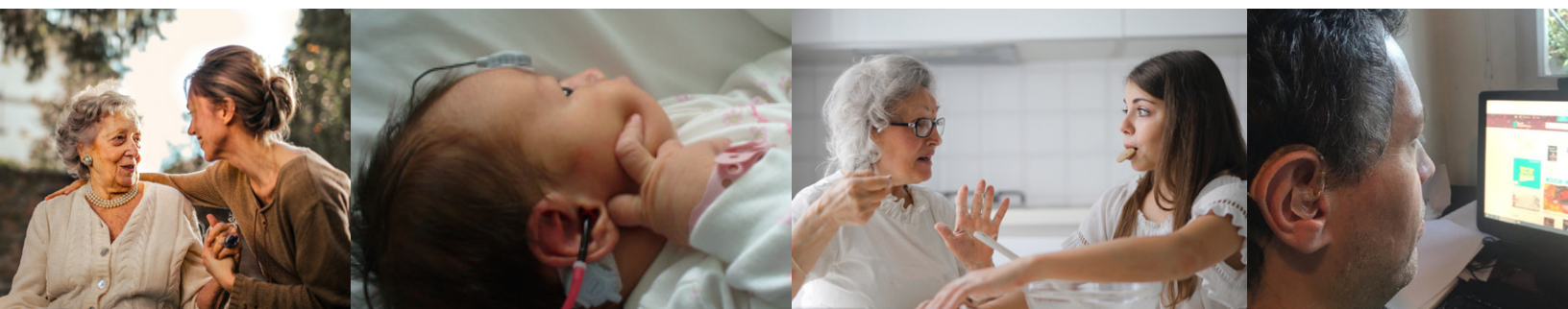


PLAN NACIONAL DE SALUD AUDITIVA Y CUIDADO DEL OÍDO PARA CHILE

2021-2030

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades.

Departamento de Ciclo Vital.

Responsables Técnicos Ministerio de Salud

Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano. Magister en Psicología de la Adolescencia. PhD en Ciencias de la Educación. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública.
Bárbara Leyton Cárdenas Enfermera, Magister en Salud Pública. Diplomada en Medicina basada en evidencia. Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud Jefa del Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE

Profesional a cargo del documento

Natalia Tamblay Narvaez Médico Otorrinolaringóloga Magister en Salud Pública Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.
--

Participantes División de Prevención y Control de Enfermedades

Pablo Villalobos Dintrans Ingeniero Comercial Profesional de Gestión, Administración y Coordinación, DIPRECE.	Catalina Izquierdo Mebus Administradora de Servicios. Profesional de Gestión, Administración y Coordinación, DIPRECE.
Ximena Neculhueque Zapata Médico Fisiatra. Jefa del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.	Cristóbal Castro Acuña Fonoaudiólogo. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad
Francisca Salas Pacheco Médico Pediatra Encargada del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital.	Jorge Neira Médico Ginecólogo Obstetra. Encargado del Programa Salud de la Mujer. Departamento de Ciclo Vital.
Maria Inés Romero Sepúlveda Médico Pediatra Encargada Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital	René Guzmán Montes Enfermero. Encargado de Oficina Salud Integral para Personas Mayores. Departamento de Ciclo Vital
Patricio Herrera Villagra Médico Geriatra. Oficina Salud Integral para Personas Mayores. Departamento de Ciclo Vital	Maria Paz Medel Salas Programa Nacional de Salud de la Infancia. Departamento de Ciclo Vital

Herman Alarcón Hinojosa Matrón Programa Salud de la Mujer. Departamento de Ciclo Vital.	Mélanie Paccot Burnens Médico Cirujano. Jefa del Departamento Enfermedades no Transmisibles.
Constanza Aguilera Arriagada Médico Cirujano. Departamento Enfermedades no Transmisibles.	Patricia Contreras Cerda Enfermera. Jefa del Departamento Enfermedades Transmisibles.
Cynthia Zavala Gaete Médico Psiquiatra Jefa Departamento Salud Mental	

Participantes División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

María Paz Grandón Ingeniera Comercial Jefa División de Políticas Públicas Saludables y Promoción	
Helga Balich Perez Enfermera. Jefa Departamento de Salud Ocupacional	Pamela Vargas Alfaro Enfermera. Departamento de Salud Ocupacional
Boris Torres Cofré Ingeniero Departamento de Salud Ocupacional	Walter Folch Ariza Ingeniero. Departamento Salud Ambiental
Ida Busco Mena Ex profesional Departamento de Salud Ocupacional	

Participantes División de Atención Primaria

Adriana Tapia Cifuentes Médico Cirujano. Jefa División de Atención Primaria.	
Marcela Rivera Medina Médico de Familia Departamento de Gestión del Cuidado	Maria Fernanda Gallardo Departamento de Gestión del Cuidado
Yukiko Kuwahara Aballay Departamento de Gestión del Cuidado	

Participantes División de Gestión de Redes Asistenciales

Beatriz Martinez Mallet Médico Cirujano. Jefe División de Gestión de Redes Asistenciales.	
Ana Maria Merello Molina Kinesióloga Jefa Departamento Ges, Redes Complejas y Líneas Temáticas	Pamela Gallardo Camus Enfermera Departamento Ges, Redes Complejas y Líneas Temáticas
Esteban Vergara Ponce Enfermero Departamento Ges, Redes Complejas y Líneas Temáticas	Gladys Cuevas Lucar Médico Fisiatra. Unidad de Rehabilitación. Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados
Daniela Vargas Guzman Matrona Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados	Lenka Parada Guerrero Ex profesional Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados

Participantes División de Planificación Sanitaria

Johana Acevedo Romo Enfermera Matrona. Jefa División de Planificación Sanitaria

Colaboradores Externos

Natalia Gilbert Hernández Jefa Sección Audiología Departamento Salud Ocupacional Instituto de Salud Pública de Chile (ISP)	Maria Alejandra Vidal Jaramillo Encargada Bienestar Estudiantil Departamento de Programas Dirección Nacional de Junta nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)
--	--

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	10
1. Definiciones	10
2. Antecedentes	10
Antecedentes a nivel mundial	10
Marco internacional: estrategias y normativa	10
Antecedentes a nivel nacional	15
Marco nacional: estrategias y normativa	15
3. Contexto epidemiológico y demográfico	19
a. Contexto epidemiológico y demográfico mundial	19
b. Contexto epidemiológico y demográfico en Chile	20
4. Modelos para la atención en salud auditiva	22
5. Fundamentos de la atención y gestión en rehabilitación	24
6. Prioridades sanitarias en hipoacusia en el ciclo de vida	24
7. Respuesta para la atención en la salud auditiva y cuidado del oído	29
a. Recurso humano disponible	30
b. Oferta programática actual del sector salud para las personas con hipoacusia	31
CAPÍTULO II: PLAN DE ACCIÓN 2021-2030	32
Justificación y descripción del Plan Nacional de Salud Auditiva y Cuidado del Oído 2021 - 2030	32
1. Definiciones estratégicas	32
2. Enfoques integradores	34
3. Resumen del plan de acción salud auditiva	38
4. Síntesis de los detalles operativos del plan de acción salud auditiva	39
5. Detalles operativos del Plan de Acción de Salud Auditiva	47
BIBLIOGRAFÍA	64



INTRODUCCIÓN

La audición es el sentido con el que percibimos los sonidos que nos rodean. A través de la audición nos relacionamos con nuestro entorno, recibimos los mensajes del medio, nos comunicamos con los demás, y nos permite adquirir conocimientos. A la pérdida de la audición se le denomina hipoacusia [1].

Dada su relevancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado la elaboración de un plan de salud auditiva y de cuidado del oído en todos los países. Es así como desde el Departamento de Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSAL), se propone diseñar e implementar una oferta de servicios de salud integral para la población con hipoacusia a lo largo del curso de vida, que dé respuesta a las necesidades de este grupo de personas. En consecuencia, se señala la importancia de contar con una red de servicios coordinados y articulados entre los distintos niveles de atención, que permita abordar los requerimientos de esta población en forma integral, integrada e intersectorial, de manera de promover la equidad y favorecer una atención de alta calidad respecto a este problema de salud.

Fundamentado en lo anterior, y considerando que Chile se encuentra en desarrollo e implementación de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) y un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) que permite el abordaje y rehabilitación de la hipoacusia en determinados grupos etarios, es que se elabora este documento, denominado Plan Nacional de Salud Auditiva. El Plan busca dar respuesta a las necesidades de salud de la población que vive con algún grado de alteración de esta condición, abordando el permanente desafío del cierre de brechas y prestación de servicios de salud de calidad, diferenciados, equitativos, integrales e integrados, que además aseguren la rehabilitación precoz y interdisciplinaria, permitiendo la continuidad de la atención en los distintos niveles del sistema de salud.

Si bien la responsabilidad en la implementación del Plan le compete principalmente al nivel especializado de mayor complejidad, éste deberá ser complementario al modelo implementado en el nivel primario de atención, sumando todas sus características y agregando aquellas propias que requiere la atención en niveles de mayor complejidad y resolutivez respecto a la salud auditiva.

Es en este contexto, que se hace el esfuerzo de consolidar el Plan Nacional de Salud Auditiva y su Plan de Acción 2021 – 2030, con la intención de darle continuidad y sostenibilidad en el tiempo, y garantizar una orientación en las acciones sanitarias nacionales, con un enfoque de intersectorialidad y con un presupuesto que sustente el planteamiento de los objetivos y metas que se proponen.

Para la recolección de propuestas y lineamientos, el equipo técnico del MINSAL, primero mediante un trabajo intra-ministerial y luego a través de una jornada extramuro trabajó en operacionalizar las recomendaciones de los paneles de expertos, ordenándolas dentro de seis líneas estratégicas de las cuales dos son específicas y tres son transversales, que permiten guiar la implementación del Plan de Acción incluyendo las iniciativas necesarias para el cumplimiento de sus actividades y objetivos. Las líneas estratégicas del Plan son las siguientes:

Líneas Específicas

- * **Línea Estratégica 1:** Promoción, educación y prevención primaria.
- * **Línea Estratégica 2:** Provisión de servicios asistenciales.

Líneas Transversales

- * **Línea Estratégica 3:** Fortalecimiento de la red.
- * **Línea Estratégica 4:** Fortalecimiento de los sistemas de registro, investigación y vigilancia.
- * **Línea Estratégica 5:** Rectoría, regulación y fiscalización.
- * **Línea Estratégica 6:** Financiamiento.

Tanto el Plan Nacional de Salud Auditiva como su Plan de Acción, tienen como fundamentos integradores los enfoques de derecho, determinantes sociales, curso de vida, y promoción de la salud. Estos enfoques enmarcan el conjunto de las acciones del Plan, buscando posicionar en la agenda pública a la hipoacusia como una condición de salud prioritaria en todos los procesos de la historia natural de la enfermedad, movilizandando la acción del Estado (sectorial e intersectorial), así como del individuo, la familia y la comunidad, para el control de los factores de riesgo y mitigación de las consecuencias individuales y sociales que genera. Además, proporcionan los lineamientos generales y las definiciones conceptuales para sustentar el marco operativo que permita responder a las necesidades de atención y rehabilitación de las personas con hipoacusia.

En consideración a todo lo anterior, en el presente documento se entrega el diagnóstico que fundamenta la necesidad de contar hoy con un Plan Nacional de Salud Auditiva para Chile, que se ajuste a los mejores estándares internacionales. Al mismo tiempo, se describe la situación actual del país en este tema, donde se espera llegar y las acciones necesarias para lograrlo.

Finalmente se presenta un plan de acción integral para el abordaje de la salud auditiva en el curso de vida desde los ámbitos promocionales, preventivos, acceso oportuno a tratamiento, acceso precoz a rehabilitación. Considera una atención participativa, interdisciplinaria y continua entre los diversos dispositivos de salud de atención primaria, secundaria y terciaria, siempre recomendando una estrecha colaboración intersectorial entre todos los actores involucrados, puesto que el punto de partida para abordar el problema, es que no existe un sector que por sí solo pueda asumir la responsabilidad de hacer frente a los retos y desafíos que la salud auditiva presenta en la población que habita en territorio nacional, solo pudiendo encontrar soluciones innovadoras y costo-efectivas a través del pensamiento y la acción intersectorial.

Este plan de salud aborda una temática potencialmente causal de discapacidad y que requiere rehabilitación como parte de su tratamiento, razón por la cual este se vincula directamente con el plan nacional de rehabilitación, compartiendo líneas estratégicas y enfoques.

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICIONES

La hipoacusia se define como la condición en la cual se produce una disminución parcial o total en la capacidad para detectar ciertas frecuencias e intensidades del sonido [2]. Dicha pérdida auditiva puede ser congénita o adquirida, uni o bilateral.

En el primer caso, la intervención temprana logra los mejores resultados en términos de desarrollo cerebral y de lenguaje, en comparación a cuando esta se realiza tardíamente [3]. Actualmente existen exámenes para hacer tamizaje de los recién nacidos, lo que permite luego acceder a un diagnóstico precoz, y un tratamiento oportuno. En Chile, este tratamiento se encuentra garantizado por el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), lo cual permite maximizar las competencias lingüísticas, cognitivas y socioemocionales, evitando la discapacidad [4].

Por su parte, la hipoacusia adquirida es aquella discapacidad auditiva producida después del nacimiento, la que puede ser resultado de los efectos degenerativos en la audición asociados al envejecimiento, infecciones tales como meningitis u otitis media crónica, trauma local, uso de medicamentos ototóxicos (que dañan el oído), exposición constante a ruidos laborales o recreacionales, patologías perinatales, u otras causas [2]. Es relevante destacar, que dado que el riesgo de presentar hipoacusia se incrementa con la edad, la prevalencia de esta ha aumentado y continuará haciéndolo, conforme al avance en la expectativa de vida [5].

La pérdida auditiva produce consecuencias funcionales, impidiendo la comunicación con los demás, afectando al desarrollo psicosocial, y generando impactos negativos en la calidad de vida e independencia económica. En el caso de los niños y niñas, la hipoacusia produce un retraso o una ausencia en el desarrollo del lenguaje, disminución del rendimiento escolar y laboral a futuro, lo que conlleva efectos emocionales con sensación de soledad, aislamiento y frustración [6]. Dentro de las consecuencias económicas están los efectos directos por la atención de estas personas e indirectos por los costos de la escolarización y de inserción laboral, como también los subsidios por discapacidad y el desempleo. Los casos desatendidos de pérdida de audición representan un coste mundial anual de 750.000 millones de dólares [6]. Todo esto propicia la formulación de un Plan Nacional de Salud Auditiva y Cuidado del Oído 2021 - 2030.

2. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL

Marco internacional: estrategias y normativa

Resolución WHA70.13 - OMS

En el año 2017, la 70ª Asamblea Mundial de la Salud, de la cual Chile fue participante, aprobó una resolución relativa a la prevención de la sordera y la pérdida de audición (WHA70.13) [7]. En dicha resolución se pide a los Estados Miembros que integren las estrategias de atención audiológica y otológica en el marco de sus sistemas de atención primaria, bajo el paraguas de la cobertura sanitaria universal. Esta resolución incluye un plan de acción para la prevención de la sordera y la pérdida auditiva, urgiendo a los países miembros a:

- * Integrar estrategias para el cuidado del oído y la audición dentro del marco de la atención primaria de salud.
- * Recopilar datos poblacionales de alta calidad sobre las enfermedades del oído y la pérdida de la audición.
- * Desarrollar e implementar programas de detección temprana para recién nacidos, niños y niñas, personas mayores y personas expuestas al ruido.
- * Mejorar el acceso a tecnologías y ayudas auditivas.
- * Formular e implementar regulaciones para la exposición al ruido.
- * Trabajar para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 4 que representan vidas saludables para todos, así como oportunidades de aprendizaje inclusivo y equitativo, de calidad para todos.

Para el desarrollo de esto propone, como primer paso, una evaluación de la situación de salud en relación a hipoacusia y cuidados del oído con una estructura uniforme, para lo cual publica un manual ad hoc [8]. Este levantamiento de información fue llevado a cabo en Chile el año 2018, usando el formato señalado. Luego, para la elaboración del plan de salud propiamente tal, la OMS desarrolló otro manual [9], en donde recomienda un tercer paso que consiste en evaluar a través de indicadores la implementación del plan de salud auditiva.

Plan de acción para el cuidado del oído y la audición en las Américas 2017-2021 – Organización Panamericana de la Salud, OPS)

Dando seguimiento a esta Resolución, se formuló por parte del foro regional de la audición, un documento con el plan estratégico para el cuidado del oído y la audición en las Américas 2017-2021, con las siguientes prioridades:

- * Promover y generar conciencia en todos los niveles sobre la importancia del cuidado del oído y la audición (COA).
- * Integración del COA en diferentes programas en el curso de la vida.
- * Desarrollo de la Iniciativa Escuchar sin Riesgos (*Make Listening Safe Initiative*).
- * Promover el desarrollo de estrategias durante el curso de vida, especialmente a través de la Atención Primaria en Salud y los Servicios y Sistemas Nacionales de Salud.

Rehabilitación 2030 – OMS

Desde la perspectiva de la rehabilitación, hoy se consideran distintos lineamientos del ámbito internacional, basados principalmente en el documento Rehabilitación 2030 de la OMS[10].

La estrategia define la rehabilitación como “el conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno” [10].

El llamado a la acción de la OMS entrega recomendaciones para fortalecer la rehabilitación en los sistemas de salud y apoyar en la entrega de sus servicios basadas en la evidencia científica y buenas prácticas, apuntando a responder mejor a las necesidades de las personas. Estas recomendaciones se sintetizan en:

- Integrar la rehabilitación en el sistema de salud; en los niveles primario, secundario y terciario.
- Hacerlas disponibles en la comunidad y en el hospital.
- Utilizar una fuerza de trabajo interdisciplinaria.
- Garantizar que los hospitales incluyan unidades especializadas de rehabilitación para

- pacientes con necesidades complejas.
- Ofrecer una capacitación adecuada a los usuarios que se les proporciona ayudas técnicas.
- Garantizar recursos financieros en rehabilitación, y
- Asegurar el acceso a través de los seguros de salud[10].

Iniciativa “Global Cooperation on Assistive Technology” (GATE) – OMS

Esta iniciativa se basa en el precepto que las ayudas técnicas permiten y promueven la inclusión y la participación de las personas con discapacidad, personas mayores, y aquellas con comorbilidades en la comunidad y los ámbitos sociales. Así, la asamblea mundial de la OMS insta a Estados miembros a mejorar el acceso a ayudas técnicas, considerando recursos humanos suficientes y capacitados, productos de calidad, generación de un listado de ayudas técnicas priorizadas de manera de garantizarlas estatalmente (entre las que se encuentran las ayudas electrónicas para audición que corresponde a audífonos y pilas adecuadas), recopilación de datos y cooperación internacional en la materia.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (CDPD) – Organización de las Naciones Unidas

Es un instrumento de las Naciones Unidas que busca promover, proteger y asegurar los derechos humanos y libertades de las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente. Su artículo 24 señala que los Estados Partes deben velar por que las personas con discapacidad tengan acceso en condiciones de igualdad a una educación inclusiva y a un proceso de aprendizaje durante toda la vida, lo cual comprende facilitar el acceso a modos de comunicación alternativos, realizando ajustes razonables y capacitando a profesionales en la educación de personas con discapacidad. Por otra parte, el artículo 25 dice que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, mientras que su artículo 26 indica que los Estados Partes deben promover el ejercicio del derecho al trabajo [11].

Estrategias recomendadas

1) Estrategia 1: Intervenciones HEARING como parte de la cobertura universal de salud

Las tres dimensiones de la cobertura universal consideran la expansión de servicios prioritarios incluyendo: nuevos servicios, expansión de servicios al total de la población y reducción del gasto de bolsillo para acceder a estos servicios [1]. Para el logro de estos objetivos, el Reporte Mundial de la Audición propone las siguientes intervenciones que siguen el acrónimo HEARING [1]:

- * **H** (*hearing screening and intervention/tamizaje auditivo e intervención*): el tamizaje auditivo en los distintos puntos del ciclo vital permiten una intervención precoz, siendo de especial importancia el grupo de recién nacidos. A estos se agregan prescolares y escolares, adultos en riesgo de hipoacusia por exposición a ototóxicos (químicos o ruido) y personas mayores.
- * **E** (*ear disease prevention and management/Prevención y manejo de patologías del oído*): la prevención y tratamiento precoz de patologías del oído tales como la otitis media crónica permite evitar la hipoacusia y las complicaciones generadas por éstas.
- * **A** (*Access to technologies/Acceso a tecnologías*): el acceso a tecnologías tales como audífonos, implantes cocleares y de conducción ósea y tecnologías de asistencia auditiva permiten reducir la *R (rehabilitation services/Servicios de rehabilitación): la rehabilitación auditiva y del habla se enfoca en optimizar el funcionamiento de

personas con hipoacusia.

- * **I** (*improved communication/Mejoramiento de la comunicación*): favorecer la comunicación de las personas con hipoacusia les permite una mayor participación en el ámbito educacional, profesional y recreacional.
- * **N** (*noise reduction/Reducción de ruidos*): la reducción a la exposición a ruido (laboral y recreacional) como también químicos ocupacionales previene la aparición de hipoacusia.
- * **G** (*greater community engagement/Mayor participación comunitaria*): un mayor compromiso de la comunidad logra un cambio de conducta y actitud acerca de la hipoacusia y sus causas en la comunidad.

2) Estrategia 2: Escuchar sin riesgos

La iniciativa “Escuchar sin riesgos” de la OMS elaboró una serie de medidas para evitar problemas de salud auditiva, tales como:

- Mantener el volumen bajo.
- Usar adecuadamente tapones de oído.
- Limitar el tiempo dedicado a actividades ruidosas.
- Vigilar los niveles seguros de exposición al ruido.
- Prestar atención a las señales de advertencia de pérdida de audición.
- Hacer revisiones auditivas periódicas.
- Impulsar acciones para los fabricantes de aparatos de audio.

En el año 2009, la Comisión Europea estableció que el volumen de salida de los nuevos reproductores de audio de uso personal debía fijarse en un nivel estándar de 85 dB, y que los usuarios podrían aumentar el volumen hasta un máximo de 100 dB. Por último, se establecieron recomendaciones para los gobiernos dirigidas a legislar la exposición a ruido ocupacional y recreacional, la concientización acerca de las consecuencias de la exposición prolongada a ruido y la investigación sobre prevalencia y efectos de la exposición al ruido no ocupacional [12].

3) Estrategia 3: Tamizaje neonatal con altos estándares de calidad (cobertura, referidos y con alto seguimiento)

Los criterios para evaluar un programa de tamizaje de hipoacusia son adaptados del JCIH (*Joint Committee of Infant Hearing*) son [4]:

- **Cobertura:** El tamizaje debe ser realizado a un mínimo de 95% de los recién nacidos/as elegibles al alta hospitalaria, o antes de un mes de vida;
- **Eficiencia:** La tasa de derivación de niños y niñas que refirieron el tamizaje auditivo (resultó alterado) no debería superar el 4%;
- **Seguimiento:** La tasa de seguimiento de los niños y niñas con tamizaje alterado, que fueron derivados para evaluación diagnóstica, debe ser igual o superior a 95%;
- **Edad:** La evaluación diagnóstica para los niños y niñas con tamizaje alterado debe realizarse antes de los tres meses de edad. Para posteriormente realizar una intervención temprana centrada en la familia antes de los seis meses de edad.

La OMS indica que el éxito de los programas de tamizaje neonatal exitosos son aquellos que tienen [13]:

- Objetivos claros y roles y responsabilidades bien definidas;
- Una persona a cargo con responsabilidades respecto al funcionamiento del mismo;
- Un protocolo de tamizaje claro, basado en circunstancias locales y socializado con los actores relevantes;

- Monitoreo regular para verificar la correcta ejecución del programa;
- Equipo entrenado en la técnica, notificación de padres y registro;
- Procedimientos para asegurar la calidad de los resultados.

Actualmente, la prestación de tamizaje auditivo se encuentra financiada dentro del parto, modalidad institucional o libre elección para todos los partos de mujeres inscritas en FONASA.[14] [15]

4) Estrategia 4: Trabajo intersectorial

El trabajo intersectorial permite aunar esfuerzos para el logro de los objetivos, uno de estos es el de hacer abogacía, para esto la celebración del día Mundial de la Audición que cada año se realiza el 3 de Marzo, permite concientizar a la población general y a los responsables de programas y políticas sobre la pérdida de la audición y las enfermedades del oído.

El trabajo intersectorial en Chile aspira a integrar el trabajo de múltiples entidades tales como: Ministerio de Salud, Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio del trabajo, Ministerio de Desarrollo Social, entre otros.



ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Marco nacional: estrategias y normativa

Estrategia Nacional de Salud

El Ministerio de Salud de Chile, encargado de establecer las políticas sanitarias del país, en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020, estableció cuatro grandes objetivos sanitarios:

- i. Mejorar la salud de la población
- ii. Disminuir las inequidades
- iii. Aumentar la satisfacción de la población
- iv. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud

Dicha estrategia se desarrolló en nueve ejes estratégicos (Figura 1) en los que la atención de salud de las personas con discapacidad estaba priorizada en el Eje Estratégico 2 (EE2) "Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos".

Figura 1. Ejes Estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020



Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud / Los objetivos sanitarios al 2020.

En la tabla siguiente, aparecen los indicadores relacionados con el EE2, que se relacionan con salud auditiva. Además, en el EE4 de Curso de Vida, relacionado con personas mayores, aparecía el objetivo de mejorar el estado funcional de las personas mayores, cuya meta era disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años. Considerando la prevalencia de la discapacidad auditiva en esta población, urge disminuirla para el logro de una mayor autonomía de ellos.

Tabla N° 1: Indicadores del Objetivo Estratégico 2 “Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos” de la ENS 2011-2020, relacionados a la discapacidad auditiva

Objetivo de Impacto	Indicador	Fuente	Meta
Disminuir la media de la discapacidad	Media de puntaje de discapacidad	Encuesta Nacional de Salud	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad.
Resultados Esperados (RE)			
Mejorar cobertura de atención en rehabilitación en personas con discapacidad	% de niños y niñas entre 0 y 2 años de edad diagnosticados por Otorrino con déficit sensorial auditivo ingresados a rehabilitación	Sistema de Información de Gestión de Garantías Explicitas en Salud (SIGGES)	El 80% de los niños y niñas entre 0 y 2 años de edad diagnosticados por Otorrino con déficit sensorial auditivo son ingresados a rehabilitación
Resultados Inmediatos (RI)			
Fortalecer la calidad de la atención de personas con discapacidad	% de problemas relevantes relacionados con discapacidad y rehabilitación que requieren de GPC según lo programado	Informe nivel central	100%
	% de problemas relevantes relacionados con discapacidad y rehabilitación que requieren de OT según lo programado	Informe nivel central	100%

Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud / Los objetivos sanitarios al 2020.

En relación al RE de “Mejorar cobertura de atención en rehabilitación en personas con discapacidad”, el porcentaje de niños y niñas entre 0 y 2 años de edad diagnosticados por otorrinolaringología con déficit sensorial auditivo ingresados a rehabilitación subió de 6,9% el año 2014 a 16,5% el año 2017, lo cual se encuentra muy por debajo de lo que estaba como meta. Dentro de las guías de práctica clínica (GPC) de hipoacusia, están las guías GES de Hipoacusia del menor de 4 años y la de Hipoacusia del prematuro, las cuales se fusionaron y se actualizaron utilizando la metodología GRADE. Por otro lado la orientación técnica de las UAPORRINO aborda la rehabilitación auditiva. En base a los resultados de la ENS 2011-2020 se están definiendo los objetivos de la nueva estrategia nacional de salud.

Lineamientos Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

La Subsecretaría de Salud Pública tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población, ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, alineados con las prioridades del programa de gobierno para el sector y a los objetivos sanitarios de la década, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de personas con discapacidad, pueblos indígenas y migrantes [16].

Dentro de esta Subsecretaría, la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) es la unidad técnica encargada de la regulación y rectoría, generando programas y orientaciones técnicas para la población general del país y, orientando mejores estrategias de intervención en base a la evidencia disponible [17]. Sus objetivos estratégicos son [17]:

- * Liderar el desarrollo de políticas públicas, planes y programas sectoriales e intersectoriales que protejan el bienestar de las comunidades y fomenten conductas saludables en la población para la prevención y el control de enfermedades.
- * Contribuir a la calidad de la atención en salud desarrollando el marco e instrumentos regulatorios basados en la mejor evidencia, las necesidades de la población y la mejor utilización de los recursos disponibles.
- * Contribuir al diseño y desarrollo del Régimen de Garantías Explicitas en Salud.
- * Fortalecer el rol de la autoridad sanitaria regional en el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades.
- * Evaluar y atender la efectividad de las políticas planes y programas de prevención y control de enfermedades.
- * Propender y mejorar la coordinación y cooperación con los actores relevantes de la comunidad, la sociedad civil, actores ministeriales y sectoriales, así como también otros sectores del Estado para la definición e implementación de políticas públicas.

Marco Legal

La Declaración Universal de Derechos Humanos ratificada por Chile (1948) establece derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a todo el ciclo vital de las personas. Los Estados se obligan a respetar estos derechos y garantizar su protección.

Dentro de las leyes asociadas a las personas con discapacidad se encuentran:

- * Ley 20.422 (febrero de 2010) sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad [18].
- * Ley 20.584 (abril de 2012). Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [19].
- * Ley 19.947 (mayo de 2004). Ley de matrimonio Civil. Acceso a la voluntad mediante lengua de señas [20].
- * Ley 21.015 (mayo del 2017). Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral [21].
- * Ley 21.168 (julio de 2019). Modifica la ley N°20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente. Regula el Derecho a la Atención Preferente para mayores de 60 años y más, y personas con discapacidad [22].

- * Ley 21.303 (enero 2021) Modifica la Ley N° 20.422. Promueve el uso de lengua de señas en la educación de personas con discapacidad auditiva [23].
- * Ley N° 19.966 (Agosto de 2004) que Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, se incorporan a este régimen las siguientes patologías:
 - Hipoacusia sensorineural bilateral en el prematuro (2006).
 - Hipoacusia sensorineural moderada en menores de 4 años (2013).
 - Tratamiento de hipoacusia sensorineural bilateral en mayores de 65 años (2007).
- * Ley N° 20.850 “Ley Ricarte Soto” (junio 2015). Crea un Sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo. Se incluye el año 2018 el Implante Coclear unilateral para Hipoacusia Sensorineural Bilateral Severa o Profunda Postlocutiva, para mayores de 4 años.
- * Unidades de Atención primaria en otorrinolaringología (Resolución Exenta 1353 del 29 de Noviembre del año 2017 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).
- * Ley N° 20.379 (septiembre 2009) crea el subsistema de Protección Integral a la Infancia, que institucionaliza Chile Crece Contigo.
- * Ley N° 16.744 (febrero 1968) establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, lo cual incluye a la Hipoacusia de origen Laboral.
- * Ley N° 20.609 (julio de 2012) establece medidas contra la discriminación.

Estrategias recomendadas

1) Estrategia 1: Rehabilitación grupal y protocolizada para personas mayores

Desde julio del año 2007, se incluye dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) la entrega de audífonos a personas de 65 años y más con hipoacusia bilateral que lo requieran [24]. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2010-2017, un 17,9% de las personas mayores de 65 años tienen audífono[25], sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud de 2003 en la que se preguntó acerca del uso de los audífonos, mostró una adherencia de solo un 53% en el uso de los audífonos entregados en el sistema público de salud[26]. Dentro de las causas de baja adherencia se describen factores dependientes de la adaptación del audífono, la rehabilitación auditiva, y otros dependientes del usuario del audífono [24]. El Active Communication Education (ACE) es una intervención para usuarios de audífonos, que consiste en un programa de cuatro sesiones en grupos de 4 o 5 participantes, que ha demostrado un aumento significativo de la adherencia al uso de audífonos en la población chilena [27].

2) Estrategia 2: Trabajo intersectorial para la abogacía (Día Mundial de la Audición – 3 de Marzo)

En Chile, el año 2018 la campaña por el día Mundial de la Audición se realizó junto a la Junta Nacional de Auxilios y Becas (JUNAEB) y se centró en prevención de la pérdida de la audición por trauma acústico, mediante el uso responsable de audífonos y evitando la exposición en ambientes ruidosos, enfocándose especialmente en escolares. En el año 2019, la iniciativa se realizó junto a SENAMA y se centró en la adherencia al uso de audífono en personas mayores. El año 2020 se centró en el autochequeo de la audición en población adulta y, en el año 2021, en la detección y adecuado tratamiento de hipoacusia de personas mayores para evitar consecuencias tales como la demencia.

Figura 2. Campañas del Día Internacional de la Audición en Chile



Fuente: MINSAL, 2018 y 2019. Campañas gráficas día de la audición.

3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO

a. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO MUNDIAL

Envejecimiento poblacional mundial

El envejecimiento de la población corresponde a un fenómeno a nivel global. En el año 2017 la población mayor de 60 años de edad era de 962 millones de personas en todo el mundo, registrando un aumento del 100% respecto del año 1980. Se espera que esta transición demográfica siga ocurriendo, ya que las proyecciones poblacionales de la ONU estiman que para el año 2050 se duplicará nuevamente la cifra poblacional de personas mayores, superando los 2 billones de personas [28].

Si bien, todos los grupos poblacionales han ido evolucionando desde el año 1950, las personas mayores de 60 años son quienes presentan el cambio demográfico más significativos[28].

A nivel latinoamericano la transición demográfica sigue la tendencia observada a nivel mundial. En la región, la expectativa de vida al nacer en el año 1950 era cercana a los 50 años y hoy se aproxima a los 80 años. De acuerdo a las proyecciones de la ONU, la expectativa de vida en la región aumentará en siete años más para el año 2050 [28].

La importancia de este cambio demográfico es que se producen una serie de cambios degenerativos dentro del oído al pasar los años, motivo por el cual la prevalencia de hipoacusia se eleva sobre los 60 años, alcanzando el 12,7% a los 60 años y sobre el 58% a los 90 años [1].

Prevalencia de hipoacusia mundial y carga de enfermedad

La prevalencia de la pérdida auditiva va en aumento a nivel mundial. Las cifras más recientes de la OMS, estiman que más de 466 millones de personas en el mundo viven con una pérdida auditiva discapacitante [7], lo que corresponde al 6,1% de la población mundial. Dentro de esta cifra, 432 millones (93%) corresponden a población adulta y 34 millones (7%) a población infantil. Con el aumento en el tamaño de la población así como en la expectativa de vida, se estima que el número de personas con pérdida auditiva siga también aumentando. A menos de que se realicen acciones concretas, se estima que para el año 2050 habrá en el mundo más de 900 millones de personas con pérdida auditiva, lo que corresponde a una de cada 10 personas [7].

Del total de años perdidos por discapacidad a nivel mundial, la carga de enfermedad de la hipoacusia es de 1,58% (1,16%-2,11%). Sin embargo, este porcentaje sube a 2,49% (1,83%-3,26%) en la población sobre 70 años [29].

b. Contexto epidemiológico y demográfico en Chile.

Envejecimiento poblacional en Chile

La población total de Chile es de 17.574.003 [30], con un 16,2% por sobre los 60 años. La esperanza de vida al nacer 2015-2020 es de 82,1 para las mujeres y de 77,3 para los hombres [9]; la tasa de natalidad es de 12,8 por cada 1.000 habitantes [9]. Con el aumento de la población mayor de 60 años aumenta la prevalencia de hipoacusia, la cual se asocia fuertemente con la edad [10].

Prevalencia de hipoacusia y carga de enfermedad en Chile

Según el II Estudio Nacional de la Discapacidad realizado por SENADIS en el año 2015, las enfermedades de oído (pérdida de audición o sordera) representan al 31,4% de las personas mayores de 18 años con discapacidad. La hipoacusia sensorineural bilateral profunda, es la tercera causa de discapacidad en Chile, con una incidencia de entre 1 y 3 por cada 1.000 nacidos vivos, siendo susceptibles de ser tratados mediante implante coclear. Según la misma encuesta, un 8,2% de población adulta refiere que presenta sordera o dificultad para oír aun usando audífono [31]. Por otro lado, según la literatura nacional, la prevalencia de hipoacusia neonatal bilateral fluctúa entre 0,6 y 1,4 por 1.000 recién nacidos vivos [32], [33]. En Chile el Ministerio de Educación a través de JUNAEB, implementa tamizaje auditivo sin costo a escolares de prekiner, kínder y primero básico en escuelas subvencionadas por el estado, que participan del Programa de Servicio Médicos, la población tamizada el año 2019 fue de 51472 niños y niñas, el 50% fue derivado a otorrinolaringología, y el 3% requirió apoyo terapéutico por hipoacusia.

En la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 se evaluó el autoreporte de hipoacusia al preguntar por "no es capaz de escuchar normal por los 2 oídos, o no es capaz de seguir un programa de TV a un volumen aceptable para los demás", o "no eran capaz de seguir una conversación de tres o más personas", encontrándose una prevalencia de hipoacusia de 17,8% para la población de 15 a 24 años, 16,2% en personas de 25 a 44 años, 23,4% entre los 45 y 64 años y 45,1% en los mayores de 65 años [25].

La reciente encuesta poblacional RAHL (Rapid Assessment of Hearing Loss) aplicada a mayores de 50 años residentes en Santiago, en la que se hizo medición de la audición de las personas en sus casas, mostró una prevalencia de hipoacusia en este grupo etario de cualquier grado de severidad de 41%, con una fuerte gradiente por edad, pasando de 25,5% en la población de 50 a 59 años a 76,8% en los mayores de 80 años. Considerando solo aquellos con hipoacusia moderada o más, que corresponde a aquellos que tienen indicación absoluta de audífonos, este porcentaje es de un 14,5% [34]. Este estudio mostró además que las personas con hipoacusia tenían mayor probabilidad de presentar compromiso cognitivo medido con la versión acortada de la escala de valoración cognitiva Mini Mental, lo cual marca la importancia de tratar la hipoacusia como una medida de prevención de deterioro cognitivo y demencia [34], lo cual es concordante con la literatura internacional[35].

En Chile, la carga de enfermedad de la hipoacusia, medida por años perdidos por discapacidad es de 1,88% (1,44%–2,45%). Sin embargo, este porcentaje sube a 3,03% (2,26%–3,94%) en la población sobre 70 años [29].



4. MODELOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD AUDITIVA

Redes de Atención en Salud (RASs)

De acuerdo a lo señalado por la OPS, el concepto de “redes” implica integración, y las define como: organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, con base en la atención primaria de salud, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad y con responsabilidades sanitaria y económica y generando valor para la población [19]. Son tres los elementos constitutivos de las redes de atención en salud:

- a) Población: donde enfoca su responsabilidad sanitaria y la atención de salud.
- b) Estructura operacional de las redes. Se encuentra constituida por nodos o puntos de red donde se brinda atención y continuidad de cuidados, comunicándose entre sí por las conexiones materiales e inmateriales.
- c) Modelos de atención de salud.

Redes Integradas de Atención en Salud (RASs) centradas en las personas

El concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), es impulsado por la OMS y la OPS, definiéndola como: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” [19].

La metodología de trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propone cuatro ámbitos de abordaje, para avanzar hacia modelos de atención integrados y centrados en los usuarios: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategias, Organización y Gestión, y Asignación de recursos e incentivos.

Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria

A partir de la Reforma de Salud del año 2005, se impulsó el desarrollo de este modelo, al cual posteriormente se precisó su definición, poniendo en el centro al usuario y la operacionalización del mismo. El Modelo se ha definido de la siguiente forma: “Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena” [36].

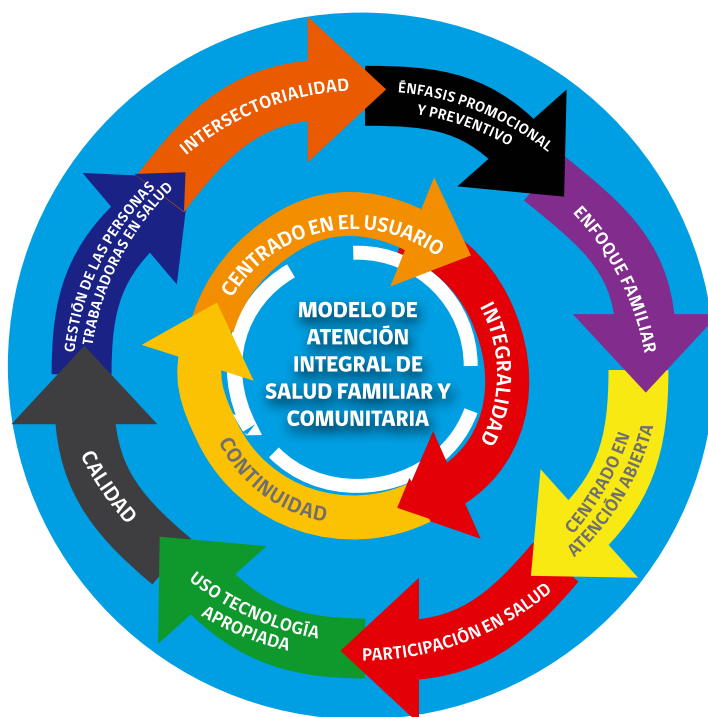
Es un modelo, que en lo esencial busca [36]:

- i) Acercar la atención de salud a la población beneficiaria;
- ii) Promover un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, considerando que su abordaje es esencial dado la alta proporción de causas prevenibles.
- iii) Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación en el cuidado de la salud, lo cual requiere concientización de parte de la población;
- iv) Entregar atención de calidad y altamente resolutive (uso de tecnología adecuada y

evidencia científica).

- v) Integrar y coordinar efectivamente la atención de salud en la red asistencial, y con la comunidad.

Figura 3: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



Fuente: [36]

Como muestra la figura 3, este modelo define una serie de principios, los cuales deben ser transversales a las intervenciones realizadas, en cualquier nivel de atención[36]:

- a) **Centrado en las personas:** Establece un modelo de relación entre el equipo de salud y las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud. Asimismo, se enfoca en las necesidades individuales y familiares, permitiendo conocer la autopercepción de las personas con hipoacusia y su autocuidado.
- b) **Énfasis en lo promocional y preventivo:** Mantener una actitud anticipatoria, fortaleciendo factores protectores de la salud auditiva, los cuales son conocidos y susceptibles de trabajarse con la comunidad.
- c) **Enfoque de salud familiar:** Aumenta la efectividad de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación en salud auditiva a través de la adecuada participación de la familia.
- d) **Integralidad:** Permite abordar holísticamente a las personas con hipoacusia, desde un punto de vista biológico, psicológico, emocional, social, espiritual, permitiendo tomar conciencia de ellas, y contribuir a mejorar su calidad de vida, así como su plena participación social.

- e) **Énfasis en lo ambulatorio:** Priorizar los procesos de atención abierta para las personas con hipoacusia, a través de sistemas eficientes de referencia y contrareferencia.
- f) **Participación:** Mantener una comunidad saludable, que mejora sus resultados en salud como producto de la acción conjunta entre el sistema de salud y otros sectores con una comunidad activa. La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Un enfoque basado en la comunidad ayuda a asegurar que el desarrollo alcance a todos y facilita iniciativas más inclusivas, realistas y sostenibles [37].
- g) **Intersectorialidad:** Lograr la acción conjunta, coordinada y sistemática del sistema de salud con otras instituciones y sectores generando sinergias y como consecuencia, mejores resultados en salud para las personas con hipoacusia.
- h) **Calidad:** Entregar los servicios de atención de salud de acuerdo a las normativas técnicas establecidas.
- i) **Continuidad de la Atención:** Asumir la responsabilidad de la colaboración en el cuidado de las personas con hipoacusia en distintos niveles asistenciales.

5. FUNDAMENTOS DE LA ATENCIÓN Y GESTIÓN EN REHABILITACIÓN

La rehabilitación auditiva es un proceso dinámico y sus beneficios se maximizan con una atención oportuna, temprana, interdisciplinaria e intensiva, teniendo un importante valor en la prevención de complicaciones y secuelas secundarias, evitando discapacidad y dependencia.

Aborda al individuo como un todo, en su interacción con el ambiente y desarrolla estrategias terapéuticas para influir en estas áreas directamente, y a través de la activación de redes internas o intersectoriales, facilitando la inclusión de las personas en la sociedad.

En nuestro sistema de salud, en la atención primaria (UAPORRINO) y secundaria (Servicios de otorrinolaringología), el equipo de rehabilitación considera el grado de hipoacusia, la adherencia y oportunidad al acceso de tecnologías auditivas y otros factores asociados al curso de vida, así como el entorno familiar y social, generando planes con objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo, trabajo que en coordinación con los equipos de rehabilitación del nivel primario (salas de RBC) y/o secundario (unidades/Servicios de Rehabilitación), permite el enfoque interdisciplinario. Además, el proceso aborda las coordinaciones necesarias con el intersector, destacando en la población infantil el sector educación, donde los educadores diferenciales juegan un rol en el desarrollo de estas personas.

6. PRIORIDADES SANITARIAS EN HIPOACUSIA EN EL CICLO DE VIDA

El Reporte Mundial de la Audición lanzado el 3 de marzo del 2021 propone un continuo de servicios coordinados cubriendo la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, acorde a las necesidades de las personas en todas las etapas del ciclo de vida. Los servicios se organizan alrededor de las personas. Para lo cual se propone incorporar[1]:

- ★ Empoderamiento de la comunidad: a través del acceso de la información que permita una mayor aceptación y uso de los recursos.

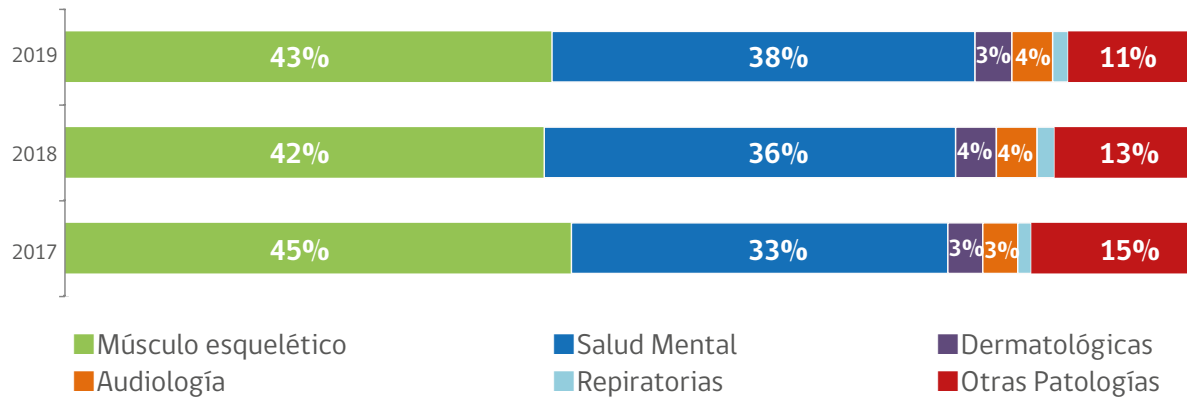
- * Fortalecimiento de una gobernanza participativa donde la comunidad sea consultada para que sean priorizadas las necesidades más urgentes.
- * Reorientar la atención priorizando la atención primaria de salud cercana a sus casas, al mismo tiempo asegurando un acceso de alta calidad a servicios clínicos secundarios y terciarios, en forma coordinada a través de claros flujogramas.
- * Coordinación con otros sectores tales como educación, economía, social, trabajo, sector privado y judicial.
- * Un sistema de salud construido en base a [1]:
 - Liderazgo y Gobierno que a través de políticas, vigilancia, asociaciones y regulaciones guíe el sistema de salud para promover el acceso a la atención de salud de personas con hipoacusia o enfermedades del oído, integrando las propuestas del HEARING a los planes de salud.
 - Financiamiento.
 - Información acerca de evaluación de necesidades y determinantes en salud, para lo cual son útiles las encuestas poblacionales e indicadores de monitoreo, tanto de estructura, proceso como resultados y de equidad en salud.
 - Productos de calidad y seguros incluyendo equipamiento para tamizaje y diagnóstico, fármacos (incluidas las gotas óticas), equipamiento quirúrgico y tecnología para mejorar la audibilidad tales como audífonos e implantes cocleares y de oído medio.
 - Disponibilidad de grupos de trabajo competentes, productivos, motivados y empoderados, los que se fomentan a través de la capacitación, el entrenamiento, experiencias compartidas, el trabajo en diferentes niveles de atención y la telemedicina.

Prevención de hipoacusia

En el caso de la hipoacusia en la infancia, un 60% de éstas son producidas por causas prevenibles, principalmente por infecciones congénitas o de la infancia tales como parotiditis, rubéola, meningitis, sarampión e infecciones del oído, causas relacionadas al nacimiento (prematurez, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia y complicaciones del parto) y uso de drogas ototóxicas [38]. Si bien la proporción de causas prevenibles es mayor en países de bajos ingresos (75% v/s 49%) el continuo trabajo de control de estos factores antes del parto y durante los primeros años de vida, permite reducir la aparición de hipoacusia en niños y niñas.

En adolescentes y adultos, la exposición a ruidos fuertes, ya sea en un ambiente laboral o recreacional, ocupa un rol fundamental como agente de riesgo. Otros factores de riesgo son las infecciones crónicas de oído y ototóxicos [39]. Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), desde el año 2017 al 2019, el diagnóstico audiológico es el tercero de las denuncias por enfermedad profesional, dentro de las denuncias calificadas como enfermedad profesional (con incapacidad temporal y/o permanente), el 5,6% corresponde a hipoacusia. Si consideramos las denuncias calificadas como enfermedad profesional con alta inmediata (sin días perdidos y/o sin incapacidad permanente), el diagnóstico de hipoacusia aparece en el 19,8% de los casos y la exposición ocupacional al ruido en un 5,8% [40].

Figura 4. Diagnósticos de las Denuncias por Enfermedades Profesionales Calificadas. Mutualidades de ISL, 2017-2019.



Fuente: [41]

Con la finalidad de prevenir los efectos de la exposición laboral al ruido y conservar la audición de los trabajadores, el año 2011 se aprobó mediante el Decreto Exento N°1029 del Ministerio de Salud, el “Protocolo sobre Normas Mínimas para el desarrollo de Programa de Vigilancia de la Pérdida Auditiva por exposición a ruido en los lugares de trabajo”, también llamado protocolo de exposición ocupacional a ruido (PREXOR), el cual fue derogado por el Decreto Exento N°1053 de 2013, y mediante el mismo acto se aprobó la Norma Técnica N°156 denominada “Protocolo sobre Normas Mínimas para el desarrollo de Programa de Vigilancia de la Pérdida Auditiva por exposición a ruido en los lugares de trabajo” que establece que todos los trabajadores con una exposición igual o superior a 82dB, por al menos 8 horas ingresarán a vigilancia de salud auditiva, en donde se realizará un seguimiento de su nivel de audición, a través de evaluaciones auditivas periódicas realizadas de acuerdo a los requisitos de calidad señalados por el Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Ocupacional, del Instituto de Salud Pública de Chile[42]. Así mismo se deberán aplicar medidas de control de la exposición al ruido laboral.

Diagnóstico oportuno

La prevalencia de hipoacusia congénita bilateral permanente en el mundo es de 1 por 1.000 recién nacidos/as [43]. Históricamente, la sospecha diagnóstica estaba limitada a la observación de la respuesta conductual al sonido, en cuyo caso el diagnóstico en una gran proporción de los niños y niñas afectados que eran pesquisados con este método era tardío, cuando ya el niño o niña demostraba un retraso irreversible en el desarrollo del lenguaje. Posteriormente, los avances tecnológicos en el campo de la audiología han provocado que la edad de detección de la hipoacusia disminuya, aunque esto ha sido más notorio en los países donde se han implementado programas de tamizaje [44]. Es así como en países que implementan programas de tamizaje universal, como por ejemplo Francia, la edad de diagnóstico disminuyó de 17 meses a 10 semanas [45]. Por otro lado, en Estados Unidos, mientras en el año 2000 la edad promedio de diagnóstico era entre los 2 y 3 años [46], ésta disminuyó a 3,9 meses, alcanzando una cobertura de 95% de los recién nacidos [47], considerando las recomendaciones realizadas por Joint Committee of Infant Hearing (JCIH) en el año 2000 [48].

La importancia de la detección oportuna de la hipoacusia congénita radica en que el diagnóstico tardío impacta en el desarrollo del lenguaje, en las habilidades de comunicación, y en el desarrollo cognitivo y social de las personas [49], ya que pérdidas auditivas no detectadas y no intervenidas impedirán el desarrollo adecuado del lenguaje y del conocimiento. Lo anterior resulta en daños que afectan el desarrollo social, emocional, cognitivo y académico.

La detección y tratamiento en forma temprana de los niños y niñas con pérdidas auditivas permite el correcto desarrollo de habilidades lingüísticas[4]. Se ha propuesto que una intervención antes de los 6 meses de edad mejora significativamente el desarrollo del lenguaje en relación a quienes son tratados después, e inclusive puede lograrse comunicación y desarrollo dentro de límites normales para la edad [49]. Una derivación precoz a servicios de rehabilitación que aseguren la continuidad del tratamiento de la persona favorecerá su más alto nivel de funcionamiento.

En esta línea, el estudio de costo efectividad del *screening* y tratamiento de hipoacusia bilateral en recién nacidos/as realizado por MINSAL el año 2013, concluyó que se debe ampliar la cobertura del diagnóstico precoz de hipoacusia que actualmente solo cubre a prematuros, ya que esto conlleva un ahorro en términos educacionales y en salud, entre otros [50]. El año 2020 se promulgaron dos resoluciones que permiten el financiamiento del tamizaje auditivo neonatal en la atención de partos bajo la modalidad institucional (Resolución Exenta N° 39, de 23 de enero de 2020, de la Subsecretaría de Salud Pública) y bajo la modalidad de libre elección (Resolución Exenta 54). Esta última resolución codifica los dos exámenes de tamizaje auditivo, permitiendo cubrir así a la población adscrita a ISAPRE también.

Otro foco de atención para hacer tamizaje auditivo, es la de los niños y niñas que ingresan a régimen escolar, ya que pueden haber perdido el seguimiento de una hipoacusia neonatal o desarrollar una hipoacusia congénita de aparición tardía [13]. JUNAEB posee un programa que incluye, pesquisa o sospecha de daño, en niños y niñas de pre-kínder, kínder y primero básico, a través de un cuestionario para padres, madres y cuidadores, los que son tamizados y derivados a especialista si el tamizaje resulta alterado, con acceso a tratamiento y vigilancia de la patología hasta el egreso de enseñanza media. Dicha acción es orientada a establecimientos educacionales subvencionados por el estado (municipales, particular subvencionados y de Servicios Locales de Educación - SLE) [51].

En relación al tamizaje auditivo en adultos, hay evidencia que muestra que los adultos que son tamizados presentan una mejor respuesta a tratamiento [52]. Por otro lado, los profesionales de atención primaria a menudo son los primeros en identificar la hipoacusia y juegan un rol importante para la detección y referencia de personas para tratamiento [53].

Atención continua en la red sanitaria y sociosanitaria

La fragmentación de los sistemas de salud es un desafío transversal a todos los países de América Latina y el Caribe, en donde Chile no es la excepción. Esta problemática, corresponde a un factor crítico a intervenir a través de la evaluación y optimización de los mecanismos de referencia y contrareferencia, no tan solo entre los niveles asistenciales, sino también con el intersector.

La OMS define servicios de salud integrales como “la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”[54], lo cual permite mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

Como muestra un estudio para Chile, la satisfacción usuaria en relación a la atención recibida en el servicio de otorrinolaringología es buena. Sin embargo, las variables que aglutinan el mayor grado de insatisfacción son aquellas relacionadas a la percepción de resolución de problemas, esto es coincidente con otros estudios donde la insatisfacción surge de los tiempos de espera [55]. Esto marca la importancia de integrar los servicios, de modo que se entreguen fluidamente.



Tratamiento y atención de rehabilitación de calidad y oportuna

La rehabilitación, basada en los principios de atención oportuna, temprana e interdisciplinaria, busca la prevención de complicaciones secundarias, para evitar o disminuir la discapacidad de las personas con pérdida auditiva.

Para cumplir con ello, se debe buscar generar acciones en los distintos niveles de atención y complejidad del sistema de salud, asegurando la continuidad de la atención, desde los programas de rehabilitación de mayor especialidad, hasta aquellos de carácter comunitario de complejidad más baja, comenzando desde la detección, implementación y tratamiento de los usuarios.

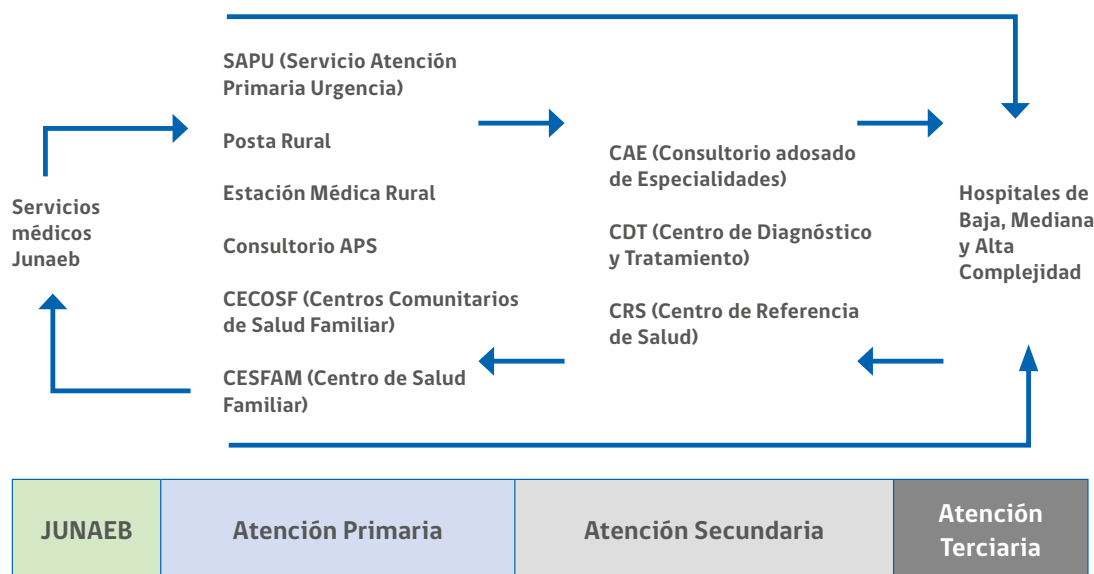
Además, se debe generar planes de intervención con objetivos terapéuticos que respondan a las necesidades particulares de cada individuo, considerando aspectos de la condición de salud (como la gravedad) y factores asociados al curso de vida del usuario como son su entorno familiar y social, considerando la totalidad de la persona, conversando además con distintos actores del intra e intersector para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

La implementación del GES ha permitido la entrega de audífonos e implantes cocleares con un margen de tiempo acotado [24]. Estos avances tecnológicos, sobre todo si son entregados a tiempo, mejoran aspectos relacionados con la calidad de vida, especialmente en la comunicación, al permitir el desarrollo del lenguaje [38]. Los estudios que han utilizado la rehabilitación auditiva como complemento a la utilización de audífonos, han demostrado efectos positivos en términos de actividad, participación y uso de estrategias de comunicación y bienestar psicológico [56].

Las características de los planes de rehabilitación auditiva, dependerán principalmente del tipo de hipoacusia que presente según el desarrollo del lenguaje, si se trata de origen antes de la adquisición del habla (prelocutivo) o posterior a este (postlocutivo)[2].

7. RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN EN LA SALUD AUDITIVA Y CUIDADO DEL OÍDO

Figura 5: Establecimientos de la red de atención de salud.



Fuente: [57]

Como se ve en la figura 4, la atención de salud se entrega mediante una red interconectada de establecimientos de salud atención primaria, secundaria y terciaria, la atención primaria además se articula con los servicios médicos de JUNAEB. Actualmente se cuenta con 2118 establecimientos de atención primaria [57]. La atención especializada de otorrinolaringología de Atención Primaria de Salud (APS) se realiza en las Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología (UAPORRINO), cuya implementación comenzó el año 2018. A la fecha, existen 18 de estas unidades en el país y cubren a la población de la comuna a la que pertenecen, además de las compras de servicio en el resto del país. Las UAPORRINO tienen atención de otorrinolaringología, audiología, y rehabilitación, de modo de acercar la atención a la comunidad, pudiendo entregar audífonos a la población diagnosticada entre los 4 y 64 años de edad.

En la atención secundaria, compuesta por CDT (centro de diagnóstico y tratamiento), CAE (centro de atención de especialidades), CRS (centro de referencia de salud). En este nivel se entregan consultas por otorrinolaringología, atención audiológica y rehabilitación. Durante el año 2019 se realizaron 358.886 atenciones por Otorrinolaringología (ORL) en el sistema público de salud [58] y 592.579 procedimientos de apoyo clínico por el sistema privado de salud durante el año 2018 [59].

En relación a la atención terciaria de la red pública de salud, de los 196 establecimientos de atención terciaria que hay en Chile, 37 establecimientos ofrecen atención otológica y audiológica. En la atención privada de salud se cuentan 204 establecimientos. Durante el año 2018 hubo 5.657 egresos hospitalarios por patologías del oído, 3.017 de Hospitales de la red pública de salud lo que representa un 53,3% del total de egresos y 2.631 de la red privada de salud. Del total de egresos de la red pública, el 31,7% corresponde a la Región Metropolitana [60].

JUNAEB atiende a estudiantes de segundo básico a cuarto medio, derivados de atención primaria para la realización de exámenes auditivos, la entrega de ayudas técnicas tales como audífonos, implantes auditivos, recambio de procesadores y la rehabilitación[51].

a. Recurso humano disponible

Según la Superintendencia de Salud, en el año 2020 el número de otorrinolaringólogos en Chile llegaba a 585 [59], lo que da una proporción de 3,12 por cada 100.000 habitantes, concentrándose un 62% en la Región Metropolitana[61]. Un estudio comparó la tasa de otorrinolaringólogos por millón de habitantes en 15 países de Latinoamérica, encontrándose tasas que van de 61 a 2,8; en Chile la tasa encontrada fue de 42,3 siendo la tercera más alta entre los países estudiados[62]. En relación a los audiólogos—los que pueden ser tecnólogos médicos con mención en otorrinolaringología o fonoaudiólogos con postítulo en audiología—se registran en Chile 363 tecnólogos médicos con mención en otorrinolaringología adscritos a la Sociedad Chilena de Audiología (SOCHIAUDIO), y 189 fonoaudiólogos adscritos a la Sociedad Chilena de Audiología y Rehabilitación (SOCHIAR), lo que da una proporción de 3,2 por cada 100 000 habitantes. Forman parte del equipo rehabilitador los fonoaudiólogos (que llegan a 5.633 en 2020, de acuerdo a los reportes de la Superintendencia de Salud) y los terapeutas ocupacionales, los cuales corresponden a 5.827 profesionales en 2020.

Para la integración de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con hipoacusia muchas veces se requiere el trabajo de profesores diferenciales e intérpretes. En el año 2018 se registraron 825 profesores de educación diferencial trabajando con estudiantes con hipoacusia en escuelas con programa de integración, 216 intérpretes en 148 establecimientos de todas las regiones del país y 55 co-educadores con hipoacusia en 34 establecimientos, de acuerdo a datos aportados por el Ministerio de Educación.

Sumado a lo anterior, la JUNAEB, dependiente del Ministerio de Educación, realiza una evaluación auditiva y tratamiento a escolares de establecimientos educacionales subvencionados por el estado (municipales, particulares subvencionados y de Servicios Locales de Educación- SLE), y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) apoya a centros que brindan atención otológica y entrega ayudas técnicas, tales como audífonos.

b. Oferta programática actual del sector salud para las personas con hipoacusia

En agosto del año 2004, se promulgó la Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Éstas son un conjunto de 85 condiciones de salud con garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, para las personas afiliadas a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Dentro de las 85 patologías existen tres que abordan la hipoacusia:

GES 59 Hipoacusia sensorineural bilateral en el prematuro: incorporada el 2006, que incluye el tamizaje, confirmación, rehabilitación y tratamiento (audífonos o implante coclear) de por vida de recién nacidos con un peso menor o igual a 1.500 gramos o una edad gestacional menor o igual a 32 semanas.

GES 77 Hipoacusia sensorineural moderada en menores de 4 años: incluida el año 2013 garantiza la rehabilitación y el tratamiento (audífonos o implante coclear) de por vida de niños y niñas nacidos desde el 1 de enero del 2013 diagnosticados con hipoacusia antes de cumplir los 4 años de edad.

GES 56 Tratamiento de hipoacusia sensorineural bilateral en mayores de 65 años: incorporada el año 2007, incluye el tratamiento (audífonos) y rehabilitación de personas con más de 65 años con hipoacusia.

Por su parte, la Ley N° 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, crea en junio del año 2015 un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, en el año 2018 se incorporó a esta el Implante Coclear Unilateral para Hipoacusia Sensorineural Bilateral Severa o Profunda Postlocutiva, para mayores de 4 años. Adicionalmente, las personas adscritas a FONASA que no puedan acceder al GES o a la Ley Ricarte Soto pueden postular al programa de Implantes Cocleares de MINSAL-FONASA.

Finalmente, el tamizaje auditivo a todos los recién nacidos, se encuentra financiado por el seguro nacional de salud FONASA a partir del año 2020, incluido en el código de parto, tanto para los partos en los hospitales de la red pública de salud [15], como los partos en clínicas privadas, bajo el sistema PAD, por otro lado, al estar codificadas ambas exámenes de tamizaje (Emisiones otacústicas y potenciales automatizados de tronco cerebral) reciben un porcentaje de bonificación también por los seguros privados de salud (ISAPRES) [14].

El registro de las personas que ingresan al GES se realiza a través de la plataforma Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES). Para las personas que ingresan a la Ley Ricarte Soto se cuenta con la plataforma de FONASA. Finalmente, las personas que ingresan al programa MINSAL se registran a nivel central.

JUNAEB el año 2019 realizó 53.756 tamizajes auditivos, 25.062 exámenes auditivos, 21.742 atenciones por otorrinolaringología, entregó 1451 tratamientos médicos, 1168 audífonos, 1436 mantenciones de audífonos, 12 implantes cocleares y 3080 sesiones de rehabilitación.

CAPÍTULO II: PLAN DE ACCIÓN 2021-2030

Justificación y descripción del Plan Nacional de Salud Auditiva y Cuidado del Oído 2021 - 2030

Buena parte de las causas de la pérdida auditiva se pueden prevenir o mitigar. Por otro lado, son muchas las personas aquejadas por esta afección que se pueden beneficiar de la prestación de intervenciones apropiadas y en tiempo oportuno. El perfil y las causas de la pérdida de audición varían mucho entre y dentro de las regiones, como ocurre también con la disponibilidad de la infraestructura y los recursos requeridos para su manejo. Es por tanto fundamental que cada país elabore su propio plan estratégico para el control de la pérdida de audición y las causas conexas [63].

La formulación de un plan estratégico holístico e integrado constituye el primer paso hacia la dispensación de unos servicios eficaces y sostenibles de atención otológica y audiológica [63]. El que adecuadamente ejecutado y evaluado permite reducir la prevalencia, la incidencia y el impacto de la pérdida auditiva en la comunidad.

1. DEFINICIONES ESTRATÉGICAS

Misión

Desarrollar e implementar un Plan Nacional de Salud Auditiva en Chile, que promueva la audición segura y prevenga la aparición de hipoacusia y patología de oído, favoreciendo el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación a través de una red asistencial integrada que ofrezca una atención oportuna, continua y de calidad, estimulando además la inclusión social de las personas con hipoacusia.

Visión

Chile es un país donde las personas cuentan con un plan de salud que contribuya a los entornos saludables y prevenga la aparición de hipoacusia y patología de oído. Promoviendo la provisión de servicios asistenciales en red, con equipos interdisciplinarios especializados, integrados y eficientemente intercomunicados entre sí y con otros sectores, para las personas con hipoacusia o patología de oído, desde un enfoque de derechos, determinantes sociales, curso de vida, estimulando la inclusión de las personas con discapacidad auditiva y dando espacio a todas las formas de comunicación.

Población objetivo

Todas las personas, especialmente aquellas con hipoacusia o patología de oído.

Objetivo general

Disminuir el número de personas con hipoacusia o patología de oído, y cuando está presente, mejorar su calidad de vida y funcionamiento contando con un sistema de salud integral, accediendo a prestaciones acorde a sus necesidades, con protección financiera, mediante un trabajo intersectorial, coordinado e integrado entre los distintos niveles de la red asistencial, y una inclusión social que les permita su óptima participación en sociedad.

Lineas estrategicas

Este plan de acción cuenta con seis líneas estratégicas priorizadas sobre las que se definen los objetivos del Plan Nacional.

Línea estratégica 1 – Educación, promoción y prevención: Esta línea agrupa iniciativas que fomentan el conocimiento de la población respecto a la importancia del cuidado del oído y la audición, como también las acciones que apuntan en esa dirección, y a la vez la elaboración de normativa enfocada en la prevención del daño auditivo y el diagnóstico temprano de la hipoacusia.

Línea estratégica 2 – Provisión de servicios: Esta línea presenta iniciativas que buscan mejorar el acceso, oportunidad y calidad a servicios de salud del oído y la audición, en los ámbitos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Línea estratégica 3 – Fortalecimiento de la red integrada de atención de salud: mediante una adecuada cantidad y calidad de profesionales de la salud, así como infraestructura y equipamiento que permitan implementar las acciones descritas.

Línea estratégica 4 – Fortalecimiento de los sistemas de información: El fortalecimiento de sistemas de información se reconoce como clave para poder cuantificar y entender las necesidades de salud del oído y de la audición, con el fin de relevar sus problemas y diseñar soluciones adecuadas, basadas en evidencia.

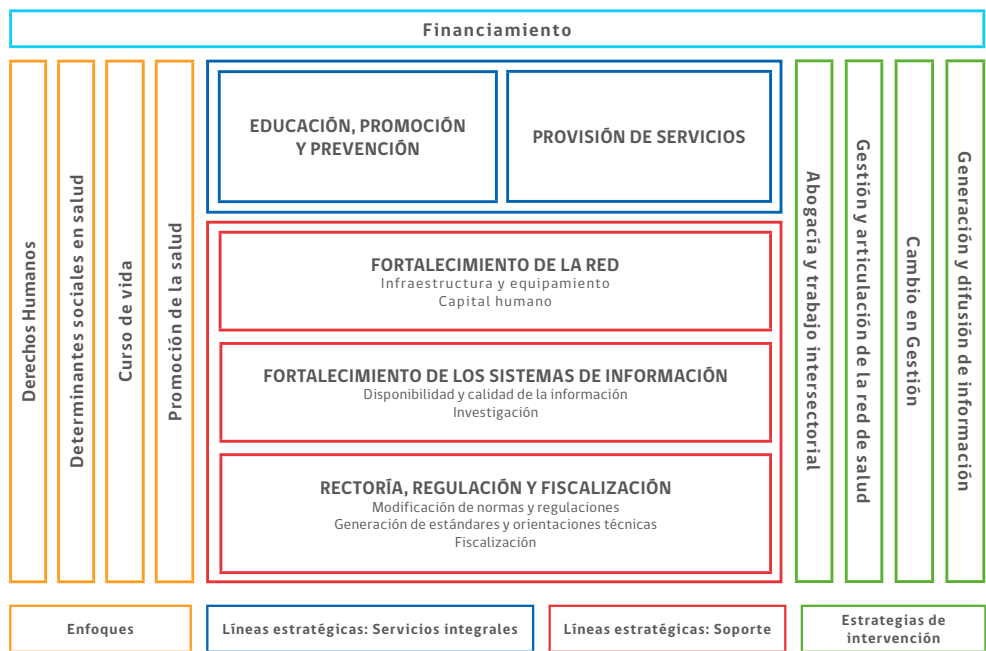
Línea estratégica 5 – Rectoría, regulación y fiscalización: Las acciones de rectoría, regulación y fiscalización permiten dotar al Plan de un marco que asegure su correcta implementación, junto con incrementar la sostenibilidad de éstas y otras iniciativas destinadas a la salud del oído y la audición a lo largo del tiempo.

La implementación y sustentabilidad de las acciones planteadas en el Plan requieren financiamiento para su ejecución. El Plan se basa en la implementación de actuales iniciativas de continuidad presupuestaria, proponiendo ajustes para la ejecución de nuevas acciones a futuro, una mejor coordinación en la actual oferta de servicios de salud y un mayor enfoque preventivo, que aumente la eficiencia del gasto.

Línea estratégica 6 – Financiamiento: Las acciones de esta línea transversal contemplan iniciativas destinadas a disminuir las brechas de financiamiento de las distintas áreas del plan, presentar proyectos de expansión de inversión mejora de infraestructura y recursos humanos.

La estructura de la propuesta se basa en acciones concretas donde se indican, los objetivos, las metas, los plazos de cumplimiento y los indicadores de proceso y resultado de cada una de las áreas anteriormente mencionadas. Estos indicadores permitirán entregar información fundamental para reconocer los avances, obstáculos y medidas de corrección que se deberán considerar a la hora de cumplir con los objetivos planteados en el Plan Nacional. La Figura corresponde a una matriz que pretende resumir en una imagen el plan de acción que se ha propuesto y cómo cada una de las líneas estratégicas se relaciona entre sí, también explicita ciertos enfoques que orientan el diseño.

Figura 6: Matriz del plan de acción



Fuente: Elaboración propia, Minsal 2021.

2. ENFOQUES INTEGRADORES

Las iniciativas contenidas en este documento consideran enfoques integradores y vinculantes con las líneas estrategias propuestas en el Plan de Acción, las cuales orientan la manera de enfrentar un abordaje integral e integrado con los distintos actores de la red de salud y actores sociales identificados. Estos enfoques no son excluyentes, son transversales y complementarios y aportan a esta mirada integradora, por lo que, deben ser incorporados de manera permanente como herramienta de ayuda y al mismo tiempo, como condición fundamental para una mejor calidad de la atención de salud. Esto, en concordancia con las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales.

Enfoque de derechos humanos

Considera el reconocimiento del pleno ejercicio de los derechos de las personas a lo largo de su curso de vida, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que les atañen directamente. Concibe a las personas como sujetos activos, participativos, creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y solución de sus necesidades.

Enfoque de determinantes sociales en salud

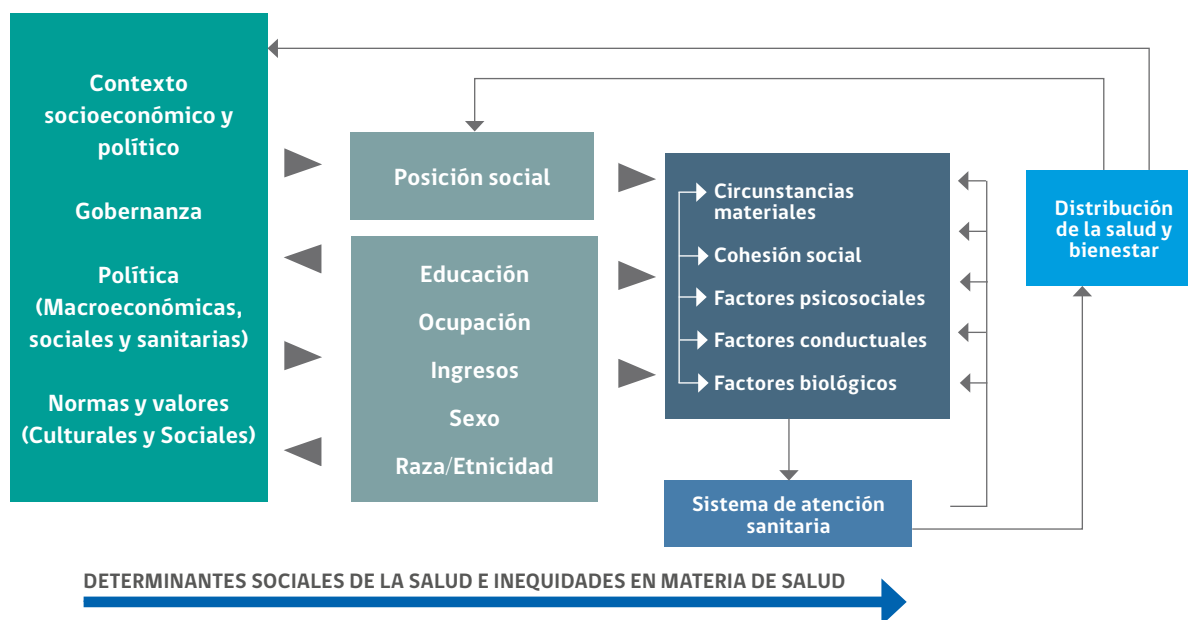
Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que éstas viven y trabajan, mediadas por los procesos de estratificación social y postulando que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida de las personas. En definitiva, la OMS, identifica tres elementos centrales del modelo de determinantes sociales [64]:

1. Por un lado, el contexto social y político, que abarca múltiples elementos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, difíciles de cuantificar a niveles individuales.
2. Determinantes estructurales, que definen la posición socioeconómica de una persona o grupo;
3. Determinantes intermedios, que provienen de la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las personas. Dentro de este marco, el sistema de atención de salud es un factor más, pero no la principal fuerza que determina la salud de los individuos.

Estos determinantes interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose.

La evidencia muestra que estos determinan la aparición de hipoacusia e impactan en el éxito en su tratamiento, rehabilitación e inclusión social [65].

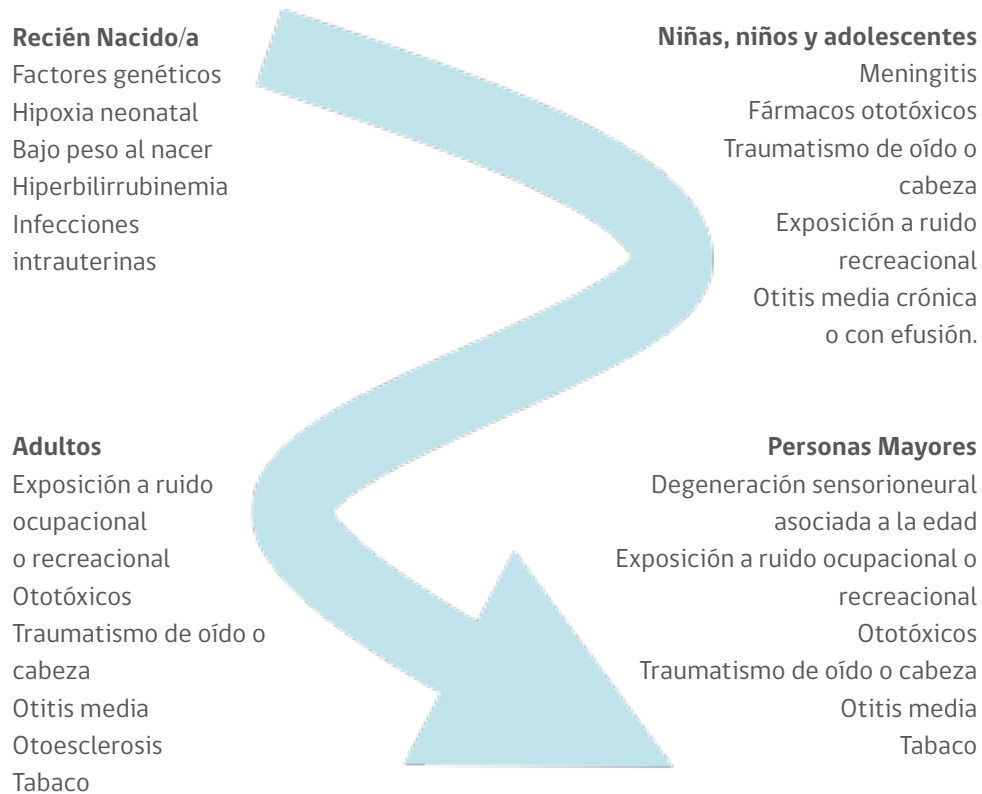
Figura 7: Determinantes Sociales en Salud



Fuente: (66).

Enfoque de curso de vida para el abordaje de factores de riesgo y protección de hipoacusia

Este enfoque evalúa los riesgos físicos y sociales que se producen a lo largo del ciclo vital, desde la gestación hasta la edad madura, determinando el riesgo de desarrollo de los procesos biológicos, de comportamiento y psicosociales que intervienen a lo largo del ciclo de vida [67]. Las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población en las etapas posteriores de la vida[68]. Destaca la importancia de todas las edades y etapas de la vida así como del contexto intergeneracional en el que el individuo se desenvuelve[69]. Este enfoque no solo aborda la enfermedad, sino que construye la buena salud para alcanzar el capital humano más alto posible[68].

Figura 8. Factores de riesgo de hipoacusia a lo largo del ciclo vital

Fuente: Elaboración propia del departamento de ciclo vital en base a Reporte Mundial de la Audición [1]

Tal como se explica anteriormente, la hipoacusia puede ser congénita o adquirida. De los recién nacidos/as con hipoacusia, solo un 50% tiene algún factor de riesgo como: historia familiar de hipoacusia hereditaria, hospitalización en unidad de cuidado intensivo neonatal más de 5 días o menos días pero con oxigenación extracorpórea o hiperbilirrubinemia, TORCH, malformación craneofacial, peso al nacer menor a 1.500 gramos, y uso de ototóxicos. Los dos primeros son factores de riesgo de neuropatía auditiva, que es una forma de presentación de la hipoacusia presente en un 6% de los recién nacidos/as [2].

Como se observa en la figura anterior, dentro de las hipoacusias adquiridas en la adolescencia y adultez se cuentan como factores de riesgo: infecciones (tales como meningitis, parotiditis, escarlatina y sarampión), exposición a ruidos o sonidos fuertes en un contexto laboral o recreacional, enfermedades crónicas del oído medio, trauma encéfalo craneano, uso de ciertos medicamentos ototóxicos y tabaco. Luego, en personas mayores, se agrega la degeneración sensorial y neural asociada a la edad [1] [70].

Se describen como factores protectores en ciclo de vida: la inmunización, la lactancia materna, el evitar la llegada de ruidos o sonidos fuertes al oído interno, protección contra fractura de cráneo y estilos de vida saludable [1].

Enfoque de la promoción de la salud

“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control y mejorar su salud”[71].

Un enfoque de promoción de la salud, implica un método interdisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un “sistema completo” en lugares o contextos sociales en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar salud y el bienestar[71].

Promover la salud y el desarrollo exige la participación de todos los sectores de la sociedad civil; el reconocimiento de las condiciones de la salud, y la definición de prioridades para la toma de decisiones de actuación en pro del bienestar social y comunitario[72].

La promoción de la salud en los lugares donde la gente estudia, trabaja y convive es la esencia del desarrollo local y del mejoramiento de la calidad de la vida, su propósito es el mejoramiento de los aspectos de bienestar y calidad de la vida[72].

A nivel intersectorial, la promoción de la salud es de gran importancia para mejorar los factores determinantes de la salud y la equidad, y generalmente se realiza en ámbitos exteriores al sector de la salud[72].

3. RESUMEN DEL PLAN DE ACCIÓN SALUD AUDITIVA

ÁREA	Objetivos
LE1: Educación, promoción y prevención	
1. Creación de conciencia y sensibilización	Aumentar la información y conocimiento de la salud auditiva en la población. Promover la integración de personas con discapacidad auditiva.
2. Promoción del autocuidado	Aumentar el autochequeo de audición. Disminuir la prevalencia de hipoacusia y patología de oído medio en escolares de 6 años.
3. Prevención secundaria	Aumentar cobertura de tamizaje auditivo neonatal. Aumentar cobertura de tamizaje auditivo en atención primaria para niños y niñas de 4 años. Realizar tamizaje auditivo a adolescentes de 10 a 19 años en el contexto del control de salud adolescente en atención primaria. Aumentar el diagnóstico precoz de hipoacusia en personas mayores.
LE2: Provisión de servicios asistenciales	
1. Ayudas técnicas	Mejorar el acceso a audífonos en personas de 4 a 64 años. Mejorar el acceso a audífonos e implantes de conducción ósea.
2. Eficiencia de la atención de salud	Aumentar el uso de audífonos en personas mayores de 65 años.
LE3: Fortalecimiento de la red integrada de atención a personas mayores	
1. Capital humano interdisciplinario	Incrementar la densidad de otorrinolaringólogos en el país. Incrementar número de profesionales con capacitación en temas de rehabilitación auditiva.
2. Infraestructura, equipamiento e insumos	Aumentar el número de servicios de obstetricia y neonatología que cuentan con equipamiento mínimo para el tamizaje auditivo neonatal. Aumentar el número de servicios de otorrinolaringología que cuentan con equipamiento mínimo para evaluación diagnóstica y rehabilitación de hipoacusia. Aumentar el número de Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología (UAPORRINO).
LE4: Fortalecimiento de los sistemas de información	
1. Disponibilidad y calidad de la información	Sistema de información centralizado e individualizado de tamizaje auditivo neonatal. Aumentar información disponible sobre temas prioritarios en hipoacusia.
3. Investigación en rehabilitación y discapacidad	Aumentar la investigación en temas relacionados a la salud auditiva.
LE5: Rectoría, regulación y fiscalización	
1. Estándares y documentos legales	
2. Orientaciones y documentos técnicos	
3. Fiscalización	
LE6: Financiamiento	
TOTAL	18. objetivos

4. SÍNTESIS DE LOS DETALLES OPERATIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN SALUD AUDITIVA

Línea estratégica 1. Promoción, educación y prevención

Esta línea agrupa iniciativas que apuntan a fomentar la prevención de la hipoacusia y cuidado de los oídos.

Objetivo 1.1 Aumentar la información y conocimiento de la salud auditiva en la población

- Área al que se vincula: Creación de conciencia y sensibilización.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información.
 - a. Establecer línea base de conocimiento acerca de la relevancia sobre discapacidad auditiva
 - b. Campañas comunicacionales de sensibilización y comunicación social.
 - c. Generación de material informativo sobre riesgo e impacto de la pérdida auditiva.

Objetivo 1.2 Mejorar la accesibilidad de las atenciones de salud para las personas portadoras de hipoacusia.

- Área al que se vincula: Creación de conciencia y sensibilización
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información.
 - a. Capacitación en establecimientos de salud a nivel nacional en diferentes tipos de comunicación en personas con hipoacusia incluida lectura labiofacial y lengua de señas chilena.
 - b. Promover el uso de pantallas para llamar a pacientes que están en la sala de espera.
 - c. Establecer línea base de establecimientos de salud que incorporan estrategias de integración de personas con discapacidad auditiva
 - d. Ayudar a facilitar la evaluación práctica y psicotécnica en los municipios para la entrega y renovación de licencias de conducir.
 - (2) Abogacía y trabajo intersectorial
 - a. Acciones de inclusión de personas con discapacidad auditiva MINSAL/SENADIS/JUNAEB.
 - b. Acciones de inserción escolar de niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva MINSAL/MINEDUC/JUNJI.

Objetivo 1.3 Aumentar el autochequeo de audición.

- Área al que se vincula: Promoción del autocuidado.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información.
 - a. Establecer línea base de personas que reportan realización de al menos un autochequeo al año
 - b. Material informativo sobre autochequeo.

- c. Campaña para incentivar autochequeo en la población.
 - d. Capacitación y difusión del autochequeo en establecimientos de salud
- (2) Abogacía y trabajo intersectorial.
- a. Coordinar actividades con Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Mutualidades para incentivar el autochequeo

Objetivo 1.4 Aumentar cobertura de tamizaje neonatal

- Área al que se vincula: Prevención secundaria
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Identificación de las brechas de cobertura tamizaje neonatal.
 - (2) Cambio en gestión
 - a. Plan de cierre de brechas.

Objetivo 1.5 Realizar tamizaje auditivo en atención primaria para niños y niñas de 4 años

- Área al que se vincula: Prevención secundaria.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Evaluación auditiva para población de 4 años.
 - b. Articulación con JUNAEB para evaluación y tratamiento de niños y niñas de 4 años.

Objetivo 1.6 Realizar tamizaje auditivo en atención primaria en adolescentes de 10 a 19 años en el contexto del Control de Salud Adolescente.

- Área al que se vincula: Prevención secundaria.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Evaluación auditiva para población de 10 a 19 años.
 - b. Articulación con JUNAEB para evaluación y tratamiento de adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.

Objetivo 1.7 Aumentar el diagnóstico precoz de hipoacusia en personas mayores

- Área al que se vincula: Prevención secundaria.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión.
 - a. Evaluación auditiva para población mayor de 60 años.

Línea estratégica 2. Provisión de Servicios Asistenciales

Objetivo 2.1 Mejorar el acceso a audífonos en personas mayores de 15 años

- Área al que se vincula: Ayudas técnicas
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Identificación de brechas de cobertura de audífonos y rehabilitación en mayores de 15 años.
 - (2) Cambio en gestión.
 - a. Plan de cierre de brechas de cobertura programa nacional de audífonos no GES.

Objetivo 2.2 Mejorar el acceso a audífonos e implantes de conducción ósea.

- Área al que se vincula: Ayudas técnicas
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Abogacía y trabajo intersectorial.
 - a. Garantizar el acceso a audífonos e implantes de conducción ósea en la población con hipoacusia de conducción permanente.
 - b. Asegurar continuidad de tratamiento con la entrega de procesadores de habla a personas no beneficiarias de GES o Ley Ricarte Soto

Objetivo 2.3 Aumentar el uso de audífonos en personas mayores de 65 años

- Área al que se vincula: Eficiencia de la atención
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Elaborar flujo de derivación entre APS/Atención secundaria para el diagnóstico oportuno de hipoacusia.
 - b. Elaborar flujos para la renovación oportuna de audífonos
 - c. Incrementar el número de usuarios de audífonos que reciben rehabilitación bajo un protocolo con inclusión de las familias en toda la red de salud (Ej.: ACE).

Objetivo 2.4 Disminuir la prevalencia de hipoacusia y patología de oído medio en escolares de 6 años

- Área al que se vincula: Eficiencia de la atención
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Disminuir lista de espera de población escolar, para atención oportuna y de calidad de otorrinolaringología por patología crónica y aguda de oído

Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Red Asistencial

Objetivo 3.1 Ajustar la densidad y distribución de otorrinolaringólogos en el país, según estándares definidos.

- Área al que se vincula: Capital humano interdisciplinario
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Definición de estándares en número total y distribución de Otorrinolaringólogos
 - b. Análisis de brechas y cierre de brechas de especialistas.
 - (2) Abogacía y trabajo intersectorial
 - a. Abogacía con centros formadores para incrementar formación de profesionales.

Objetivo 3.2 Ajustar número de profesionales con capacitación en temas de rehabilitación auditiva, según estándares definidos.

- Área al que se vincula: Capital humano interdisciplinario
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Capacitación a fonoaudiólogos en rehabilitación auditiva.
 - b. Capacitación a terapeutas ocupacionales y otros profesionales en rehabilitación auditiva

Objetivo 3.3 Ajustar el número de servicios de obstetricia y neonatología que cuentan con equipamiento mínimo para el tamizaje auditivo neonatal, según estándares definidos.

- Área al que se vincula: Infraestructura, equipamiento e insumos.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Establecer equipamiento mínimo para el tamizaje auditivo en recién nacidos/as.
 - b. Plan de cierre de brechas en equipamiento

Objetivo 3.4 Ajustar el número de servicios de otorrinolaringología que cuentan con equipamiento mínimo para evaluación diagnóstica y rehabilitación de hipoacusia, según estándares definidos.

- Área al que se vincula: Infraestructura, equipamiento e insumos.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Establecer equipamiento mínimo para la evaluación diagnóstica de niños, niñas, adolescentes y adultos con hipoacusia.
 - b. Plan de cierre de brechas en equipamiento

Objetivo 3.5 Ajustar el número de Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología (UAPORRINO), según estándares definidos..

- Área al que se vincula: Infraestructura, equipamiento e insumos.
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Cambio en gestión
 - a. Establecer el número mínimo de UAPORRINO necesarias.
 - b. Plan de cierre de brechas de UAPORRINO.

Línea estratégica 4: Fortalecimiento de los Sistemas de Registro, Información y Vigilancia.

Objetivo 4.1 Sistema de información centralizado e individualizado de tamizaje auditivo neonatal

- Área al que se vincula: Disponibilidad y calidad de la información
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Desarrollar un sistema de información centralizada e individualizada de tamizaje auditivo en recién nacidos

Objetivo 4.2 Aumentar información disponible sobre temas prioritarios en Hipoacusia.

- Área al que se vincula: Disponibilidad y calidad de la información
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Generación y difusión de información
 - a. Realizar estudio de costo efectividad de evaluaciones auditivas en niños/niñas y personas mayores.
 - b. Recolección de información en temáticas prioritarias en hipoacusia.
 - c. Inclusión de la temática en el control de salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes

Objetivo 4.3 Aumentar la investigación en temas relacionados a la salud auditiva

- Área al que se vincula: Investigación en rehabilitación y discapacidad
- Estrategias de intervención e iniciativas:
 - (1) Abogacía y trabajo intersectorial
 - a. Abogacía con Ministerio de Ciencias para incentivos a la investigación en el área.
 - b. Abogacía con universidades y centros de investigadores para el desarrollo de tesis en el área.
 - c. Abogacía con Instituto de Salud Pública de Chile para el desarrollo de investigación en el área de salud ocupacional relacionado a la hipoacusia de origen laboral.

Línea estratégica 5: Rectoría, regulación y fiscalización

Objetivo 5.1 Estándares y documentos legales

- Estrategias de intervención e iniciativas:

(1) Generación y difusión de información

- a. Reformulación de certificación de niveles de ruido de equipos, herramientas y dispositivos de uso industrial (ley de etiquetado de equipos industriales de acuerdo a su emisión de ruido).
- b. Incluir etiquetado de equipos audiovisuales de uso doméstico
- c. Actualizar protocolo de exposición a ruido ocupacional (PREXOR)
- d. Incluir en el protocolo de exposición a ruido ocupacional la asociación de agentes ototóxicos con ruido ocupacional de acuerdo a la evidencia científica disponible y medidas de prevención.
- e. Reglamentación para estándares mínimos para la compra de audífonos GES/NO GES.
- f. Reglamentación para estándares mínimos para el ingreso al país de audífonos.
- g. Establecer estándares mínimos para los centros de implante coclear GES

(2) Abogacía y trabajo intersectorial

- a. Articulación con ISP para la elaboración de certificación de elementos de protección auditiva
- b. Articulación con ISP para actualizar guía técnica para la evaluación auditiva de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos ocupacionalmente a ruido

Objetivo 5.2 Orientaciones y documentos técnicos

- Estrategias de intervención e iniciativas:

(1) Generación y difusión de información

- a. OT para planes trienal de control de trauma acústico ambiental (difusión de mapas de ruido).
- b. OT para el tamizaje auditivo neonatal que incluya el seguimiento de niños y niñas con factores de riesgo.
- c. OT de evaluación auditiva en población de 4 años.
- d. OT para el diagnóstico auditivo en nivel secundario.
- e. OT para el seguimiento de personas usuarias de audífonos.
- f. OT para la rehabilitación de pacientes GES menores de 4 años.
- g. OT para la rehabilitación de pacientes GES mayores de 65 años. (considerar población con enfermedad laboral, unificando criterios)
- h. OT para el tamizaje auditivo y manejo de ruido para adolescentes.
- i. OT para el diagnóstico y tratamiento oportuno de hipoacusias de conducción permanente por malformaciones de oído uni o bilateral.

(2) Abogacía y trabajo intersectorial

- a. Articulación para el desarrollo de recomendaciones para la inserción escolar en niños y niñas con hipoacusia.
- b. Articulación para el desarrollo de recomendaciones para la inserción laboral de adultos con hipoacusia.

Objetivo 5.3 Fiscalización

- Estrategias de intervención e iniciativas:

(1) Abogacía y trabajo intersectorial

- a. Fiscalización del cumplimiento de los estándares mínimos para la infraestructura y equipamientos de unidades diagnóstica
- b. Aumentar cobertura de vigilancia a ambientes laborales incluyendo faenas de corta duración.
- c. Abogacía con el Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile para el desarrollo de capacitación a entidades fiscalizadoras del ámbito laboral.

Línea estratégica 6: Financiamiento

Objetivo 6.1 Incrementar el porcentaje de acciones comprometidas del Plan que cuentan con financiamiento.

- Estrategias de intervención e iniciativas:

(1) Generación y difusión de información

- a. Revisión del presupuesto de continuidad
- b. Identificación de brechas y generación de presupuesto de expansión
- c. Solicitud de presupuesto de expansión según brechas.



5. DETALLES OPERATIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD AUDITIVA

Línea Estratégica 1: Educación, promoción y prevención

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Creación de conciencia y sensibilización	Aumentar la información y conocimiento de la salud auditiva en la población.	Indicador: Personas que declaran conocer la importancia de la salud auditiva en periodo t/ Personas encuestadas en periodo t Meta: 10% entre 2022 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Establecer línea base de conocimiento/ relevancia sobre discapacidad auditiva b. Realizar campañas comunicacionales de sensibilización y comunicación social sobre salud auditiva. c. Generación de material informativo sobre riesgo e. impacto de la pérdida auditiva y alternativas para el acceso a ayudas técnicas	1.a. Indicador: Documento "Metodología y cálculo de línea base sobre conocimiento/ percepción de riesgo de la salud auditiva a nivel poblacional" Meta: Documento elaborado Diciembre 2022.
				1.b. Indicador: Documento con los términos de referencia para la campaña de sensibilización y comunicación social elaborado. Meta: Documento elaborado Mayo 2023. Indicador: Documento con temáticas identificadas para la campaña de sensibilización y comunicación social elaborado. Meta: Documento elaborado a diciembre 2022. Indicador: Documento con temáticas identificadas para la campaña de denuncia de ruido elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2022. Indicador: Documento con temáticas identificadas para ministerio de educación elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2023. Indicador: (N° de campañas realizadas/ N° de campañas planificadas)*100. Meta: 100% a diciembre de cada año (1 campaña al año por 3 años)
				1.c. Indicador: Folleto con información respecto a efectos de ruido ambiental en ambientes habitacionales y formas de evitarlo (protocolo para denuncia) elaborado y difundido. Meta: diciembre 2023
				1.e. Indicador: (Cambio en el índice de denuncias por alto ruido ambiental entre período t/cambio en el índice de denuncias por alto ruido ambiental entre período t-1)*100 Meta: reducción de 5% al 2024 y 10% al 2029. Indicador: Material informático para el día internacional de la audición elaborado. Meta: una anual

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Creación de conciencia y sensibilización	Mejorar la accesibilidad de las atenciones de salud para las personas portadoras de hipoacusia	Indicador: N° de establecimientos de salud que incorporan estrategias de integración de personas con discapacidad auditiva en periodo t/ N° de establecimientos de salud del país en periodo t Meta: 50% a diciembre 2025 75% a diciembre 2028	1. Generación y difusión de información a. Capacitar en estrategias de integración de personas con discapacidad auditiva en establecimientos de salud b. Promover el uso de pantallas para llamar a pacientes que están en la sala de espera. c. Establecer línea base de establecimientos de salud que incorporan estrategias de integración de personas con discapacidad auditiva d. Ayudar a facilitar la evaluación práctica y psicotécnica en los municipios para la entrega y renovación de licencias de conducir. 2. Abogacía y trabajo intersectorial a. Acciones de inclusión de personas con discapacidad auditiva MINSAL/ SENADIS/ JUNAEB. b. Acciones de inserción escolar de niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva MINSAL/ MINEDUC/ JUNJI.	1.a. Indicador: número de establecimientos que cuentan con funcionarios con capacitación en diferentes tipos de comunicación de personas con hipoacusia, incluida lectura labiofacial y el lengua de señas chilena Meta: 20% a 2023 40% a 2025 70% a 2027
				1.b. Indicador: (N° de salas de espera de los servicios de ORL que cuentan con pantallas para llamar pacientes/ total de salas de espera de ORL en el país) *100. Meta: Aumentar un 25% a junio 2025 y un 50%, según línea basal (2021) a junio 2028.
				1.c Indicador: Línea base 2021 de estrategia de integración de personas con discapacidad auditiva en establecimiento de salud Meta: Elaborada a diciembre 2021
				1.d Indicador: Desarrollo de instrumento para la evaluación práctica y psicotécnica en los municipios para la entrega y renovación de licencias de conducir de personas con hipoacusia elaborado. Meta: Elaborar instrumento a Diciembre 2022. Indicador: (N° de municipios que utilizan el "instrumento para la evaluación práctica y psicotécnica para la entrega y renovación de licencias de conducir "/" total de municipios)*100 Meta: 20% de los municipios cuentan con instrumento para la evaluación práctica y psicotécnica para la entrega y renovación de licencias de conducir, para el periodo 2025; 30%, para el periodo 2026; 50% para el periodo 2027.
				2.a. Indicador: N° de reuniones intersectoriales para la inclusión de personas con hipoacusia realizadas Meta: 2 reuniones al año
				2.b. Indicador: N° de reuniones intersectoriales para la inserción escolar de niños, niñas y adolescentes con hipoacusia realizadas Meta: 2 reuniones al año

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Promoción del autocuidado	Aumentar el auto chequeo de autoevaluación auditiva	Indicador: Personas que reportan realización de al menos un autochequeo al año en periodo t/ Total personas en periodo t Meta: 10% entre 2022 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Establecer línea base de personas que reportan realización de al menos un autochequeo al año b. Elaboración de material informativo sobre auto chequeo. c. Realización de campaña para incentivar auto chequeo en la población. d. Realización de capacitación y difusión en establecimientos de salud 2. Abogacía y trabajo intersectorial. a. Coordinar actividades con Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo, Mutualidades para incentivar el autochequeo	1.a. Indicador: Línea base 2021 de estrategia de personas que reportan realización de al menos un auto chequeo Meta: Elaborada a diciembre 2022
				1.b. Indicador: Afiches sobre auto chequeo diseñados. Meta: Marzo 2022. Indicador: Afiches sobre autocuidado elaborados y distribuidos. Meta: Mayo 2022.
				1.c. Indicador: Términos de referencia para la campaña comunicacional de auto chequeo (que incluya cuando consultar en forma urgente) elaborado. Meta: Documento elaborado marzo 2022. Indicador: N° de campañas sobre auto chequeo realizadas Meta: 1 campaña al año desde 2022.
				1.d. Indicador: N° de capacitaciones sobre auto chequeo en establecimientos de salud realizados Meta: 2 capacitaciones al año desde 2025. Indicador: Afiches sobre auto chequeo para establecimientos educacionales elaborados y distribuidos. Meta: Diciembre 2025
				2.a. Indicador: reuniones con Ministerio de Educación para organizar capacitaciones sobre auto chequeo en establecimientos de salud realizados Meta: 2 reuniones al año desde 2022. Indicador: Afiches sobre auto chequeo para establecimientos educacionales y lugares de trabajo elaborados y distribuidos. Meta: Diciembre 2022

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
3. Prevención secundaria	Aumentar cobertura de tamizaje neonatal	Indicador: Recién nacidos vivos con tamizaje auditivo en periodo t/ Recién nacidos vivos en periodo t Meta: 20% entre 2022 y 2024	1. Generación y difusión de información a. Identificación de las brechas de cobertura tamizaje neonatal. 2. Cambio en gestión a. Plan de cierre de brechas.	1.a. Indicador: Aumentar completitud de registro de tamizaje neonatal. Meta: Aumentar completitud a marzo 2023 (20%). Indicador: Contar con informe cobertura de tamizaje neonatal elaborado. Meta: Diciembre 2022. Indicador: Identificar las brechas de cobertura del tamizaje neonatal. Meta: diciembre 2022. Indicador: Aumentar completitud de registro referidos de tamizaje neonatal. Meta: Aumentar completitud de referidos de tamizaje a diciembre 2022 (20%). Indicador: Estimar brecha de referidos de tamizaje a marzo 2023 (20%).
				2.a. Indicador: Contar con documento de plan de cierre de brechas para aquellos centros con baja cobertura/calidad del tamizaje auditivo neonatal (calidad 4% o menos de referidos) elaborado. Meta: abril 2023 Indicador: % de cumplimiento de la implementación progresiva del Plan de cierre de brechas Meta: cierre de brechas 2023. Indicador: Medición del impacto de la implementación del plan de cierre de brechas en el tamizaje auditivo neonatal en los Servicios de Salud, ISAPRE y FFAA. Meta: Diciembre 2025

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
3. Prevención secundaria	Realizar tamizaje auditivo en atención primaria para niños y niñas de 4 años	Indicador: Población de niños y niñas de 4 años con tamizaje auditivo en periodo t/ Población de niños y niñas de 4 años en control en periodo t Meta: 20% entre 2024 y 2030	1. Cambio en gestión a. Evaluación auditiva para población en control de 4 años. b. Articulación con JUNAEB para evaluación y tratamiento de niños y niñas de 4 años.	1.a. Indicador: Definir metodología para la evaluación auditiva en APS Meta: Abril 2024. Indicador: (N° de establecimientos de APS con personal clínico capacitado en evaluación auditiva para población de 4 años / N° de establecimientos de APS (*100). Meta: 50% a diciembre año 2025 80% a diciembre 2027
				1.b. Indicador: Evaluación auditiva para población de 4 años implementada a nivel nacional. Meta: Abril 2025. Indicador: (N° de centros de APS que utilizan el "documento Protocolo de derivación y contra derivación entre APS y JUNAEB para la evaluación y tratamiento de niños/as de 4 años"/ total de centros de APS)*100. Meta: 100% a junio 2024.
3. Prevención secundaria	Realizar tamizaje auditivo en atención primaria en adolescentes de 10 a 19 años en el contexto del Control de Salud Adolescente.	Indicador: Población de 10 a 19 años con tamizaje auditivo en periodo t/ Población de 10 a 19 años en control en periodo t Meta: 20% entre 2022 y 2030	1. Cambio en gestión a. Evaluación auditiva para población de 10 a 19 años. b. Articulación con JUNAEB para evaluación y tratamiento de adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.	1.a. Indicador: Metodología para la evaluación auditiva en APS definida. Meta: Metodología definida en abril 2022. (N° de establecimientos de APS con personal clínico capacitado en evaluación auditiva para población de 10 a 19 años / N° de establecimientos de APS (*100). Meta: 50% a diciembre año 2023 80% a diciembre 2025
				1.b. Indicador: Evaluación auditiva para población de 4 años implementada a nivel nacional. Meta: Abril 2025. Indicador: Contar con documento "Protocolo de derivación y contra derivación entre APS y JUNAEB para la evaluación y tratamiento de niños/as de 10 a 19 años años" elaborado. Meta: Documento elaborado a junio 2024.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
3. Prevención secundaria	Aumentar el diagnóstico precoz de hipoacusia en personas mayores	Indicador: Personas mayores de 60 años con diagnóstico precoz de hipoacusia en periodo t/ Personas mayores de 60 años en control de hipoacusia en periodo t Meta: 20% entre 2023 y 2030	1. Cambio en gestión a. Evaluación auditiva para población mayor de 60 años.	1.a. Indicador: Metodología para la evaluación auditiva en APS para la población de más de 60 años Meta: Metodología definida en marzo 2023. (N° de establecimientos de APS con personal clínico capacitado en evaluación auditiva para población de más de 60 años / N° de establecimientos de APS (*100). Meta: 50% a diciembre año 2023 80% a diciembre 2024 Indicador: Enviar propuesta para incorporar a EFAM Meta: Envío de propuesta 2023
3. Prevención secundaria	Disminuir la prevalencia de hipoacusia y patología de oído medio en escolares de 6 años	Indicador: prevalencia de hipoacusia y patología de oído medio en escolares de 6 años Meta: reducir 10% entre 2022 y 2030	1. Cambio en gestión a. Disminuir lista de espera de población escolar, para atención oportuna y de calidad de otorrinolaringología por patología crónica y aguda de oído	1.a. Indicador: Disminuir lista de espera de población escolar para atención por otorrinolaringología por patología de oído Meta: Reducción 10% entre 2022 y 2030

Línea Estratégica 2: Provisión de Servicios Asistenciales

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Ayudas técnicas	Mejorar el acceso a audífonos en personas mayores de 15 años	Indicador: Personas mayores de 15 años que requieren audífonos que cuentan con ellos en periodo t/ Personas mayores de 15 años que requieren audífonos en periodo t Meta: 20% entre 2021 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Identificación de brechas de cobertura de audífonos en personas mayores de 15 años. 2. Cambio en gestión a. Plan de cierre de brechas de cobertura programa Nacional de Audífonos no GES.	1.a. Indicador: Contar con estudio de brecha de cobertura de audífonos en personas mayores de 15 años realizado. Meta: Estudio realizado a mayo 2023.
				2.a. Indicador: Contar con un documento "Plan de cierre de brechas de cobertura del Programa Nacional de Audífonos no GES en Salud" elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2023. Indicador: Contar con presupuesto de expansión para el plan de cierre de brechas solicitado. Indicador: (% del presupuesto aprobado/ total de presupuesto solicitado)*100. Meta 1: 100% del presupuesto solicitado para el año 2023. Meta 1: 100% del presupuesto solicitado para el año 2025. Indicador: Implementar Plan de cierre de brecha del Programa Nacional de Audífonos no GES en Salud. Meta 1: 2024 (Cobertura total para la población mayor de 60 años). Meta 2: 2026 (Cobertura total para la población mayor de 50 años). Meta Final: 2028 (Cobertura a población general).
1. Ayudas técnicas	Mejorar el acceso a audífonos e implantes de conducción ósea	Indicador: Personas con hipoacusia de conducción permanente que acceden a audífonos e implantes de conducción ósea en periodo t/ Personas con hipoacusia de conducción permanente periodo t Meta: 20% entre 2021 y 2030	1. Abogacía y trabajo intersectorial a. Propuesta para aumentar el acceso de audífonos e implantes de conducción ósea para la población con hipoacusia de conducción permanente. b. Asegurar continuidad de tratamiento con la entrega de procesadores de habla a personas no beneficiarias de GES o Ley Ricarte Soto	1.a. Indicador: (Reuniones con FONASA, GES y LRS para incluir el acceso de audífonos/ implantes de conducción ósea como Garantía GES o Ricarte Soto realizadas/ planificadas)*100. Meta: 100% a diciembre de cada año. Meta: Inclusión en estudio de verificación de costos GES cada 3 años. Meta: solicitar inclusión de audífonos/ implantes de conducción ósea a Ley Ricarte Soto en cada modificación del decreto.
				1.b. Indicador: propuesta técnica con solicitud de presupuesto para la entrega de procesadores de habla a personas no beneficiarias de GES o Ley Ricarte Soto Meta: cada año

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Continuidad de la Atención	Aumentar el uso de audífonos en personas mayores de 65 años	Indicador: Personas mayores de 65 años que declaran usar sus audífonos en periodo t/ Personas mayores de 65 años que tienen audífonos en periodo t Meta: 10% entre 2021 y 2030	1. Cambio en gestión a. Elaborar flujo de derivación entre APS/ Atención secundaria para el diagnóstico oportuno de hipoacusia. b. Elaborar flujos para la renovación oportuna de audífonos c. Incrementar el número de usuarios de audífonos que reciben rehabilitación bajo un protocolo con inclusión de las familias en toda la red de salud (ej. ACE).	1.a. Indicador: Contar con documento sobre “Flujo de derivación entre APS/Atención secundaria para el cumplimiento de la entrega de audífonos GES” elaborado. Meta: Octubre 2024..
				1.b. Indicador: Contar con documento de “Flujos para la renovación oportuna de audífonos”. Meta: Agosto 2022.
				1.c. Indicador: Aumento del número de servicios de ORL y UAPORRINO que realizan rehabilitación auditiva para usuarios de audifonos (con ACE o similar). Meta 1: 20% a junio 2024. Meta 2: 40% junio 2026. Meta 3: 60% junio 2028

Línea Estratégica 3: Fortalecimiento de la red de atención auditiva

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Capital humano interdisciplinario	Ajustar la densidad y distribución de otorrinolaringólogos en el país.	Indicador: Densidad y distribución equitativa de otorrinolaringólogos en periodo t/ Densidad de otorrinolaringólogos en periodo t-1 Meta: 10% entre 2021 (603) y 2030	1. Generación y difusión de información a. Definición de estándares en número total y distribución de Otorrinolaringólogos b. Análisis de brechas y plan de cierre de brechas de especialista total y en sector público detectada. 2. Abogacía y trabajo intersectorial a. Abogacía con centros formadores para incrementar formación de profesionales.	1.a. Indicador: Contar con documento con definición de estándares. Meta: Marzo 2022 Indicador: Contar con estudio de brechas de especialistas Otorrinolaringólogos en la Red Pública de Salud. Meta: Estudio realizado a Julio 2023.
				1.b. Indicador: Contar con documento "Plan de cierre de brechas de especialistas Otorrinolaringólogos para la Red Pública de Salud" elaborado. Meta: Documento elaborado a noviembre 2024.
				2.a. Indicador: Realizar reunión con ASOFAMECH para socializar la brecha existente de otorrinolaringólogos en la Red Pública de Salud. Meta: 1 reunión anual a partir de marzo 2024.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Capital humano interdisciplinario	Ajustar el número de profesionales con capacitación en temas de rehabilitación auditiva en el País, según estándares definidos.	Indicador: Profesionales de la red con capacitación en temas de rehabilitación en periodo t/ Profesionales de la red en periodo t Meta: 10% entre 2022 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Capacitación a fonoaudiólogos en rehabilitación auditiva. b. Capacitación a terapeutas ocupacionales y otros profesionales en rehabilitación auditiva	1.a. Indicador: Documento con definición de estándares de RRHH capacitado en rehabilitación auditiva. Meta: Marzo 2022 Indicador: N° de capacitaciones a fonoaudiólogos en rehabilitación auditiva realizadas Meta: 1 capacitación por año 2024-2026.
				1.b. Indicador: N° de terapeutas ocupacionales capacitados en rehabilitación en personas con hipoacusia Meta: 20% de Terapeutas Ocupacionales en comunas que cuentan con UAPORRINO entre 2023-2025 Meta: 20% de Terapeutas Ocupacionales de hospitales de alta complejidad entre 2023-2025
2. Infraestructura, equipamiento e insumos	Ajustar el número de Servicios de obstetricia y neonatología que cuentan con equipamiento mínimo para tamizaje auditivo neonatal, según definición de estándar	Indicador: Servicios de obstetricia y neonatología que cuentan con equipamiento mínimo para tamizaje auditivo neonatal en periodo t/ Servicios de obstetricia y neonatología en periodo t/ Meta: 10% entre 2022 y 2030	1. Cambio en gestión a. Establecer equipamiento mínimo para el tamizaje auditivo en recién nacidos/as. b. Plan de cierre de brechas en equipamiento.	1.a. Indicador: Contar con documento “estándares sobre el equipamiento mínimo que se requiere para implementar el tamizaje auditivo neonatal en los servicios de obstetricia y neonatología” Meta: Documento elaborado en julio 2022. 1.b. Indicador: Contar con documento “Plan de cierre de brechas en equipamiento para tamizaje auditivo neonatal en los servicios de obstetricia y neonatología” elaborado. Meta: Documento elaborado en julio 2023.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Infraestructura, equipamiento e insumos	Ajustar el N° de Servicios de otorrinolaringología que cuentan con equipamiento mínimo para evaluación diagnóstica de hipoacusia, según definición de estándar.	Indicador: Servicios de otorrinolaringología que cuentan con equipamiento mínimo para evaluación diagnóstica de hipoacusia en periodo t/ Servicios de otorrinolaringología en periodo t Meta: 10% entre 2021 y 2030	1. Cambio en gestión a. Establecer equipamiento mínimo para la evaluación diagnóstica de niños, niñas adolescentes y adultos con hipoacusia. b. Plan de cierre de brechas en equipamiento.	1.a. Indicador: Contar con documento "Informe estandarizado sobre el equipamiento mínimo que se requiere para la evaluación diagnóstica en los servicios de otorrinolaringología y UAPORRINO" elaborado. Meta: Documento elaborado en julio 2023. Indicador: Contar con documento "Informe estandarizado sobre el equipamiento mínimo que se requiere para la rehabilitación de hipoacusia en los Servicios de otorrinolaringología y UAPORRINO " elaborado. Meta: Documento elaborado en Septiembre 2023.
				1.b. Indicador: Contar con documento "Plan de cierre de brechas en equipamiento para diagnóstico y rehabilitación de hipoacusia "elaborado. Meta: Documento elaborado en Agosto 2024.
2. Infraestructura, equipamiento e insumos	Ajustar el número de Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología (UAPORRINO), según definición de estándar.	Indicador: Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología en periodo t/ Unidades de Atención Primaria de Otorrinolaringología en periodo t-1 Meta: 10% entre 2021 (18) y 2025 20% entre 2021 (18) y 2030	1. Cambio en gestión a. Establecer el número mínimo de UAPORRINO necesarias. b. Plan de cierre de brechas de UAPORRINO.	1.a. Indicador: Realizar estudio de brechas de UAPORRINO a nivel nacional. Meta: Estudio realizado en Octubre 2023.
				1.b. Indicador: Contar con documento "Plan de cierre de brechas de UAPORRINO a nivel nacional "elaborado. Meta: Documento elaborado en Abril 2024. Indicador: actualizar informe de seguimiento de UAPORRINO Indicador: medición de lista de espera en comunas con UAPORRINO

Línea Estratégica 4: Fortalecimiento de los Sistemas de Registro, Información y Vigilancia

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Disponibilidad y calidad de la información	Aumentar el N° de recién nacidos que están en el sistema de información centralizado e individualizado de tamizaje auditivo.	Indicador: N° de recién nacidos que están en el sistema de información centralizado e individualizado de tamizaje auditivo en periodo t/ N° de recién nacidos en periodo t Meta: 20% entre 2021 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Desarrollar sistema de información centralizada e individualizada de tamizaje auditivo en recién nacidos.	1.a. Indicador: Contar con un sistema de información centralizada e individualizada del tamizaje auditivo en recién nacidos. Meta: propuesta de sistema de información desarrollado a marzo 2022.
2. Investigación en rehabilitación y discapacidad	Aumentar la investigación en temas relacionados a la salud auditiva	Indicador: Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t/ Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t-1 Meta: 10% entre 2021 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Realizar estudio de costo-efectividad de evaluaciones auditivas en niños y niñas y en personas mayores. b. Contar con información en temáticas prioritarias en discapacidad auditiva para la toma de decisiones c. Inclusión de la temática en el control de salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes.	1.a. Indicador: Contar con documento sobre estudio de costo-efectividad sobre las evaluaciones auditivas para la población infantil y la población de personas mayores elaborado. Meta: Documento elaborado en diciembre 2024.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Investigación en rehabilitación y discapacidad	Aumentar la investigación en temas relacionados a la salud auditiva	Indicador: Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t/ Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t-1 Meta: 10% entre 2021 y 2030	1. Generación y difusión de información a. Realizar estudio de costo-efectividad de evaluaciones auditivas en niños y niñas y en personas mayores. b. Contar con información en temáticas prioritarias en discapacidad auditiva para la toma de decisiones c. Inclusión de la temática en el control de salud de gestantes, niños, niñas y adolescentes.	1.b. Indicador: Información sobre inserción escolar en niños difundida. Meta: Información difundida en abril 2022. Indicador: Información sobre inserción laboral en adultos difundida. Meta: Información difundida en febrero 2022. Indicador: Información sobre puestos de trabajo y máquinas asociadas a ruido recolectadas. Meta: Información recolectada a mayo 2025. Indicador: Información sobre la prevalencia de hipoacusia en adultos y sus causas difundida. Meta: Información difundida en junio 2022. Indicador: Información sobre la prevalencia de hipoacusia en niños/as y sus causas difundida. Meta: Información difundida en junio 2026. Indicador: Información sobre los factores de riesgo de enfermedades laborales auditivas difundida (incluido solventes, metales pesados, etc.). Meta: Información difundida en julio 2024. Indicador: Información sobre generación de ruidos en el aula de los institutos profesionales difundida. Meta: Información difundida en agosto 2024. Indicador: Información sobre la prevalencia de hipoacusia en niños/as y sus causas difundida. Meta: Información difundida en junio 2026. Indicador: Información sobre los factores de riesgo de enfermedades laborales auditivas difundida. Meta: Información difundida en julio 2024. Indicador: Información sobre generación de ruidos en el aula de los institutos profesionales difundida. Meta: Información difundida en agosto 2024.
				1.c Indicador: Información incluida en normativa de los programas de la mujer, infancia, y adolescentes y jóvenes. Meta: Información incluida en 2023.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Investigación en rehabilitación y discapacidad	Aumentar la investigación en temas relacionados a la salud auditiva	Indicador: Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t/ Investigaciones realizadas en Chile sobre salud auditiva en periodo t-1 Meta: 10% entre 2021 y 2030	2. Abogacía y trabajo intersectorial a. Abogacía con Ministerio de Ciencias para incentivos a la investigación en el área. b. Abogacía con universidades y centros de investigadores para el desarrollo de tesis en el área.	2.a. Indicador: Realización de jornada anual con expertos clínicos en hipoacusia para definir las áreas de investigación a desarrollar. Meta: Jornada realizada a diciembre de cada año a partir del 2023. Indicador: Reuniones con el Ministerio de Ciencias para discutir la propuesta de temáticas priorizadas en investigación realizada Meta: 1 por año desde 2023.
				c. Abogacía con Instituto de Salud Pública de Chile para el desarrollo de investigación en el área de salud ocupacional relacionado a la hipoacusia de origen laboral.
				2.c Indicador: Reuniones con ISP realizadas Meta: 1 por año desde 2021

Línea Estratégica 5: Rectoría, regulación y fiscalización.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Estándares y documentos legales	Elaborar documentos de rectoría, regulación y fiscalización que acompañan la implementación de Plan Nacional de Salud Auditiva.	Indicador: N° de estándares y documentos legales con meta cumplida/ N° de estándares y documentos legales comprometidos en el Plan Meta: 80% a diciembre de cada año	1. Generación y difusión de información a. Reformulación de Certificación niveles de ruido de equipos, herramientas y dispositivos de uso industrial (ley de etiquetado de equipos industriales de acuerdo a su emisión de ruido). b. incorporar etiquetado de equipos audiovisuales de uso doméstico c. Actualizar protocolo de exposición a ruido ocupacional (PREXOR) d. Incluir en el protocolo de exposición a ruido ocupacional la asociación de agentes ototóxicos con ruido ocupacional y medidas de prevención de acuerdo a la evidencia científica disponible e. Reglamentación para estándares mínimos para la compra de audífonos GES/NO GES. f. Reglamentación para estándares mínimos para el ingreso de audífonos. g. Establecer estándares mínimos para los centros de implante coclear GES.	1.a. Indicador: La certificación de niveles de ruido de los equipos, herramientas y dispositivos de uso industrial reformulado. Meta: propuesta de certificación diciembre 2026
				1.b. Indicador: Incluir etiquetado de equipos audiovisuales de uso doméstico Meta: propuesta de certificación diciembre 2026
				1.c. Indicador: Protocolo de exposición a ruido ocupacional (PREXOR) actualizado. Meta: Borrador de Protocolo enviado a Jefatura Departamento de Salud Ocupacional a diciembre 2023 a diciembre 2023
				1.d. Indicador: En el protocolo de exposición a ruido ocupacional incluir la asociación de agentes ototóxicos con ruido ocupacional y medidas de prevención de acuerdo a la evidencia científica disponible. Meta: informe de propuesta de protocolo de exposición a ruido ocupacional incluir la asociación de agentes ototóxicos con ruido ocupacional y medidas de prevención julio 2022
				1.e. Indicador: Reglamento para estándares mínimos para la compra de audífonos GES/NO GES elaborado. Meta: propuesta elaborada a diciembre 2022
				1.f. Indicador: Propuesta de reglamento para estándares mínimos para el ingreso de audífonos elaborado. Meta: propuesta elaborada a diciembre 2024
				1.g. Indicador: Contar con informe para establecer estándares mínimos para los centros de implante coclear GES elaborado. Meta: propuesta elaborada a julio 2022

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
1. Estándares y documentos legales	Elaborar documentos de rectoría, regulación y fiscalización que acompañan la implementación de Plan Nacional de Salud Auditiva.	Indicador: N° de estándares y documentos legales con meta cumplida/ N° de estándares y documentos legales comprometidos en el Plan Meta: 80% a diciembre de cada año	2. Abogacía y trabajo intersectorial a. Articulación con ISP para la elaboración de certificación de elementos de protección auditiva b. Articulación con ISP para actualizar guía técnica para la evaluación auditiva de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos ocupacionalmente a ruido	2.a. Indicador: propuesta de certificación de elementos de protección auditiva Meta: propuesta de certificación de elementos de protección auditiva en diciembre 2026.
				2.b. Indicador: propuesta de actualización de la guía técnica para la evaluación auditiva de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos ocupacionalmente a ruido Meta: propuesta de actualización de la guía técnica para la evaluación auditiva de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos ocupacionalmente a ruido en diciembre 2026.
2. Orientaciones y documentos técnicos	Elaborar documentos de rectoría, regulación y fiscalización que acompañan la implementación de Plan Nacional de Salud Auditiva.	Indicador: N° de orientaciones y documentos con meta cumplida/ N° de orientaciones y documentos comprometidos en el Plan Meta: 80% a diciembre de cada año	1. Generación y difusión de información Elaborar documentos sobre temáticas relacionadas con salud auditiva: a. Trauma acústico ambiental b. Tamizaje auditivo neonatal c. Evaluación auditiva en población de 4 años d. Rehabilitación auditiva de pacientes GES menores de 4 años elaborado e. Rehabilitación auditiva de pacientes GES mayores de 65 años f. Tamizaje auditivo y manejo de ruido para adolescentes g. Diagnóstico y tratamiento oportuno de hipoacusias de conducción permanente por malformaciones de oído uni o bilateral h. Atención auditiva de niños en APS	1.a. Indicador: OT para planes trienal de control de trauma acústico ambiental elaborado. Meta: Documento elaborado a diciembre 2022.
				1.b. Indicador: OT para el tamizaje auditivo neonatal que incluya el seguimiento de niños y niñas con factores de riesgo elaborado. Meta: Documento elaborado a diciembre 2022.
				1.c. Indicador: OT de evaluación auditiva en población de 4 años elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2024.
				1.d. Indicador: OT para el diagnóstico auditivo en nivel secundario elaborado. Meta: Documento elaborado a diciembre 2023.
				1.e. Indicador: OT para el seguimiento de personas usuarias de audífonos elaborado. Meta: Documento elaborado a diciembre 2023.

ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR DE RESULTADO	INICIATIVAS	INDICADORES DE PROCESO
2. Orientaciones y documentos técnicos	Elaborar documentos de rectoría, regulación y fiscalización que acompañan la implementación de Plan Nacional de Salud Auditiva.	Indicador: N° de orientaciones y documentos con meta cumplida/ N° de orientaciones y documentos comprometidos en el Plan Meta: 80% a diciembre de cada año	1. Generación y difusión de información Elaborar documentos sobre temáticas relacionadas con salud auditiva: a. Trauma acústico ambiental b. Tamizaje auditivo neonatal c. Evaluación auditiva en población de 4 años d. Rehabilitación auditiva de pacientes GES menores de 4 años elaborado e. Rehabilitación auditiva de pacientes GES mayores de 65 años	1.f. Indicador: OT para la rehabilitación auditiva de pacientes GES menores de 4 años elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2025.
			f. Tamizaje auditivo y manejo de ruido para adolescentes g. Diagnóstico y tratamiento oportuno de hipoacusias de conducción permanente por malformaciones de oído uni o bilateral h. Atención auditiva de niños en APS	1.g. Indicador: OT para la rehabilitación auditiva de pacientes GES mayores de 65 años elaborado. Meta: Documento elaborado a julio 2025.
				1.h. Indicador: OT para el tamizaje auditivo y manejo de ruido para adolescentes elaborado. Meta: documento julio 2023. Indicador: OT para el diagnóstico y tratamiento oportuno de hipoacusias de conducción permanente por malformaciones de oído uni o bilateral Meta: diciembre 2024
			2. Abogacía y trabajo intersectorial a. Articulación para el desarrollo de recomendaciones en inserción escolar b. Articulación para el desarrollo de recomendaciones en inserción escolar	2.a. Indicador: OT para la atención auditiva de niños en APS. Meta: Documento elaborado a diciembre 2022. 2.b. Indicador: Reuniones para el desarrollo de recomendaciones en inserción escolar. Meta: 1 reunión en 2022, 2023 y 2024. Indicador: Reuniones para el desarrollo de recomendaciones en inserción escolar Meta: 1 reunión en 2022, 2023 y 2024.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] World Health Organization, World report on hearing. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., 2021.
- [2] MINSAL, Guía de Practica Clínica GES Hipoacusia en menores de 4 años. 2019.
- [3] K. JE, "Neonatal hearing screening: to do or not to do," *Pediatr Clin North Am*, vol. 51, no. 3, pp. 725-36., 2004.
- [4] American Academy of Pediatrics., "Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement," *Pediatrics*., vol. 120, no. 4, pp. 898-921, 2007.
- [5] J. E. Saunders, Z. Rankin, and K. Y. Noonan, "Otolaryngology and the Global Burden of Disease," *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 51, no. 3. W.B. Saunders, pp. 515-534, Jun. 01, 2018, doi: 10.1016/j.otc.2018.01.016.
- [6] A. C. Davis and H. J. Hoffman, "Hearing loss: Rising prevalence and impact," *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97, no. 10. World Health Organization, pp. 646-646A, Oct. 01, 2019, doi: 10.2471/BLT.19.224683.
- [7] World Health Assembly, Resolution on prevention of deafness and hearing loss. World Health Assembly 70.13. 2017.
- [8] World Health Organization, Ear and hearing care: situation analysis tool. 2015.
- [9] World Health Organization, Ear and hearing care: planning and monitoring of national strategies: a manual. 2015.
- [10] Organización Mundial de la Salud, Rehabilitación 2030: Un llamado a la acción. 2017.
- [11] Organización de Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2008.
- [12] Organización Mundial de la Salud, Escuchar sin riesgos. 2015.
- [13] World Health Organization, Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action. 2009.
- [14] MINSAL, Resolución Exenta 54. .
- [15] MINSAL, Resolución exenta 39. .
- [16] MINSAL, Misión y funciones de la Subsecretaría de Salud Pública. .
- [17] MINSAL, Misión y objetivos estratégicos de la división de prevención y control de enfermedades (DIPRECE). .
- [18] Ministerio de Planificación, LEY 20422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010.
- [19] MINSAL, LEY 20584 Regula los Derechos y Deberes de las personas en las acciones vinculadas a la atención en Salud. 2012.
- [20] Ministerio de Justicia, Ley 19.947. Ley de matrimonio Civil. 2004.

- [21] Ministerio de Desarrollo Social, Ley 21.015 Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral. 2017.
- [22] MINSAL, Ley 21.168 Regula el Derecho de Atención Preferente para mayores de 60 años y personas con discapacidad. 2019.
- [23] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, LEY 21303 Modifica la Ley N° 20.422 para promover el uso de lengua de señas en la educación de personas con discapacidad auditiva. 2021.
- [24] MINSAL, Guía clínica Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audifono. 2013.
- [25] MINSAL, Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. 2017.
- [26] MINSAL, "Encuesta Nacional de Salud 2003." .
- [27] F. Cardemil, "Adherencia al uso de audífonos en adultos mayores con hipoacusia: Un ensayo clínico aleatorizado controlado para evaluar un programa de rehabilitación auditiva," Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, vol. en prensa, 2020.
- [28] Organización de Naciones Unidas, World Population Prospects. 2017.
- [29] Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington, Global Burden of Disease. 2019.
- [30] INE, 2da entrega de reultados definitivos CENSO 2017. 2017.
- [31] SENADIS, Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. 2015.
- [32] S. y Col., "Experiencia de 3 años de tamizaje auditivo universal en el Hospital Barros Luco Trudeau: presentación de 10.000 casos," 2017.
- [33] Pittaluga y col., Tamizaje Auditivo Universal a 10 años de su inicio. 2017.
- [34] MINSAL, RAHL Chile (Evaluación rápida de hipoacusia). 2020.
- [35] G. Livingston et al., "Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission," The Lancet, vol. 396, no. 10248. Lancet Publishing Group, pp. 413-446, Aug. 08, 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- [36] MINSAL, Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. 2013.
- [37] OMS, Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. 2012.
- [38] World Health Organization, Childhood hearing loss: strategies for prevention and care. 2016.
- [39] World Health Organization, Addressing the rising prevalence of Hearing Loss. 2018.
- [40] SUSESO, Estadísticas de la seguridad social. 2019.
- [41] S. superintendencia de seguridad social, estadísticas anuales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. 2019.
- [42] D. salud ocupacional MINSAL, Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido (PREXOR). 2011.

- [43] E. Butcher, C. Dezateux, M. Cortina-Borja, and R. L. Knowles, "Prevalence of permanent childhood hearing loss detected at the universal newborn hearing screen: Systematic review and metaanalysis," *PLoS One*, vol. 14, no. 7, Jul. 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0219600.
- [44] A. M. H. Korver et al., "Newborn hearing screening vs later hearing screening and developmental outcomes in children with permanent childhood hearing impairment," *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, vol. 304, no. 15, pp. 1701-1708, Oct. 2010, doi: 10.1001/jama.2010.1501.
- [45] C. R. Kennedy et al., "Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment," *Lancet*, vol. 352, no. 9145, pp. 1957-1964, Dec. 1998, doi: 10.1016/S0140-6736(98)06359-4.
- [46] B. O. Olusanya, "Making targeted screening for infant hearing loss an effective option in less developed countries," *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 75, no. 3. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, pp. 316-321, Mar. 2011, doi: 10.1016/j.ijporl.2010.12.002.
- [47] J. L. Connolly, J. D. Carron, and S. D. Roark, "Universal newborn hearing screening: Are we achieving the Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) objectives?," *Laryngoscope*, vol. 115, no. 2. Laryngoscope, pp. 232-236, Feb. 2005, doi: 10.1097/01.mlg.0000154724.00787.49.
- [48] T. Finitzo et al., "Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs," *Pediatrics*, vol. 106, no. 4 I, pp. 798-817, 2000, doi: 10.1542/peds.106.4.798.
- [49] C. Yoshinaga-Itano, "Early Intervention after Universal Neonatal Hearing Screening: Impact on Outcomes," *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, vol. 9, no. 4. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, pp. 252-266, 2003, doi: 10.1002/mrdd.10088.
- [50] D. MINSAL, Costo efectividad del screening y tratamiento de hipoacusia bilateral en recién nacidos. 2013.
- [51] Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas., Normas de Control de Patologías de Otorrinolaringología. 2017.
- [52] B. Yueh, N. Shapiro, C. H. MacLean, and P. G. Shekelle, "Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care: Scientific Review," *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 15. JAMA, pp. 1976-1985, Apr. 16, 2003, doi: 10.1001/jama.289.15.1976.
- [53] L. L. Cunningham and D. L. Tucci, "Hearing loss in adults," *N. Engl. J. Med.*, vol. 377, no. 25, pp. 2465-2473, Dec. 2017, doi: 10.1056/NEJMra1616601.
- [54] OPS/OMS, Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. 2010.
- [55] F. M. Cardemil, D. S. Muñoz, Á. C. Galindo, and M. E. Rahal, "Validación de contenido de un cuestionario de satisfacción usuaria con la atención abierta en un policlínico ambulatorio de otorrinolaringología User satisfaction with open attention on an outpatient otolaryngology clinic," 2014.
- [56] M. Öberg, T. Bohn, and U. Larsson, "Short- and long-term effects of the modified Swedish version of the Active Communication Education (ACE) program for adults with hearing loss," in *Journal of the American Academy of Audiology*, Oct. 2014, vol. 25, no. 9, pp. 848-858, doi: 10.3766/jaaa.25.9.7.

- [57] DEIS. Minsal, Numero de Establecimientos de Salud, según tipo. 2020.
- [58] MINSAL, Departamento de Estadística e Información en Salud. 2014.
- [59] Superintendencia de Salud, estadísticas por tema. 2021.
- [60] M. DEIS, egresos hospitalarios 2012-2015. 2017.
- [61] F. Cardemil, T. Barría, M. Rahal, and R. Rodríguez, "Cantidad y distribución de otorrinolaringólogos en los sectores público y privado de salud en Chile," *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, vol. 73, pp. 25-32, 2013.
- [62] T. Bright et al., "Inequality in the distribution of ear, nose and throat specialists in 15 Latin American countries: An ecological study," *BMJ Open*, vol. 9, no. 7, Jul. 2019, doi: 10.1136/bmjopen-2019-030220.
- [63] OMS, Cuidado del oído y la audición: planificación y gestión de estrategias nacionales. Manual. 2015.
- [64] H. C, Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determin. 2008.
- [65] T. Ramsey, P. F. Svider, and A. J. Folbe, "Health Burden and Socioeconomic Disparities from Hearing Loss: A Global Perspective," *Otol. Neurotol.*, vol. 39, no. 1, pp. 12-16, Jan. 2018, doi: 10.1097/MAO.0000000000001630.
- [66] World Health Organization, Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. .
- [67] World Health Organization, "Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital : repercusiones para la capacitación," 2000. .
- [68] Organización Panamericana de la Salud, Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. 2021.
- [69] World Health Organization, "A life course approach to health." 2000.
- [70] MINSAL, Protocolo dispositivo de implante coclear unilateral para personas con hipoacusia sensorineural bilateral severa o profunda postlocutiva. 2019.
- [71] Organización Mundial de la Salud, Health promotion. .
- [72] Cerqueira MT y col., La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. 2003.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile