinamarca y Amazonas tuvieron proporciones inferiores al 5%.

Aunque el 44,93% (2.121.546) de los registros no tienen diligenciada la variable etnia, se encuentra que el 1,47% (69.334) de las personas víctimas de desplazamiento se reconocieron como indígenas, el 3,19% (150.402) como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, el 50,28% (2.374.203) como de otras etnias.

El 85,94% (4.057.899) de las víctimas de este hecho se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El 84,45% (3.427.007) pertenecían al régimen subsidiado, el 29,10 (1.180.858) al contributivo, y el restante 0,19% (7.876) a excepción.

10.3 Necesidades básicas insatisfechas

El DANE dentro de su estimación del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, define servicios inadecuados como el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas en las cabeceras, lo que comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se provean de agua en río, nacimiento, carro tanque o de la lluvia. En el resto, dadas las condiciones del medio rural, se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia; según los datos censales del 2005, para ese año en Colombia el 7,36 de la población habitaba viviendas con servicios inadecuados.

Este porcentaje presentó variaciones entre los departamentos siendo mayor en Chocó, Vichada y Guainía, con un 71,13, un 39,14 y un 35,34 respectivamente. Así mismo, los departamentos con mayor porcentaje de personas que disfrutaban de servicios adecuados son Bogotá, Quindío y Caldas.

Del mismo modo, el DANE define las condiciones de la vivienda según las características físicas que poseen los lugares que habitan las personas. Se consideran inapropiadas, aquellas viviendas móviles o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes, o con paredes de tela o de materiales de desecho, o con pisos de tierra. En la zona rural el piso de tierra debe estar asociado a paredes de material semipermanente o perecedero. Según los datos censales de 2005, para ese año en Colombia el 10,41 de la población habitaba una vivienda inadecuada. El porcentaje de población que vivía en esas condiciones varió en todos los departamentos, siendo mayor en Vichada, La Guajira y Córdoba con un 47,74, un 46,26 y un 41,56 respectivamente, Así mismo, los departamentos con mayor porcentaje de personas que habitaban viviendas adecuadas fueron Caldas, San Andrés, Quindío, y Bogotá, Distrito Capital. La tabla 74, muestra la proporción de colombianos con NBI

TABLA 74. PROPORCIÓN DE PERSONAS CON NBI POR DEPARTAMENTO EN COLOMBIA, 2014

Nombre Departamento	Total													
	Prop de Personas en NBI (%)	%	Prop de Personas en miseria	%	Componente vivienda	%	Componente Servicios	%	Componente Hacinamiento	%	Componente Inasistencia	%	Componente dependencia económica	%
TOTAL NACIONAL	27,78	0,22	10,64	0,37	10,41	0,32	7,36	0,40	11,11	0,46	3,56	0,85	11,33	0,40
ANTIOQUIA	22,96	0,78	8,15	1,34	6,97	1,21	4,15	1,94	9,08	1,52	3,43	2,68	11,27	1,24
ATLANTICO	24,74	1,39	8,14	2,97	4,92	3,48	9,28	2,76	9,31	2,93	3,89	4,57	8,78	2,68
BOGOTA	9,20	1,96	1,38	6,03	0,97	6,68	0,57	7,91	5,31	2,87	1,56	5,40	2,52	4,20
BOLIVAR ⁽¹⁾	46,60	0,60	23,33	0,99	22,34	1,02	22,70	0,92	17,21	1,44	4,31	3,14	16,77	1,26
BOYACA	30,77	0,68	10,41	0,94	11,92	0,70	6,61	1,14	11,24	1,38	2,56	2,94	13,27	1,17
CALDAS	17,76	2,07	3,08	4,75	1,35	6,91	1,45	6,90	5,95	4,06	2,38	6,44	10,48	2,73
CAQUETA	41,72	1,37	15,67	2,80	13,63	2,63	12,19	1,47	14,95	3,48	5,37	5,59	17,08	2,77
CAUCA ⁽¹⁾	46,62	0,56	20,58	0,85	28,72	0,64	14,76	0,85	11,85	1,60	4,94	2,56	16,04	1,22
CESAR	44,73	0,91	22,03	1,56	20,82	1,59	11,03	1,74	22,62	1,74	7,02	3,67	19,35	1,68
CORDOBA ^{(1), (3)}	59,09	0,56	30,26	1,15	41,56	0,85	10,81	2,23	21,14	1,51	4,88	3,67	25,58	1,32
CUNDINAMARCA	21,30	1,03	5,20	2,20	5,47	1,91	3,91	2,53	9,20	1,93	1,95	4,35	7,41	1,79
CHOCO ⁽²⁾	79,19	0,34	32,24	1,34	11,50	2,02	71,13	0,40	15,98	1,97	10,45	2,14	17,60	2,23
HUILA	32,62	1,47	11,59	2,57	12,29	2,26	8,00	2,34	9,13	3,88	5,04	5,10	14,66	2,52
LA GUAJIRA	65,23	0,43	47,10	0,46	46,26	0,45	22,36	0,88	46,60	0,53	15,97	0,74	34,31	0,52

Nombre Departamento	Total													
MAGDALENA	47,68	0,78	22,96	1,35	22,88	1,19	16,19	1,73	19,41	1,74	5,66	3,46	18,76	1,60
META	25,03	2,62	8,07	4,80	8,80	3,66	3,80	6,71	10,90	4,83	3,19	8,03	9,62	5,02
NARIÑO	43,79	0,68	17,18	0,94	16,03	0,73	13,92	0,86	18,23	1,38	4,56	2,14	14,69	1,40
N. DE SANTANDER	30,43	1,09	11,00	1,90	9,55	1,90	7,55	1,85	11,83	2,23	4,34	3,90	13,47	1,79
QUINDIO	16,20	2,31	2,99	6,29	1,49	8,46	1,06	9,61	4,85	4,91	3,46	5,84	9,24	3,27
RISARALDA	17,47	2,06	3,94	4,88	1,55	5,95	1,68	4,80	6,79	3,73	3,37	5,94	9,07	3,08
SANTANDER	21,93	1,16	6,65	2,01	6,73	1,88	4,48	2,38	7,57	2,37	2,64	4,15	9,77	1,88
SUCRE	54,86	0,74	26,85	1,43	32,15	1,21	13,18	2,37	19,29	1,91	3,51	5,36	25,80	1,42
TOLIMA	29,85	1,14	10,48	1,88	9,69	1,58	5,79	1,89	11,44	2,39	4,65	4,35	13,76	1,78
VALLE DEL CAUCA	15,68	1,38	3,49	3,50	2,26	4,01	2,26	3,90	6,61	2,55	2,08	4,69	6,90	2,21
ARAUCA	35,91	2,81	14,00	5,51	19,01	4,46	4,66	7,99	16,07	5,37	2,90	13,36	13,48	5,86
CASANARE	35,55	1,56	13,62	2,75	13,36	2,38	5,61	3,81	17,36	2,77	4,81	6,49	14,40	2,87
PUTUMAYO	36,01	0,66	8,79	1,61	3,97	1,95	16,18	0,77	12,92	1,55	3,27	3,47	10,30	1,74
SAN ANDRES	40,84	3,69	6,91	13,12	1,42	25,87	30,91	4,58	13,19	8,74	1,43	24,58	1,64	27,56
AMAZONAS	44,41	2,19	15,00	3,58	6,56	8,24	19,48	2,73	25,49	3,48	4,31	5,30	9,62	4,82
GUAINIA	60,62	-	37,91	-	39,03	-	35,34	-	20,19	-	9,16	-	19,19	-
GUAVIARE	39,89	3,02	11,97	7,08	13,64	5,50	7,58	0,66	18,70	6,06	4,54	10,57	10,41	7,73
VAUPES	54,77	-	29,80	-	30,37	-	27,82	-	29,94	-	4,27	-	11,15	-
VICHADA	66,95	0,55	46,06	0,66	47,74	0,57	39,14	0,55	35,85	0,94	11,77	1,25	21,23	1,34

Fuente: DANE, Censo General 2005.

La salud auditiva y comunicativa de la población está asociada a la oportunidad de acceso a servicios públicos como el alcantarillado y aseo que limitan la oportunidad de contagios y enfermedades gástricas y de vías respiratorias altas, que conllevan a la presencia de las alteraciones auditivas o comunicativas. Así mismo, el control prenatal, la vacunación y la alimentación adecuada garantizan el manejo y control de condiciones de salud fetal e infantil que evitan la presencia de alteraciones del desarrollo.

10.4 Educación

En la tabla 75 se muestra la tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años. La fuente de la información empleada, corresponde a la del Ministerio de Educación Nacional.

TABLA 75. TASA DE ANALFABETISMO EN PERSONAS ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD POR DEPARTAMENTOS

Departamentos	1985	2003
CHOCO	31,1	20,1
SUCRE	26,4	17,0
CESAR	19,4	16,8
CORDOBA	25,0	16,5
LA GUAJIRA	13,8	16,4
MAGDALENA	19,9	14,5
BOLIVAR	18,8	12,2
NARIÑO	20,4	11,6
NORTE SANTANDER	16,3	11,4
CAUCA	18,2	10,0
CAQUETA	15,9	9,3
TOLIMA	13,1	8,3
META	10,2	7,5
BOYACA	17,3	7,5
CALDAS	8,9	7,3
SANTANDER	12,8	7,2
QUINDIO	8,5	6,3
RISARALDA	8,3	6,1
ANTIOQUIA	8,7	5,8

HUILA	13,0	5,8
ATLANTICO	8,6	4,9
CUNDINAMARCA	11,9	4,5
VALLE	7,8	4,5
BOGOTA	4,0	2,5
NACIONAL	13,5	7,6

Fuente: DANE. Proyecciones 2005-2020.

La tasa de analfabetismo ha disminuido considerablemente con el paso del tiempo. La alfabetización es garantía de acceso a información, a educación y a la integración de hábitos de vida saludables. Como se expresó en el primer apartado la alfabetización de los padres es un indicador de menor riesgo en salud auditiva y comunicativa para los hijos.

10.5 Estrato e Ingreso por Hogares

Aquí se presenta la población por Estrato Socioeconómico, en relación a su magnitud y tendencia entre 2006 y 2007, (Tabla 76).

TABLA 76. POBLACIÓN POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN COLOMBIA, 2006-2007

Dominios de estudio y niveles de ingreso de la unidad de gasto	Total de hogares
Total nacional	11 144 850
Menos de 1 salario mínimo	3 580 344
De 1 a menos de 2 S.M.	3 096 440
De 2 a menos de 3 S.M.	1 566 330
De 3 a menos de 4 S.M.	918 917
De 4 a menos de 5 S.M.	588 630
De 5 a menos de 6 S.M.	344 708
De 6 a menos de 7 S.M.	245 854
De 7 a menos de 8 S.M.	151 936
De 8 a menos de 9 S.M.	104 790

De 9 a menos de 10 S.M.	83 072
De 10 a menos de 12 S.M.	111 982
De 12 a menos de 15 S.M.	102 540
De 15 a menos de 20 S.M.	60 639
De 20 S.M. y más	76 740
Sin información de monto	111 926

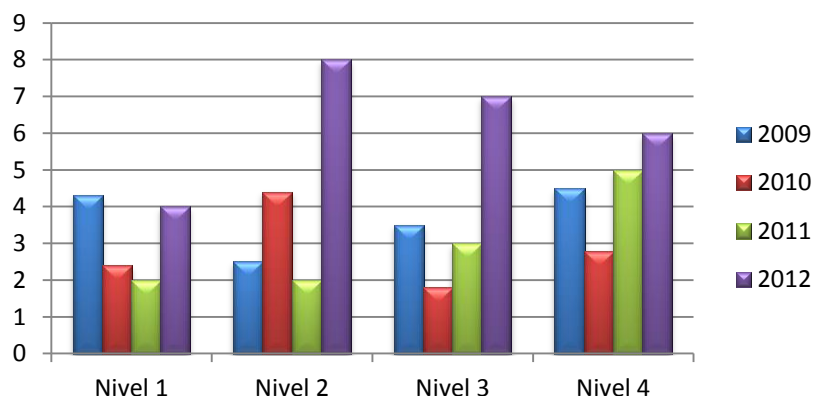
Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006 – 2007

10.6 Distribución Porcentual de la Población según Clasificación SISBEN

En la gráfica 64, se observa la población SISBEN de 2009 a 2012.

Gráfica 64. Distribución porcentual de la población según clasificación SISBEN Nacional 2009 - 2012

Fuente: DANE. 2009-2012



Se observa una diferencia significativa en el aumento de registro de encuestados del SISBEN hacia el año 2012, en todos los niveles, en comparación con los años anteriores. La posibilidad de acceder a recursos económicos repercute en las posibilidades de vivienda digna, servicios públicos, educación, alimentación adecuada, aseo, entre otros factores determinantes que pueden llegar a incidir en el establecimiento de condiciones de riesgo o protectoras de la salud auditiva y comunicativa.

Hasta aquí se han descrito los determinantes sociales de la Salud Auditiva que tienen mayor incidencia en la morbilidad de Alteraciones Auditivas en nuestro país.

11. Capítulo 6. Priorización de los Efectos de Salud

11.1. Identificación de las Prioridades Principales en la Morbilidad

Se reunieron los autores y se realizó la priorización por eventos y variables a ser incluidas en el programa de salud auditiva, las cuales son: posibilidad de intervención, presencia de profesionales para su atención, inequidad por etnia (mayor frecuencia en alguno de los grupos), inequidad por regiones (por acceso a servicios), inequidad socioeconómica (mayor frecuencia por estrato socioeconómico), riesgo de discapacidad, afectación por curso de vida, afectación en mayores de 50 años, afectación en recién nacidos, y afectación en escolares. Se calificó 1, como sin riesgo, y 5 como alto riesgo.

Los expertos priorizaron como primer evento de intervención la hipoacusia neurosensorial, seguido por alteraciones del habla y del lenguaje, y alteraciones del sistema vestibular (Tabla 77).

TABLA 77. PRIORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE SALUD AUDITIVA A INCLUIRSE EL PROGRAMA DE SALUD AUDITIVA.

Eventos	Mag nitud	Seve ridad	Efecti Vidad	Factibilidad					posibilidad de intervención	Tto incluido en POS	Profesi onales	inequida d etnia	inequidad regional	inequidad socioeconómic a	riesgo de Discapacida d	Curso de Vida escolares	mayore s de 50	Puntaj e total
	(0- 10)	(0-10)	(0.5- 1.5)	Pertin encia	Econ omia	Recu rsos	Leg alidad	Acepta bilidad										
Otitis	6	4	0,5	1	1	1	1	1	5	5	5	0	0	5	0	5	0	40
Hipoacu sia Neurose nsorial	8	8	1,5	1	1	1	1	1	3	5	5	0	0	5	5	5	5	55
Hipoacu sia Conduct iva	5	5	1	1	1	1	1	1	3	5	5	0	0	5	0	5	0	39
Hipoacu sia Mixta	4	5	1	1	1	1	1	1	2	5	5	0	0	5	5	0	5	42
Alteraci ones del sistema Vestibul ar	8	8	1	1	1	1	1	1	2	0	5	0	0	5	5	5	5	49
Otras Alteraci ones de la Audició n	7	7	1	1	1	1	1	1	2	5	5	0	0	5	5	0	0	42
Alteraci ones del Habla y del Lenguaj e	7	8	1,5	1	1	1	1	1	3	5	5	0	0	5	5	5	5	54

Fuente: Elaboración Propia, Mayo de 2016

11.2. Priorización Índice de Necesidades en Salud (INS)

Se considera que la priorización se relaciona con las decisiones sobre cómo asignar recursos limitados y es una parte fundamental de cualquier proceso de desarrollo de una política de salud. Y, aunque no se cuestiona en absoluto la necesidad de establecer prioridades en el contexto de recursos limitados, existen debates tanto teóricos como prácticos acerca de la forma más apropiada para determinar estas mismas prioridades. Además, no existe aún el método o el proceso ideal para asegurar la sostenibilidad de la priorización en investigaciones en salud. Por lo tanto, se han utilizado diferentes métodos y cada país los ha utilizado según su propio criterio para organizar y definir sus prioridades¹.

Para el análisis de Situación de Salud es importante conocer los departamentos con mayor índice de necesidades en salud en el departamento. Para ello, se cuenta con el software Epidat 3.1®.

Primero se escogieron los indicadores para cada una de las siguientes dimensiones:

- Sociales: analfabetismo, necesidades básicas insatisfechas.
- Demográficas: población del municipio o departamento, tasa de crecimiento anual, tasa bruta de natalidad, índice de vejez.
- Proceso salud – enfermedad: atenciones relacionadas con salud auditiva, del lenguaje y del habla.
- Respuesta institucional: consultas por urgencias, consulta externa y hospitalizaciones.

Los Departamentos priorizados teniendo en cuenta las variables antes mencionadas se observan en la tabla 78. Los Departamentos con mayor urgencia en la implementación del intervenciones relacionadas con Salud Auditiva se resaltan en rojo y son Bolívar, Tolima, Cundinamarca, Meta, Boyacá, Córdoba, Magdalena, Putumayo, Vaupés, Huila, Nariño, San Andrés y Providencia, Caquetá, Chocó, Cauca, Guainía, Vichada y Amazonas.

Tabla 78. Priorización de los eventos de Salud Auditiva a incluirse el programa de Salud Auditiva por departamento.

DEPARTAMENTO
Sucre
Valle del cauca
Bogotá D.C
Santander
Atlántico
Guaviare
Caldas
Casanare
Risaralda
Quindío
Antioquia
Cesar

La Guajira
Arauca
Norte de Santander
Bolívar
Tolima
Cundinamarca
Meta
Boyacá
Córdoba
Magdalena
Putumayo
Vaupés
Huila
Nariño
San Andrés y Providencia
Caquetá
Chocó
Cauca
Guainía
Vichada
Amazonas

Fuente: Elaboración Propia, Mayo de 2016

12. Conclusiones y recomendaciones

La gran mayoría de los registros en SISPRO proviene del régimen contributivo. Esto pudiera deberse a un sub-registro en el régimen subsidiado como también a una menor demanda y oferta de servicios para ese segmento de la población. Se debe realizar un mayor esfuerzo para que los diferentes diagnósticos sean registrados en el sistema de información tanto en las atenciones de otorrino, otología y audiología y mejorando el registro en los proveedores del régimen subsidiado.

En el análisis de los registros de SISPRO se evidencia que durante los años 2009- 2010, de manera general hay un número menor de reportes en comparación con los que se identifican en los años 2011 – 2014.

La alta prevalencia de las otitis en algunos departamentos de Colombia podría estar asociada al modo de vida especialmente de la población rural e indígena. Bedoya et al (2014) relacionan la presencia de este evento con falta de higiene, acceso a servicios públicos básicos y uso de fogones de leña que ocasionan irritación en las mucosas de las vías respiratorias y por ende las otitis. Otra razón, obedece al desconocimiento acerca de los cuidados del oído y la audición como a la oferta y acceso a servicios otológicos y audiológicos.

Algunos departamentos comparten comportamientos de riesgo similares relacionados con el uso de fogones de leña dentro de las casas, con la consecuente presencia de otitis de alta prevalencia. Cabe señalar otro factor de riesgo no menos importante, los malos hábitos de alimentación y nutrición, Por ejemplo: la lactancia artificial en los primeros meses de vida, suprimen los anticuerpos contenidos en la leche materna y protegen contra los microorganismos asociados a las otitis. La protección de la lactancia materna se constituye en un conjunto de acciones afirmativas que reconocen los primeros dos años de vida, como la etapa crucial de desarrollo de la audición, visión, lenguaje y comunicación del ser humano en todas sus dimensiones. (Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020).

La ubicación geográfica en la que se encuentra distribuida la población como zonas rurales y rurales dispersas dificulta el acceso a los servicios de salud, por lo que cuentan con una menor prevalencia de atenciones (con posibles complicaciones de las infecciones de oído y severidad de los eventos o no se reportan cuando son atendidos por medicina general).

Dado que hay una alta prevalencia de atenciones por otitis especialmente en la primera infancia con un 40.6% y adultez con 26.7%, es necesario que los prestadores de servicios de salud dispongan de protocolos estandarizados o GPC y de vigilancia a los programas de salud y seguridad en el trabajo. De igual forma, el control del ruido ambiental y recreativo con el uso de la tecnología cerca del oído con la consecuente socioacusia.

Las prevalencias altas de atenciones se concentran en los grandes centros urbanos, sin embargo hay departamentos como Nariño y Guaviare que tienen altas prevalencia de atención quizás debido a políticas de atención local y fortaleza de los proveedores.

Las atenciones relacionadas con la audición, el habla y el lenguaje representan el 1.14% del total de las atenciones en salud. Dentro de este grupo el mayor número de atenciones

se relaciona con la audición. La razón de Atenciones por persona es de alrededor de 2 excepto en alteraciones del habla donde es 5 atenciones por persona.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones del sistema vestibular se presenta en el grupo de adultez, con un 59,2%, seguido por vejez con 26,2%. Sin embargo, la mayor razón de atenciones por persona se presenta en el grupo de vejez con 28,5% y en el de adultez con 16,7%. Sería importante hacer seguimiento a las primeras causas asociadas a estos.

La mayor prevalencia de hipoacusias es de tipo neurosensorial con un 74.5%, seguido de las conductivas 24.5% y menos de 1% de las mixtas.

Por curso de vida el grupo de la primera infancia consulta con mayor frecuencia por otitis con un 40.6%, por alteraciones del habla con un 53.1% y del lenguaje con un 46.6%; el grupo de la adolescencia consultan más por hipoacusia neurosensorial con un 22.8%; las hipoacusias neurosensoriales presentes en los adultos jóvenes de 27 a 44 años se convierten en el mayor número de consultas de este grupo; por su parte los adultos consultan más por alteraciones del sistema vestibular con un 59.2%, hipoacusia conductiva y mixta en un 45.2%, el adulto mayor consulta con mayor frecuencia por hipoacusias en general y vértigo, para futuros estudios sería necesario estimar la prevalencia de atención a personas por grupos etarios en intervalos de cinco años, para que sean comparables entre sí.

La prevalencia alta de otitis se relaciona con determinantes sociales en departamentos como Guaviare, Nariño y Boyacá donde hay humo por fogones de leña dentro de las casas. En el curso de vida el grupo de la primera infancia es donde se presentan el mayor porcentaje de atenciones por otitis, lo que sugiere fortalecer la promoción de la salud y el diagnóstico y manejo por el prestador primario. Para las otitis del adulto se sugiere mayor protección de riesgos laborales.

Las mayores prevalencias de atención relacionadas con hipoacusia conductiva se encontraron en los departamentos de Bogotá D.C, Boyacá, Santander y Nariño, coincidiendo con los departamentos con mayor prevalencia de otitis media. Los adultos y adultos mayores son quienes más consultan por hipoacusia conductiva. Los adultos mayores tienen la mayor razón de atenciones por habitante.

La mayor prevalencia en la atención relacionada con hipoacusia neurosensorial se encontró en los departamentos de Guaviare, Bogotá, Caquetá, Magdalena y Atlántico que pudiera explicarse por exposición al ruido, de tipo social en la costa caribe, ambiental en Bogotá y quizás por el conflicto armado en Caquetá. Es más frecuente en hombres quizás por el ambiente laboral.

Las otalgias representan alrededor del 90% de las atenciones en urgencias para las alteraciones del oído y la audición, estas son manifestaciones de múltiples patologías como las otitis, traumas, tumores, infecciones de pabellón auricular, herpes, micosis, mastoiditis, problemas de articulación temporomandibular, neuralgias, patologías de faringe, laringe o cavidad oral que deben seguir la ruta de atención de acuerdo al diagnóstico.

Las atresias y agenesias de oído están presentes en 1 x 1000 habitantes, es levemente mayor en mujeres, la mayor proporción de atenciones se hace en la primera infancia y luego con proporciones semejantes en las demás etapas del curso de vida. Se debe

fortalecer el diagnóstico temprano y hacer el seguimiento e ingreso al programa y ruta de atención para garantizar su efectiva habilitación /rehabilitación.

La mayor proporción de atenciones para alteraciones del habla, lenguaje y pronunciación se hacen durante la primera infancia e infancia, las atenciones relacionadas con afasia y disfasia son más frecuentes en adultos relacionadas con eventos cerebrovasculares, alto consumo de sodio e hipertensión, factores que deben controlarse para disminuir la incidencia de estas patologías, por lo que se recomienda prestar mayor atención por el sistema de salud a los factores de riesgo asociados.

El número de procedimientos reportado para otorrinolaringología es bajo con 3,6 por 100.000 habitantes, quizás pueda deberse a que muchas patologías son tratadas por medicina general y no son referidas al especialista.

Solamente se ha reportado una (1) audiometría por cada 100.000 habitantes, lo que sugiere, que no se está reportando la información en el sistema. La prevalencia de consultas de potenciales auditivos evocados es mayor respecto a las audiometrías, siendo un procedimiento más costoso para el sistema de salud.

La prevalencia de implante coclear en el país es de 3,6 por millón de habitantes en el periodo del estudio, pero la mayor parte se concentran en los grandes centros urbanos, aún hay muchos departamentos donde no se realiza este procedimiento. Llama la atención que se reportan atenciones relacionadas con implantes cocleares en departamentos que no cuentan con la capacidad técnica y científica, de igual forma reportan consultas por urgencias relacionadas con este procedimiento.

El número de atenciones relacionadas con la ototoxicidad no es alta aunque se prescriben y se usan medicamentos ototóxicos, esto sugiere un sub registro por este diagnóstico, en consecuencia se sugiere tener en cuenta en la historia clínica, los factores de riesgo por agentes químicos o farmacológicos que orienten el subsecuente manejo médico.

La hipoacusia Súbita idiopática es aquella hipoacusia neurosensorial de inicio súbito, en menos de 72 horas, sin otros antecedentes otológicos previos. Se considera primordial su atención rápida en la consulta de urgencias con ingreso a la ruta.

Hay una prevalencia de atenciones de fonoaudiología desproporcionadamente alta en Huila y Casanare que merece ser explorada para establecer los factores determinantes.

A pesar de los beneficios de la educación grupal, la prevalencia es muy baja en muchos departamentos grandes como Antioquia, Cundinamarca y Valle y muy altas en departamentos como Sucre y Putumayo que pudiera estar asociado a políticas de atención local. El patrón de atenciones para el desarrollo del lenguaje y del habla tiene un patrón semejante con altas prevalencias en Nariño y Sucre.

Los departamentos con menor porcentaje de Discapacidad relacionada con alteración permanente en los oídos son Bogotá, Antioquia, Risaralda, Caldas y Santander quizás debido a mejores determinantes sociales y acceso a los servicios. Contrario a Bogotá que es el lugar donde se reporta más población con limitaciones permanentes para oír, esto puede deberse a la concentración de la población en zona urbana y a la mayor oferta de puntos de información y reporte de datos de personas con discapacidad.

El número de fonoaudiólogos y otorrino por persona es bastante uniforme a nivel nacional con la excepción de los territorios de la Amazonia donde es deficiente, el número de otólogos registrados en el REPS es muy reducido, solamente son 16 y se encuentran en Antioquia, Santander y Bogotá.

El número de pediatras y enfermeras de crecimiento y desarrollo por persona es uniforme a nivel nacional dando oportunidad para programas de promoción de la salud y detección temprana en todos los departamentos.

En las grande ciudades hay oferta suficiente de centros que hacen implante coclear, no siendo así en muchos otros departamentos a nivel nacional.

El diagnóstico presentado constituye una aproximación a las alteraciones auditivas y comunicativas en Colombia por departamentos, por curso de edad, y por tipo de eventos prioritarios identificados, en el diagnóstico y en otros factores proyectados a futuro. Adicionalmente presenta la revisión de procedimientos en salud y un análisis de detrerminantes sociales relacionados con la salud auditiva y comunicativa.

La ejecución de este estudio resalta la urgente necesidad de contar con un sistema de información en salud, específico en vigilancia en salud pública, para eventos de salud auditiva y comunicativa, que incluya variables específicas para poder mostrar y relacionar otros factores y determinantes que influyen directa e indirectamente sobre la salud auditiva y comunicativa. Tales factores se relacionan con etnia, nivel educativo de la persona y sus padres, regimen de afiliación, nivel de ingresos, hábitos alimenticios, hábitos de consumo (medicamentos, alcohol, cigarrillo, pscioactivos), exposición a ruido, exposición a aire contaminado, contaminación auditiva, factores de riesgo biológicos asociados a los períodos de preconcepción, gestación y periodo perinatal, entre otros (Behrentz, Franco & Pacheco, 2009).

Así mismo, es necesario continuar con la actualización constante de los códigos incluidos en los sistemas de información relativos a diagnósticos y procedimientos, de forma que se pueda visualizar la situación real de las condiciones de salud auditiva y comunicativa, incluyendo elementos de grados de severidad de las pérdidas auditivas, entidades en lenguaje y habla mejor discriminadas y procedimientos nuevos que se van propiciando con la actualización tecnológica y disciplinar de las profesiones relacionadas con la atención en el área auditiva y comunicativa.

Igualmente, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de actualización, capacitación y formación del talento humano en salud, en atención primaria en salud auditiva y comunicativa, en detección temprana, diagnóstico y habilitación /rehabilitación auditiva comunicativa, interrelacionando con componentes de inclusión social, escolar y laboral. Así mismo, expone la necesidad de establecer estrategias de mejora en el uso, registro, consulta e integración de las fuentes de información que utilizan los profesionales.

Los hallazgos del análisis realizado deben seguir evaluándose periódicamente. Este constituye un primer esfuerzo de amplio alcance que permitirá a futuro comparaciones y organización de políticas y proyectos que favorezcan el establecimiento de acciones de protección, detección y abordaje efectivo de las condiciones de salud auditiva y comunicativa.

13. Referencias

- Abella (2010) Estado del arte Vigilancia epidemiológica de los efectos en salud por La contaminación por ruido ambiental. Instituto Nacional de Salud. Volumen 15, número 11 - Bogotá, D.C. - 15 de junio de 2010
- Aday, Lu Ann Y Andersen, Ronald (1974). "A Theoretical framework for the study of access to medical care". Health Services Research, Vol. 9, No. 3
- Almeida da Silva, L., do Carmo, M., de Souza, F. (2013).Asociación entre accidentes de trabajo y los niveles de carboxihemoglobina en trabajadores moto-taxistas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Jataí Brasil.
- Almeida, F., Barreto, N., Lima, M. (2012) Epidemiologia y Salud: Fundamentos, métodos, aplicaciones. Rio de Janeiro Edic. Guanabara koogan. Pág. 81-82.
- Álvarez, L (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia. Revista Panamericana de la Salud Pública vol.18 n.2 Agosto Washington D.C.
- Álvarez, L. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo Revista Gerencia Política Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79.
- AAA. Zika Virus Disease Outbreak and Infant Hearing Loss. Marzo 30 de 2016. Disponible en <http://www.audiology.org/news/zika-virus-disease-outbreak-and-infant-hearing-loss>.
- Andrade Ereira, Ingrid Jazmin Flórez Arango, Mónica Lorena (2016). Condiciones de trabajo y exposición a factores de riesgo de los trabajadores informales de los talleres de cerrajería del Municipio de Puerres. Repositorio digital Institucional CES.
- Bedoya Laura Palacio; Mejía Luís Jorge; Morón Duarte Lina Sofía (2014). Factores relacionados a timpanoplastia fallida en el Hospital Universitario de La Samaritana. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. Páginas 216-221.
- Behrentz, Franco & Pacheco (2009). Caracterización de los niveles de contaminación auditiva en Bogotá. Estudio piloto. Revista Iberoamericana. Pág. 68-74. Noviembre; Bogotá Colombia.
- Belinchón, M., Riviére, A., Igoa, J. (2000). Psicología del lenguaje. Investigación y teoría. Madrid: Editorial Trota
- Benavides, M., Miranda, G., Núñez, n., Orozco, U., Quiel, S., Zúñiga, G. (2011). Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. Docentes escuela de enfermería. Universidad de Costa Rica.
- Berlo, D. K. (1960). The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

- Borchgrevink HM, Tambs K, Hoffman HJ. (2005) The Nord Trondelag Norway audiometric survey 1996–1998: unscreened thresholds and prevalence of hearing impairment for adults. 20 years. *Noise Health* 7:1–15.
- Buck, C. (1985). Después de Lalonde. La creación de la salud. *Canadian Journal of Public Health* 1985, 76 eight suppl. May-Jun.
- Bustos F, Travassos C. (2005) Raca e saúde pública. Os dilemas da ciencia e da prática contemporânea. En: De Souza Minayo MC, Coimbra C (organizadores). *Críticas e atuantes. Ciencias Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 461-471.
- Carmona, J. (2009). Infección Respiratoria Aguda en Relación con La Contaminación Atmosférica y otros Factores Ambientales. *Archivos de Medicina (Col)* [en línea] Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820380009> ISSN 1657-320X
- CDC (2015). Centers for Disease Control and Prevention, Clifton Rd. Atlanta, USA. [Homepage on the Internet]. [Cited 2015]. Available from: www.cdc.gov/NCBDDD/spanish/hearingloss/types.html
- Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007
- Congreso de la República de Colombia, Ley 1438 de 2011
- Congreso de la República de Colombia, Ley Estatutaria 1751 de 2015
- Congreso de la República de Colombia, Ley Estatutaria 1753 de 2015
- Congreso de la República de Colombia, Ley 324 de 1996
- Congreso de la República de Colombia, Ley 982 de 2005
- Chomsky, N. (1991). *Lenguaje, sociedad y cognición*. México ed. Trillas.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2015) Estimaciones de población 1985-2005, y proyecciones de población 2005-2020, nacional, departamental y municipal, por sexo y edades simples de 0 a 26 años. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2005). *Censo General 2005*. Colombia. Bogotá: DANE
- Díaz, J y Linares, C. (2015). Efectos en salud del ruido del tráfico: mas allá de las Molestias. *Revista de salud Ambiental*. Vol 5 #2,. Disponible en <http://www.ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/709>
- Duffy JR. (1995). *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis and management*. First edition. St. Louis: Elsevier Mosby.

- Elder, G. (2001). Life Course: sociological aspects. Smelser y Baltes (eds.) International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science, Vol, 13, Elsevier, Oxford.
- Elder, G. (2002). Historical times and lives: a journey through time and space, end Looking at lives: American longitudinal studies of the 20th century, Russell Sage, New York.
- Elder, G. et al (2003). "The emergence and development of life course theory", end Mortimer y Shanahan (eds.), Handbook of the life course, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Elder, G. (1985). Perspectives on the life course on Life Course Dynamics. Trajectories and Transitions. Nueva York
- Ferreira, R., Basile, L., Munyo, G. (2003). Archivos de Pediatría. Uruguay. vol.74 (3). Montevideo
- Fortnum, H., Summerfield, Marshal, D., Davis, A., Bamford, J. (2001). Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11546698>
- Flórez C, Medina C, Urrea F. (2003). Los costos de la exclusión social por raza o etnia en América Latina y el Caribe. Coyuntura Social. 2003; (29): 45-72.
- Furumoto-Dawson Alice, Gehlert Sarah, Sohmer Dana, Olopade Olufunmilayo, and Sacks Tina. Early-Life Conditions and Mechanisms of Population Health Vulnerabilities. HEALTH AFFAIRS - Volume 26, Number 5. September/October 2007. 1238-1248; 10.1377/hlthaff.26.5.1238.
- Ganime, J.F.; Almeida da Silva, L.; Robazzi, ML do C.C.; Valenzuela Sauzo (2010). El ruido como riesgo laboral: una revisión de la literatura. Enfermería global, no.19 junio.
- García, F., Peñaloza, Y., Poblano, Adrián. (s.f) Los trastornos auditivos como problema de salud pública en México. Anales de Otorrinolaringología mexicana Volumen 48, Núm. 1.
- García, M., Torres, M., Torres, A., Alfonso, E., Cruz, F. (2016). Hipoacusia inducida por ruido a través de la audiometría de altas frecuencias. Vol. 13 nº 1 - Ene/Mar. Habana Cuba.
- García, Vera (2013). Otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2013;(22):49-59. Recuperado de <http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/>
- García, Y., Fernández, R., Rodríguez, M. & Pérez, E. (2006). Supervivencia en el recién nacido ventilado. Rev Cubana Pediatr v.78 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic.
- Gazzolaa, Freitas, Aratanic, Rodrigues, Malavasi, (2006). Clinical evaluation of elderly people with chronic vestibular disorder. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Volume 72, Issue 4, July–August 2006, Pages 515–522

- Gómez, O. Editor. (2006). Audiología Básica. Universidad nacional de Colombia. 306 pg.
- Guillam, Marquardt & Martin (2011) Communication Science and Disorders Canada: Jones and Bartlett Publishers, LLC. 395 pg.
- Greener J, Enderby P, Whurr R. (2007). Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Helzner, E; Cauley, J; Pratt, S; Wisniewski, S; Talbott, E; Zmuda, J; Harris, T; Rubin, S; Taaffe, D; Tykavsky, F & Newman, A. (2005). Hearing sensitivity and bone mineral density in older adults: the Health, Aging and Body Composition Study. *Osteoporosis International*. December 2005, Volume 16, Issue 12, pp 1675–168
- Huelves, M., Motilla, T., Salsamendi, E., Blasco, A., Jara, E., Provencio, M. (2010). Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por quimioterapia. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda-Madrid y Hospital General Universitario Valencia.
- Ishiyama A, Jacobson KM, Baloh RW. (2000) Migraine and benign positional vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 109: 377-80.
- Idrovo, A. (2003). Estimación de la incidencia de enfermedades ocupacionales en Colombia, 1985-2000. *Rev. Salud pública* vol. 5 no. 3. Bogotá Srp./Dec. 2003.
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2005). Atlas de Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Jerger J, Chmiel R, Stach B, Spretnjak M. (1993) Gender affects audiometric shape in presbycusis. *J Am Acad Audiol* 4:42–49.
- Kim, Ji; Lee, Sun, Lee, Chng & Kim Hyoung. (2016). Hearing loss in postmenopausal women with low bone mineral density. In *Auris Nasus Larynx* April 2016 43(2):155-160
- Karmiloff, K., Karmiloff-Smith, A. (2005). Hacia el lenguaje. Del feto al adolescente. Morata, Madrid.
- Karmiloff-Smith, J. (1994). Más allá de la Modularidad. Vol.1992. Edit. Alianza. Madrid.
- NICHCY (2010). La Sordera y la Pérdida de la Capacidad Auditiva Hoja Informativa Sobre Discapacidades, FS3-Sp NICHCY febrero de 2010, Centro Nacional de Disseminación de Información para Niños con Discapacidades. NICHCY 1825 Connecticut Avenue N.W. Washington, DC.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: A working document, Government of Canada.

- Landaburu, J. (2004). La situación de las lenguas indígenas de Colombia: prolegómenos para una política lingüística viable. América latina, Historia y memoria.
- Lommis, D. (1999). Air pollution and infant mortality in Mexico City. . Epidemiology, 10:118-123.
- London Health Observatory. [Internet] Health of Ethnic Minority Groups. Disponible en: http://www.lho.org.uk/HEALTH_INEQUALITIES/EHIP.ASPX.
- Londoño, Quinchía, Restrepo y Vieco (2000). Efectos auditivos y psicológicos del ruido producido por el tráfico aéreo del aeropuerto el dorado en las poblaciones de Engativá y Fontibón. Universidad de Antioquia
- Londoño y Restrepo (1997). Hipoacusia Neurosensorial por ruido industrial y solventes orgánicos en la Gerencia Complejo Barrancabermeja, 1977-1997. Revista Facultad Nacional de salud Pública. Vol 15. N. 1. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13418>
- Law J, Garrett Z, Nye C. Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Mantilla, S., Carrasco, C., Bolivia, S. (2016). Creencias de los universitarios respecto al riesgo y la ocurrencia de enfermedades crónicas del lenguaje en usuarios con afasia. Revista signos fónicos Vol 2 N° 2 suplemento especial.
- Martínez, C. (2008). Estrés laboral: factor de riesgo de accidentes cardiovasculares). Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, ISSN 1698-6881, N°. 50, 2008, págs. 14-22
- MADDSP, (2013) Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program 600 Clifton Road, Atlanta, USA. [Homepage on the Internet]. [Cited 2015]. Available from <http://www.cdc.gov/maddsp>
- Marshall, V. (2003). Theoretical roots of the life-course perspective Social dynamics of the life. New York: In W. R. Heinz & V. W. Marshall.
- Medina, C. (2011). Aglomeración económica y congestión vial: los perjuicios por racionamiento del tráfico vehicular. Borradores de economía. p, 678.
- Mendoza R. (2001) Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública. 2001; 17(4): 819-832.
- Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013) somos todo oído. Colombia

- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4505 de 2012
- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 5521 de 2013
- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1481 de 2013
- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 5592 de 2015
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía Conceptual y metodológica para la construcción de los ASIS en las Entidades Territoriales. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). El abecé Enfoque de curso de vida. Documento elaborado por el grupo de curso de vida. Dirección de Promoción y Prevención. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Somos Todo Oídos. Bogotá Colombia
- Ministerio de la Protección Social (2015). Guía de atención integral basada en la evidencia para hipoacusia neurosensorial inducida por ruido en el lugar de trabajo (GATI-HNIR). Bogotá Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GATISO-HIPOACUSIA%20NEROSENSORIAL.pdf>
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo, Resolución 627 de 2006
- Ministerio del trabajo, República de Colombia. Normatividad trabajo en alturas Resolución 1409 de 2012 Resolución 1903 de 2013.
- Montecinos, J. (2000). Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: Una visión pragmática Constructivista centrada en contextos. N°7, pp.54-66. Universidad de Mariscal
- Montoya, M., Zapata, P., Correa, M. (2013) Contaminación ambiental por PM10 dentro y fuera del domicilio y capacidad respiratoria en Puerto Nare, Colombia. Rev. Salud pública. 15 (1): 103-115.
- Montilla, M. (2014). Manual de otorrinolaringología. Internet, Medical Publishing.
- OMS. (2015) Pérdida de audición relacionada con el envejecimiento (Presbiacusia). <http://www.who.int/features/qa/83/es/>. 2015
- OMS (2015). Sordera y pérdida de audición. Nota descriptiva 300. Centro de prensa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- OMS (2008). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

- OPS Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (1996). Informe anual del Director. Gente sana en entornos saludables.
- Plaza, Durio, Herraiz, Rivera Y Garcia-Berrocal, (2011) Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita. Acta Otorrinolaringológica Española Volume 62, Issue 2, March–April 2011, Pages 144–157. [doi:10.1016/j.otorri.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.otorri.2010.09.001)
- Palma, Rosafio, Del Giovane, Patianna, Lucaccioni, Genovese y Lughetti (2015). The impact of the Italian guidelines on antibiotic prescription on practices for acute otitis media in a paediatric emergency setting. *Ital J Pediatr.* 2015; 41: 37. doi: [10.1186/s13052-015-0144-4](https://doi.org/10.1186/s13052-015-0144-4)
- Psacharopoulos G, Padrinós HG. (1994). Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico. Estudios sociodemográficos en pueblos indígenas, Serie E, No. 40 (LC/ DEM/G.146), Santiago de Chile, División de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE);
- Quintana, Stella. (2002). El acceso a la salud en Colombia. Médicos sin fronteras. España.
- Quiroz, L., Hernández, L., Corredor, C., Rico, V., Rugeles, C., Medina, K. (2010) Efectos auditivos y neuropsicológicos por exposición a ruido ambiental en escolares, en una localidad de Bogotá, 2010. *Revista de salud pública • Volumen 15 (1)*
- Quiroz-Arcenales, Hernández-Flórez, Corredor-Gutiérrez, Rico-Castañeda, Rugeles-Forero y Medina-Palacio, (2013). Efectos del ruido del aeropuerto el dorado en una población escolar de la localidad de Fontibón. *Revista Salud Publica* vol 15 N. 1. Bogotá
- Restrepo, E., Málaga, H. (2008) Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable. Ed. Panamericano, Bogotá. ISBN: 958-9181-55-4. Cap. 19.
- Restrepo, H., Editor (1999). Experiencias de Municipios Saludables por la Paz, Colombia, Ministerio de Salud/ OPS. Trazo Digital Ltda., Santafé de Bogotá, 97 p
- Schönhaut, L., Farfán, C., Neuvonen, R., Vacarizas, P. (2006). Problemas auditivos en preescolares, según estudio audiológico y percepción de educadores. *Revista Chilena de pediatría.* vol.77 (3).
- Schan, A., Ka, L., Chang, L., Ngan, K., Wenjin, W., Huang, Z., Wu, H., Chi, M. (2014)
- Taha, Azza, Pratt, Sheila R. Farahat, Taghreed M. Abdel-Rasoul, Gaafar M., Albtanony Manal A. Elrashiedy Abdel-Latif E., Alwakeel Hany R, Zein Ahmed. (2010). Prevalence and Risk Factors of Hearing Impairment among Primary-School Children in Shebin El-Kom District, Egypt. *American Journal of Audiology* Vol. 19 46–60 June 2010 an American Speech-Language-Hearing Association.
- Tamis-LeMonda Catherine S., Shannon Jacqueline D., Cabrera Natasha J., and Lamb Michael E. (2004). Fathers and Mothers at Play with Their 2- and 3-Year-Olds: Contributions to Language and Cognitive Development. *Child Development*, November/December 2004, Volume 75, Number 6, Pages 1806 – 1820

Tellez-Rojo, M. (1997). Efecto de la contaminación ambiental sobre las consultas por infecciones respiratorias en niños de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex*, 39(6):513-521.

Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia. Universidad autónoma de Barcelona. Tesis doctoral. Bellaterra España.

World Health Organization, 2010. Global Health Observatory Data Repository. Espositure data by country. From Recuperado de [http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310:](http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310)
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.100310>

Watzlawick, Helmick & Jackson, (1985) Teoría de la comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas. Four ed. Barcelona: Herder.

Zimmermman, P. (1996) Nutritional approaches to hearing. *Nutrition Health Review: The Consumer's Medical Journal*, 01647202, 1996, Fascículo 78.

14. Infografía

Para información de afrocolombianos <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianasraizales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf>

Para información de división político – administrativa. <https://www.minSalud.gov.co/proteccion-socialhttps://geoportal.dane.gov.co/v2/?page=elementoDivipola>

Para información tasa de natalidad, tasa de mortalidad y esperanza de Vida. <http://www.indexmundi.com/> <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2879-nacimientos>

15. Anexos

15.1. Anexo 1. Enfermedades del Oído interno

Dentro de las enfermedades incluidas en este grupo se encuentran otoesclerosis, trastornos del sistema vestibular, síndromes vertiginosos, laberintitis, fístula del laberinto y efectos del ruido en el oído interno.

Para el período de estudio se reportaron 3.474.131 atenciones relacionadas con Alteraciones del Oído interno, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de $7.207,56 \times 100.000$ habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Antioquia, Valle, Cundinamarca y Atlántico (Tabla 79).

TABLA 79. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DEL OÍDO INTERNO POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

ENFERMEDAD DE OÍDO INTERNO	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	90.060	17,9%	87.723	16,6	105.770	15,3	108.191	13,9	98.089	15,3	131.292	16,3	621.125	15,73
08 - Atlántico	27.656	5,5%	28.925	5,5	30.276	4,4	34.406	4,4	29.771	4,6	39.996	5,0	191.030	4,84
-1 - NO DEFINIDO	1.501	0,3%	5.580	1,1	13.291	1,9	5.582	,7	4.105	,6	24.352	3,0	54.411	1,38
11 - Bogotá, D.C.	96.732	19,2%	116.486	22,1	143.258	20,7	166.406	21,3	130.643	20,4	145.504	18,1	799.029	20,24
13 - Bolívar	12.283	2,4%	15.633	3,0	19.466	2,8	22.908	2,9	18.766	2,9	25.672	3,2	114.728	2,91
15 - Boyacá	11.750	2,3%	13.797	2,6	19.872	2,9	24.969	3,2	17.731	2,8	23.576	2,9	111.695	2,83
17 - Caldas	9.652	1,9%	14.076	2,7	14.750	2,1	16.460	2,1	14.476	2,3	17.436	2,2	86.850	2,20
18 - Caquetá	3.342	0,7%	4.463	,8	4.687	,7	6.662	,9	5.654	,9	8.071	1,0	32.879	0,83
19 - Cauca	5.447	1,1%	12.932	2,5	15.921	2,3	14.500	1,9	14.997	2,3	17.152	2,1	80.949	2,05
20 - Cesar	8.716	1,7%	7.084	1,3	9.404	1,4	10.631	1,4	8.946	1,4	9.705	1,2	54.486	1,38
23 - Córdoba	12.961	2,6%	13.317	2,5	17.958	2,6	17.400	2,2	19.332	3,0	22.061	2,7	103.029	2,61
25 - Cundinamarca	19.940	4,0%	18.468	3,5	27.620	4,0	31.955	4,1	27.020	4,2	30.953	3,9	155.956	3,95
27 - Chocó	1.187	0,2%	1.531	,3	1.319	,2	2.519	,3	1.042	,2	1.957	,2	9.555	0,24
41 - Huila	17.740	3,5%	17.397	3,3	20.290	2,9	22.270	2,9	14.508	2,3	21.632	2,7	113.837	2,88
44 - La Guajira	2.054	0,4%	2.183	,4	2.988	,4	3.591	,5	4.237	,7	3.759	,5	18.812	0,48

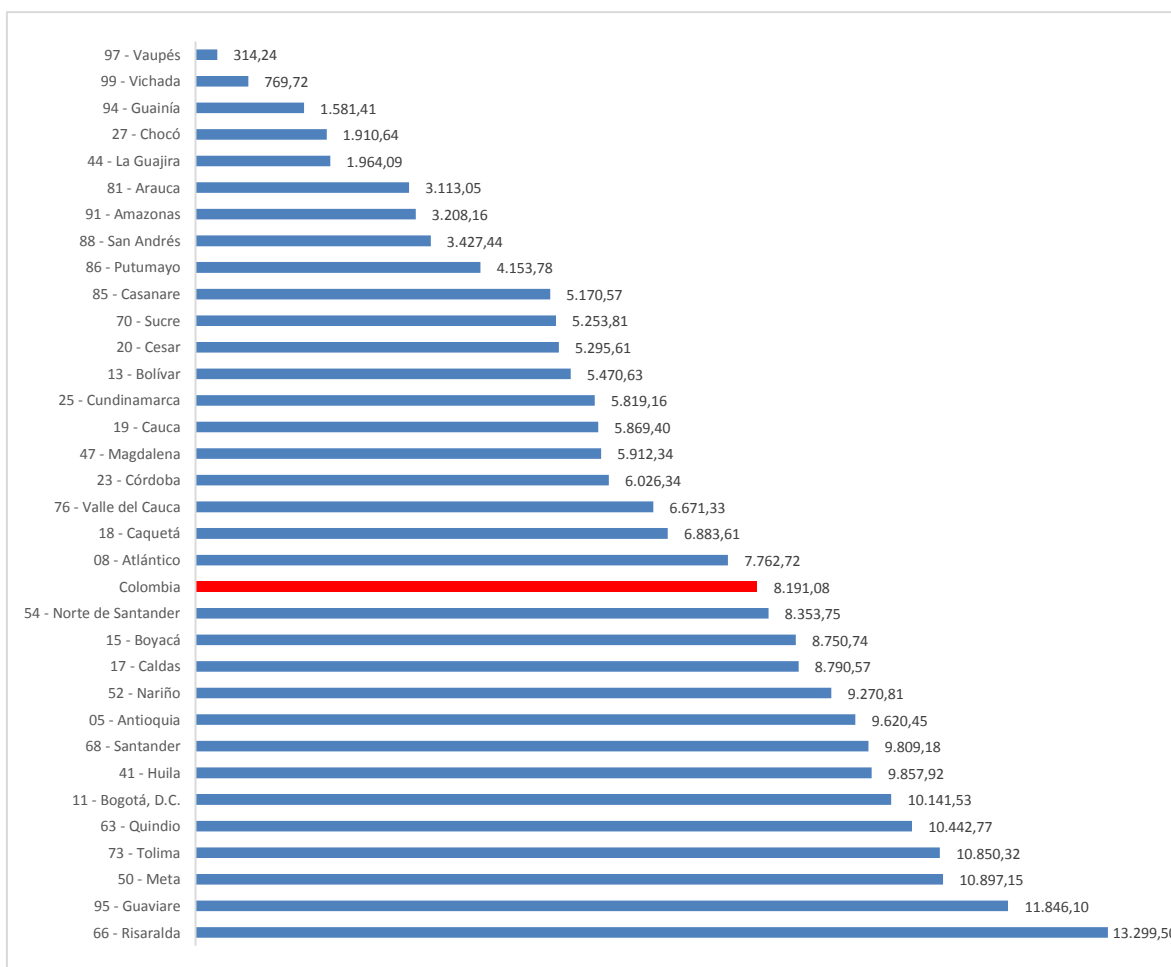
ENFERMEDAD DE OÍDO INTERNO	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
47 - Magdalena	10.975	2,2%	9.735	1,8	12.038	1,7	14.593	1,9	12.106	1,9	15.038	1,9	74.485	1,89
50 - Meta	12.320	2,4%	11.948	2,3	20.657	3,0	19.608	2,5	15.733	2,5	24.492	3,0	104.758	2,65
52 - Nariño	13.092	2,6%	12.452	2,4	26.119	3,8	49.741	6,4	26.655	4,2	33.645	4,2	161.704	4,10
54 - Norte de Santander	18.483	3,7%	13.087	2,5	20.456	3,0	20.539	2,6	17.915	2,8	22.779	2,8	113.259	2,87
63 - Quindío	8.465	1,7%	9.832	1,9	11.514	1,7	11.126	1,4	8.603	1,3	9.494	1,2	59.034	1,50
66 - Risaralda	17.825	3,5%	15.483	2,9	20.441	3,0	23.127	3,0	26.842	4,2	22.887	2,8	126.605	3,21
68 - Santander	35.286	7,0%	25.167	4,8	34.705	5,0	38.919	5,0	30.212	4,7	37.886	4,7	202.175	5,12
70 - Sucre	4.643	0,9%	5.325	1,0	6.978	1,0	7.509	1,0	8.434	1,3	11.848	1,5	44.737	1,13
73 - Tolima	20.548	4,1%	23.499	4,5	30.040	4,3	31.946	4,1	20.350	3,2	26.419	3,3	152.802	3,87
76 - Valle del Cauca	36.705	7,3%	35.212	6,7	52.680	7,6	63.802	8,2	57.214	8,9	62.181	7,7	307.794	7,80
81 - Arauca	785	0,2%	1.096	,2	1.593	,2	1.097	,1	1.166	,2	2.429	,3	8.166	0,21
85 - Casanare	2.120	0,4%	2.061	,4	3.880	,6	4.303	,6	2.424	,4	3.644	,5	18.432	0,47
86 - Putumayo	749	0,1%	926	,2	2.501	,4	3.549	,5	2.286	,4	4.328	,5	14.339	0,36
88 - San Andrés	45	0,0%	743	,1	165	,0	289	,0	674	,1	704	,1	2.620	0,07
91 - Amazonas	535	0,1%	263	,0	302	,0	330	,0	504	,1	512	,1	2.446	0,06
94 - Guainía	96	0,0%	137	,0	129	,0	57	,0	124	,0	113	,0	656	0,02

ENFERMEDAD DE OÍDO INTERNO	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
95 - Guaviare	499	0,1%	749	,1	320	,0	657	,1	739	,1	1.950	,2	4.914	0,12
97 - Vaupés	5	0,0%	8	,0	35	,0	71	,0	34	,0	196	,0	349	0,01
99 - Vichada	34	0,0%	98	,0	112	,0	80	,0	117	,0	113	,0	554	0,01
Total general	504.231	100,0%	527.416	100,0	691.535	100,0	779.793	100,0	641.449	100,0	803.776	100,0	3.948.200	100,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Las mayores prevalencias de atención, relacionadas con alteraciones del oído interno, sobre el total de la población, se encontraron en los departamentos de Risaralda, Guaviare, Meta, Tolima y Quindío (Gráfica 65).

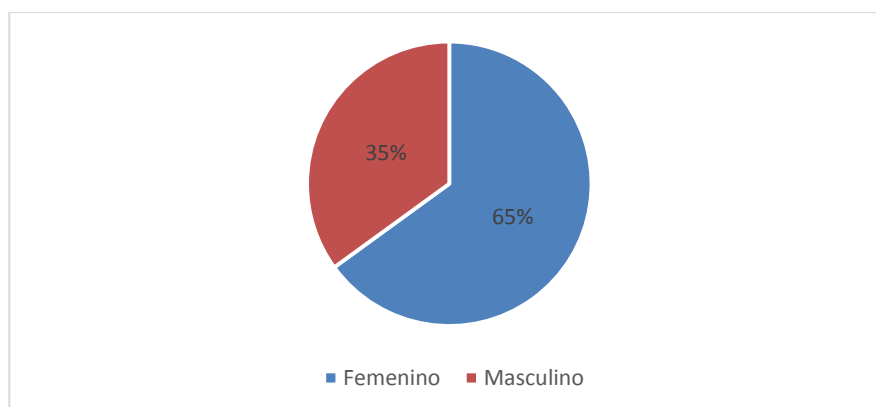
Gráfica 65. Prevalencias de atención relacionada con alteraciones del oído interno por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con alteraciones del oído interno son del sexo femenino con un 65% (Gráfica 66).

Gráfica 66. Proporción de atenciones relacionadas con alteraciones del oído interno por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con alteraciones del oído interno se presentan en el grupo de adultez, con un 56.7%, seguido por vejez, con 26.9% (Tabla 80).

TABLA 80. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON ALTERACIONES DEL OÍDO INTERNO POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Frecuencia	%
Primera infancia	15.294	0,4
Infancia	30.799	0,8
Adolescencia	213.862	5,4
Juventud	388.077	9,8
Adultez	2.238.937	56,7
Vejez	1.061.231	26,9
Total	3.948.200	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

15.2. Anexo 2. Retraso Mental

Para el período de estudio se reportaron 1.150.416 atenciones relacionadas con Retraso Mental, equivalentes a una prevalencia de atenciones poblacional de 2.386,7 x 100.000 habitantes. Los departamentos que muestran mayor frecuencia relativa son Bogotá, Nariño, Valle, Antioquia y Santander (Tabla 81).

TABLA 81. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON RETRASO MENTAL POR DEPARTAMENTO, 2009-2014

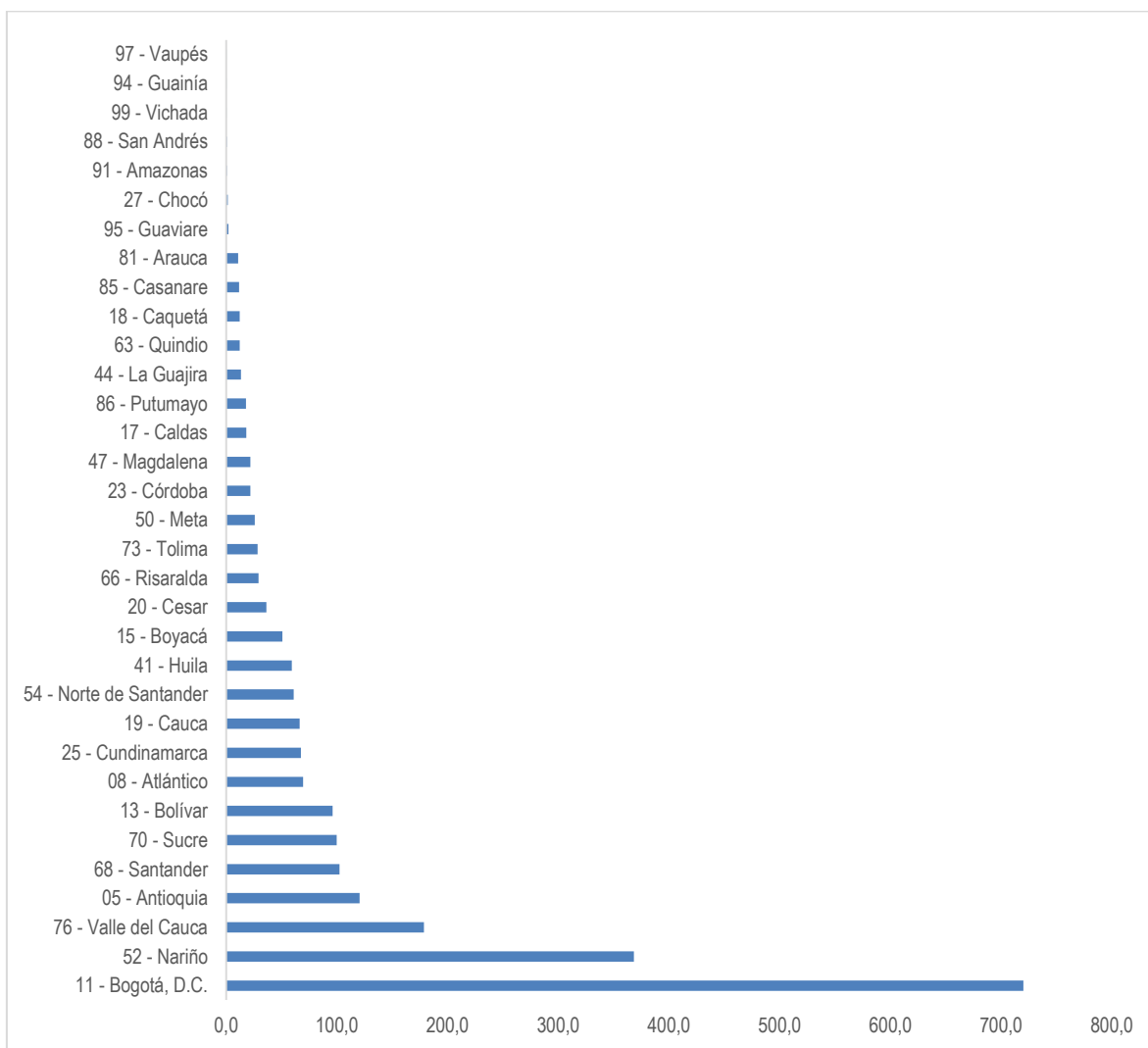
RETRASO MENTAL	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
05 - Antioquia	5.489	8,0%	6.566	6,4%	9.069	5,0%	10.089	4,7%	12.075	5,2%	14.811	4,2%	58.099	5,1%
08 - Atlántico	1.937	2,8%	2.664	2,6%	3.674	2,0%	7.329	3,4%	7.962	3,4%	9.938	2,8%	33.504	2,9%
-1 - NO DEFINIDO	146	0,2%	2.675	2,6%	6.888	3,8%	3.423	1,6%	1.322	0,6%	16.248	4,7%	30.702	2,7%
11 - Bogotá, D.C.	24.389	35,4%	31.726	30,9%	48.339	26,4%	54.419	25,3%	85.535	37,0%	102.680	29,4%	347.088	30,2%
13 - Bolívar	2.700	3,9%	1.810	1,8%	4.900	2,7%	8.276	3,8%	10.780	4,7%	17.774	5,1%	46.240	4,0%
15 - Boyacá	1.666	2,4%	2.217	2,2%	4.763	2,6%	4.145	1,9%	4.180	1,8%	7.517	2,2%	24.488	2,1%
17 - Caldas	789	1,1%	1.260	1,2%	1.032	0,6%	1.890	0,9%	1.807	0,8%	1.877	0,5%	8.655	0,8%
18 - Caquetá	114	0,2%	165	0,2%	197	0,1%	1.160	0,5%	1.495	0,6%	2.653	0,8%	5.784	0,5%
19 - Cauca	930	1,3%	2.192	2,1%	2.354	1,3%	2.413	1,1%	6.121	2,6%	17.978	5,1%	31.988	2,8%
20 - Cesar	866	1,3%	1.217	1,2%	1.657	0,9%	1.922	0,9%	3.390	1,5%	8.363	2,4%	17.415	1,5%
23 - Córdoba	471	0,7%	785	0,8%	1.463	0,8%	1.241	0,6%	2.520	1,1%	4.012	1,1%	10.492	0,9%
25 - Cundinamarca	2.248	3,3%	3.141	3,1%	5.562	3,0%	5.261	2,4%	7.621	3,3%	8.714	2,5%	32.547	2,8%
27 - Chocó	27	0,0%	103	0,1%	211	0,1%	112	0,1%	68	0,0%	156	0,0%	677	0,1%
41 - Huila	1.005	1,5%	1.938	1,9%	2.478	1,4%	2.771	1,3%	8.642	3,7%	11.712	3,4%	28.546	2,5%
44 - La Guajira	106	0,2%	189	0,2%	322	0,2%	490	0,2%	1.008	0,4%	4.226	1,2%	6.341	0,6%
47 - Magdalena	670	1,0%	758	0,7%	1.292	0,7%	1.765	0,8%	2.458	1,1%	3.534	1,0%	10.477	0,9%
50 - Meta	1.844	2,7%	1.326	1,3%	2.306	1,3%	2.607	1,2%	1.846	0,8%	2.511	0,7%	12.440	1,1%
52 - Nariño	5.246	7,6%	17.354	16,9%	52.501	28,7%	56.235	26,1%	16.599	7,2%	29.633	8,5%	177.568	15,4%

RETRASO MENTAL	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total general	%
54 - Norte de Santander	3.538	5,1%	3.972	3,9%	4.942	2,7%	4.859	2,3%	5.349	2,3%	6.686	1,9%	29.346	2,6%
63 - Quindío	429	0,6%	783	0,8%	699	0,4%	993	0,5%	1.487	0,6%	1.520	0,4%	5.911	0,5%
66 - Risaralda	899	1,3%	1.539	1,5%	2.097	1,1%	3.051	1,4%	3.266	1,4%	3.219	0,9%	14.071	1,2%
68 - Santander	6.216	9,0%	10.558	10,3%	7.618	4,2%	6.811	3,2%	8.391	3,6%	9.677	2,8%	49.271	4,3%
70 - Sucre	411	0,6%	1.014	1,0%	1.958	1,1%	5.135	2,4%	13.784	6,0%	25.781	7,4%	48.083	4,2%
73 - Tolima	1.208	1,8%	1.661	1,6%	2.363	1,3%	2.722	1,3%	2.481	1,1%	3.150	0,9%	13.585	1,2%
76 - Valle del Cauca	3.901	5,7%	3.820	3,7%	11.486	6,3%	23.171	10,8%	18.335	7,9%	25.295	7,2%	86.008	7,5%
81 - Arauca	51	0,1%	338	0,3%	935	0,5%	677	0,3%	581	0,3%	2.542	0,7%	5.124	0,4%
85 - Casanare	1.470	2,1%	696	0,7%	720	0,4%	800	0,4%	774	0,3%	1.162	0,3%	5.622	0,5%
86 - Putumayo	102	0,1%	197	0,2%	1.059	0,6%	1.261	0,6%	735	0,3%	5.266	1,5%	8.620	0,7%
88 - San Andrés	2	0,0%	28	0,0%	8	0,0%	14	0,0%	99	0,0%	97	0,0%	248	0,0%
91 - Amazonas	16	0,0%	15	0,0%	46	0,0%	46	0,0%	85	0,0%	83	0,0%	291	0,0%
94 - Guainía	8	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	3	0,0%	15	0,0%	37	0,0%	69	0,0%
95 - Guaviare	36	0,1%	51	0,0%	25	0,0%	400	0,2%	134	0,1%	295	0,1%	941	0,1%
97 - Vaupés		0,0%	11	0,0%		0,0%	7	0,0%	4	0,0%	3	0,0%	25	0,0%
99 - Vichada		0,0%	23	0,0%	63	0,0%	11	0,0%	33	0,0%	20	0,0%	150	0,0%
Total general	68.930	100,0%	102.795	100,0%	183.030	100,0%	215.509	100,0%	230.982	100,0%	349.170	100,0%	1.150.416	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Los departamentos con mayor prevalencia poblacional de atenciones relacionadas con Retraso Mental, son Nariño, Sucre, Bogotá, Putumayo y Huila (Gráfica 67).

Gráfica 67. Prevalencias de atención relacionadas con retraso mental por departamento 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por curso de vida se observa que la mayor frecuencia de atenciones relacionadas con retardo mental, se presentan en el grupo de primera infancia con un 50.3%, seguido por infancia con 32.2% (Tabla 82).

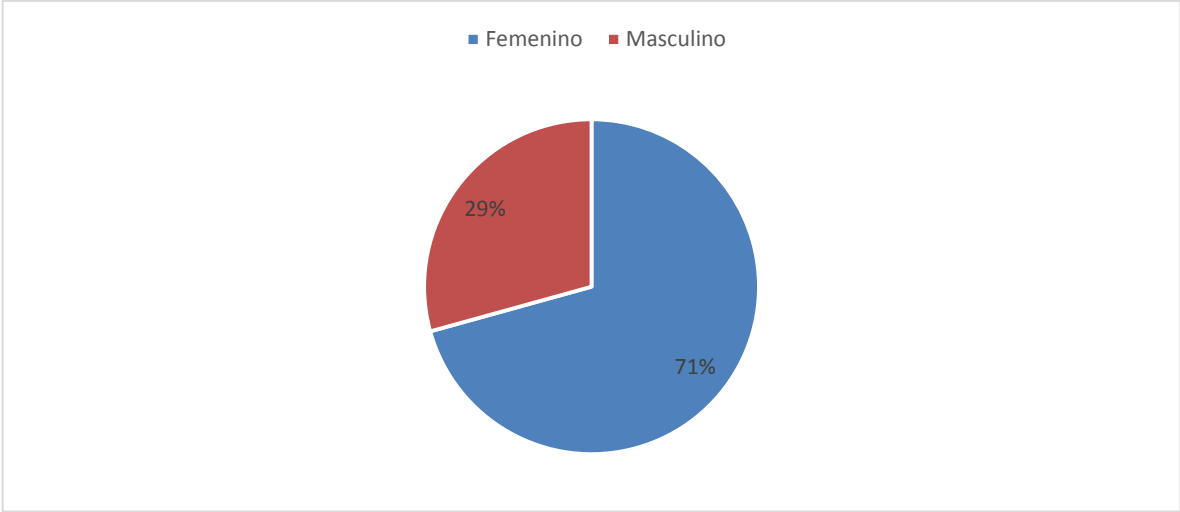
TABLA 82. NÚMERO DE ATENCIONES RELACIONADAS CON RETRASO MENTAL POR CURSO DE VIDA, 2009-2014

Curso de Vida	Frecuencia	%
Primera infancia	578.472	50,3
Infancia	370.293	32,2
Adolescencia	91.186	7,9
Juventud	27.566	2,4
Adultez	53.392	4,6
Vejez	29.507	2,6
Total	1.150.416	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

Por Sexo, se observa que la mayor frecuencia de consultas relacionadas con Retraso Mental son del Sexo femenino con 70.7% (Gráfica 68).

Gráfica 68. Número de atenciones con Retraso Mental por sexo 2009-2014



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. Consultado en abril de 2016.

15.3. Anexo 3. Especificación Normativa

El marco normativo aquí presentado muestra el panorama político general en salud, a nivel nacional, relacionado directamente con salud auditiva y comunicativa, y hace referencia a políticas orientadas a procesos de inclusión social y de determinantes sociales en salud. En este contexto, en el ámbito de la salud, se debe reconocer inicialmente la importancia de la **Ley 100 de 1993**, mediante la cual se crea el SGSSS y se dictan otras disposiciones. En esta ley se identifica un enfoque hacia la cobertura en servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios, descritos en los siguientes artículos:

Artículo 153. *Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes: 3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.*

Artículo 162. *Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.*

Artículo 166. *El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos.*

Aunado al marco general de la ley 100, hacia el año 1996 surgen variadas normativas relacionadas con la salud auditiva y comunicativa. Una de estas es la **Resolución 3997 de 1996**, por la cual se establecen las Actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS. En esta resolución, en los artículos 1 y 6 se describe la promoción y la prevención de alteraciones sensoriales, y se enfatiza la necesidad de realizar valoraciones de la función auditiva y la detección precoz de alteraciones:

Artículo 1º. *Objeto. Determinar el conjunto de Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento.*

Artículo 6º. *Actividades de Promoción y Prevención. 2. Programas de Prevención de las Alteraciones Sensoriales Mediante Acciones de Manejo de la Salud Visual y Auditiva en Niños Menores de doce Años. Actividades: b) Valoración de la función auditiva y detección precoz de trastornos.*

Hacia el año 1997, se reglamenta parcialmente la Ley 324 de 1996, que crea normas a favor de la población sorda, a través del Decreto 2369:

Artículo 23°. Para efectos de lo dispuesto sobre prevención, por el artículo 1 de la Ley 324 de 1996, se plantea la constitución del Sistema Nacional de Bienestar Auditivo-Comunicativo, con el propósito de integrar acciones multisectoriales en las áreas de salud, educación, trabajo, comunicación y medio ambiente que permita adelantar estrategias coordinadas para la promoción del bienestar auditivo comunicativo y la prevención de la discapacidad auditiva comunicativa de la población colombiana, en especial de los grupos más vulnerables.

Así mismo, mediante la ley 361 del año 1997, se establecen mecanismos de integración social de personas con limitación, destacándose para el sector salud, las siguientes disposiciones:

Artículo 7°. El Gobierno junto con el Comité Consultivo, velará por que se tomen las medidas preventivas necesarias para disminuir y en lo posible eliminar las distintas circunstancias causantes de limitación, evitando de este modo consecuencias físicas y psicosociales posteriores que pueden llevar hasta la propia minusvalía, tales como: el control pre y post natal, el mejoramiento de las prácticas nutricionales, el mejoramiento de las acciones educativas en salud, el mejoramiento de los servicios sanitarios, la debida educación en materia de higiene y de seguridad en el hogar, en el trabajo y en el medio ambiente, el control de accidentes, entre otras. Para tal efecto, las EPS incluirán en su plan obligatorio de Salud las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación, y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) deberán incluir en sus programas de Salud Ocupacional, las directrices que sobre seguridad laboral dicte el Comité Consultivo; las autoridades Departamentales o Municipales correspondientes deberán adoptar las medidas de tránsito que les recomiende el Comité Consultivo. Lo previsto en este artículo incluye las medidas de apoyo, diagnóstico de deficiencia, discapacidad y minusvalía y las acciones terapéuticas correspondientes realizadas por profesionales especializados en el campo médico, de la enfermería y terapéutico.

Artículo 8°. El Gobierno a través del Ministerio de Educación Nacional tomará las medidas necesarias para que tanto en el proceso educativo como en el de culturización en general, se asegure dentro de la formación integral de la persona la prevención de aquellas condiciones generalmente causantes de limitación.

Artículo 9°. A partir de la vigencia de la presente Ley el Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Salud, Trabajo y Educación, deberá incluir en sus planes y programas el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención con miras a la disminución y en lo posible la eliminación de las condiciones causantes de limitación y a la atención de sus consecuencias. Para estos efectos deberán tomarse las medidas pertinentes en el sector laboral, salud y de seguridad social.

Artículo 18. Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social. Para estos efectos el Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que, en general, cuenten con los instrumentos que les permitan auto realizarse, cambiar la calidad de sus vidas, y a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad.

En atención a la población infantil, la resolución 412 del año 2000, estableció las Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio

cumplimiento, adoptando las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública:

Artículo 1. Objeto. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las EPS, Entidades Adaptadas y ARS. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las Actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Artículo 7. Detección Temprana. Es el conjunto de Actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Artículo 9. Detección Temprana. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las Actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación: a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años) b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años), c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo, d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años), e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino, f. Detección temprana del cáncer de seno, g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

En el año 2005 mediante la Ley 982, se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas. En relación con el sector salud se establece:

Artículo 1º. Para efectos de la presente ley, los siguientes términos tendrán el alcance indicado continuación de cada uno de ellos. 23. "Prevención". Se entiende como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria). La prevención puede incluir diferentes tipos de acciones, tales como: atención primaria de la salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad, prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados. 24. "Rehabilitación". La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar.

Artículo 42. 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.

Artículo 43. *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.*

Artículo 44. *Autorízase al Gobierno Nacional para crear el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de la Protección Social, que tendrá los siguientes objetivos, sin perjuicio de otros que se determinen por vía reglamentaria: a) Crear el centro de información, documentación y orientación para familias de niños detectados con deficiencia auditiva de cualquier grado, para que tengan acceso a la información oportuna, adecuada y equilibrada en relación con las distintas modalidades comunicativas: sus alcances, oportunidades y debilidades; b) Atender en todo lo referente a la investigación, docencia, prevención, detección y atención de la hipoacusia; c) Coordinar con las entidades de salud y educativas del país que adhieran al mismo, las campañas de educación, detección y prevención de la hipoacusia tendientes a la concientización sobre la importancia de la realización de los estudios, diagnósticos tempranos, incluyendo la inmunización contra la rubéola y otras enfermedades inmunoprevenibles; d) Planificar y promover la capacitación del recurso humano en las prácticas diagnósticas y tecnología adecuada; e) Realizar estudios estadísticos que abarquen a todo el país con el fin de evaluar el impacto de la aplicación de la presente ley.*

En el ámbito laboral y ambiental, en el año de 2006 por medio de la Resolución 627 se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental:

“El Ministerio del Medio Ambiente fijará mediante resolución los estándares máximos permisibles de emisión de ruido y de ruido ambiental, para todo el territorio nacional.

Las normas o estándares de ruido de que trata este artículo se fijarán para evitar efectos nocivos que alteren la salud de la población, afecten el equilibrio de ecosistemas, perturben la paz pública o lesionen el derecho de las personas a disfrutar tranquilamente de los bienes de uso público y del medio ambiente.

Las regulaciones sobre ruido podrán afectar toda presión sonora, que generada por fuentes móviles o fijas, aún desde zonas o bienes privados, trascienda a zonas públicas o al medio ambiente.”

En el mismo año, el código de infancia y adolescencia, ley 1098 de 2006, establece:

Artículo 27. *Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.*

Artículo 46. *Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes: 9. Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes; para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo, y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos.*

En el año 2009, a través de la Ley 1295, se da relevancia a las acciones encaminadas a madres gestantes y las niñas y niños menores de seis años:

Artículo 1º. Objeto. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN), de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud.

Posteriormente la primera reforma al SGSSS se expresa en la ley 1122 de 2007, así:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto realizar ajustes al SGSSS teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas a los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, y la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de servicios en salud.

En el año 2010 se establece el Plan Local de Recuperación Auditiva, para mejorar las condiciones de calidad sonora en el Distrito Capital, Resolución 6919, que tiene por objeto controlar y reducir las emisiones de ruido:

Artículo 1º. Establecer el Plan Local de Recuperación Auditiva en el Distrito Capital con el objeto de controlar y reducir las emisiones de ruido de manera progresiva y gradual conforme a la clasificación de las localidades más afectadas.

Otra reforma al SGSSS, mediante la ley 1438 de 2011, ratifica el enfoque de acciones en Atención Primaria en Salud (APS) y exalta la importancia del PDSP:

Artículo 2º. Orientación del sistema general de seguridad social en salud. El SGSSS estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de APS, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Artículo 6º. Plan decenal para la salud pública. El MPS elaborará este PDSP a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de APS, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

Artículo 10º. Uso de los Recursos de promoción y prevención. El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de APS, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los Recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las EPS. El MSPS y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las Actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Artículo 11º. Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las

redes definidas para una población y espacio determinados. El gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de auto cuidado en toda la población.

Artículo 12°. De la atención primaria en salud. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS.

Artículo 13°. Implementación de la atención primaria en salud. 13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el 2011 el Acuerdo 029 define, aclara y actualiza integralmente el POS, y establece las coberturas especiales. Esta disposición es de gran relevancia para la efectividad y cumplimiento de las metas de salud auditiva y comunicativa en la población infantil, en tanto determina:

Título IV. Artículo 69, Implante Coclear. El Plan Obligatorio de Salud cubre la implantación o sustitución de prótesis coclear y garantiza la rehabilitación post-implante para los menores hasta con dos (2) años de edad con sordera prelocutoria y postlocutoria profunda bilateral.

Dentro de la normativa en salud, en diciembre de 2012 se expide la Resolución 4505, por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento:

Artículo 7. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, serán responsables de: 1. Recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las de régimen de excepción de salud y a las Direcciones Municipales y Distritales de Salud, el registro por persona de las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico, que hace parte integral de esta Resolución. 2. Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

El Plan Obligatorio de Salud continua sus actualizaciones en el año 2013 con la resolución 5521 que aclara las coberturas del POS en materia de prevención, promoción y protección específica para la población colombiana, y la cobertura de las ayudas técnicas en las que se encuentran cobijadas las atenciones y ayudas en el ámbito auditivo y comunicativo:

Artículo 16. Cobertura de promoción y prevención. Las EPS deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Artículo 17. *Promoción de la Salud.* En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Artículo 18. *Protección específica y detección temprana.* El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las Actividades o tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

Artículo 19. *Prevención de la Enfermedad.* El POS cubre las acciones y tecnologías para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

Artículo 62. *Ayudas Técnicas.* En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas: c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).

Artículo 87. *Cobertura de Implante Coclear.* En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación pos implante, para las personas menores de tres (3) años, con sordera prelocutoria o postlocutoria profunda bilateral.

En el año 2013 la Resolución 1841, adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contempla el capítulo de enfermedades crónicas no transmisibles y dicta disposiciones respecto a su prevención, detección temprana y rehabilitación. Dentro de las enfermedades crónicas incluyen las auditivas-comunicativas. De más reciente expedición, la resolución 518 de 2015, dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y establece directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, así:

Artículo 4. *Gestión de la Salud Pública.* En el marco de lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública, se constituye en 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 salud pública 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 y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.

Artículo 8. *Definición del PIC.* Es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud - POS Y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el PDSP.

Artículo 13. *Contenidos del Plan De Salud Pública De Intervenciones Colectivas.* Los contenidos del PIC, los Recursos para su ejecución, la cobertura de las mismas y los criterios para el respectivo monitoreo y evaluación, se definirán de acuerdo con: a) las necesidades, problemáticas y potencialidades de los municipios, distritos y departamentos; b) los resultados en salud priorizados por cada entidad, las dimensiones y metas del PDSP; e) las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud agrupadas en las líneas operativas de promoción de la salud y gestión del riesgo; d) Las competencias y responsabilidades establecidas en la ley; y e) lo establecido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la

presente resolución. Las intervenciones del Pie deberán estar enmarcadas en las líneas operativas de promoción de la salud y gestión del riesgo, para lo cual, además de lo contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública, se tendrá en cuenta lo siguiente: 13.1. Promoción de la salud: Comprendida como el marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, lideradas por el Gobernador o el Alcalde, con el fin de aumentar el nivel de salud y bienestar de toda la población en los entornos donde se desarrollan las personas.

Otra norma relacionada es la resolución 5592 de 2015, que actualiza integralmente el plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS. Esta norma establece nuevos procedimientos, no contemplados antes dentro de las UPC, ampliando y sistematizando la atención a la población dentro del sistema de salud. Así mismo, la nueva normatividad se sustenta en la reciente Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, mediante la cual se establecen garantías del derecho a la salud, en las siguientes disposiciones:

Artículo 1. *Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.*

Artículo 2. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende 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. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las Actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.*

El panorama normativo relacionado con la salud descrito anteriormente, alude a diferentes ámbitos y componentes del sistema, evidenciando el gran interés por el trabajo interdisciplinario, intersectorial y multiprofesional, así como el énfasis en el seguimiento y cobertura en salud con los más altos estándares de calidad, y privilegiando la estrategia de APS para el abordaje de problemas de salud en niños, gestantes y trabajadores. Es de resaltar que dentro de la normativa citada se despliegan acciones propias a la salud en general y específicas en salud auditiva y comunicativa, que se sustentan en las necesidades de la población, que es el origen de las políticas públicas.

Bogotá, D.C. Agosto 18 de 2016.