

LA FONOAUDIOLOGÍA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Augusto Muñoz Caicedo¹, Héctor Iván Guerrero Jiménez²

Fecha de Recepción: 30 de mayo de 2013

Fecha de Aprobación: 21 de julio de 2013

Citar como: Muñoz, A. & Guerrero, H. (2013). La fonoaudiología en el sistema de salud colombiano. *Revista Areté*, 13(1), 5-15

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación cuyo objetivo fue describir las acciones incluidas dentro de la normatividad colombiana dirigidas a mejorar la salud comunicativa de la población y prevenir sus desórdenes a cargo de las EPS y de los Entes Territoriales a nivel nacional. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a partir de fuentes documentales, que permitieron conocer la información contenida en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, desde la Ley 100 de 1993 hasta el Plan Decenal de Salud Pública correspondiente al periodo 2012-2020. Los resultados mostraron que la normatividad que establece las acciones de promoción y prevención a cargo de las EPS, específicamente en las guías de protección específica y de detección temprana, aún no tienen en cuenta el papel fundamental del Fonoaudiólogo. Por el contrario, a cargo de los Entes Territoriales, se encontraron acciones específicas para promocionar la salud comunicativa y prevenir la morbilidad por alteraciones sobre todo en la audición. Se concluye que para los próximos 10 años el Plan Decenal de Salud Pública define acciones para la investigación, promoción, detección e intervención de las patologías que alteran la comunicación humana con una perspectiva de los determinantes sociales. Se hace necesario para el logro efectivo de este plan, involucre al Fonoaudiólogo dentro de los equipos básicos de salud.

Palabras clave: Fonoaudiología, Sistemas de salud, Salud pública, Normatividad.

SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGY IN THE HEALTH SYSTEM IN COLOMBIA

Abstract

We present a research project's results, which had like target describe Colombian law's actions for improving population's communication health and, prevent disorders, through "EPS" and local authorities in nation. It was a retrospective research, made from documentary resources, which

¹ Fonoaudiólogo, Magister en Salud Pública de la Universidad del Valle, Especialista en Administración Hospitalaria de la Universidad del Cauca-Universidad EAN, Especialista en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud de la Universidad del Cauca-Universidad EAN, profesor de la Universidad del Cauca, Popayán Colombia. amunozc@unicauca.edu.co.

² Fonoaudiólogo Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. higuerrero@unicauca.edu.co.

allowed get information inside of “Colombian Social Security System”, from 1993’s Law 100, to “Public Health Year Plan” 2012-2020. Results showed that regulations aimed to action for promotion and prevention through “EPS”, specifically “Protection guidelines and early detection”, have not yet considered the Speech & Language Pathologist’s principal role in it. Quite the contrary, in local authorities in charge, we find specific actions to promote communicative health and prevent morbidity disorders specially in audition. We conclude that in the next 10 coming years, “Ten-years Health Plan” define research, promotion, detection and intervention’s actions in human communication’s pathologies from social determinants perspective. Involve Speech & Language Pathologist in basics health teams, result necessary.

Keywords: speech and language pathology, health systems, public health, standards.

INTRODUCCIÓN

La definición de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia, sin embargo Malagón y Moncayo (2011), la define como un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico y su participación en el desarrollo cultural, productivo, científico y tecnológico; para lograr este proceso, se necesitan esfuerzos intersectoriales y sociales y no solamente el compromiso de la propia persona. Según Gómez (s.f) y Realpe (s.f), el aseguramiento universal y el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, son planteamientos que rigen la mayoría de los Sistemas de Salud en el mundo. Para el caso colombiano, fue a partir de la Constitución Política colombiana (Asamblea nacional constituyente, 1991) que la salud se convierte en un derecho y en un servicio público a cargo del estado y, para lograrlo garantiza a los colombianos los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación.

En cumplimiento de estos postulados constitucionales, se expidió la ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993) que definió la creación de condiciones de acceso a los servicios de educación en salud, la información y su fomento, además, prevenir la enfermedad, diagnosticarla, tratar-

la y rehabilitarla de conformidad con las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y en el Plan de Atención Básica (PAB), hoy Plan Nacional de Salud Pública a cargo de los Entes Territoriales.

Como acciones para mejorar la salud de los afiliados al Sistema, a cargo de las EPS, el Acuerdo 117 (1998) estableció el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana, demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles.

Cuatro años más tarde, el Ministerio de Salud mediante la Resolución 412 de 2000, estableció las normas técnicas y las guías de atención de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, además la secuencia en que se debían ejecutar, la frecuencia mínima anual y los profesionales de la salud responsables de su ejecución.

Además, en el año 2007, en un intento de reforma al SGSSS, se hicieron algunos ajustes a las guías técnicas de la Resolución 0412, pero desafortunadamente, desde la experiencia profesional puede evidenciarse que estos ajustes planteados no se llevaron a la práctica. Entre los ajustes recomendados

se establecían acciones para la detección precoz de la hipoacusia mediante la realización de potenciales evocados auditivos de tallo (2007). Esta prueba debería de realizarse durante el período neonatal o en los primeros meses de vida, a todo niño con factores de riesgo como ventilación mecánica por más de cinco días, peso al momento de nacer inferior a 1.500gr, hiperbilirrubinemia grave neonatal, malformaciones craneofaciales, meningitis bacteriana y accidente hipóxico isquémico a cualquier edad, traumatismo craneoencefálico severo, empleo de medicamentos ototóxicos en ciclos sucesivos, presencia de otitis media aguda recidivante o crónica persistente durante más de tres meses y otras infecciones asociadas con hipoacusia y antecedentes familiares de sordera Neurosensorial.

En cuanto a las acciones de salud pública para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a cargo de las Entidades Territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, se puede decir que estas acciones son gratuitas para la población, dirigidas a la colectividad y financiadas con recursos públicos, por lo que no están sujetas a periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o de recuperación. La normatividad colombiana en este sentido, ha tenido variaciones, pasando por lo formulado en la Resolución 4288 (1996) y derogado ocho años más tarde por la Circular 00118 (Ministerio de la protección social, 2004). En esta Circular se definieron seis prioridades en salud pública para la población colombiana, una de ellas la salud infantil.

En el año 2007, mediante el Decreto 3039, se derogaron los postulados de la circular 018 y se definieron nuevas prioridades en salud pública para Colombia. En este Decreto, y más específicamente en la Resolución 0425 de 2008, se estableció el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), reemplazando lo que antes se conocía como Plan de Atención Básica (PAB). El PIC plantea acciones para la promoción de la salud auditiva y comunicativa, de obligatorio cumplimiento, para todos los municipios del país.

De igual forma, y bajo una mirada mucho más amplia y participativa, se expidió la Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de salud y protección social, 2013), que definió el Plan Decenal de Salud Pública. Este Plan busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que, por su magnitud o importancia, se deben intervenir, preservar o mejorar para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos. Aunque la comunicación humana está inmersa en todas las dimensiones establecidas en el Plan, las acciones encaminadas a promover la salud comunicativa y prevenir sus alteraciones se encuentran muy definidas y explícitas en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.

Teniendo en cuenta la importancia de conocer la evolución de la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano con relación a la Fonoaudiología, en este trabajo se describen las acciones incluidas dentro de estas normas dirigidas a mejorar la salud auditiva y comunicativa de la población y prevenir sus desórdenes, a cargo de las EPS y de los Entes Territoriales a nivel nacional.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se realizó una búsqueda general sobre la normatividad colombiana, que especificara acciones de promoción y prevención a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los Entes Territoriales municipales, departamentales y nacionales. Como punto de partida se estableció la Ley 100 de 1993 y como punto final el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

El procedimiento consistió en seleccionar documentos de la normatividad colombiana que reposan en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social e identificar aquellos relacionados con la promoción, prevención y recuperación. Se

realizó una lectura de estos documentos orientada a la identificación de acciones específicas sobre la salud auditiva y comunicativa, para posteriormente analizar las normas a la luz de las preguntas: ¿Incluyen acciones propias del campo Fonoaudiológico?; ¿Se especifica el nombre de este profesional como responsable de estas acciones?

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las actividades, procedimientos e intervenciones de Protección Específica y de Detección Temprana definidos en la Resolución 412 del año 2000.

Se evidencia que no se estipularon acciones específicas para la salud comunicativa, solo se tuvieron en cuenta actividades para vacunación, salud bucal, atención del parto, atención al recién nacido y atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Así mismo, en las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana, aunque se plantean acciones con el fin de identificar en forma oportuna y efectiva las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, las alteraciones del desarrollo del joven entre 10 a 24 años y las alteraciones en el adulto mayor de 45 años, no se especifican acciones en salud auditiva y comunicativa.

Es de anotar que este acuerdo incluyó la atención de 21 patologías definidas como enfermedades de interés en salud pública, en las que se destacan las enfermedades infecciosas, las de alta prevalencia, las de alta transmisibilidad y poder epidémico.

Tabla 1. Actividades de promoción y prevención a cargo de las EPS.

a Protección Específica en:
Vacunación PAI
Atención preventiva en Salud bucal

Atención del Parto
Atención al Recién nacido
Atención en Planificación familiar
a Detección Temprana de:
Alteraciones del Crecimiento y desarrollo en menores de 10 años
Alteraciones del desarrollo del joven 10-29 años
Alteraciones del Adulto mayor (>45 años)
Alteraciones del embarazo
Cáncer de cuello uterino
Cáncer de seno
Alteraciones de la agudeza visual
b Interés en Salud Pública sobre:
Bajo peso al nacer
Desnutrición proteico calórica
Infección Respiratoria Aguda
Enfermedad Diarreica Aguda
Tuberculosis Pulmonar
Meningitis Meningocócica
Asma bronquial
Síndrome convulsivo
Fiebre reumática
Vicios Retracción de estrabismo, Cataratas
Enfermedades de transmisión Sexual
Hipertensión Arterial
Menor y juvenil maltratados
Diabetes juvenil y del adulto
Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
Lepra
Malaria
Dengue
Leishmaniasis cutánea y visceral
Fiebre amarilla

^a Anexo técnico 1-2000 de la Resolución 412 de 2000.

^b Anexo técnico 2- 2000 de la Resolución 412 de 2000.

En la tabla 2 se describen las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, definidas por el Ministerio de Salud bajo la Resolución 4288 de 1996, Circular 018 de 2004, Decreto 3039 de 2007 y Resolución 0425 de 2008. Estas acciones, a cargo de los Entes Territoriales, fueron descritas inicialmente en el Plan de Atención Básica (PAB) y actualmente dentro del Plan Nacional de Salud Pública. Puede observarse que, aunque en la Resolución 4288 de 1996 y en la circular 018 de 2004, se incluyen acciones para la salud infantil y del adolescente, no se especifican algunas relacionadas con la salud comunicativa. Cabe resaltar que, solo hasta la formulación del Decreto 3039 y más específicamente en la Resolución 425 de 2008, se incluyeron de manera explícita acciones concernientes a la promoción de la salud auditiva y cognitiva; sin embargo en ellas no se refiere al Fonoaudiólogo ni a otro profesional como responsable de su desarrollo.

Tabla 2. Prioridades en Salud Pública a cargo de los Entes Territoriales.

Resolución 4288
Salud integral de niños y adolescentes
Salud sexual y reproductiva
Violencia Intrafamiliar
Exposición al tabaco y alcohol
Condiciones sanitarias del ambiente
Acción comunitaria y participación social
Circular 018
Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil
Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva
Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores

Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Decreto 3039
La salud infantil
La salud sexual y reproductiva
La salud oral
La salud mental y lesiones evitables
Las enfermedades transmisibles y las zoonosis
Las enfermedades crónicas no transmisibles
La nutrición
La seguridad sanitaria y del ambiente
La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral
La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública
Resolución 425
Promoción de la salud auditiva y cognitiva, y prevención de las lesiones evitables en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS.

La tabla 3 describe los objetivos, estrategias y metas en salud auditiva y comunicativa definidos en el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021, bajo la Resolución 1841 de 2013.

Se encontró que el Plan Decenal contempla ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales. En la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, se plantean los objetivos, estrategias y metas específicas para la promoción de la salud auditiva y comunicativa, la prevención de sus alteraciones y la investigación.

Tabla 3. Objetivos, estrategias y metas en salud auditiva y comunicativa definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Objetivos
Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico.
Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las alteraciones de la salud auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.
Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para las alteraciones de la salud auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.
Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las alteraciones de la salud auditiva y sus Determinantes Sociales de la Salud.
Mejorar la capacidad de respuesta institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las alteraciones de la salud auditiva.
Desarrollar capacidades para la investigación en salud, la vigilancia, el control y la evaluación de la gestión y resultados de las alteraciones en salud auditiva y comunicativa y sus factores asociados.
Promover estrategias de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y de atención a grupos vulnerables, favoreciendo acciones de promoción de la salud, prevención del riesgo y atención integral de las alteraciones de la salud auditiva, en los entornos de vida cotidiana.
Estrategias
Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a mejorar la oferta y facilitar el acceso a programas de recreación, cultura y actividad física; el fortalecimiento del transporte activo no motorizado; el acceso a una alimentación saludable; la disminución en la exposición y el consumo de tabaco y del consumo nocivo de alcohol; y que se generen condiciones que garanticen la autonomía e independencia en la población con limitaciones motoras, visuales y auditivas.

Fortalecimiento de las capacidades técnica, científica y operativa, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden nacional y territorial en el manejo de la salud auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo.
Movilización social y corresponsabilidad de actores, sectores y comunidades hacia la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en salud auditiva, con especial interés en la primera infancia y la activa participación de los jóvenes.
Participación social activa para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las alteraciones en salud auditiva y comunicativa.
Metas
A 2021, se incrementa en un 20% las prácticas de autocuidado para la prevención y manejo de la salud auditiva, desde la primera infancia, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014.
A 2021, se aumenta anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable para la salud auditiva a nivel nacional, en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.
A 2021, incrementar en un 20% las coberturas de prevención y detección temprana de las alteraciones de la salud auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo, a partir de la línea de base que se defina en el 2014.
A 2021, se cuenta con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los Determinantes Sociales de la salud auditiva y comunicativa.
A 2021, se cuenta con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los Determinantes Sociales de la salud auditiva y comunicativa.

DISCUSIÓN

Es importante anotar que, según Cuervo (1999), el acto de la comunicación humana requiere de procesos como la cognición, el lenguaje, el habla y la audición; por tanto, estos procesos están inmersos en todos los ciclos vitales y cualquier alteración en

ellos desencadena carga de enfermedad que puede ser entendida como los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años vividos con discapacidad (AVD), años de vida saludable perdidos anualmente (AVISAS); además de desencadenar riesgos que afectan al individuo en lo personal, lo familiar y lo social, incrementando incluso el costo país. Se esperaría entonces que, dentro de las acciones a cargo de las EPS, se hubieran definido acciones claras de promoción de los factores protectores para la comunicación humana y la prevención de sus desórdenes, asumidas por el Fonoaudiólogo, como profesional idóneo en este campo.

La Resolución 412 del año 2000, advierte que las EPS no pueden involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la guía técnica. Además, en estas guías solo se definió la Escala Abreviada del Desarrollo (EAD-1), como prueba tamiz para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y el desarrollo en niños menores de 6 años, considerando cuatro grandes áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje – audición y personal social. Esta escala aún es aplicada por enfermeros y médicos generales en todas las IPS del país; sin embargo, según los resultados de una investigación realizada por Muñoz (2011), esta escala presenta una sensibilidad solo del 54% y una especificidad del 42%, indicando que esta prueba de tamizaje no reemplaza la valoración realizada por el Fonoaudiólogo en cuanto al dominio de lenguaje – audición, sobre todo en niños entre 4 y 5 años.

A pesar del intento en el año 2007, para ajustar las guías definidas en la Resolución 412, todavía los documentos oficiales del Ministerio de Salud no incorporan los cambios sugeridos y en la práctica clínica puede observarse que se siguen utilizando las guías del año 2000. Es importante resaltar que tales cambios se enfocaron exclusivamente en la detección temprana de la hipoacusia en menores de dos años, dejando de lado las demás alteraciones en los procesos de la comunicación humana.

De igual forma, no se especificó de manera directa la participación del profesional en Fonoaudiología en el documento en el que se proponían los cambios, como sí se hace con el profesional en Medicina, Enfermería, Pediatría y Fisiatría, a pesar de que en el documento se plantea que los niños con esta limitación o discapacidad deben asistir a actividades individuales y colectivas orientadas para la realización de programas de estimulación adecuada.

Así mismo, sorprende que en este documento se recomiende que los niños con problemas en su desarrollo motor y del lenguaje sean remitidos a la consulta de pediatría y fisiatría, desconociendo las barreras geográficas, económicas, sociales y del mismo Sistema de Salud para una atención por especialistas. Además, ignora la autonomía, la independencia, el carácter científico y las áreas de desempeño profesional del Fonoaudiólogo, definidos en la Ley 376 (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Queda claro que las guías técnicas para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del niño, del joven y del adulto mayor a cargo de las EPS, que son las encargadas de promover la salud de la población afiliada, solo se han enfocado a la atención de la enfermedad, dejando de lado la promoción de estilos de vida saludable para una comunicación adecuada desde los primeros años de vida. Así mismo, estas guías no corresponden a lo planteado en el POS, definido según el Acuerdo 029 (Comisión de regulación en salud CRES, 2011), en el que sí se especifican las actividades y procedimientos de Fonoaudiología en promoción, prevención y rehabilitación.

También es necesario resaltar la falta de voluntad política por parte de los tomadores de decisiones para la habilitación de los servicios de Fonoaudiología en las Instituciones de Primer Nivel de Atención, aumentando el riesgo de morbilidad sobre todo en la población más vulnerable, que es la que

habita en las regiones más apartadas de los grandes centros e induciendo a que sus habitantes no gocen de una estimulación adecuada, un diagnóstico oportuno y mucho menos de un tratamiento profesional para las alteraciones de la comunicación humana.

En cuanto a las acciones de salud pública para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las entidades territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, se puede decir que son gratuitas y financiadas con recursos públicos. Estas definieron, como una de las prioridades, la salud integral de los niños y adolescentes, de las personas de la tercera edad; de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía. Específicamente la resolución 4288 de 1996, solo definió actividades sobre tamizaje en salud visual en niños y niñas escolares menores de 12 años, en establecimientos públicos y de beneficencia, ignorando otros aspectos de la comunicación humana propios del que hacer fonoaudiológico.

Igualmente, bajo la circular externa 00118 de 2004, el Ministerio de la Protección Social definió seis acciones prioritarias en salud pública y solo las enfocó a la reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil; a la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, a la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas, al fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y por último, a la reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En ninguna de las normas que soportan el PAB, se evidencian acciones específicas orientadas a la promoción de factores protectores para una ade-

cuada comunicación y mucho menos a la prevención de sus factores de riesgo.

Para el año 2007, el Ministerio de Protección Social, bajo el Decreto 3039 (Congreso de la República de Colombia, 2007), reemplazó el PAB y definió el Plan Nacional de Salud Pública con las nuevas prioridades en salud pública para el cuatrienio 2007 -2010. En este se establecieron: la salud infantil; la salud sexual y reproductiva; la salud oral; la salud mental y las lesiones violentas evitables; las enfermedades transmisibles y las zoonosis; las enfermedades crónicas no transmisibles; la nutrición; la seguridad sanitaria y del ambiente; la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. En este decreto y conjuntamente con la expedición de la Resolución 425 (Congreso de la República de Colombia, 2008), ordenó a las Direcciones Territoriales de Salud, formular y aprobar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), planteando de manera obligatoria y específica entre otras acciones, la promoción de la salud auditiva y cognitiva, y la prevención de lesiones evitables en coordinación con las EPS.

Es claro que, a la luz de esta resolución, se formularon acciones de obligatorio cumplimiento para todo el país concernientes a la promoción de la salud auditiva y cognitiva, sin embargo, el desconocimiento de la norma y de la idoneidad de los profesionales para estas acciones y la falta de articulación entre la academia, los aseguradores, los prestadores y la comunidad, no hizo visible un verdadero proceso de promoción de esos hábitos saludables en salud auditiva y comunicativa para la toda la población.

Es interesante conocer que por primera vez en Colombia, dados los cambios demográficos, cambios en los determinantes sociales y en los perfiles epidemiológicos, se plantean acciones de Salud Pública enfocadas para 10 años. El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 plantea 8 dimensiones prioritarias y 2 dimensiones transversales. La di-

mensión prioritaria vida saludable y condiciones no transmisibles es definida como el conjunto de políticas e intervenciones transectoriales, que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.

Como objetivos de esta dimensión se plantean elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud auditiva y comunicativa y el control de sus alteraciones, como parte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo socioeconómico. Además, crear condiciones y capacidad de gestión de los servicios para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las alteraciones de la salud auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.

Plantea también, fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública en coherencia con el marco global y regional para las alteraciones de la salud auditiva y sus determinantes sociales. De igual manera, apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades nacionales y territoriales para la investigación en materia de promoción de la salud auditiva y comunicativa, la prevención y el control de sus alteraciones.

Igualmente la dimensión prioritaria vida saludable y condiciones no transmisibles señala que se deben incrementar las prácticas de auto cuidado para la prevención y manejo de la salud auditiva desde la primera infancia en entornos y programas sociales. Además, fortalecer la capacidad técnica, científica y operativa, que permita el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden nacional y territorial

para el manejo de las alteraciones de salud auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo.

Por otro lado, proyecta mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS para fortalecer la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención, atención integral y acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la salud auditiva.

Así mismo, propone contar con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud auditiva y comunicativa, así como también con nodos de investigación por región del país, que permita la construcción de una agenda para su estudio.

Como estrategias para el buen desarrollo del Plan Decenal, se establecen normas, políticas, planes y programas sectoriales de implementación y evaluación de los planes nacionales e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones auditivas y comunicativas.

Por otro lado, invita a fortalecer las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de las alteraciones auditivas y comunicativas en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y gestión de riesgo.

De igual forma, proyecta desarrollar modelos y formas de atención diferencial sostenibles que permitan la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, el acceso, la oportunidad, integralidad, continuidad y para brindar seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria de las alteraciones auditivas y sus factores de riesgo, enfatizando en los diferenciales, la población rural dispersa,

poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado.

CONCLUSIONES

Se encontró que las acciones de promoción y prevención y específicamente las de protección específica y detección temprana de las alteraciones en todo el ciclo vital de los colombianos a cargo de las EPS y realizadas por las IPS, asumen solo lo que está planteado en las guías técnicas de la Resolución 0412 de 2000, desconociendo las recomendaciones definidas en la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa (1986). Además, según los lineamientos descritos en el Plan Decenal de Salud Pública, se hace necesario que se adapten estas guías, para que sean incluidas las acciones encaminadas a la promoción de factores protectores para la salud comunicativa, la detección temprana de sus alteraciones, su tratamiento oportuno y adecuado, bajo la rectoría del profesional en Fonoaudiología.

En cuanto a las acciones de Salud Pública a cargo de los Entes Territoriales se observa una evolución positiva en estos 20 años, puesto que inicialmente se contemplaron acciones muy tímidas para la promoción de la salud auditiva y comunicativa y actualmente se plantea la construcción de una Política pública sana que tiene muy en cuenta algunas Funciones Esenciales de la Salud Pública, acciones basadas en los Determinantes Sociales de la Salud y un proceso enmarcado en la Atención Primaria en Salud (APS). Lo anterior podría constituirse en un impulso para el fortalecimiento de la profesión dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se hace necesario que las EPS, las IPS, los Entes Territoriales a nivel municipal, departamental y nacional, la academia y la comunidad, aúnen esfuerzos para que lo formulado en el Plan Decenal de Salud Pública sobre la salud auditiva y comunicativa, se desarrolle de manera integral en todo el territorio colombiano. Además, se recomienda que el Fonoau-

diólogo haga parte de los equipos básicos de salud en la estrategia de Atención Primaria (APS) y otras como la "De cero a siempre" y así promueva estilos de vida saludable, detecte de manera precoz y trate oportunamente estas alteraciones, toda vez que la prevalencia, sobre todo en los menores de 5 años, ha ido en aumento.

AGRADECIMIENTOS

Los Autores agradecen a la Universidad del Cauca por el apoyo recibido para la realización de esta investigación y al Centro de Escritura de esta institución por el acompañamiento durante el proceso de escritura de este documento.

REFERENCIAS

- Acuerdo 029 – 2011. (2011). *Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*. Bogotá, Colombia: Comisión de Regulación en Salud (CRES), Ministerio de la Protección Social. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=45257.
- Acuerdo 117 – 1998. (1998). *Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública*. Bogotá, Colombia: Ministerio de salud, Concejo Nacional de Seguridad Social. Disponible en: www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Acuerdo117.pdf
- Carta de Ottawa*. (1986). Conferencia internacional sobre promoción de la salud Disponible en: www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf
- Circular externa 00118 – 2004 (2004). *Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes estratégicos y operativos del pab 2004 – 2007 y de Los recursos asignados para salud pública Ministerio de la protección social*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social. Disponible en: www.orasconhu.org/documentos/Anexo%2014t1%20COL%20M&E%202009.pdf
- Cuervo, C. (1998). *La profesión de fonoaudiología Colombia en perspectiva internacional*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Decreto 3039 – 2007. (2007). *Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx
- Gómez, A. (s.f). La seguridad social según los expertos. Documento de trabajo no publicado. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.
- Ley 100 – 1993. (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html
- Ley 376 – 1997. (1997). *Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: [/www.encolombia.com/medicina/Ley376de1997.htm](http://www.encolombia.com/medicina/Ley376de1997.htm)
- Malagón, G. & Moncayo, A. (2011). *La salud Pública. Perspectivas*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Ministerio de la protección social (2007). *Programa de apoyo a la reforma de salud; Universidad nacional; Instituto de investigaciones públicas. Guías de Promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Tomo I*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Universidad Nacional de Colombia Instituto de Investigaciones Publicas. Disponible en: www.google.com/#q=RESOLUCION+412+TOMO+I+2007.
- Ministerio de la protección social. (2013). *Plan decenal de salud pública*. Obtenido de Minsalud: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
- Muñoz, A. (2011). Validación de criterio de la escala EAD-1 en el dominio de audición-lenguaje en niños de 4 a 5 años de Popayán. Tesis de maestría. Disponible en: <http://174.121.34.189/~boletin/index.php/investigacion-y-accion-3/25-sin-foto/41-investigacion-revalida-escala-ead-1>
- Realpe, C. (s.f). Promoción salud Documento de Trabajo no publicado. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_2.pdf
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Colombia: Asamblea Nacional Constituyente. Disponible en: www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html
- Resolución 0425 – 2008. (2008). *por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la protección social. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx
- Resolución 1841 – 2013. *Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá, Colombia: Ministerio de salud y protección social.
- Resolución 412 – 2000. (2000). *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*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r0412_00.pdf
- Resolución 4288 – 1996. (1996) *Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social. Disponible en: www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf