

EVALUACIÓN MULTIPAÍS DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN AUDIOLÓGICA



**Organización
Mundial de la Salud**

PREFACIO

Este documento ha sido elaborado por el Programa OMS de Prevención de la Ceguera y la Sordera bajo la supervisión general del Dr. Oleg Chestnov, Subdirector General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, y de la Dra. Shanthi Mendis, Directora interina, Manejo de las Enfermedades No Transmisibles. Entre el personal técnico que participó en la elaboración de este documento figuran la Dra. Shelly Chadha, el Dr. Silvio P. Mariotti y el Dr. Ivo Kocur.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Evaluación multipaís de la capacidad nacional de prestación de atención audiológica.

1.Pérdida auditiva – prevención y control. 2.Enfermedades del oído. 3.Sordera – prevención y control. 4.Programas nacionales de salud – organización y administración. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350657 9
(Clasificación NLM: WV 270)

© Organización Mundial de la Salud, 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed by the WHO Document Production Services,
Geneva, Switzerland

Me complace presentar el primer informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la *Evaluación multipaís de la capacidad nacional de prestación de atención audiológica*.

En 2013, la OMS publicó una estimación de la prevalencia mundial de la pérdida de audición (o hipoacusia). En el mundo hay 360 millones de personas con pérdida de audición discapacitante; la mayoría de los problemas auditivos pueden prevenirse o tratarse. Sus principales causas son las infecciones crónicas del oído, la meningitis, la rubéola, el ruido y el uso de medicamentos ototóxicos, que pueden tratarse fácilmente a través de medidas de salud pública conocidas. Los más afectados son los países de ingresos bajos y medios bajos, que se ven asimismo constreñidos en lo que concierne al desarrollo y la prestación de servicios óptimos y oportunos de atención otológica a causa de las condiciones socioeconómicas. Una resolución de la Asamblea de la Salud de 1995¹ reconoció que la pérdida grave de audición constituye un serio obstáculo a la educación, la comunicación y el desarrollo óptimos, e instó a los Estados Miembros a elaborar planes nacionales en el marco de la atención primaria de salud.

La OMS proporciona asistencia técnica a sus Estados Miembros para ayudarlos a desarrollar servicios sostenibles y eficaces de atención primaria otológica y audiológica usando la plataforma de prestación de servicios de salud primaria. Dicha asistencia

comprende asesoramiento técnico, recursos educativos y orientación estratégica para el desarrollo de la capacidad en los diversos niveles de la estructura del sistema de salud. Además, la OMS promueve la concienciación de la magnitud y la distribución – tanto geográfica como durante el ciclo biológico– de la pérdida de audición, e identifica oportunidades para su prevención, detección y tratamiento. La Organización formula y distribuye recomendaciones sobre estrategias e intervenciones sanitarias para abordar las principales causas prevenibles de la pérdida de audición. Apoya a los Estados Miembros y asociados internacionales a formular, poner en práctica y supervisar planes nacionales o subnacionales para prestar servicios eficaces de atención otológica y audiológica.

Este informe reseña la información actualmente disponible sobre los planes y programas destinados a la prevención y la cura de la pérdida de audición según notificaciones recientes de los Estados Miembros de la OMS. Cumple una de las funciones básicas de la OMS, que es la supervisión del estado de desarrollo del sistema de salud, y aunque la OMS reconoce que la interpretación de los resultados se ve limitada por la baja tasa de respuesta, el documento ofrece un análisis de las notificaciones de los Estados Miembros y usa la información para identificar datos relacionados, así como lagunas en materia de recursos humanos. El informe esboza asimismo posibles enfoques para colmar dichas lagunas. Como primer informe en su género, también constituye un documento de referencia que permitirá seguir atentamente el progreso en el futuro.

Dr Oleg Chestnov

Subdirector General

Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

¹ WHA48.9: Prevención de los defectos de audición (1995).

3 PREFACIO

6 RESUMEN DE ORIENTACIÓN

10 INTRODUCCIÓN

13 METODOLOGÍA

13 LIMITACIONES

14 RESULTADOS

15 PARTICIPACIÓN POR ESTADOS MIEMBROS

16 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE PREVALENCIA
DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

18 RECURSOS HUMANOS Y CENTROS DE FORMACIÓN

30 COMITÉ NACIONAL PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y
AUDIOLÓGICA O LA PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

34 PLAN, PROGRAMA O POLÍTICA INICIADOS POR EL GOBIERNO
NO PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA O LA
PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

40 ESTUDIOS DE CASOS

44 BIBLIOGRAFÍA

46 LISTA DE PAÍSES PARTICIPANTES

RESUMEN DE ORIENTACIÓN

ANTECEDENTES

En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una encuesta basada en un cuestionario a fin de evaluar la capacidad de los Estados Miembros para desarrollar e implantar planes y programas nacionales o subnacionales centrados en la atención otológica y audiológica. El presente informe proporciona un panorama general de los recursos disponibles para prevenir, diagnosticar y tratar la pérdida de audición.

MÉTODOS

Se elaboró un cuestionario y los Estados Miembros recibieron copias del mismo a través de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países. La información se obtuvo de los ministerios de salud. Se recibieron respuestas de 76 de 154 Estados Miembros (que disponían de oficinas de la OMS en el país). En los que no disponían de oficinas de la OMS en el país o que no respondieron a la encuesta, se estableció contacto con organizaciones no gubernamentales y expertos que trabajan en el campo de la atención otológica y audiológica, siempre que las circunstancias lo permitían. También se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica centrada en el tema de la encuesta. A través de estas fuentes alternativas se reunió información de otros 19 Estados Miembros.

A menos que se especifique otra cosa, los resultados principales provienen del análisis de la información recibida de 76 Estados Miembros a través de los respectivos ministerios de salud.

PUNTOS PRINCIPALES

- Existe una escasez general de datos epidemiológicos en cuanto a prevalencia de la pérdida de audición y las enfermedades del oído en los Estados Miembros.
- Hay una falta de información sobre los recursos humanos para la atención otológica y audiológica y sobre los planes o programas nacionales o subnacionales entre los Estados Miembros.
- Los recursos humanos para la atención otológica y audiológica están desigualmente distribuidos en el mundo, siendo su concentración mayor en los países de ingresos altos y medios altos.
- Se han constituido comités nacionales para la promoción y la elaboración de planes de atención otológica y audiológica en 20 de los Estados Miembros participantes que respondieron al cuestionario. Treinta y dos (32) de los países que respondieron notificaron la ejecución de tales planes.

RESULTADOS PRINCIPALES

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

- Se descubrió que había escasos datos poblacionales relacionados con la prevalencia y las causas de la pérdida de audición en todos los niveles de ingresos y las regiones de la OMS.
- El 44% de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario notificaron que disponían de datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de la pérdida de audición. La naturaleza de los datos no era uniforme entre los Estados Miembros, ni representativa de todos los sectores nacionales.

RECURSOS HUMANOS Y CENTROS DE FORMACIÓN

- La disponibilidad de recursos humanos para la atención otológica y audiológica (por ejemplo, otorrinolaringólogos, audiólogos, educadores o profesores para sordos y otros especialistas en pérdida de audición) parece variar con el grupo de ingresos de los países que respondieron al cuestionario. Como cabía esperar, el número de recursos humanos disponibles por millón de habitantes es mayor en los países de ingresos altos y medios altos.
- Entre las regiones de la OMS, se encontró que todos los recursos humanos pertinentes de nivel superior eran menos numerosos en los Estados Miembros que respondieron de la Región de África.
- La disponibilidad de centros de formación para otorrinolaringólogos, audiólogos y profesores es mayor en los grupos de ingresos altos y medios altos. Las oportunidades de educación son menores en la Región de África que en las Regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

COMITÉ NACIONAL PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA O LA PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

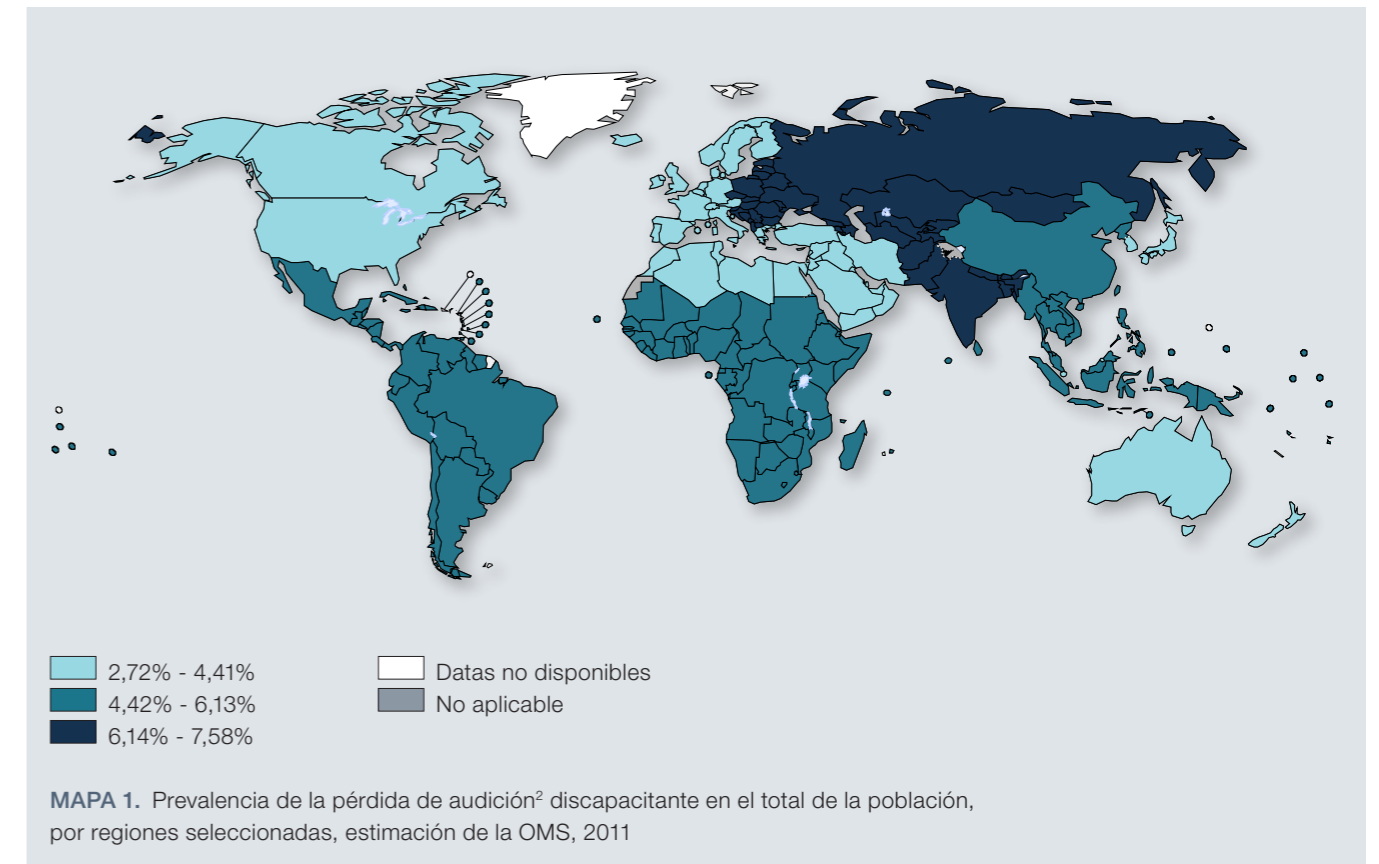
- El 26% de los que respondieron (de ahora en adelante «respondientes») comunicaron el establecimiento de un comité nacional para la atención otológica y audiológica en el país.
- La formación de un comité nacional no parece guardar relación con el nivel de ingresos de los países que respondieron. Entre las regiones de la OMS, el 70% de los países de la Región de Asia Sudoriental habían establecido dichos comités.

- La mayoría de los comités tienen representantes de los ministerios de salud (95%), educación (75%) y acción social (75%). Otros grupos representados son grupos de profesionales, instituciones académicas y organizaciones de personas con discapacidad.
- Los comités desempeñan las funciones básicas de elaboración y ejecución de un plan nacional de atención otológica y audiológica. También son responsables de colaborar con organizaciones no gubernamentales, de concebir materiales de formación y sensibilización y de la supervisión

PLAN, PROGRAMA O POLÍTICA NACIONAL O SUBNACIONAL DE ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA O DE PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

- Cuarenta (40) Estados Miembros comunicaron tener un plan, un programa o una política para abordar la pérdida de audición a nivel nacional o subnacional.
- Una mayor proporción de respondientes de la categoría de ingresos altos (83,3%) y medios altos (64,7%) que de la categoría de ingresos medios bajos (44%) y bajos (38%) comunicaron la formulación de tales planes, programas o políticas de atención otológica y audiológica.
- El setenta por ciento (70%) de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental, el 60% de los de la Región del Pacífico Occidental y el 38% de los de la Región de África comunicaron la elaboración de planes, programas o políticas de atención otológica y audiológica.
- Los ministerios de salud (100%), educación (61,3%), acción social (54,8%) y medio ambiente (61,3%) son los que más participan en los programas de atención otológica y audiológica.
- En la mayoría de los países (53,5%) que proporcionaron información sobre fuentes de financiación, la financiación del programa proviene en parte del gobierno nacional y en parte de organizaciones no gubernamentales.
- Las razones más frecuentemente citadas de la ausencia de programas de atención otológica y audiológica en los Estados Miembros participantes eran: otras prioridades sanitarias y la falta de recursos humanos o financieros. Ninguno de los Estados Miembros mencionó entre los motivos la falta de necesidad.

INTRODUCCIÓN

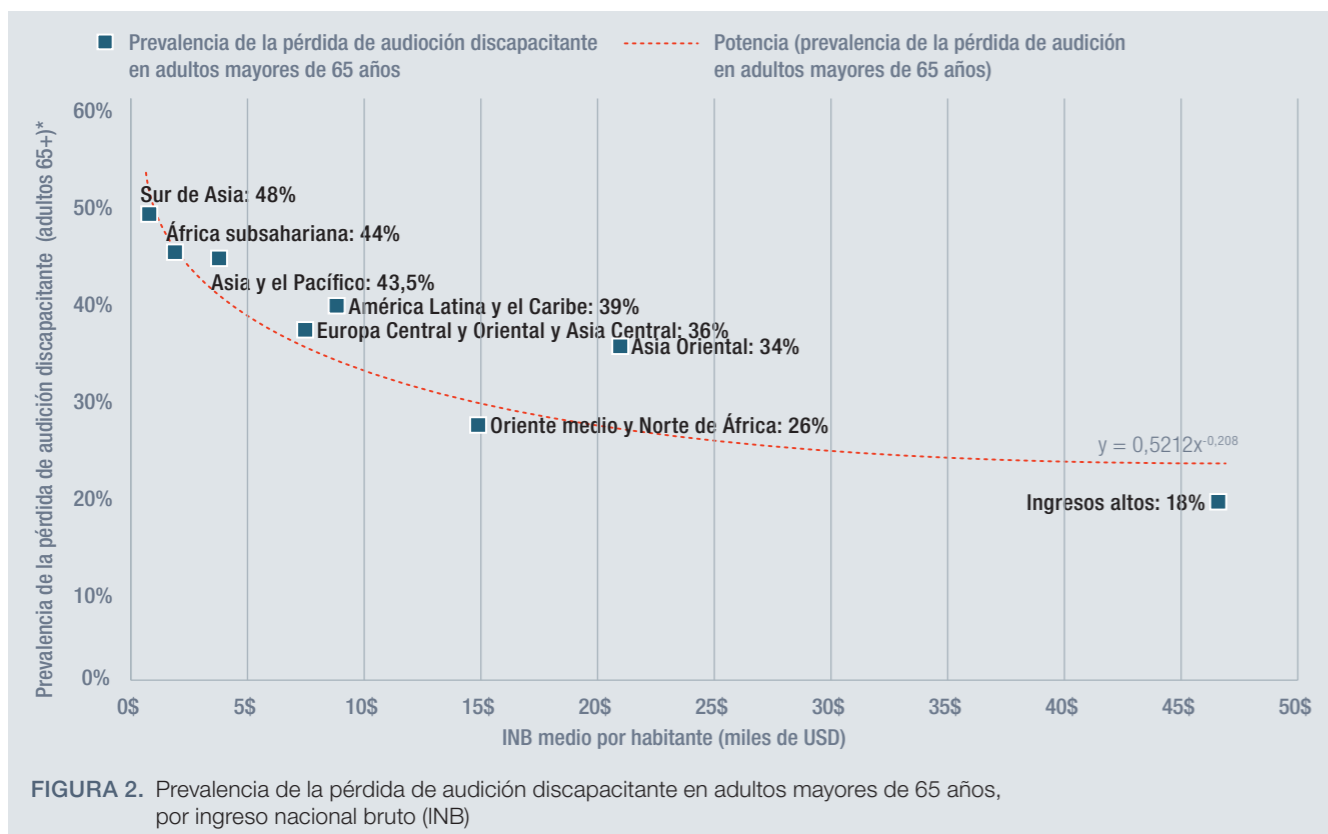
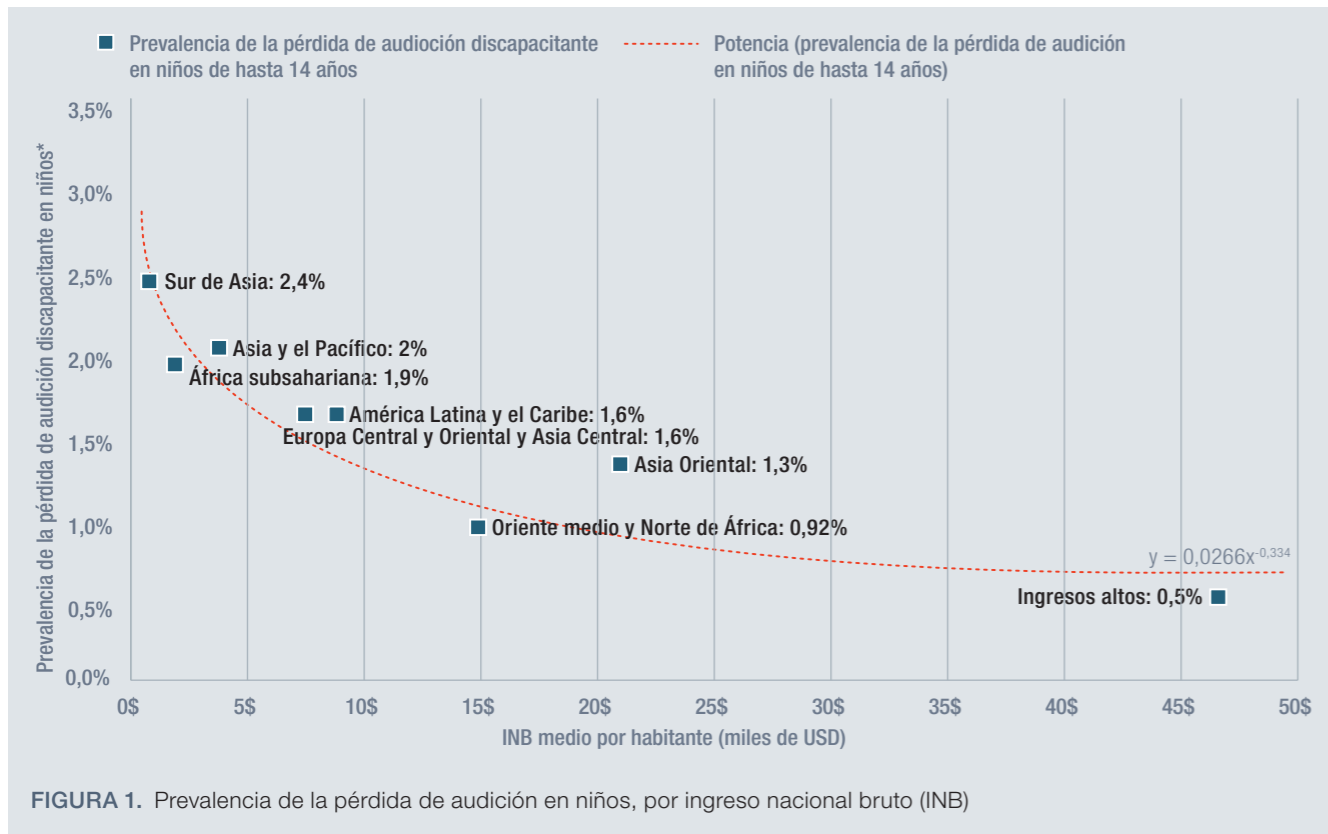


Existen 360 millones de personas en el mundo con pérdida de audición discapacitante (esto es, el 5,3% de la población mundial); de ellas, 32 millones son niños. La prevalencia de la pérdida de audición varía en el mundo, pero es mayor en las regiones de Asia y del Pacífico y del África subsahariana.

El nivel de ingresos del país o la región puede estar relacionado con la prevalencia de la pérdida de audición. En los niños y adultos mayores de 65 años, la prevalencia tiende a disminuir de forma exponencial a medida que aumenta el ingreso nacional bruto.

En 1995, la Asamblea de la Salud, en su Resolución WHA48.9, expresó su preocupación ante el problema creciente de la pérdida de audición en el mundo, en gran parte prevenible. Instó a los Estados Miembros a que prepararan planes nacionales para la prevención y el control de las principales causas de la pérdida evitable de la audición y para la detección temprana de la deficiencia en los lactantes, niños y personas de edad avanzada en el marco de la atención primaria de salud. En este contexto, en 2012, la Unidad de Prevención de la Ceguera y de la Sordera de la OMS llevó a cabo una encuesta para reseñar el estado actual de los planes y programas de atención otológica y audiológica en los Estados Miembros y para propugnar la monitorización del progreso mundial realizado en la materia.

² Por «pérdida de audición discapacitante» se entiende la pérdida de audición superior a 40 dB en el oído de mayor capacidad auditiva en los adultos y superior a 30 dB en el oído de mayor capacidad auditiva en los niños (0-14 años).



METODOLOGÍA

La elaboración de la publicación actual supuso la participación de personal de la sede y de las de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países, así como de los ministerios de salud, que recopilaron información sobre la situación de los recursos humanos, así como de los planes y los programas para la atención otológica y audiológica. El proyecto comprendió múltiples etapas administrativas y metodológicas, como la elaboración de un cuestionario, un análisis estadístico y la presentación de los datos.

ETAPA 1: ELABORACIÓN Y REVISIÓN DEL CUESTIONARIO

A efectos de la encuesta, se elaboró un cuestionario con la colaboración de la Unidad para la Prevención de la Ceguera y de la Sordera (PBD) de la OMS, del Departamento de Estadística e Informática Sanitarias de la OMS y de las oficinas regionales de la OMS. Se adjuntó un glosario para facilitar idéntica comprensión de los términos utilizados por parte de todos los que respondieran al cuestionario. El cuestionario se redactó en inglés y se tradujo a todas las lenguas oficiales de las Naciones Unidas (árabe, chino, español, francés y ruso). Luego se envió a todos los Asesores Regionales del PBD y a cuatro expertos adicionales para que lo revisaran, y se modificó en consecuencia.

ETAPA 2: DISTRIBUCIÓN DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se envió a las 154 oficinas de la OMS en los países, quienes procedieron a entregar una copia a los ministerios de salud de los respectivos países. Se solicitó que fuera el Coordinador Nacional de Prevención de la Pérdida de Audición del Ministerio de Salud quien completase el cuestionario o una persona con autoridad y conocimientos similares acerca de las actividades nacionales de prevención de la pérdida de audición y de atención audiológica.

ETAPA 3: DEVOLUCIÓN DEL CUESTIONARIO

Las respuestas al cuestionario se recibieron a través de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países. Un funcionario de la OMS quedó a disposición para responder a todas las preguntas realizadas por las personas de contacto y proporcionar orientación adicional cuando fuera necesario.

ETAPA 4: PROCESO DE ACLARACIÓN

Una vez recibido el cuestionario completado, éste se examinó en busca de respuestas incompletas y datos incongruentes. Los datos se complementaron con búsquedas bibliográficas e información solicitada a expertos en la materia. Cuando era necesario, se contactó a los respondientes para que aclarasen las respuestas.

ETAPA 5: TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se agruparon por región de la OMS³ y por grupo de ingresos del Banco Mundial. La lista de los respondientes se suministra al final de este informe. Las tasas por millón de habitantes se calcularon usando datos de la División de Estadística de las Naciones Unidas.

LIMITACIONES

A la hora de examinar los resultados es necesario considerar un cierto número de limitaciones.

- El cuestionario se envió a 154 de los 194 Estados Miembros de la OMS. A efectos de su distribución sistemática y facilidad de seguimiento, el cuestionario se envió a través de las oficinas regionales de la OMS y sus oficinas en los países. Este procedimiento excluye a todos los Estados Miembros que no cuentan con oficinas de la OMS en el país.
- Se recibieron respuestas de los ministerios de salud de 76 Estados Miembros. Se usaron fuentes alternativas de información para recopilar datos de otros 19 Estados Miembros. La baja tasa de respuesta (49,4%) es una limitación importante y nos impide tener una perspectiva global.
- Algunos países no pudieron proporcionar datos sobre algunos indicadores específicos. Para cada una de las cuestiones se indica el número de respondientes en el gráfico o cuadro respectivo.
- En el cuestionario de la encuesta se usaron definiciones manejables de términos que se formularon mediante consultas con expertos. Se consideró importante lograr un equilibrio entre las definiciones «más adecuadas» y las que normalmente se utilizan. Pese a los esfuerzos para aclarar este enfoque a los coordinadores cuando se recibía una pregunta, es posible que algunos países hayan interpretado las definiciones suministradas de forma distinta.
- El informe refleja la situación de los Estados Miembros seleccionados en 2012. Como la elaboración de planes y programas es un proceso continuo, puede que haya habido cambios entre el momento en que se reunieron los datos y la publicación de este informe.

³ Regiones de la OMS: Región de África (AFR), Región de las Américas (AMR), Región del Mediterráneo Oriental (EMR), Región de Europa (EUR), Región de Asia Sudoriental (SEAR) y Región del Pacífico Occidental (WPR).

RESULTADOS

2.1 PARTICIPACIÓN POR ESTADOS MIEMBROS

- Respondieron al cuestionario un total de 76 Estados Miembros. Ello representa el 49,3% de los 154 Estados Miembros que recibieron el cuestionario. Mediante la participación de expertos y de organizaciones no gubernamentales activas, y de búsquedas bibliográficas, también se consiguieron datos de otros 19 países.
- Respondieron al cuestionario el 58,3% (21 de 36) de los países de ingresos bajos, el 56,2% (26 de 46) de los países de ingresos medios bajos, el 34,7% (17 de 49 países que disponían de una oficina de la OMS) de los países de ingresos medios altos y el 52% (12 de 23 países que disponían de una oficina de la OMS) de los países de ingresos altos (Figura 3).
- Entre las regiones de la OMS, la mayor participación fue la de los países de la Región de Asia Sudoriental (el 91%), seguidos por los de la Región del Pacífico Occidental (66,6%), la Región de África (53,2%), la Región de las Américas (44,8%), la Región del Mediterráneo Oriental (36,4%) y la Región de Europa (33,3%) (Figura 4).

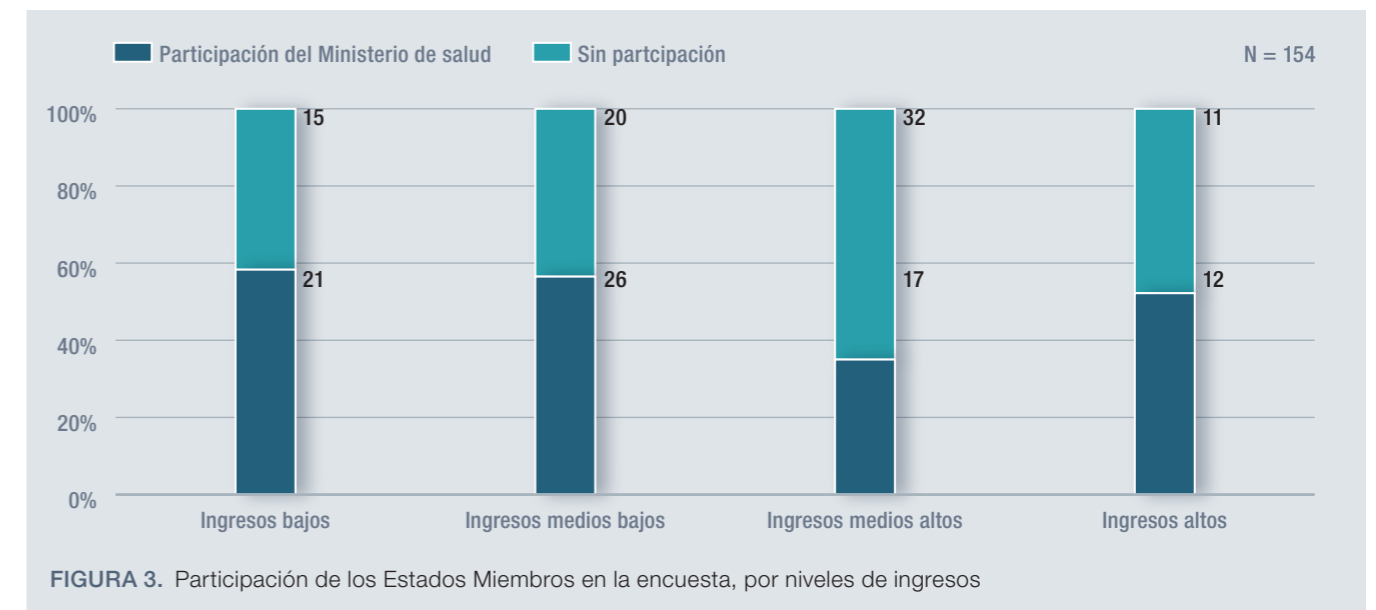


FIGURA 3. Participación de los Estados Miembros en la encuesta, por niveles de ingresos

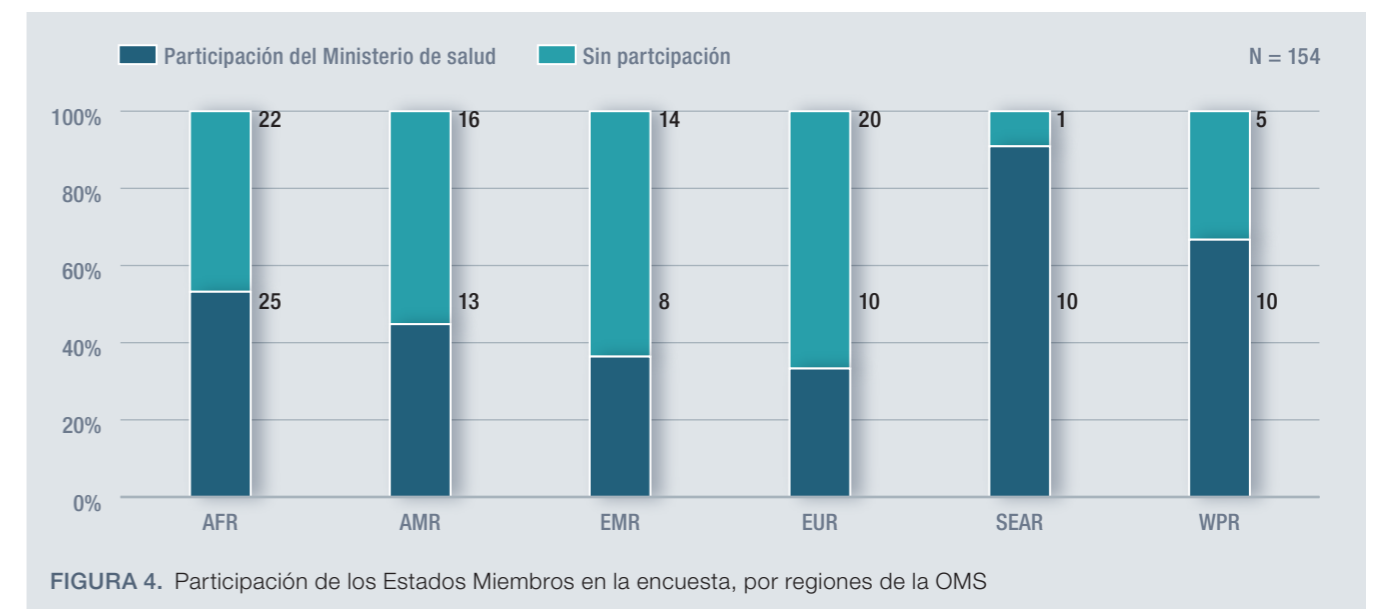


FIGURA 4. Participación de los Estados Miembros en la encuesta, por regiones de la OMS

RESULTADOS

2.2 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE PREVALENCIA DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

DEFINICIÓN

Por «estudio, encuesta o evaluación sobre prevalencia de la pérdida de audición» se entienden exclusivamente estudios poblacionales o encuestas demográficas, sobre los que se proporcionaron detalles en forma de un informe completo o de su referencia, especificando el número y el perfil de la población abarcada.

Se preguntó a los respondientes si se había realizado una encuesta demográfica para evaluar la prevalencia de la pérdida de audición en el país. Se pidieron los informes de las encuestas, cuando se disponía de ellos.

PUNTOS PRINCIPALES

- De los 76 Estados Miembros que respondieron, el 40% (30) comunicaron la disponibilidad de datos epidemiológicos relativos a la prevalencia de la pérdida de audición. Los mismos representan el 19,4% de los Estados Miembros participantes (154).
- La naturaleza de los datos no era uniforme entre los Estados Miembros. Los 30 estudios comunicados incluyeron datos nacionales y provinciales. Los datos no siempre eran representativos de todos los sectores del país.
- De las respuestas disponibles, no se observó ninguna relación evidente entre el nivel de ingresos y la disponibilidad de datos epidemiológicos poblacionales. Tales datos eran escasos en todos los niveles de ingresos (Figura 5).
- El 70% de los Estados Miembros participantes de la Región de Asia Sudoriental de la OMS comunicaron la disponibilidad de datos epidemiológicos poblacionales relativos a la pérdida de audición. En las demás regiones tales datos estaban disponibles en pocos Estados Miembros (Figura 6).

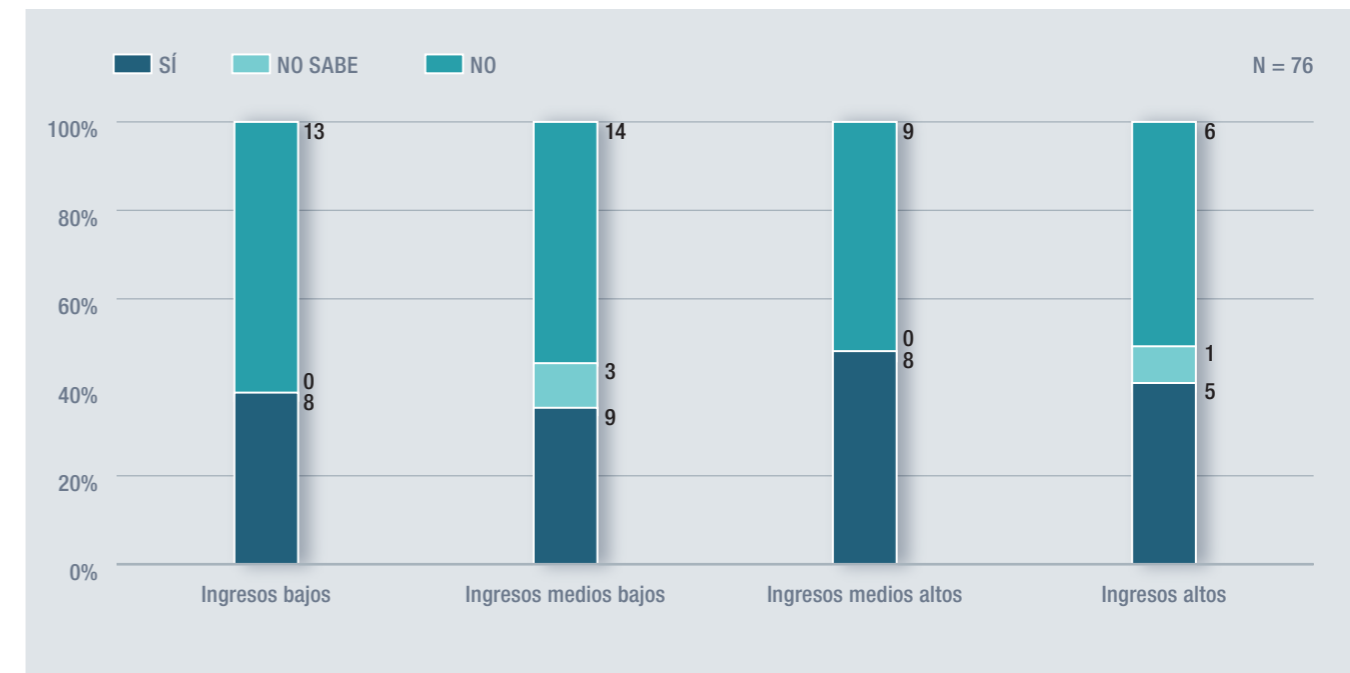


FIGURA 5. Estudios de prevalencia de la pérdida de audición, por nivel de ingresos

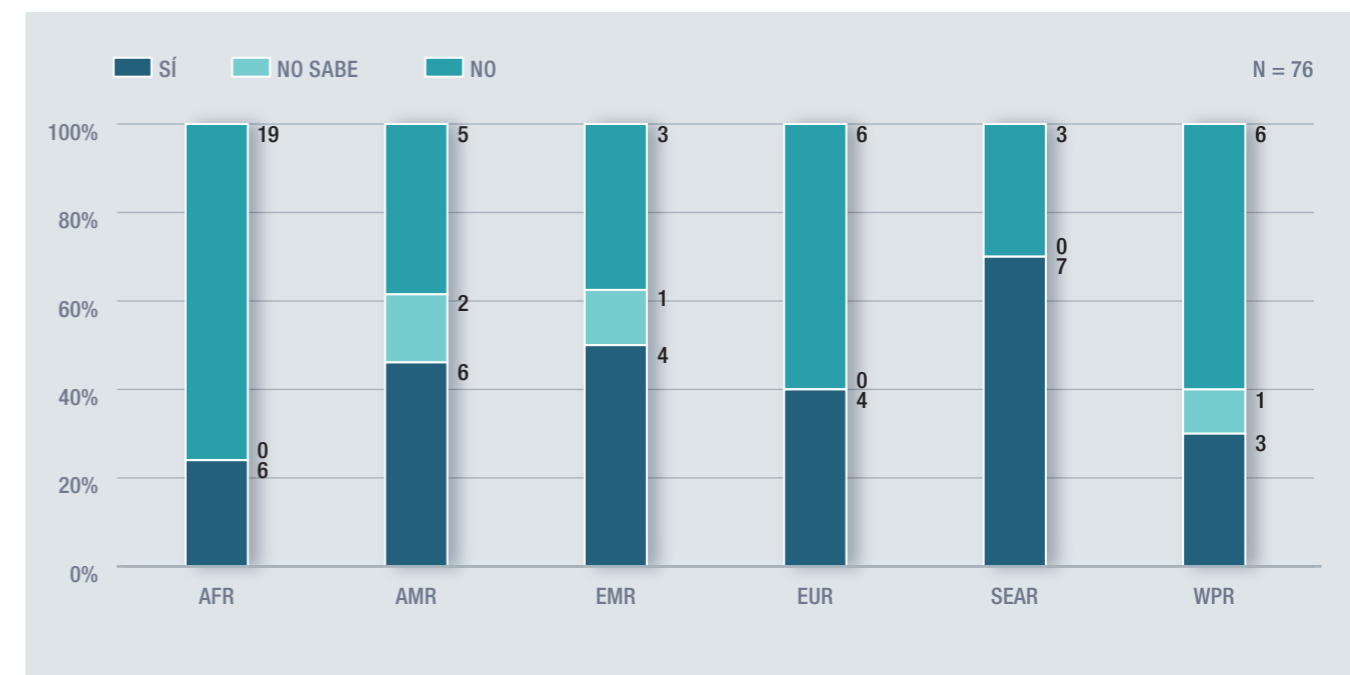


FIGURA 6. Estudios de prevalencia de la pérdida de audición, por región de la OMS

2.3 RECURSOS HUMANOS Y CENTROS DE FORMACIÓN

Se preguntó a los respondientes sobre el estado de los recursos humanos para la prestación de atención otológica y audiológica y si se disponía de centros de formación reconocidos por el gobierno para el desarrollo de profesionales tales como otorrinolaringólogos, audiólogos, logopedas y profesores para sordos o personas con deficiencia auditiva.

- Sesenta y ocho (68) de los 76 participantes (el 89,5%) proporcionaron una estimación del número de otorrinolaringólogos disponibles. El 75% (57) informó sobre la disponibilidad de audiólogos y el 73% (56), sobre la de logopedas. La información proporcionada ha sido analizada más detalladamente.
- Solo 36 y 27 de los respondientes proporcionaron datos detallados sobre los profesores para sordos y demás especialistas relacionados con la pérdida de audición, respectivamente. Como los datos eran incompletos, esta información no ha sido analizada más detalladamente.

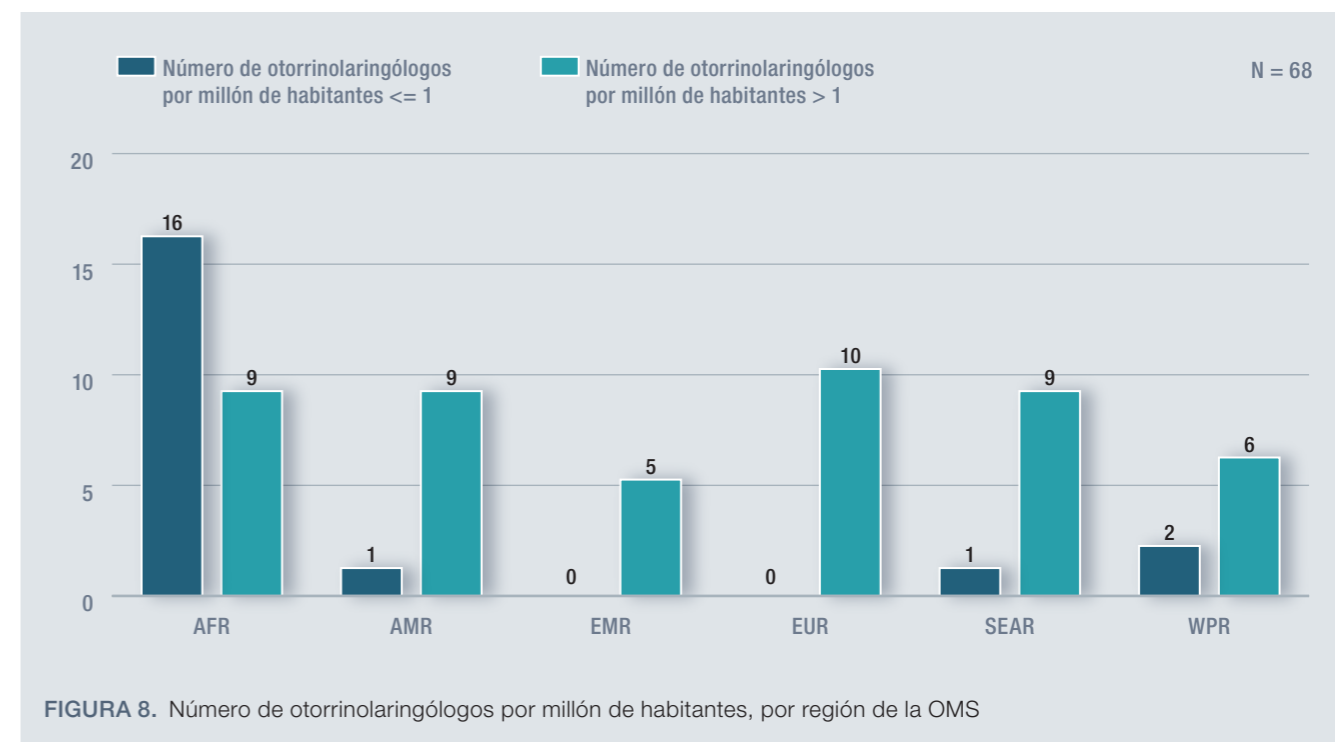
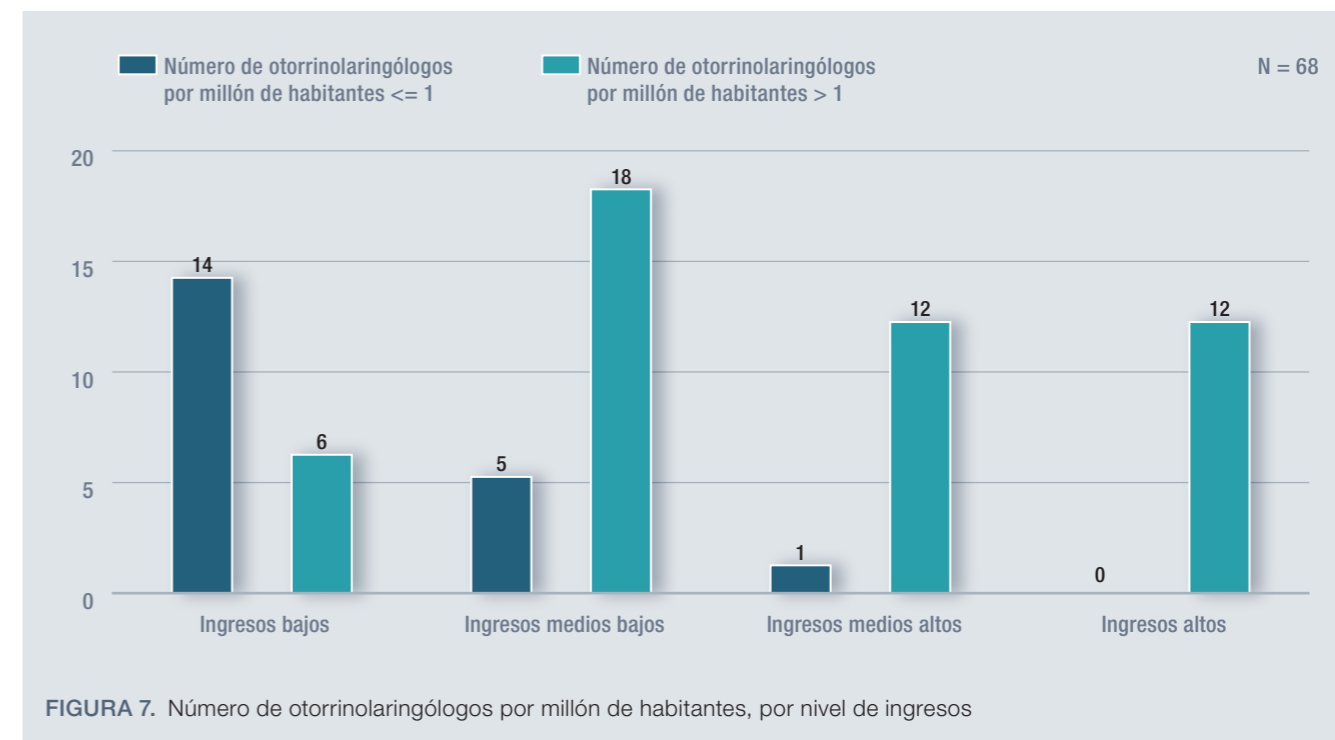
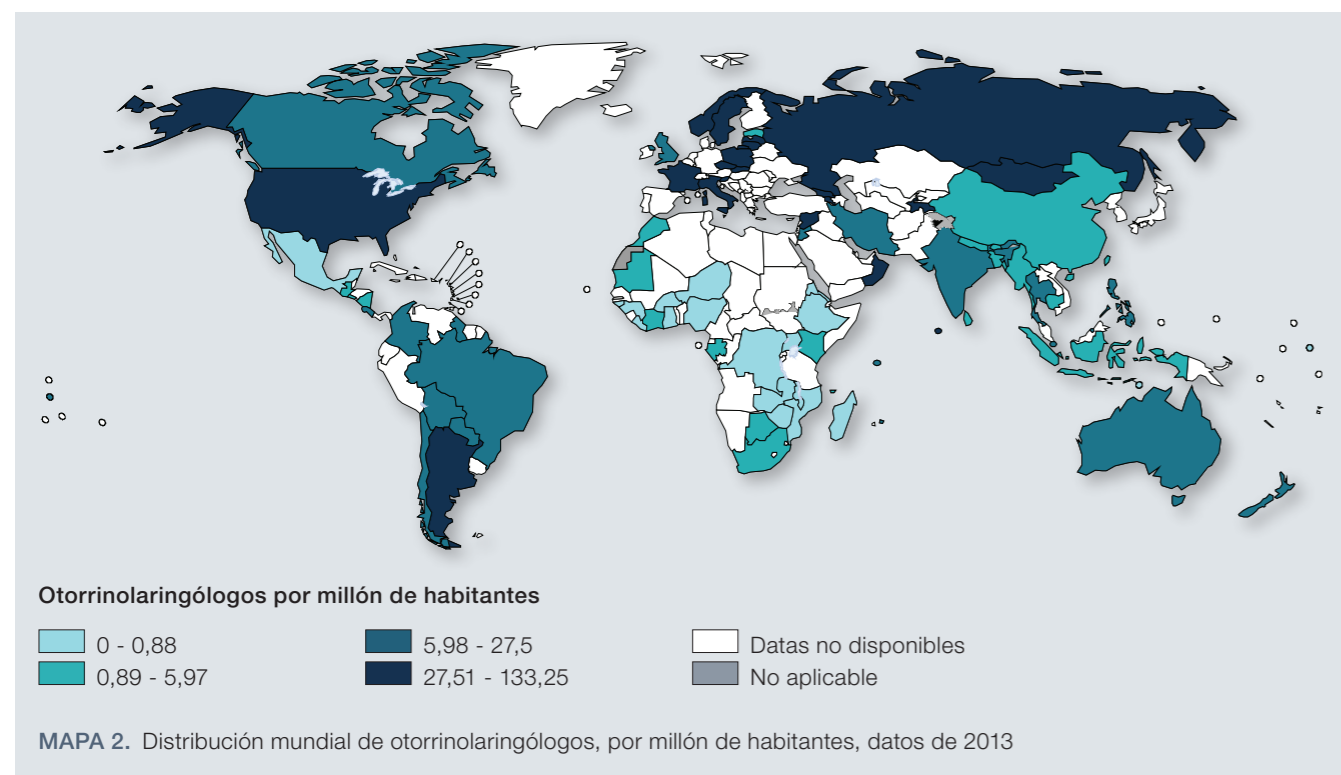
2.3.1 OTORRINOLARINGÓLOGOS

DEFINICIÓN

Por «otorrinolaringólogo» debe entenderse un licenciado en medicina que ha recibido formación en materia de tratamiento de las enfermedades del oído, la nariz y la garganta a través de un curso oficial o universitario reconocido.

PUNTOS PRINCIPALES

- 68 Estados Miembros respondieron con información acerca del número de otorrinolaringólogos en el país.
- La proporción de respondientes con más de un otorrinolaringólogo por millón de habitantes parece variar con el nivel de ingresos (Figura 7).
- De las respuestas, parece haber una distribución desigual entre las regiones de la OMS. El 90% de los países de la Región de Asia Sudoriental disponen de más de un otorrinolaringólogo por millón de habitantes.
- El 75% de los países de la Región del Pacífico Occidental notificaron más de un otorrinolaringólogo por millón de habitantes. Por otro lado, el 64% de los respondientes de la Región de África notificaron la disponibilidad de menos de un otorrinolaringólogo por millón de habitantes (Figura 8).
- También se analizaron datos disponibles de fuentes alternativas de información (distintas de los ministerios de salud). Este análisis corroboró las tendencias observadas entre el nivel de ingresos y el número de otorrinolaringólogos disponibles. Los resultados conjuntos se reflejan en el mapa siguiente (Mapa 2).



RESULTADOS

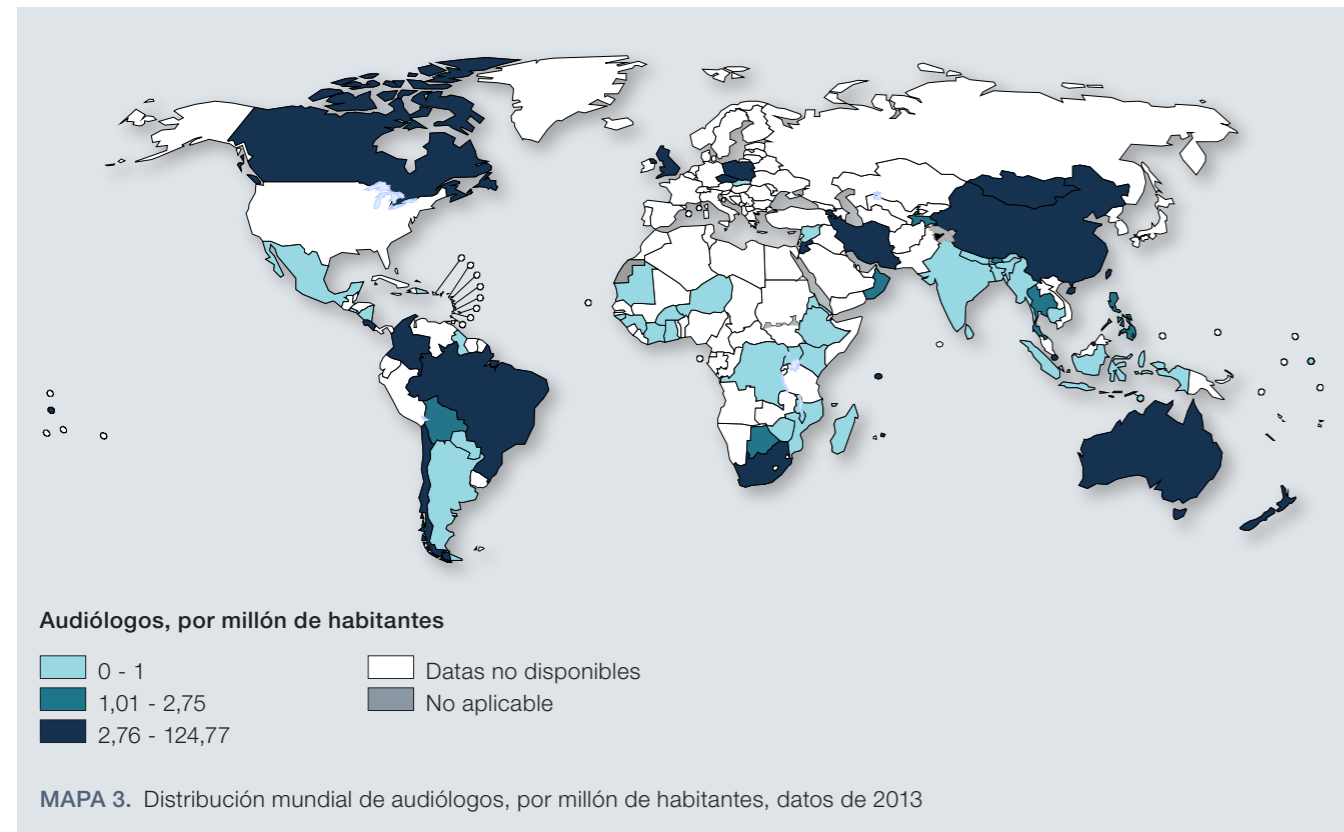
2.3.2 AUDIÓLOGOS

DEFINICIÓN

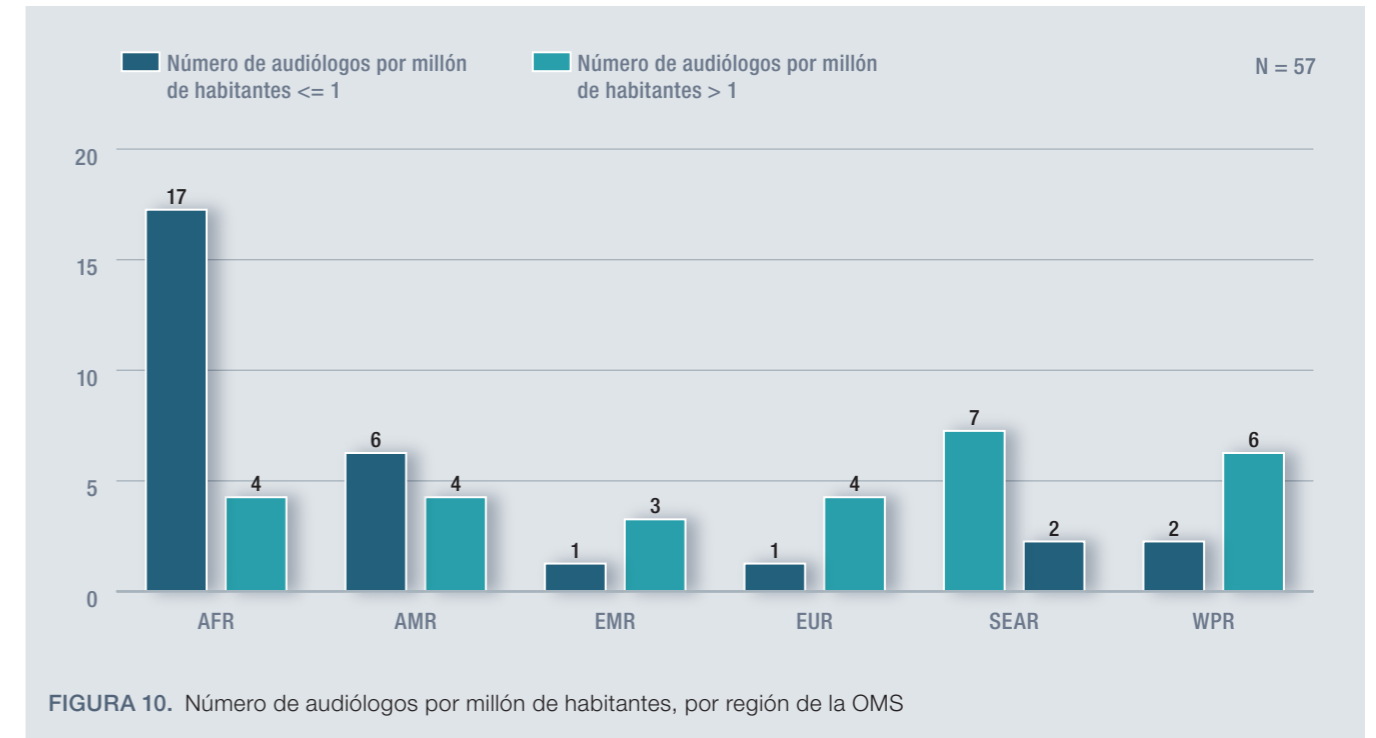
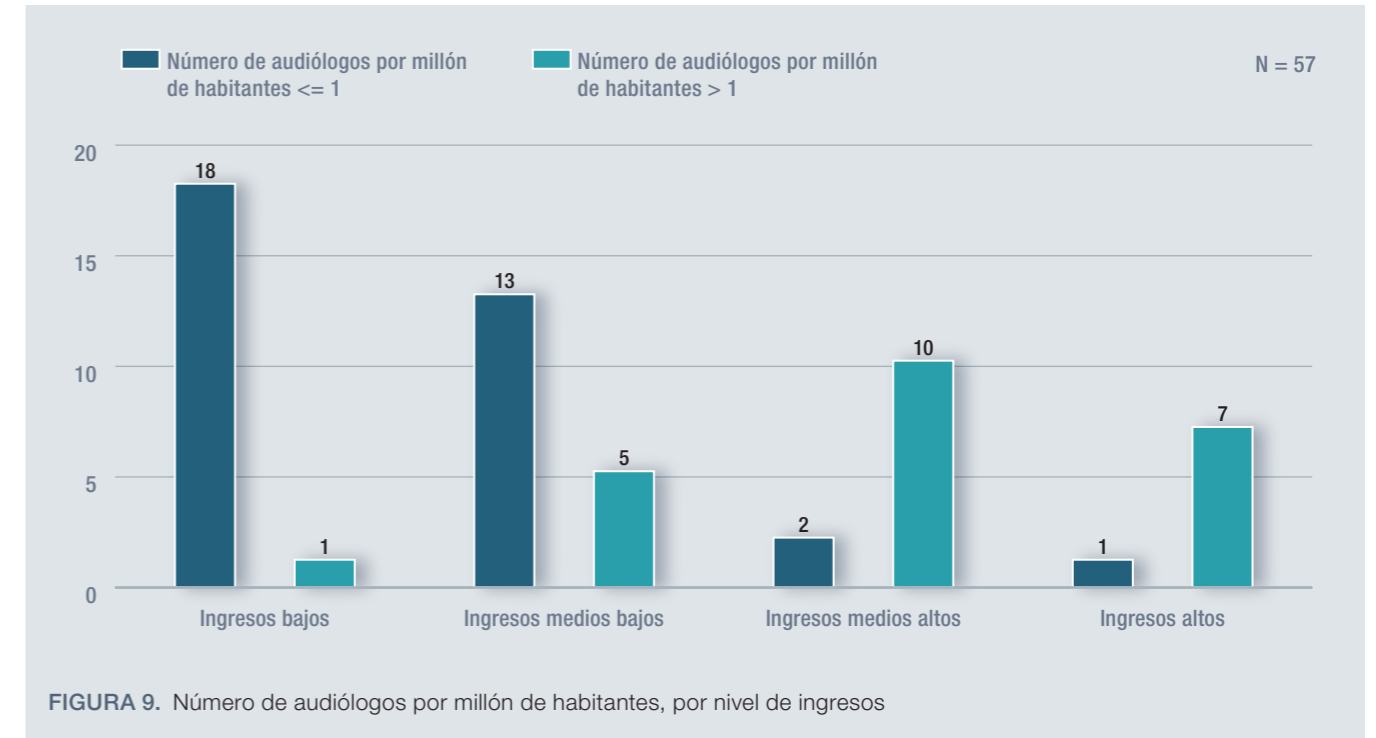
Por «audiólogo» debe entenderse una persona que ha completado un curso oficial o universitario reconocido de audiología.

PUNTOS PRINCIPALES

- Entre los países que respondieron (n= 57), el 40% disponía de más de un audiólogo por millón de habitantes.
- La disponibilidad de audiólogos varía con el nivel de ingresos. El 83,3% y el 87,5% de los respondientes de países con ingresos medios altos y altos, respectivamente, comunicó la disponibilidad de más de un audiólogo por millón de habitantes. Solo el 5,2% de los países de ingresos bajos y el 27,7% de los países de ingresos medios bajos pertenecían a esta categoría (Figura 9).
- Entre las regiones de la OMS, 7 de los 9 respondientes (el 77,7%) de la Región de Asia Sudoriental notificaron la disponibilidad de menos de un audiólogo por millón de habitantes.
- El 75% de los respondientes de la Región del Pacífico Occidental comunicaron más de un audiólogo por millón de habitantes. El 81% de los respondientes de la Región de África notificaron la disponibilidad de menos de un audiólogo por millón de habitantes. Las respuestas de otras regiones de la OMS se presentan en la Figura 13, aunque son insuficientes para evaluar la significación (Figura 10).
- También se analizaron datos disponibles de fuentes alternativas de información (distintas de los ministerios de salud), que corroboraron las tendencias observadas. Los resultados conjuntos se reflejan en el mapa siguiente.



EVALUACIÓN MULTIPAÍS DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN AUDIOLÓGICA



RESULTADOS

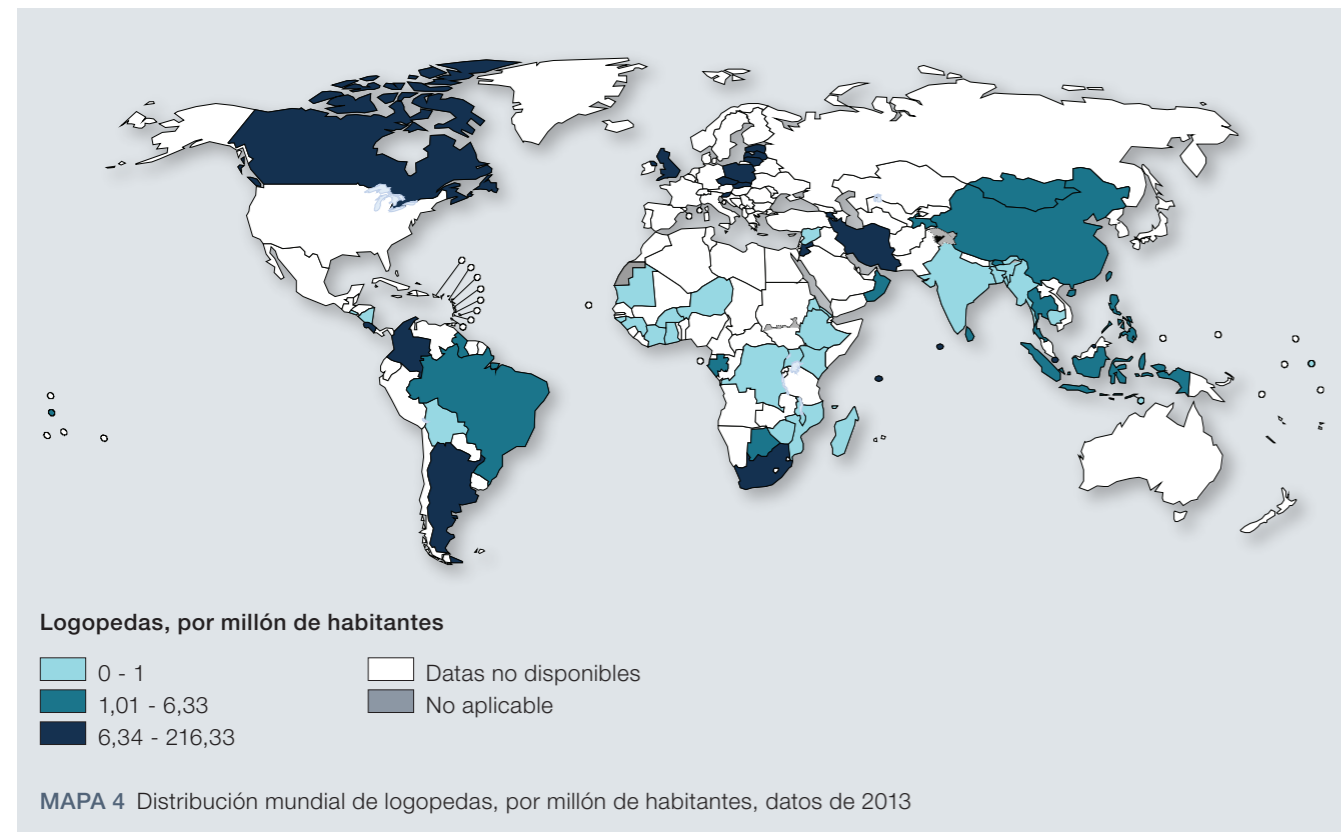
2.3.3 LOGOPEDAS

DEFINICIÓN

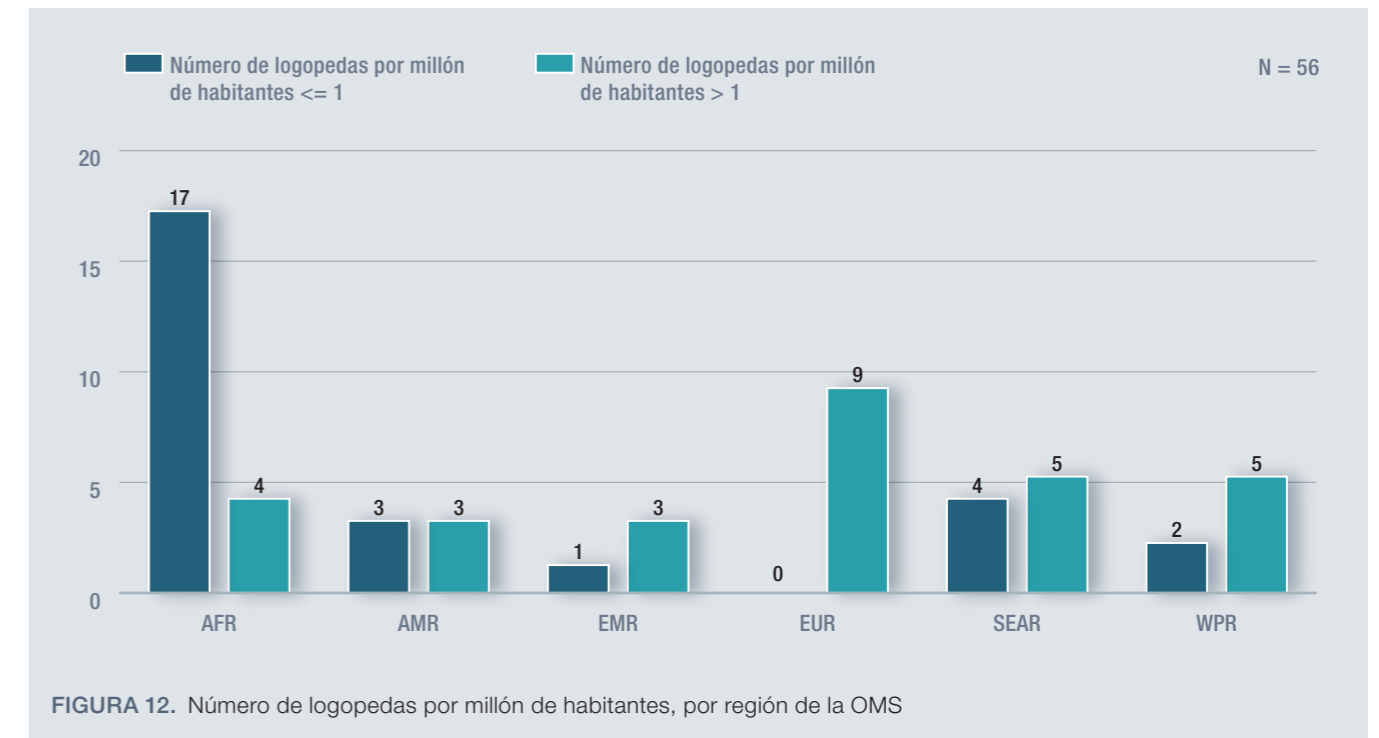
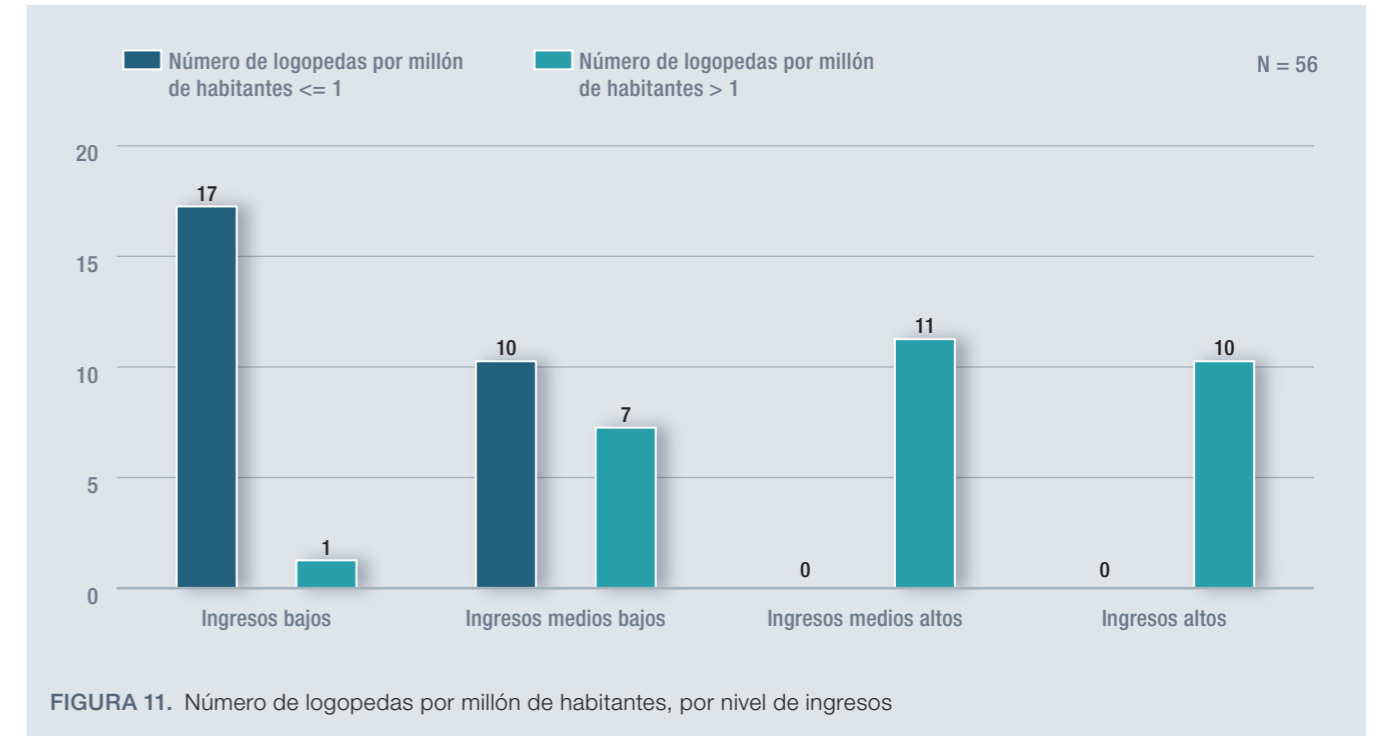
Por «logopeda» debe entenderse una persona que dispone de un diploma o título universitario reconocido en logopedia. En algunos países, la logopedia forma parte de la carrera de audiología.

PUNTOS PRINCIPALES

- Cincuenta y seis (56) de los 76 respondientes informaron sobre la disponibilidad de logopedas en sus países. El 52% de los mismos disponía de más de un logopeda por millón de habitantes.
- Dentro de los grupos de ingresos, los respondientes de los países de ingresos medios altos y altos tendían a tener más de un logopeda por millón de habitantes. El 41% (7) de los países de ingresos medios bajos y el 5,5% (1) de los respondientes de los países de ingresos bajos comunicó la disponibilidad de más de un logopeda por millón de habitantes (Figura 11).
- Entre las regiones de la OMS, el 55,5% de los países que respondieron de la Región de Asia Sudoriental notificaron la disponibilidad de más de un logopeda por millón de habitantes.
- El 19% de los respondientes de la Región de África disponía de al menos un logopeda por millón de habitantes. Las respuestas de otras regiones de la OMS se presentan en la Figura 12, aunque son insuficientes para evaluar la significación.
- También se analizaron datos disponibles de fuentes alternativas de información (distintas de los ministerios de salud). Los resultados conjuntos se reflejan en el mapa 4.



EVALUACIÓN MULTIPAÍS DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN AUDIOLÓGICA



RESULTADOS

2.3.4 CENTROS DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO DE PROFESIONALES EN EL PAÍS

DEFINICIÓN

Por «centro de formación» debe entenderse un instituto o un centro de enseñanza reconocido por el Estado.

Nuestro objetivo era evaluar la disponibilidad de centros de formación (de profesionales) para la prestación de servicios de atención otológica y audiológica en los Estados Miembros. Se planteó una pregunta para determinar la naturaleza y el número de centros disponibles en el país para la formación de otorrinolaringólogos, audiólogos, logopedas y educadores o profesores de sordos. Se requirió información sobre la disponibilidad de tales programas de enseñanza y la matrícula anual en los mismos.

OTORRINOLARINGÓLOGOS

PUNTOS PRINCIPALES

- De los países que respondieron (n=75), el 71% confirmó disponer de centros para la formación de otorrinolaringólogos.
- Solo unos pocos Estados Miembros proporcionaron detalles del número de otorrinolaringólogos formados anualmente. Un análisis preliminar de estos datos indica que existen más oportunidades de formación en los países de ingresos altos y medios altos. La significación de este análisis se ve limitada por la baja tasa de respuesta (Figura 18).
- Entre las regiones de la OMS, el 70% (7) de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental notificó la disponibilidad de tales centros.
- En la región de África, el 50% de los respondientes comunicó la disponibilidad de centros para la formación de otorrinolaringólogos. Las respuestas de otras regiones de la OMS, presentadas en la Figura 19, son insuficientes para atribuirles significación.

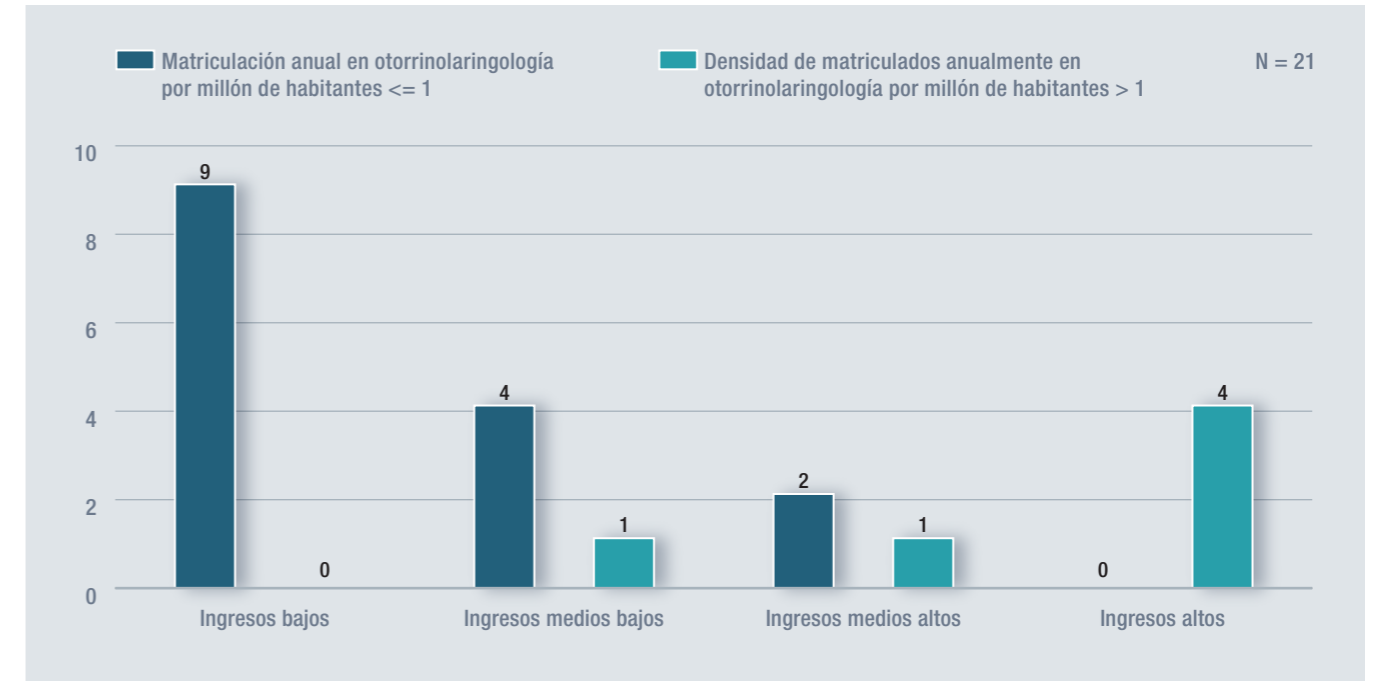


FIGURA 14 Matriculación anual para la formación de otorrinolaringólogos, por nivel de ingresos

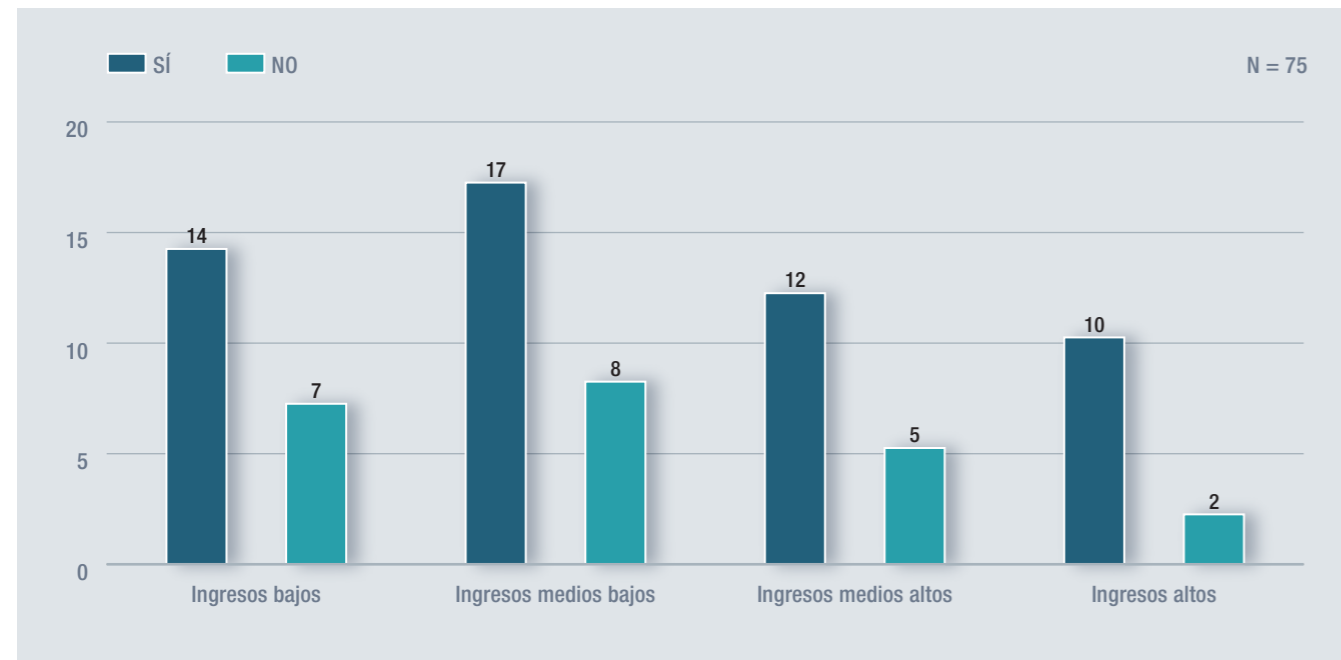


FIGURA 13 Países con centros de formación para otorrinolaringólogos, por nivel de ingresos

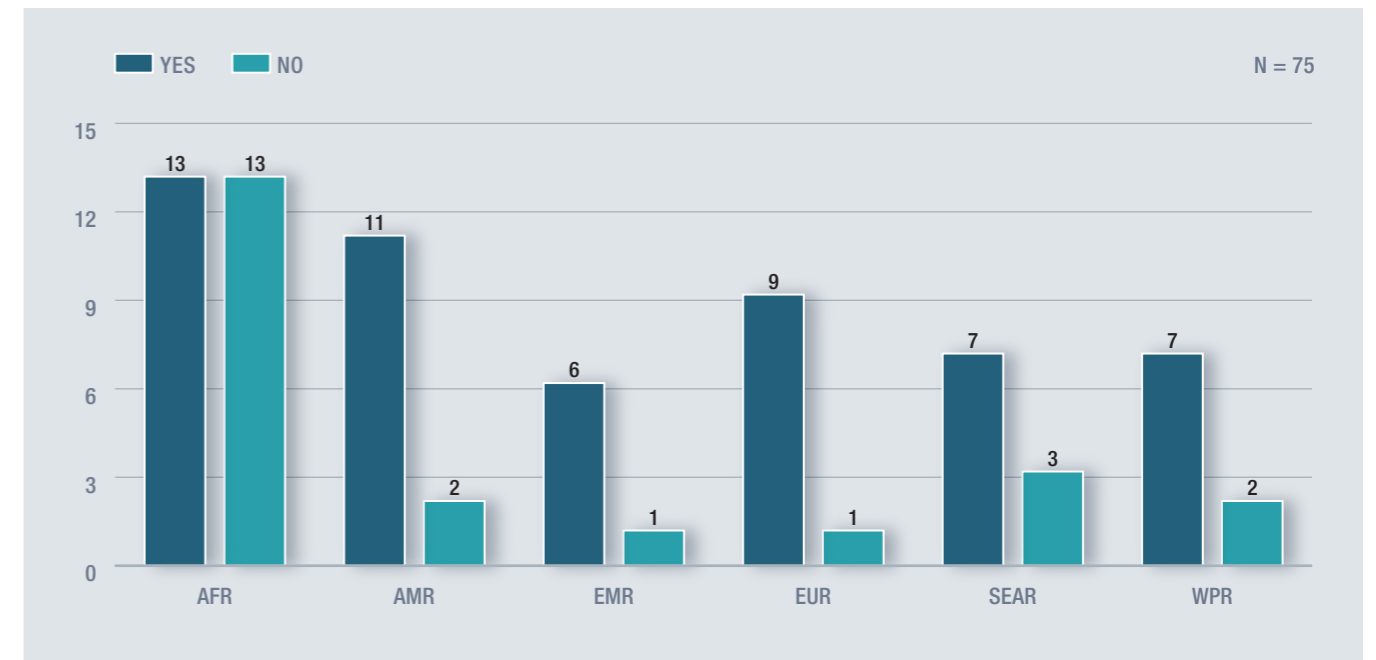


FIGURA 15 Países con centros para la formación de otorrinolaringólogos, por región de la OMS

RESULTADOS

AUDIÓLOGOS

PUNTOS PRINCIPALES

- Entre los países que respondieron (n=71), el 41% disponía de centros para la formación de audiólogos.
- El 54,4% y el 62,5% de los respondientes de países de ingresos altos y medios altos, respectivamente, notificaron la disponibilidad de centros de formación. El 14,2% de los países de ingresos bajos y el 43% de los países de ingresos medios bajos pertenecían a esta categoría (Figura 16).
- Entre las regiones de la OMS, el 30% de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental comunicaron la disponibilidad de tales centros.
- El 20% de los respondientes de la Región de África comunicaron la disponibilidad de centros para la formación de audiólogos en el país. Las respuestas de otras regiones de la OMS se presentan en la Figura 17, pero estas son insuficientes para evaluar la significación.

LOGOPEDAS

PUNTOS PRINCIPALES

- Sesenta y nueve (69) de los países que participaron en la encuesta respondieron a la pregunta sobre disponibilidad de centros para la formación de logopedas en el país. El 44% de los países indicaron disponer de tales centros.
- La disponibilidad de centros de formación en los países parece variar con el nivel de ingresos. El 66,6% y el 70% de los respondientes de países de ingresos medios altos y altos, respectivamente, notificaron la disponibilidad de tales centros de formación. El 14,2% de los países de ingresos bajos y el 48% de los países de ingresos medios bajos pertenecían a esta categoría (Figura 18).
- Entre las regiones de la OMS, el 66,6% de los respondientes de la Región del Pacífico Occidental comunicaron la disponibilidad de centros para la formación de logopedas. El 50% de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental y el 15,3% de los de la Región de África notificaron la existencia de tales centros (Figura 19).

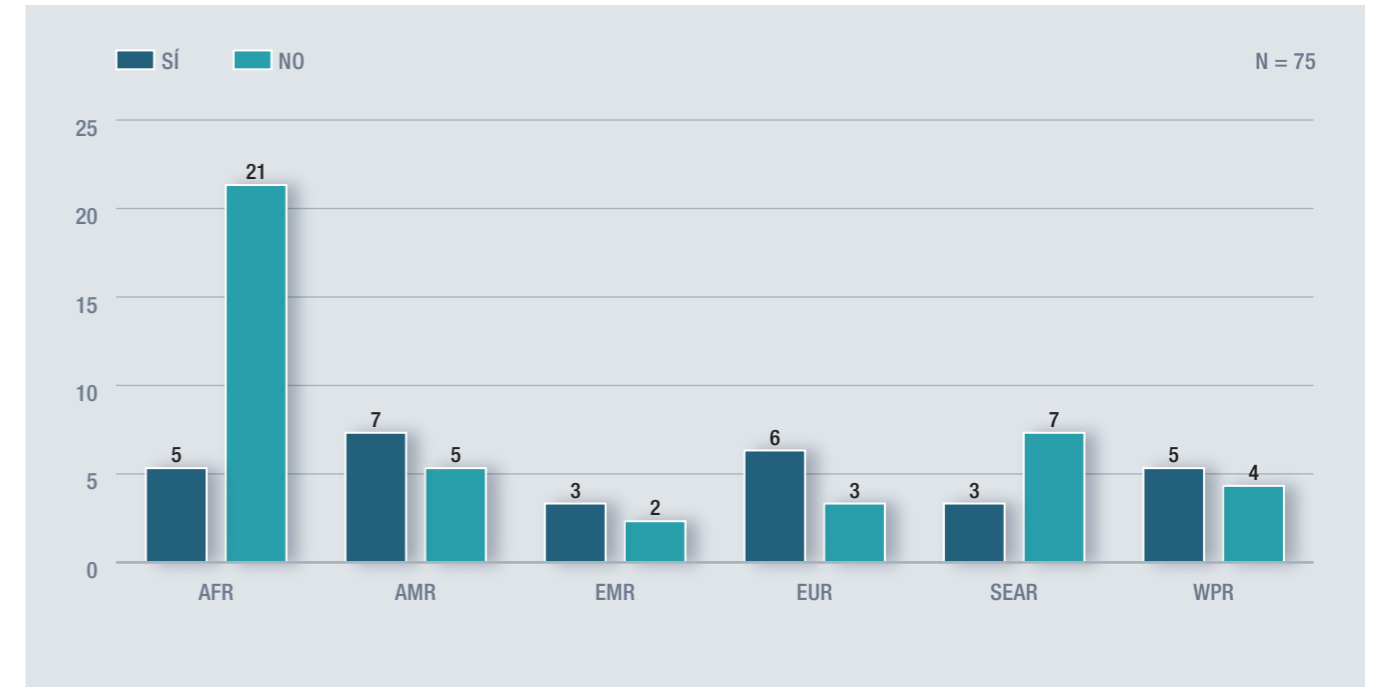


FIGURA 17. Países con centros para la formación de audiólogos, por región de la OMS

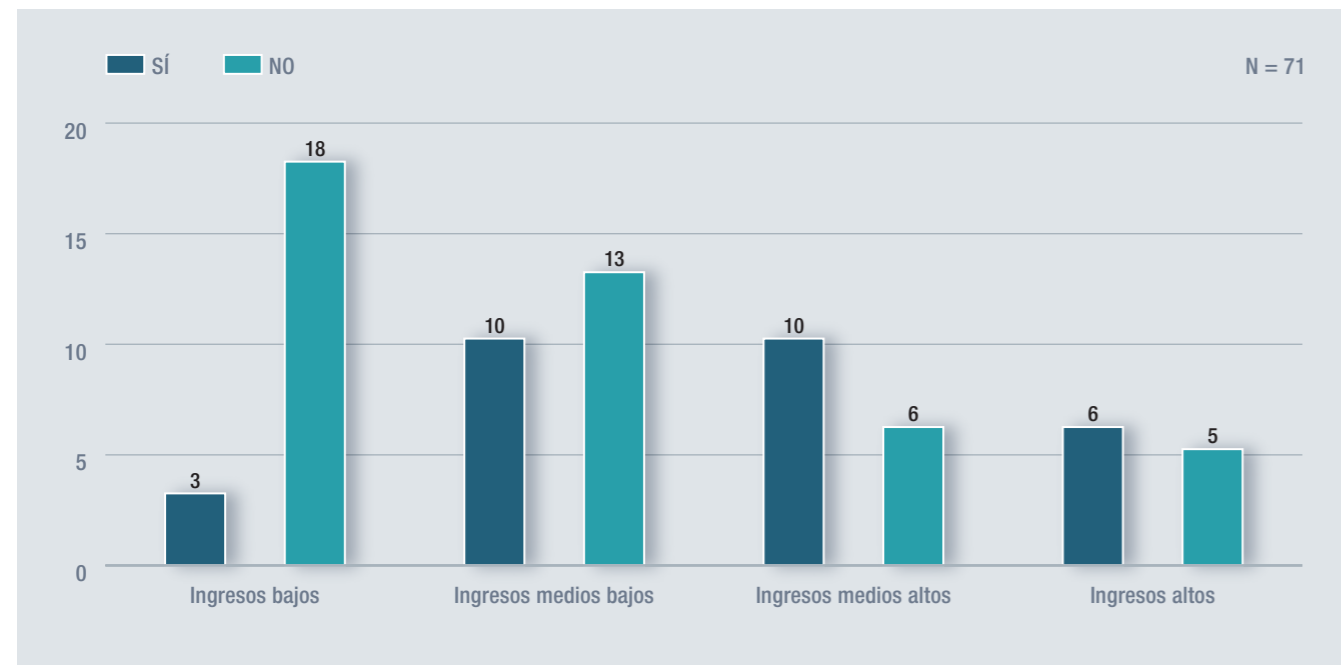


FIGURA 16. Países con centros para la formación de audiólogos, por nivel de ingresos

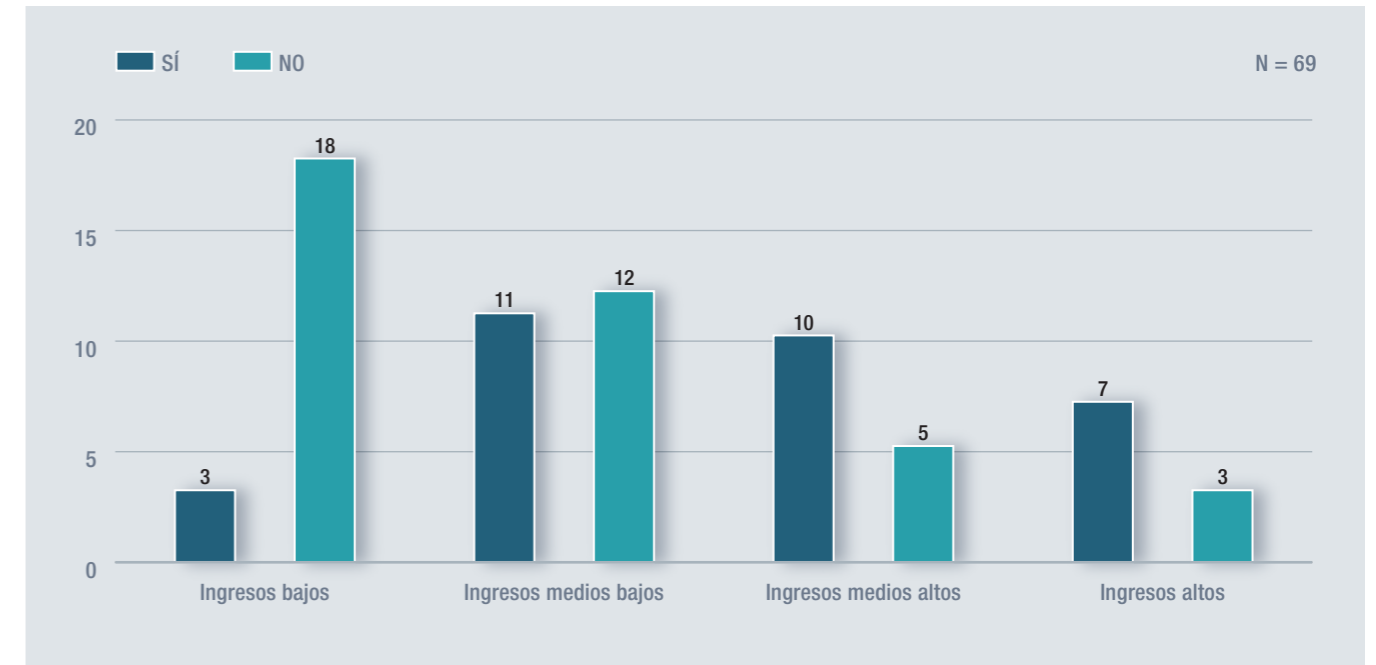
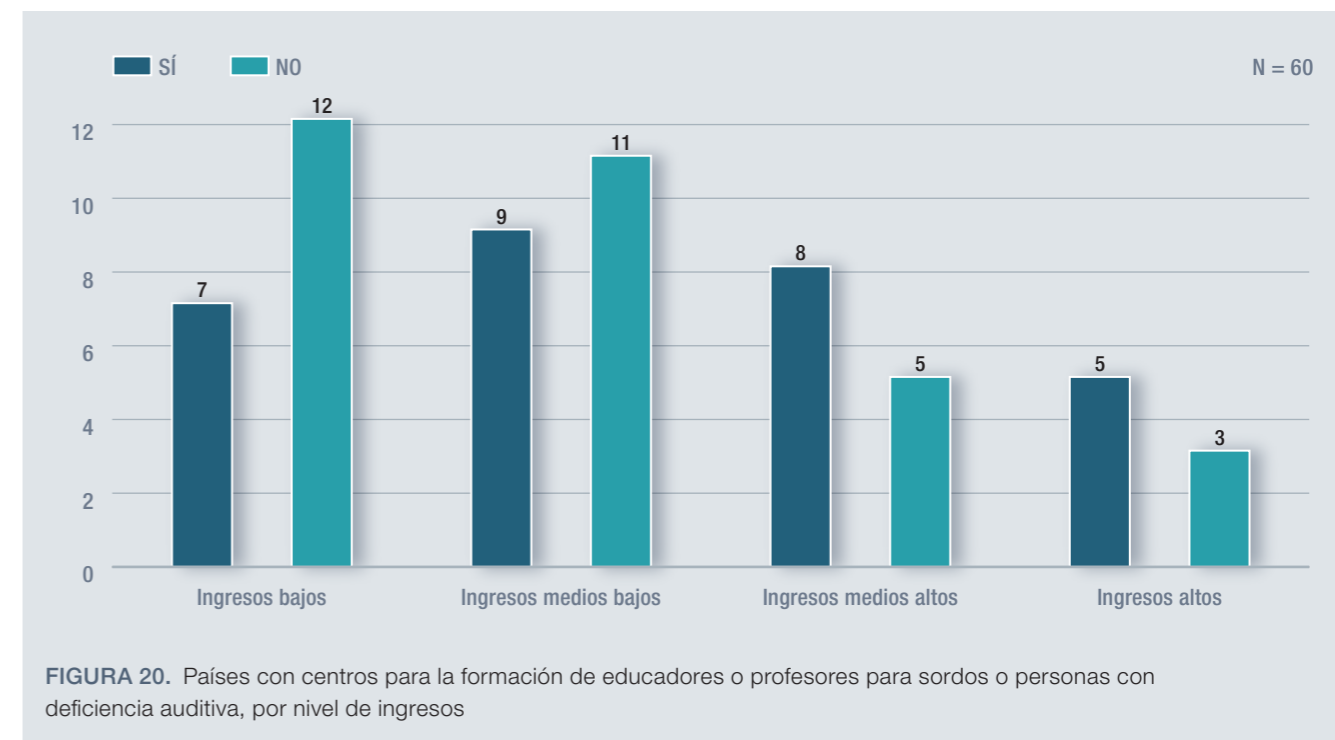
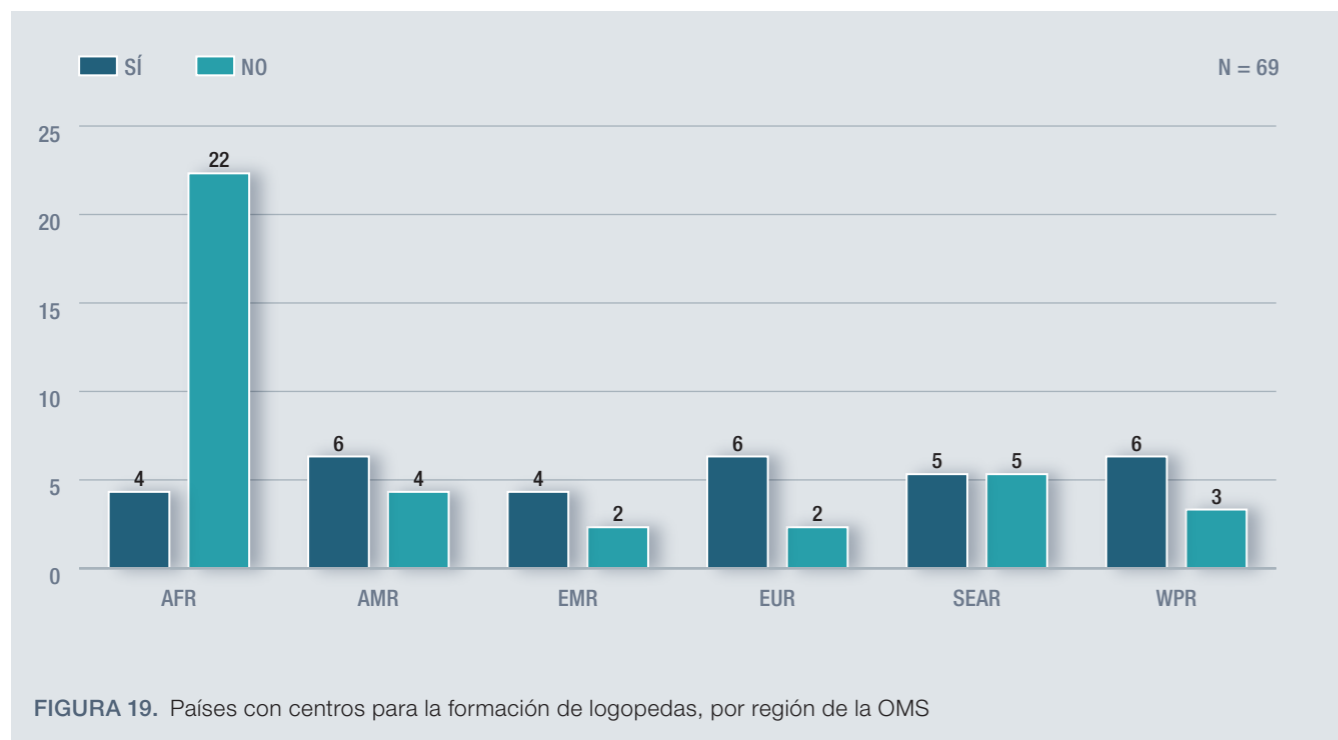


FIGURA 18. Países con centros para la formación de logopedas, por nivel de ingresos

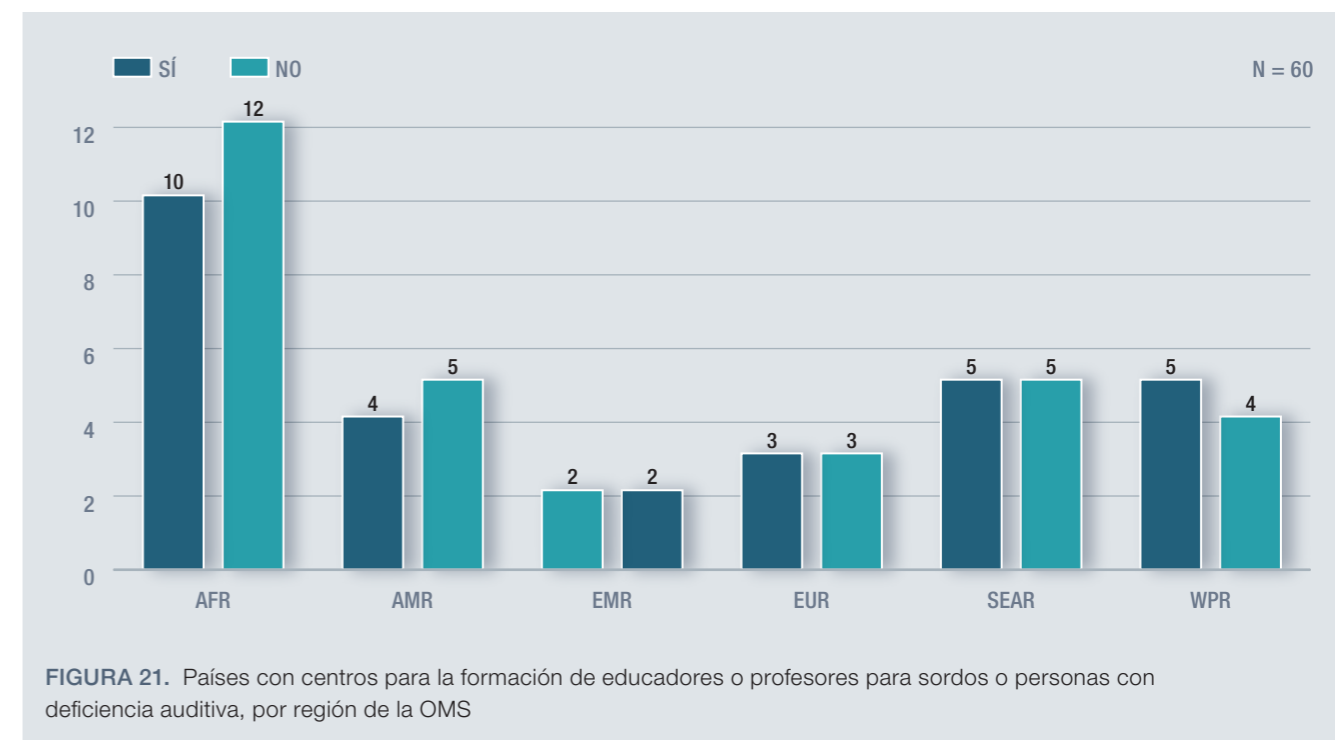


EDUCADORES O PROFESORES PARA SORDOS O PERSONAS CON DEFICIENCIA AUDITIVA

PUNTOS PRINCIPALES

- Entre los países que respondieron (n=60), el 48,3% confirmó la disponibilidad de centros para la formación de profesores para sordos.
- La disponibilidad de centros de formación en los países parece variar con el nivel de ingresos. El 61,5% y el 62,5% de los respondientes de países de ingresos medios altos y altos, respectivamente, notificaron la disponibilidad de dichos centros de formación. Tales establecimientos estaban disponibles en el 37% de los países de ingresos bajos y en el 45% de los países de ingresos medios bajos que respondieron a la encuesta (Figura 20).

- Entre las regiones de la OMS, el 50% de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental comunicaron la disponibilidad de centros para la formación de profesores para sordos o personas con deficiencia auditiva.
- El 55,5% de los respondientes de la Región del Pacífico Occidental y el 45,4% de los de la Región de África disponían de centros para la formación de profesores para sordos o personas con deficiencia auditiva (Figura 21).



2.4 COMITÉ NACIONAL PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA O LA PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

DEFINICIÓN

Por «comité nacional» debe entenderse un organismo oficial designado por el gobierno para abordar las enfermedades del oído y la pérdida de audición en el país y elaborar planes al respecto.

Se preguntó a los países si disponían de un comité nacional designado por el gobierno para la atención otológica y audiológica y la prevención de la pérdida de audición en el país. Se requirió información sobre cuáles ministerios o departamentos gubernamentales contaban con representantes en el comité. Se evaluó la situación de los grupos de profesionales, la universidad, las organizaciones no gubernamentales, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones en dicho comité. Se hizo un esfuerzo para definir las principales responsabilidades de tales comités, ya fueran técnicas, financieras o administrativas.

2.4.1 ESTABLECIMIENTO DE UN COMITÉ NACIONAL PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA

PUNTOS PRINCIPALES

- Veinte (20) de los 76 participantes (el 26%) notificaron la presencia de un comité nacional. Estas respuestas han sido analizadas más detalladamente. Cincuenta y cuatro (el 74%) notificaron que no disponían de tales comités.
- La disponibilidad de un comité nacional no parece guardar relación con el nivel de ingresos de los países. El 41% y el 25% de los respondientes de los países de ingresos medios altos y altos, respectivamente, comunicaron la presencia de tales comités. El 14% de los países de ingresos bajos y el 26% de los de ingresos medios bajos notificaron que disponían de tales comités (Figura 23).
- Entre las regiones de la OMS, el 70% de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental confirmaron la presencia de comités nacionales para la atención otológica y audiológica.
- El 30% de los respondientes de la Región del Pacífico Occidental había formado un comité de ese tipo. En la Región de África, el 7,6% de los respondientes comunicaron la existencia de tales comités. Las respuestas de otras regiones de la OMS se presentan en la Figura 24, pero el número de Estados Miembros participantes es demasiado pequeño para atribuirles significación.
- También se recibió información de otros siete Estados Miembros sobre la disponibilidad de comités nacionales a través de fuentes alternativas. A continuación se indican los datos conjuntos acerca de los comités nacionales (Mapa 5).

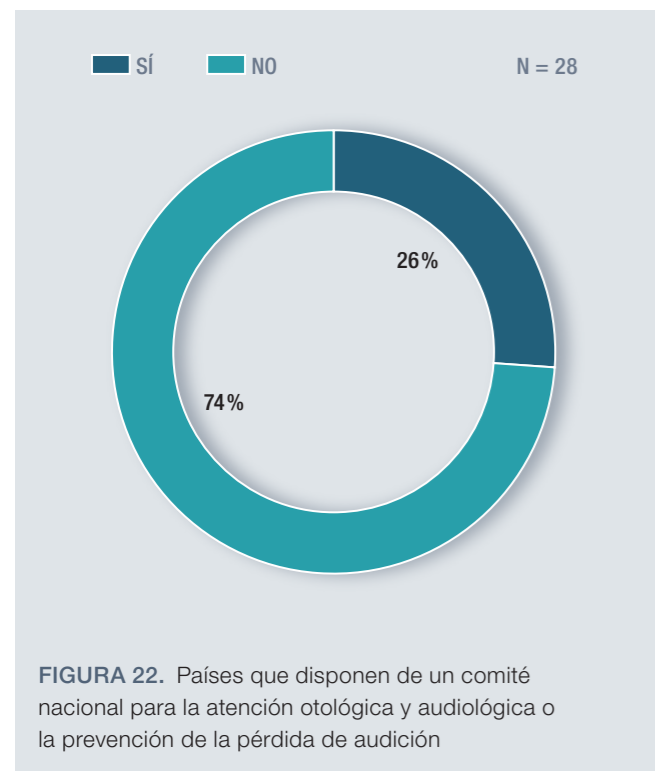


FIGURA 22. Países que disponen de un comité nacional para la atención otológica y audiológica o la prevención de la pérdida de audición

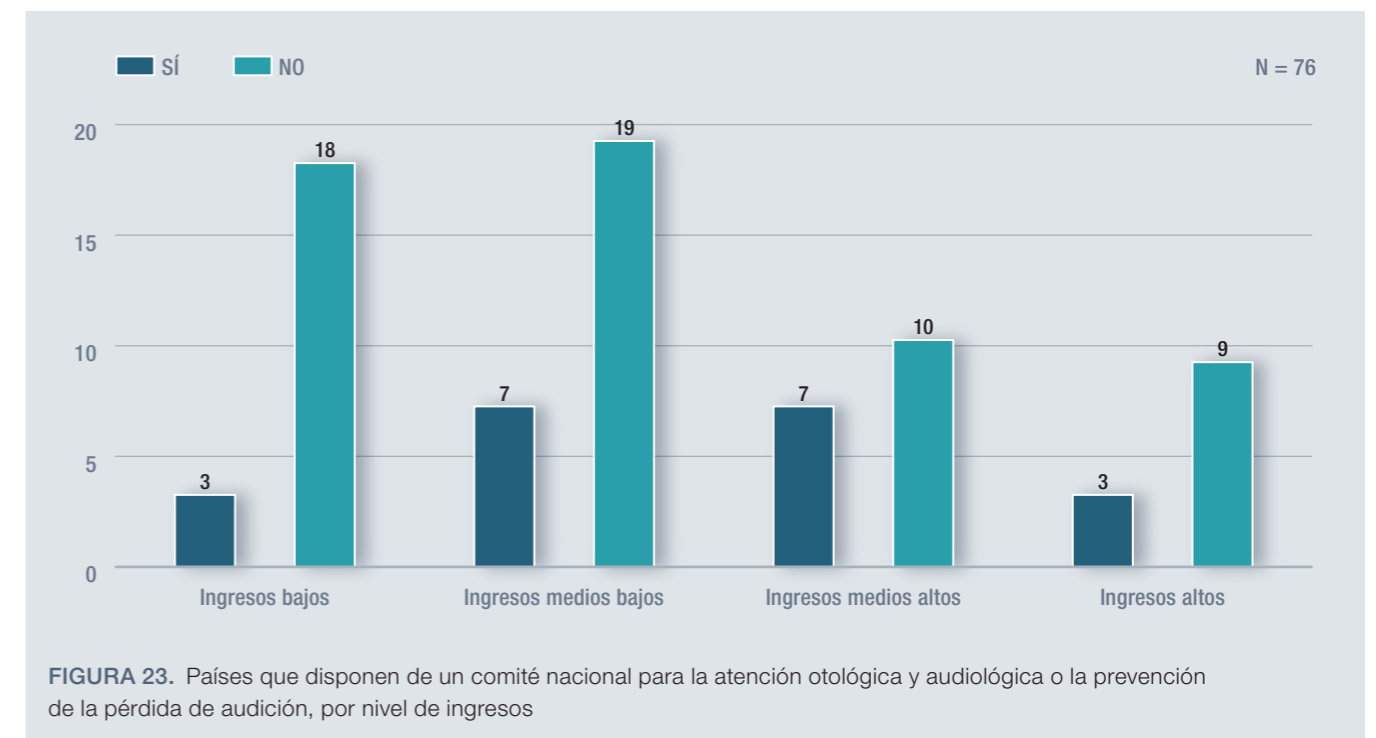


FIGURA 23. Países que disponen de un comité nacional para la atención otológica y audiológica o la prevención de la pérdida de audición, por nivel de ingresos

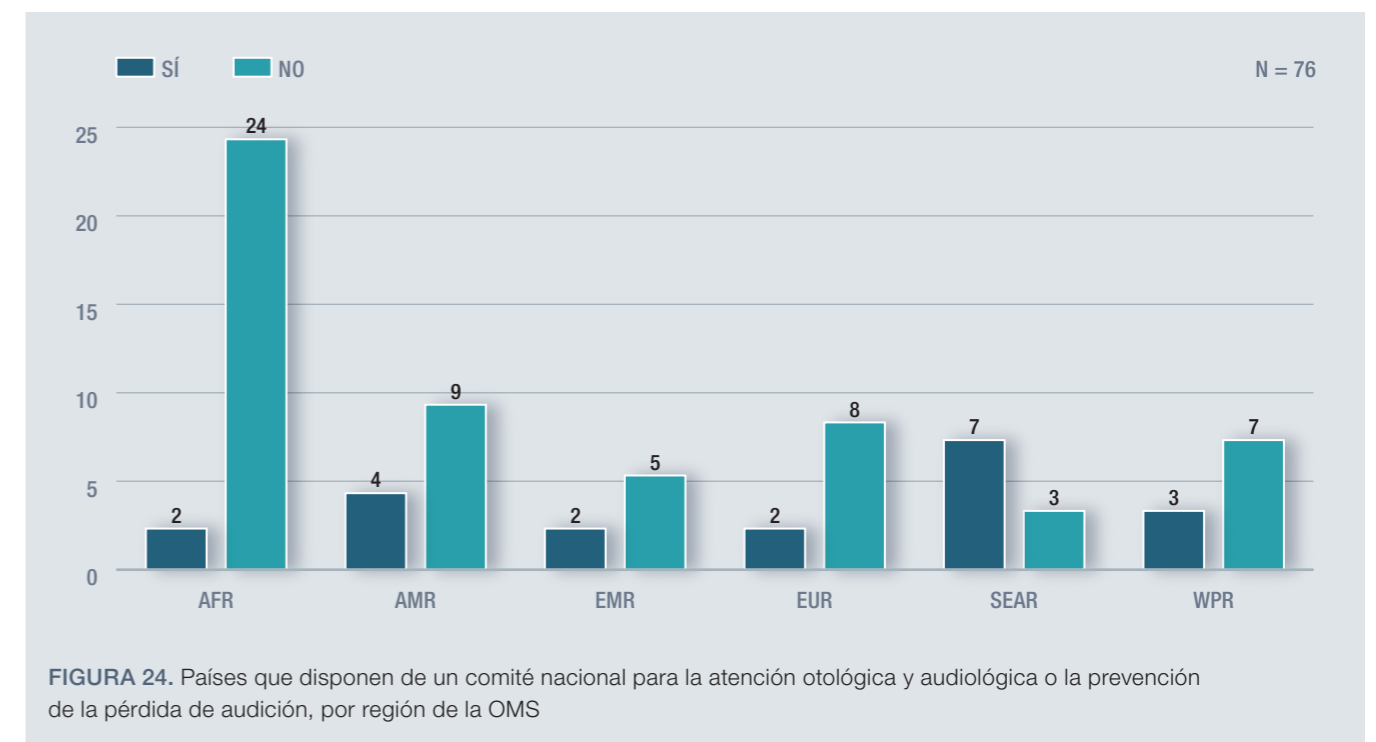
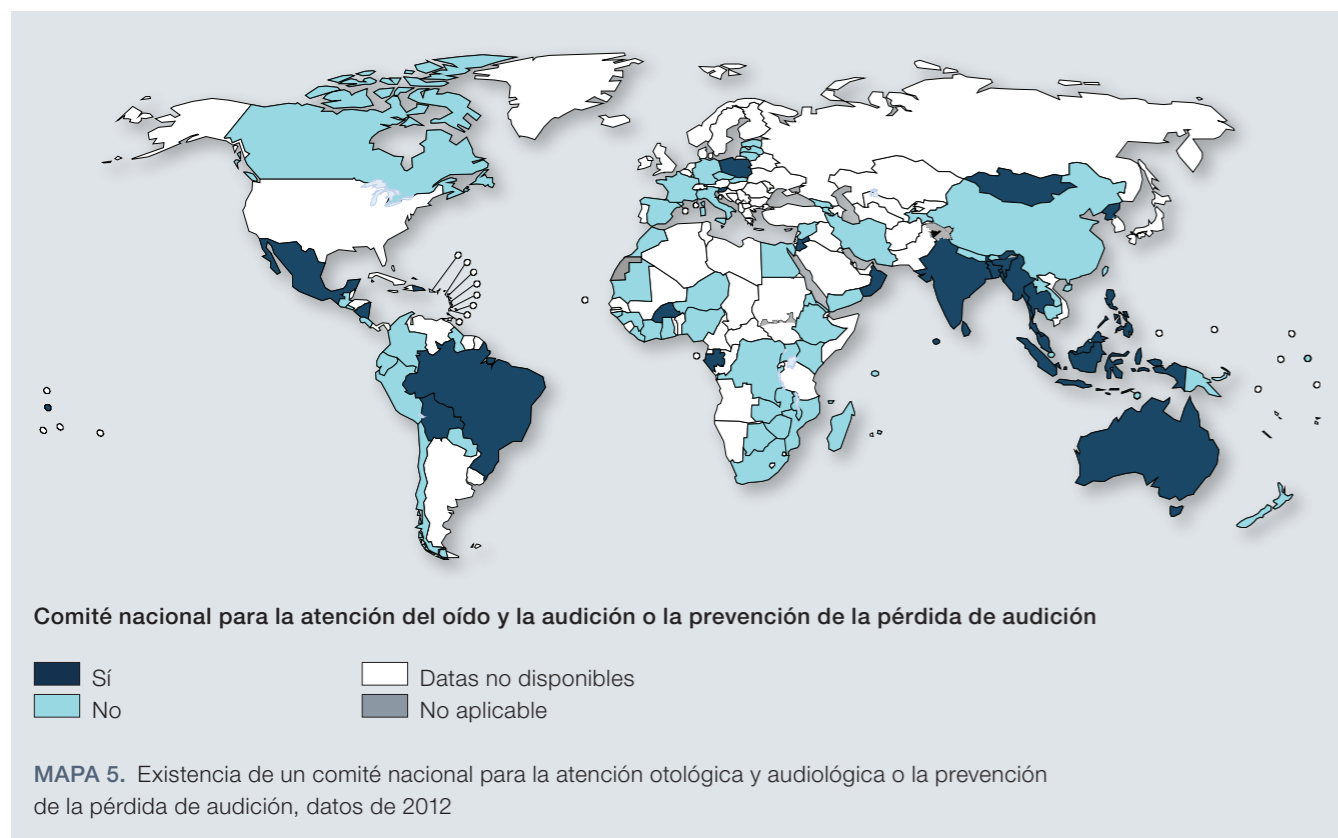


FIGURA 24. Países que disponen de un comité nacional para la atención otológica y audiológica o la prevención de la pérdida de audición, por región de la OMS



2.4.2 GRUPOS REPRESENTADOS EN EL COMITÉ

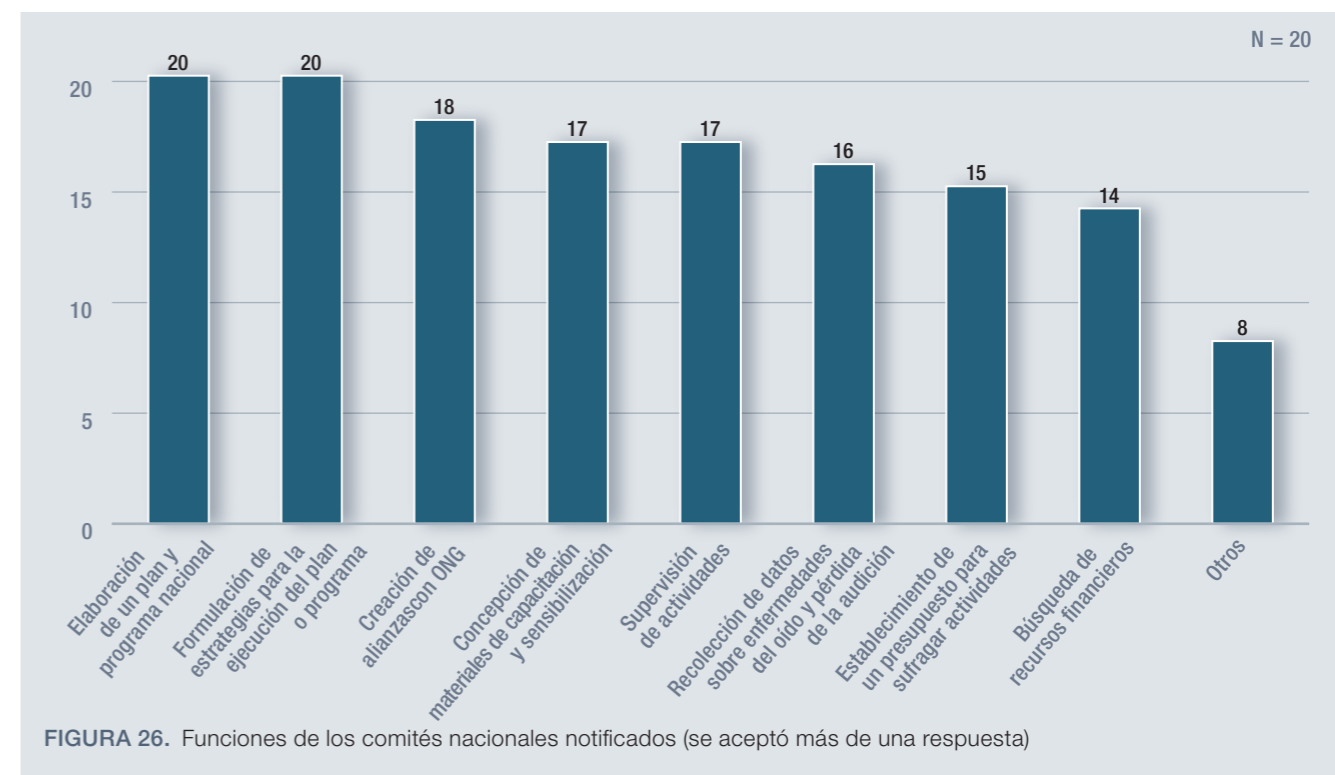
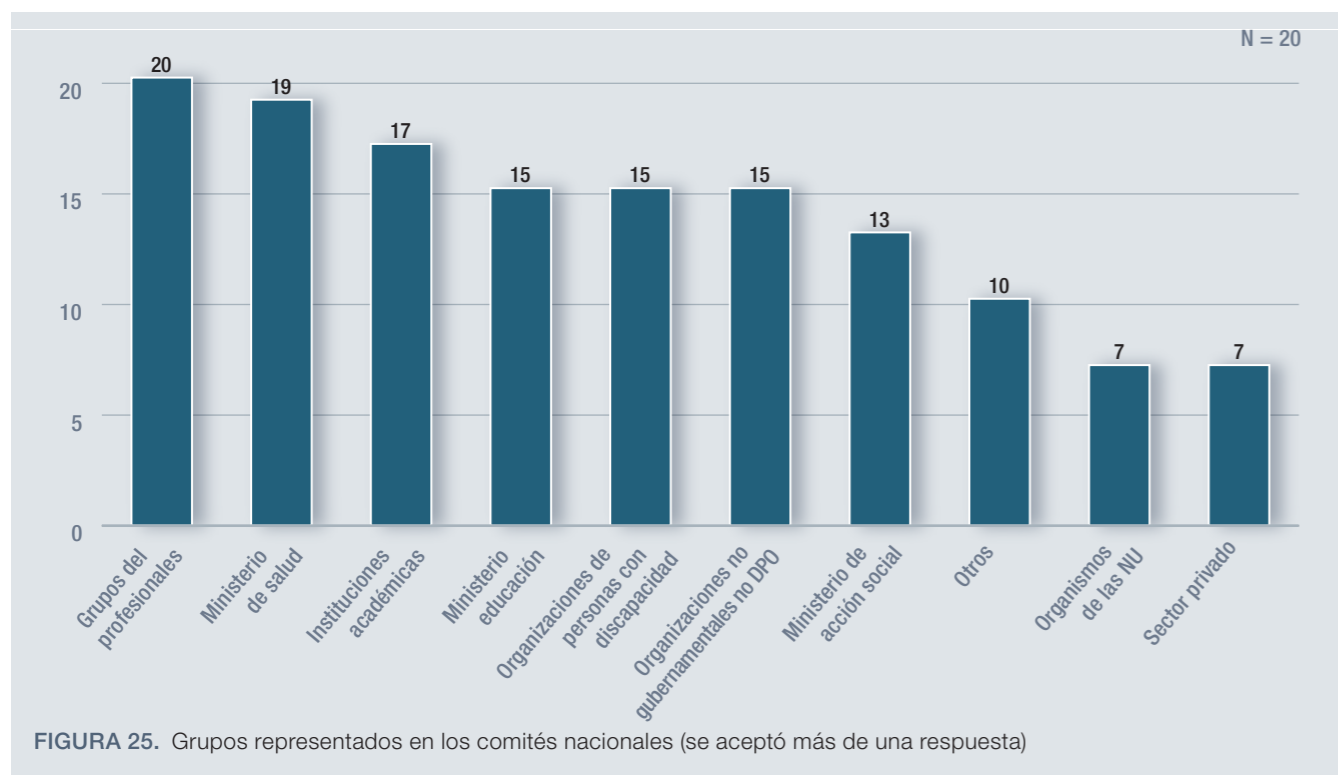
PUNTOS PRINCIPALES

- El Ministerio de Salud era miembro del comité nacional en 19 de los 20 países que comunicaron la existencia de tal comité. Se comunicó la participación de grupos de profesionales en todos los comités nacionales y la de instituciones universitarias en el 85% de ellos (Figura 25). También formaban parte de dichos comités otros departamentos gubernamentales, como el ministerio de educación (75%) y el ministerio de acción social (75%), así como organizaciones de personas con discapacidad (75%).
- El 35% de los comités nacionales tenían representantes de organismos de las Naciones Unidas. El 35% de los respondientes señaló la participación del sector privado.
- De los 20 comités existentes notificados, 12 estaban presididos por representantes del Ministerio de Salud, y seis por representantes de asociaciones de profesionales del país. Un comité estaba presidido por el Disability Council [Consejo de Discapacidades] y otro estaba bajo la dirección del ministerio de acción social.
- Una variedad de otros organismos participaban en el funcionamiento del comité, por ejemplo, el ministerio de la familia, el ministerio de finanzas y asociaciones de otorrinolaringólogos y audiólogos.

2.4.3 FUNCIONES DEL COMITÉ NACIONAL

PUNTOS PRINCIPALES

- Cada uno de los veinte comités notificados era responsable de elaborar el plan nacional y las estrategias de ejecución conexas. El 90% colaboraban con organizaciones no gubernamentales en la ejecución del programa.
- El 85% de los comités también compartían la responsabilidad de elaborar el material técnico destinado a la formación y la sensibilización y de supervisar los resultados y las actividades del programa, tales como la recopilación de datos sobre los trastornos otológicos y audiológicos (Figura 26).
- El 70% de los comités desempeñaban la función adicional de buscar recursos financieros para la ejecución del programa.
- El comité nacional ejercía asimismo otras funciones, como la de emprender la sensibilización conexas, velar por que las personas aquejadas de pérdida de audición tuvieran una rehabilitación adecuada a su edad, fomentar la investigación y favorecer los derechos humanos de los afectados.



2.5 PLAN, PROGRAMA O POLÍTICA INICIADOS POR EL GOBIERNO PARA LA ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA O LA PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN

DEFINICIONES

Por «plan nacional» se entiende un documento de concepto o un plan estratégico para la prevención o la reducción de las enfermedades del oído o la pérdida de audición en todo el país o en una parte de éste (como puede ser un estado o un distrito).

Por «programa nacional» debe entenderse un plan de ejecución que puede estar basado en el plan nacional. Idealmente este documento establece los objetivos y las actividades asociadas de forma cronológica.

Por «política de atención otológica y audiológica» debe entenderse cualquier política o programa relacionados con la salud otológica y audiológica que el gobierno esté ejecutando a nivel nacional o subnacional, por ejemplo: exámenes médicos periódicos del oído y la audición en escuelas; provisión de audífonos; programas de control del ruido; campañas de sensibilización en materia de otología y audiológica; capacitación de los profesionales sanitarios en la atención otológica y audiológica.

Una de las preguntas formuladas fue si existía un plan o programa nacional o subnacional iniciado por el gobierno para la atención otológica y audiológica o la prevención de la pérdida de audición en el país. Cuando los países respondían afirmativamente, se pedía información adicional sobre los ministerios y los departamentos implicados y las fuentes de financiación relacionadas.

En aquellos Estados Miembros que no disponían de dichos planes, se requirió información sobre las políticas de atención otológica y audiológica dirigidas por el gobierno, así como sobre las organizaciones no gubernamentales que participaban en la prestación de servicios de atención otológica y audiológica. Se pidió a los Estados Miembros que identificaran los motivos de que no existieran tales planes de atención otológica y audiológica.

2.5.1 EXISTENCIA DE UN PLAN, PROGRAMA O POLÍTICA NACIONAL O SUBNACIONAL INICIADOS POR EL GOBIERNO

PUNTOS PRINCIPALES

- Se dispuso de datos de 75 de los 76 participantes (el 98,6%), de los cuales 40 (el 53,3%) notificaron la existencia de un plan, programa o política nacional o subnacional relacionados con la salud otológica y audiológica.
- De ellos, 32 Estados Miembros habían elaborado planes nacionales o subnacionales para la prevención de la pérdida de audición o la atención otológica y audiológica. Ocho países habían instituido algunas políticas relacionadas con la salud auditiva.
- Los respondientes de los países de ingresos altos (83,3%) y medios altos (64,7%) notificaron la mayor proporción de programas o políticas subnacionales, en comparación con los respondientes de los países de ingresos bajos (44%) y medios bajos (38%) (Figura 27).
- Entre las regiones de la OMS, el 70% de los respondientes de la Región de Asia Sudoriental, el 60% de los de la Región del Pacífico Occidental y el 38% de los de la Región de África dijeron que se habían establecido dichos programas o políticas. Las respuestas de otras regiones de la OMS se presentan en la Figura 28, pero el número de Estados Miembros participantes es relativamente pequeño.
- Un análisis de los datos existentes recibidos a través de fuentes de información alternativas reveló que 12 de los 19 países que respondieron habían elaborado planes y programas nacionales o subnacionales para la atención otológica y audiológica. En el Mapa 6 se presenta la situación general (basada en todas las fuentes de información disponibles).

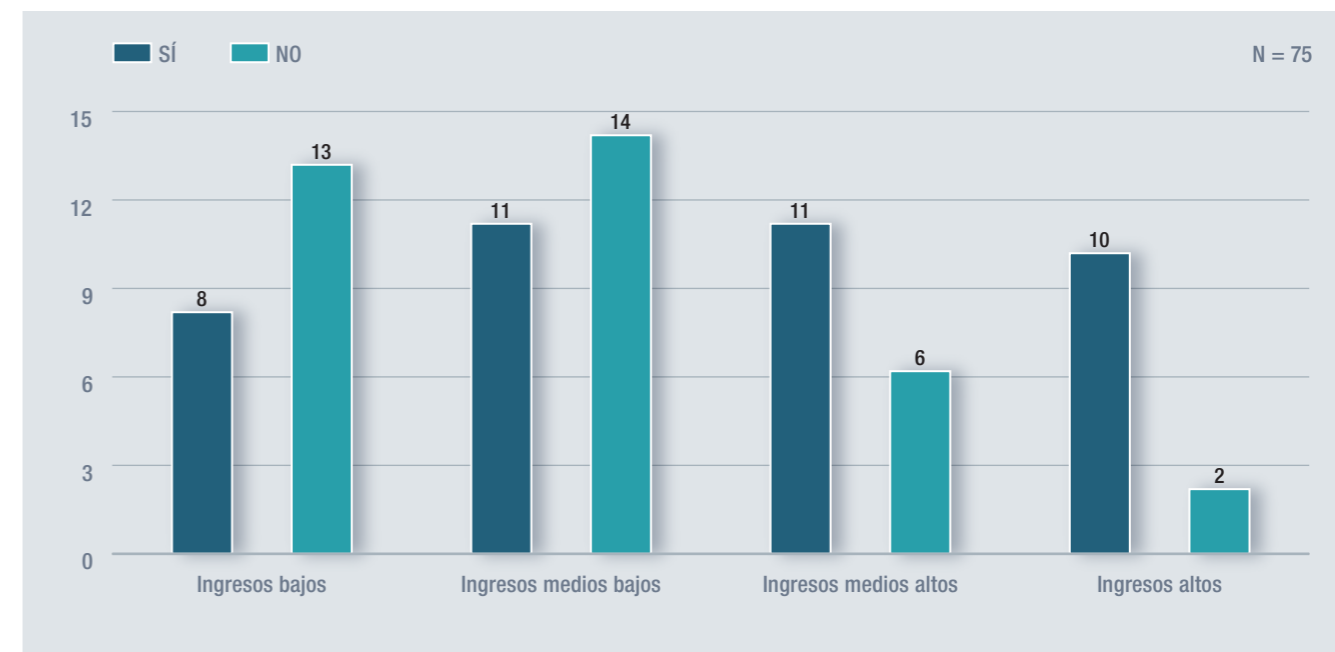


FIGURA 27. Existencia de un plan, programa o política nacional o subnacional iniciados por el gobierno para la atención otológica y audiológica, por nivel de ingresos

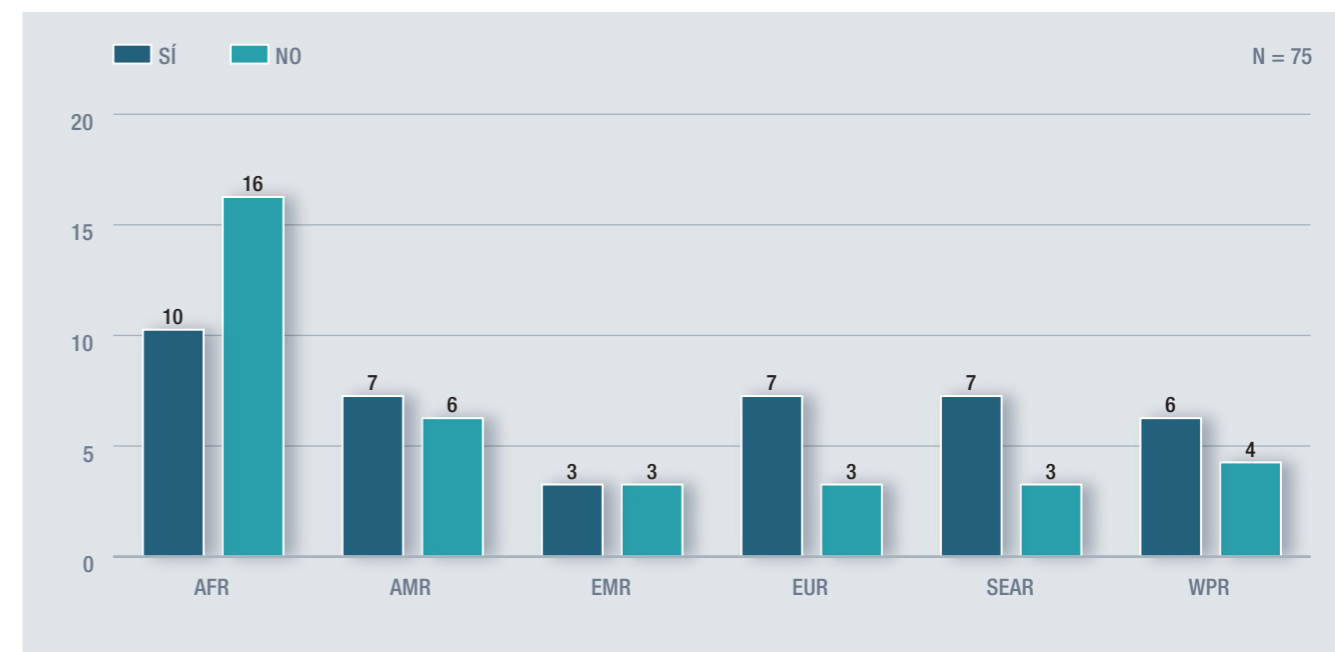
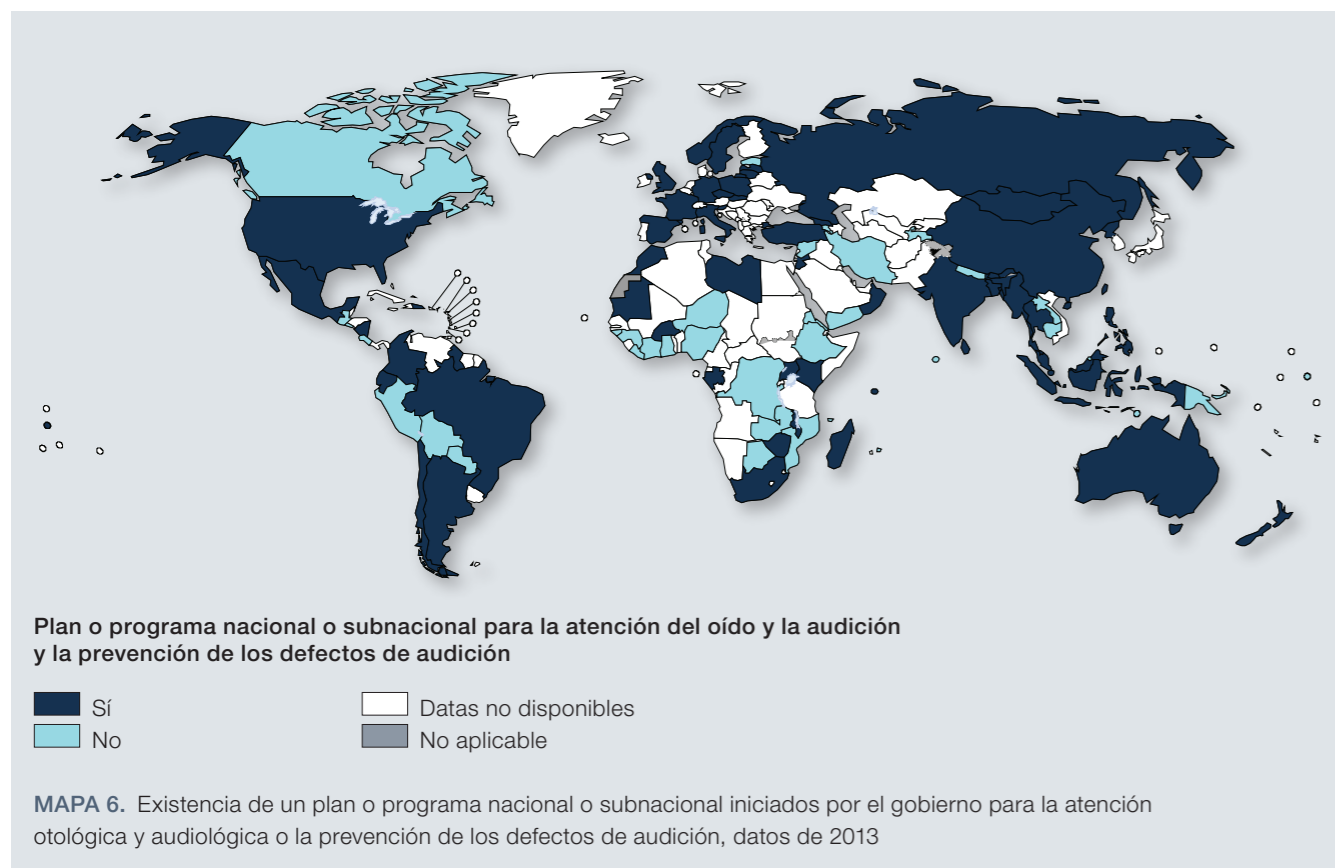


FIGURA 28. Existencia de un plan, programa o política nacional o subnacional iniciados por el gobierno para la atención otológica y audiológica, por región de la OMS



2.5.2 DEPARTAMENTOS IMPLICADOS EN LA ELABORACIÓN DE UN PLAN NACIONAL O SUBNACIONAL

PUNTOS PRINCIPALES

- La participación de varios ministerios en el plan nacional para la atención otológica y audiológica fue descrita por 31 de los 32 respondientes, quienes confirmaron la disponibilidad de un plan nacional. Estas respuestas revelaron la participación del Ministerio de Salud en la elaboración y la ejecución de dichos planes y programas.
- También se recibieron datos de fuentes alternativas, tales como organizaciones no gubernamentales y expertos sobre el tema en los países, que se complementaron con búsquedas bibliográficas. De esta forma se obtuvo información sobre otros ocho Estados Miembros.

- El Ministerio de Salud participaba en tales programas en los 32 países evaluados. La participación de otros ministerios era variable (Figura 29). Los ministerios de acción social, educación y medio ambiente eran los que participaban con mayor frecuencia.
- Un análisis adicional, basado en grupos de ingresos, relevó que, en los países de ingresos altos, tales planes eran responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. En los países de ingresos medios bajos y medios altos había una mayor participación de otros departamentos y ministerios gubernamentales.
- El 28% de los países comunicaron la participación de otros organismos, como el ministerio de la familia, el ministerio de finanzas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, grupos de seguro de enfermedad, así como de instituciones de pensiones y seguro de invalidez.

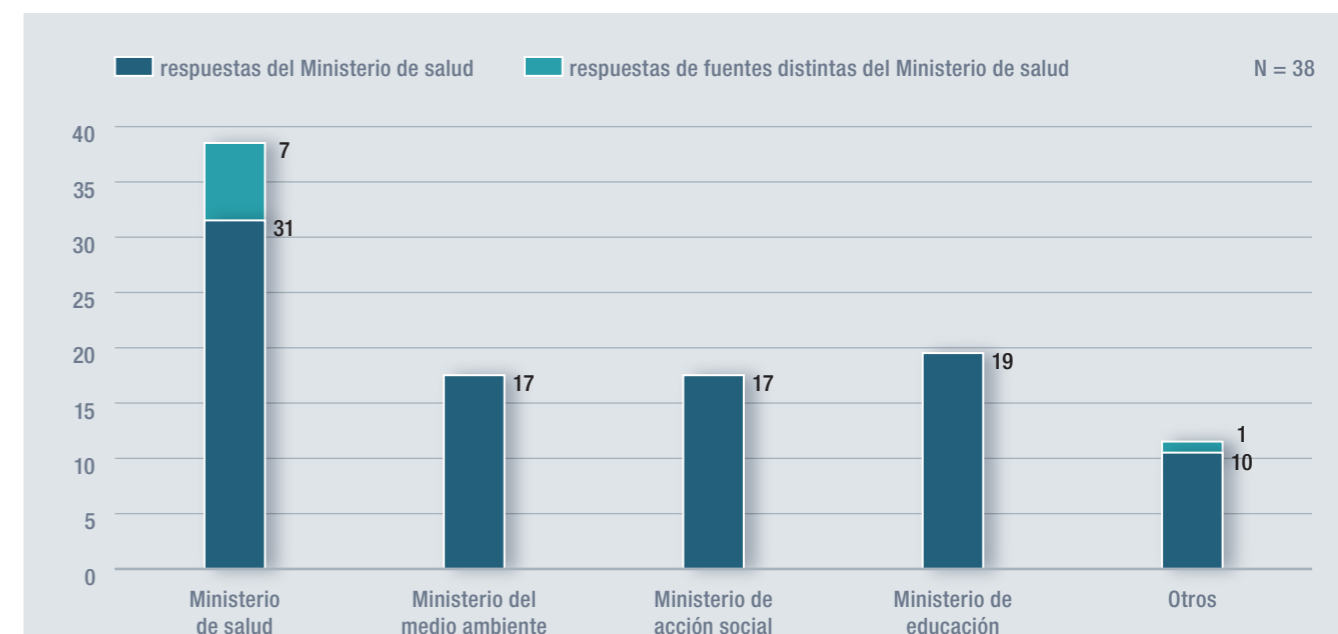


FIGURA 29 Participación de departamentos en la elaboración de un plan o programa nacional o subnacional (se aceptó más de una respuesta)

2.5.3 FUENTES DE FINANCIACIÓN

PUNTOS PRINCIPALES

- Se dispuso de respuestas de 28 de los 32 países que notificaron la existencia de un plan o programa nacional o subnacional. En el 43% de los 28 programas nacionales o subnacionales, la financiación provenía exclusivamente del gobierno nacional. En la mayor parte de los países con programas nacionales (el 53,5%), la financiación derivaba tanto del gobierno como de organizaciones no gubernamentales. Un respondiente declaró que el programa era completamente financiado por organizaciones no gubernamentales (Figura 30)
- Un análisis de las fuentes de financiación notificadas, por nivel de ingresos de los Estados Miembros que respondieron al cuestionario, indica que, en los países de ingresos altos, los programas tienden a ser completamente subvencionados por los respectivos gobiernos, sin la participación de otros organismos (Figura 31).

2.5.4 RAZONES CITADAS PARA LA INEXISTENCIA DE UN PLAN O PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA

PUNTOS PRINCIPALES

- Se pidió a los Estados Miembros que no disponían de un programa para la atención otológica y audiológica a nivel nacional que alegaran los posibles motivos de dicha situación. Cuarenta y uno (41) de los 44 países participantes que no disponían de un plan de atención otológica y audiológica dirigido por el gobierno enviaron respuestas. Las respuestas no son mutuamente excluyentes y se citaron varios motivos.
- Ninguno de los Estados Miembros mencionó la falta de necesidad entre los motivos de que carecieran de planes de atención otológica y audiológica. Los factores citados con mayor frecuencia eran la existencia de otras prioridades sanitarias y la falta de recursos financieros.
- El 56% (23) de los 41 respondientes citó la falta de recursos humanos como impedimento. El 83% sugirió que existía suficiente voluntad política en el país para elaborar tales planes de atención otológica y audiológica. La falta de programas se atribuyó a otras causas (Figura 38).
- El resto de los factores señalados por los respondientes apuntaban a la ausencia de información sobre la prevalencia y el impacto de los problemas otológicos y audiológicos en el país, y a la falta de centros de formación.
- Se preguntó a los Estados Miembros que no disponían de planes o programas nacionales para la atención otológica y audiológica sobre la posibilidad de que se elaboraran tales programas en un futuro próximo. El 63,5% de los respondientes contestó afirmativamente.
- Tomando en consideración las respuestas recibidas, todo indica que la identificación de vínculos entre los trastornos otológicos y audiológicos y otras prioridades sanitarias podría resultar eficaz para fomentar la atención otológica y audiológica a nivel nacional. La falta de recursos humanos y de centros de formación se describe como un obstáculo para establecer servicios eficaces de atención otológica y audiológica. Se deben explorar las modalidades de desarrollo de los recursos humanos para la atención otológica y audiológica. Una sensibilización basada en datos científicos a nivel internacional y nacional puede contribuir a movilizar el apoyo político necesario para la ejecución de los planes y programas de atención otológica y audiológica.

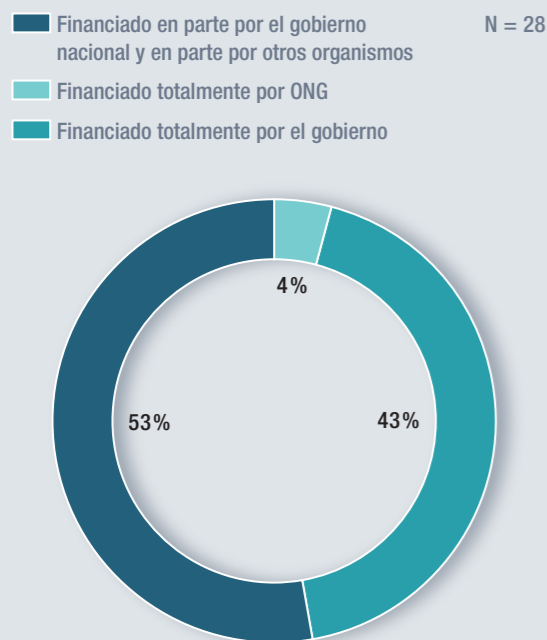


FIGURA 30. Fuentes de financiación para la ejecución del plan o programa nacional

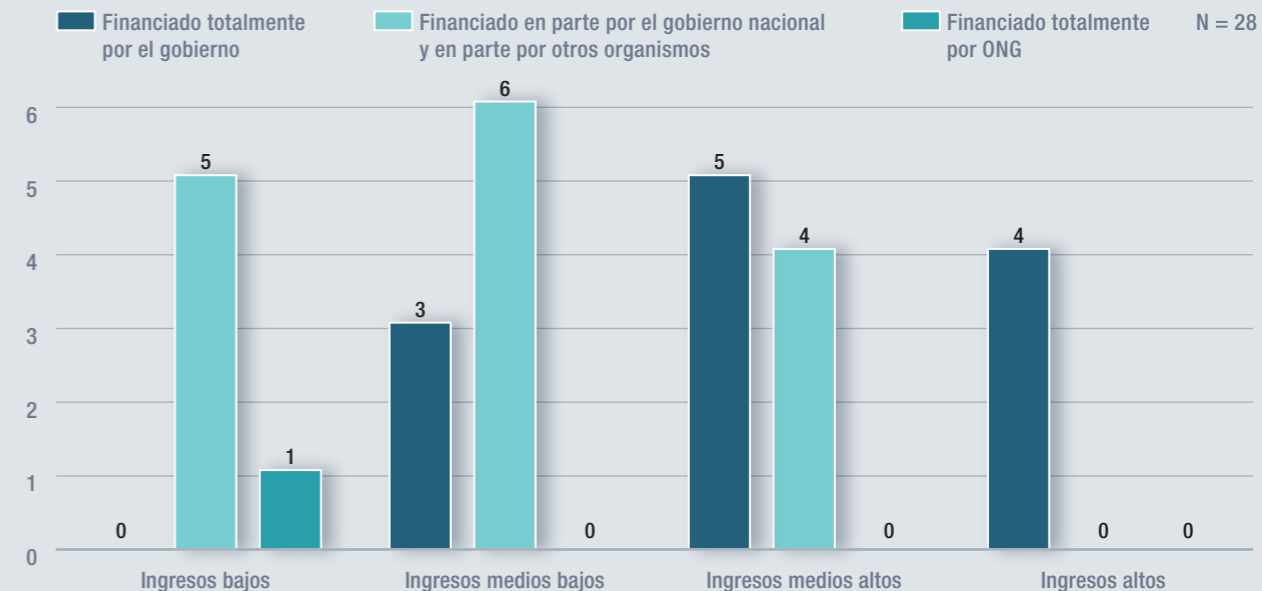


FIGURA 31. Fuentes de financiación para la ejecución del plan o programa nacional, por nivel de ingresos

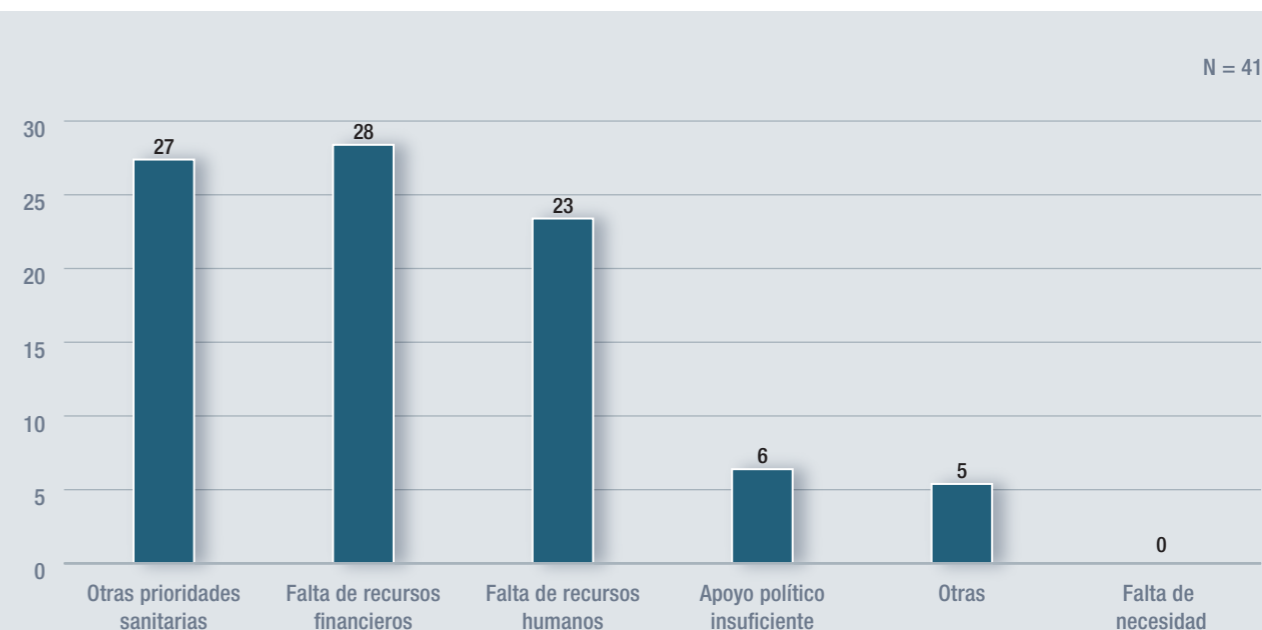


FIGURA 32. Factores notificados que han impedido la elaboración de un plan nacional (se aceptó más de una respuesta)

ESTUDIOS DE CASOS

En este apartado se incluyen algunos estudios de casos de Estados Miembros que han iniciado la ejecución de planes nacionales o subnacionales para la atención otológica y audiológica o la prevención de la sordera.

3.1 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN EN CHINA

El gobierno de China ha venido prestando una especial atención al problema de la pérdida de audición en los últimos 30 años y ha elaborado diversos programas destinados a la prevención y la rehabilitación de la pérdida de audición. Mediante la colaboración de varios ministerios y de la Federación de Personas con Discapacidad de ese país, se ha podido integrar la rehabilitación de la pérdida de audición en diversos programas gubernamentales. Se han aplicado cinco planes nacionales para la pérdida de audición, y más de 370 000 niños con pérdida de audición han recibido servicios. En el marco del actual programa (2011–2015) han recibido implantes cocleares 16 865 niños y se han puesto audífonos a otros 18 000. Han respondido gobiernos locales, y unas 29 (de 31) provincias han establecido programas de rehabilitación locales.

Se ha establecido una red eficaz de servicios de detección, diagnóstico, colocación de audífonos, implantación quirúrgica de implantes cocleares y rehabilitación. Se han creado servicios comunitarios de logopedia mediante educación e instrucción. Una parte esencial del programa es aumentar la sensibilización del público acerca de los problemas relacionados con el oído y la audición. Desde el año 2007 se ha venido celebrando el Día Nacional de la Atención Otológica, en el que participan diferentes ministerios y que hace hincapié en distintos temas.

Uno de los programas que han tenido éxito en China ha sido el denominado *Hearing the Future – China National Hearing Care Programme* (Audición del futuro – Programa Nacional de Atención de la Audición en China), que comenzó en 2005 con la colaboración del Ministerio de Salud, el Foro de Personas con Discapacidad de China y el fabricante GnResound.

Se estableció un equipo de especialistas –la Junta Consultiva China Especializada en Audición (CAHA, *China Advanced Hearing Advisory Board*)– con 250 personalidades influyentes del gobierno, profesores universitarios y empresarios. La finalidad de la Junta es brindar orientación técnica y operacional y apoyo al programa. El objetivo principal del programa es la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la pérdida de audición; la capacitación de profesionales sanitarios a distintos niveles y la educación del público a efectos de prevención y rehabilitación.

El programa *Hearing the future* (Audición del futuro) (HTF) ha creado plataformas tales como una academia virtual, un periódico, un sitio web y folletos, y ha explorado con éxito la estrategia de alianza publicoprivada para establecer el programa nacional de prevención y rehabilitación de la pérdida de audición.

En el año 2012 se llevó a cabo una encuesta general sobre la ejecución y el impacto del programa HTF. Una mayoría abrumadora de respondientes opinó que eran significativos. En el futuro, el programa seguirá centrándose en la capacitación y la educación, la creación de infraestructura y el fomento de la sensibilización mediante un enfoque de salud pública.

En los próximos años, China tiene la intención de seguir invirtiendo en salud audiológica a través del mejoramiento de las instalaciones básicas en todo el país, la capacitación del personal y el fortalecimiento de las redes.

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SORDERA EN LA INDIA

En agosto de 2006, el Gobierno de la India, habiendo tomado nota del 6% de prevalencia de la pérdida de audición discapacitante en el país, lanzó un Programa Nacional de Prevención y Control de la Sordera, en tanto que programa piloto, que en 2008 formalizó como programa nacional. Dicho programa aspira a eliminar la sordera prevenible, reducir la carga total de morbilidad por sordera a una cifra inferior al 1% y empoderar a las personas con deficiencia auditiva para que puedan llevar una vida social y económicamente productiva para el año 2030.

El objetivo principal del programa es fomentar la sensibilización acerca de los problemas otológicos y audiológicos, y prestar servicios a nivel de la atención primaria. Se están emprendiendo actividades de fomento de la sensibilización a través de medios electrónicos y escritos y de la comunicación directa entre personas. La prestación de servicios es fortalecida mediante actividades de creación de capacidad, actividades de detección y un sistema de derivación.

Los hospitales comarcales han experimentado mejoras con el abastecimiento de equipos de diagnóstico y quirúrgicos y de servicios de colocación de audífonos. En los hospitales comarcales se emplean recursos humanos adicionales, tales como auxiliares en audiología y maestros para jóvenes con deficiencias auditivas. Como parte del programa, a los médicos de los centros sanitarios primarios y comunitarios se los reorienta hacia los problemas otológicos y audiológicos y se les proporcionan equipos básicos de diagnóstico para la atención otológica.

Se ha definido la función de los profesionales sanitarios en los diversos niveles del sistema de asistencia sanitaria, y la capacitación está orientada hacia la realización de las tareas identificadas, centrándose en la sensibilización de la comunidad, la identificación temprana y la derivación. Dicha capacitación se basa en los manuales de atención otológica y audiológica de la OMS. El programa comprende actividades de detección en la escuela y campamentos comunitarios a través del sistema escolar de prestación de servicios de salud. El programa también aspira a fortalecer los vínculos intersectoriales para la rehabilitación de personas con pérdida de audición.

El programa se desarrolla actualmente en 203 de 640 comarcas de la India. Se tiene pensado expandir gradualmente su aplicación a los 28 estados y siete territorios del país. Se está considerando la posibilidad de incluir en el programa una capacitación basada en conocimientos prácticos a través de laboratorios de disección del hueso temporal y de implantes cocleares.

3.3 PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN NEONATAL DE LA SORDERA DEL MINISTERIO DE SALUD DE JORDANIA

El programa de detección neonatal de la sordera comenzó en 2012 después de una serie de estudios exhaustivos que se realizaron en todo el país desde 2001 hasta 2007. Las directrices del programa nacional exigían un examen de la audición de todos los neonatos menores de 1 mes, así como el diagnóstico completo del defecto de audición antes de los 3 meses de vida y la colocación de un audífono y el inicio de la rehabilitación antes de los 6 meses de vida.

La detección la efectúan diplomados en enfermería, y el seguimiento y el diagnóstico, otorrinolaringólogos y audiólogos habilitados. Se realizan con regularidad talleres y seminarios especiales para la capacitación de enfermeras, médicos generalistas, otorrinolaringólogos y médicos de atención primaria otológica y audiológica. Una parte importante del programa es fomentar la toma de conciencia por parte del público a través de volantes, folletos, pósteres, prospectos y programas de radio y televisión. Actualmente todos los hospitales estatales cuentan con equipos adecuados para detección de la sordera, y todos los neonatos nacidos en dichos hospitales son sometidos a pruebas de detección de la sordera. Se consiguen audífonos para niños con defectos de audición por conducto del Ministerio de Salud. Se colocan anualmente unos 3000 audífonos y 100 implantes cocleares.

Los problemas encontrados se deben al hecho de que los neonatos suele recibir el alta hospitalaria demasiado pronto y de que un 10% de los niños nacen fuera de los hospitales. Otros de los problemas que se están tratando son la negativa de los padres a que sus hijos se sometan a las pruebas de detección y el escaso cumplimiento de las consultas de revisión. Se tiene previsto ampliar este programa a los servicios médicos del reino y los hospitales del sector privado. Una de las cuestiones que se deben tener en cuenta en el futuro es el establecimiento de una legislación que permita examinar la audición de todos los neonatos antes de que se les dé el alta hospitalaria. También se propone instaurar un programa escolar de detección de la sordera para niños de 5 a 8 años.

3.4 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN OTOLÓGICA Y AUDIOLÓGICA DE MALAWI

El *Plan nacional para el desarrollo de servicios de atención otológica y audiológica de Malawi* se lanzó en 2013 cubriendo un período de cinco años. Tiene por finalidad acrecentar significativamente el acceso a intervenciones y servicios otorrinolaringológicos y audiológicos en todo el país. Los objetivos principales del programa son, entre otros, la capacitación en materia de atención otorrinolaringológica y audiológica y el desarrollo de una infraestructura sanitaria adecuada, material sanitario y material de rehabilitación para la atención otológica y audiológica. También aspira a promover la investigación y a emprender actividades de supervisión y evaluación.

El plan está financiado por el Ministerio de Salud con apoyo de organizaciones no gubernamentales internacionales. Se centra en mejorar significativamente la prestación de atención otológica y audiológica en el país mediante la creación de centros de excelencia en atención otológica y audiológica a nivel terciario, a la par del establecimiento de consultorios otorrinolaringológicos periféricos y de servicios de otorrinolaringología en los hospitales comarcales del país. Se han identificado tres sitios para el desarrollo de centros de excelencia, y se ha establecido la infraestructura requerida en un hospital de Blantyre. Se ha emprendido la capacitación de los recursos humanos quirúrgicos y audiológicos necesarios en colaboración con Kenya. Los centros periféricos serán atendidos por auxiliares médicos formados a través de un programa oficial de 18 meses de duración. También se ha puesto en marcha la capacitación de auxiliares médicos y enfermeras otorrinolaringológicas en Kenya y Malawi.

Los próximos pasos serán la elaboración de un plan para la sostenibilidad financiera del programa y el mejoramiento de la adquisición de medicamentos y material de diagnóstico y rehabilitación en Malawi. Está previsto llevar a cabo una encuesta epidemiológica nacional y elaborar instrumentos e indicadores adecuados para la supervisión del programa.

3.5 ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA SORDERA Y LOS DEFECTOS DE AUDICIÓN DE MONGOLIA

La *Estrategia nacional sobre prevención de la sordera y los defectos de audición* fue aprobada por el Ministerio de Salud para reducir la prevalencia de la pérdida de audición mediante su prevención, detección precoz y tratamiento.

Como parte de la aplicación de la estrategia, en el año 2010 el Ministerio de Salud refrendó las *Guidelines on children's deafness and hearing impairment: early diagnosis and treatment* (Directrices sobre sordera y defectos de audición infantiles: diagnóstico y tratamiento precoces) y una *Advisory note on usage of ototoxic drugs* (Nota de asesoramiento sobre el uso de fármacos ototóxicos).

Se han llevado a cabo un cierto número de programas de formación para el desarrollo de conocimientos prácticos dirigido a otorrinolaringólogos, pediatras y médicos generalistas. El objetivo principal de la capacitación ha sido la promoción de la atención primaria otológica y audiológica y la identificación temprana de deficiencias. También se ha abordado el desarrollo de técnicas quirúrgicas en otorrinolaringología. A tal efecto, se han utilizado los manuales de capacitación de la OMS sobre atención primaria otológica y audiológica. Se recibió apoyo técnico de países limítrofes para el desarrollo de los conocimientos prácticos.

Los reconocimientos médicos de la audición en las escuelas forman parte del programa y en 2013 se iniciaron actividades de cribado de la audición en neonatos. Desde 2009 se han colocado 6162 audífonos en personas identificadas y derivadas por intermedio del programa nacional.

En los próximos años está previsto estudiar la prevalencia de la pérdida de audición a nivel nacional y proseguir la capacitación en materia de atención otológica y audiológica, que incluye la capacitación de técnicos. Se ha propuesto renovar el equipamiento de los servicios otológicos y audiológicos en los hospitales terciarios y establecer un laboratorio nacional de acústica y otoplastia.

1. Asante A, Hall J.
A review of health leadership and management capacity in Papua New Guinea.
Sydney: University of New South Wales; 2011.
2. Aurelio FS, Tochetto TM.
Newborn hearing screening: experience of different countries.
International Archives of Otorhinolaryngology. 2010;14(3):355-63.
3. Befaqeeh SA, Zakzouk SM, Muhaimeid HA, Essa A.
Relevant sociodemographic factors and hearing impairment in Saudi children: epidemiological study.
Journal of Laryngology and Otology. 1994;108:294-8.
4. Bevilacqua MC, Alvarenga KF, Costa OA, Moret ALM.
The universal newborn hearing screening in Brazil: from identification to intervention.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2010;74:510-5.
5. Bezriadina N, McNamara TL, Prendergast SG.
Professional standards in Russia for the practice of audiology.
Contemporary Issues in Communication Science and Disorders. 2006;33:172-181.
6. Bolat H, Bebitoglu FG, Ozbas S, Altunsu AT, Kose MR.
National newborn hearing screening program in Turkey: struggles and implementations between 2004 and 2008. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2009;73:1621-3.
7. Bubbico L, Tognola G, Greco A, Grandori F.
Universal newborn hearing screening programs in Italy: a survey of year 2006.
Acta Oto-Laryngologica. 2008;128:1329-1336.
8. Early hearing detection and intervention in Latin America.
Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/ehdi-latin.html#brazil>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
9. Information about early hearing detection and intervention (EHDI) state programs.
Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/ehdi-programs.html>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
10. Davis A, Hind S.
The newborn hearing screening programme in England.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2003;67S1:193-6.
11. De Garcia BG, Gafney C, Chacon S, Gaffney M.
Overview of newborn hearing screening activities in Latin America.
Revista Panamericana de Salud Pública. 2011;23(3):145-152.
12. Madriz JJ.
Hearing impairment in Latin America: an inventory of limited options and resources.
Audiology. 2000;39:212-20.
13. Factsheet on newborn hearing screening, 2010.
Bethesda: National Institutes of Health; 2010
<http://www.nidcd.nih.gov>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
14. Hearing services program.
Canberra: Office of Hearing Services, Department of Health and Ageing, Government of Australia
www.health.gov.au/hear, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
15. Rouev P, Mumdzhev H, Spiridonova J, Dimov P.
Universal newborn hearing screening program in Bulgaria. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2004;68:805-810.
16. Salamat A, Esriti A, Ehtuish A, El-Ogbi S.
Libyan cochlear implant programme: achievements, difficulties and future goals. Libyan Journal of Medicine. 2011;6:5930.
17. Szyfter W et al.
Polish universal neonatal hearing screening program-4-year experience, 2003-2006.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2008;72:1783-1787.
18. Turkish healthcare policies in brief.
Ankara: The Ministry of Health of Turkey
<http://www.orpha.net/actor/EuropaNews/2009/doc/TurkHealthPolicy.pdf>,
consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
19. The UN World Population Prospects. New York: United Nations; 2013
<http://www.un.org/en/development/desa/population/>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
20. WHO regions and Member States. Geneva: World Health Organization
<http://www.who.int/about/regions/en/index.html>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
21. The World Bank classification of countries by income level. Washington DC: The World Bank; 2013
<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>, consultado por última vez el 03 de diciembre de 2013.
22. Weichbold V, Nekahm-Heis D, Welzl-Mueller K. Ten-year outcome of newborn hearing screening in Austria.
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2006;70:235-240.

LISTA DE PAÍSES PARTICIPANTES

País	Región de la OMS	Nivel de ingresos
Armenia	EUR	Medios bajos
Bangladesh	SEAR	Bajos
Bhután	SEAR	Medios bajos
Bolivia (Estado Plurinacional de)	AMR	Medios bajos
Botswana	AFR	Medios altos
Brunei Darussalam	WPR	Altos
Burkina Faso	AFR	Bajos
Burundi	AFR	Bajos
Camboya	WPR	Bajos
Chile	AMR	Altos
China	WPR	Medios altos
Colombia	AMR	Medios altos
Comoras	AFR	Bajos
Costa Rica	AMR	Medios altos
Côte d'Ivoire	AFR	Medios bajos
Ecuador	AMR	Medios altos
Egipto	EMR	Medios bajos
El Salvador	AMR	Medios bajos
Eritrea	AFR	Bajos
Eslovaquia	EUR	Altos
Eslovenia	EUR	Altos
Estonia	EUR	Altos
Etiopía	AFR	Bajos
Filipinas	WPR	Medios bajos
Gabón	AFR	Medios altos
Georgia	EUR	Medios bajos
Ghana	AFR	Medios bajos
Guatemala	AMR	Medios bajos
Guinea	AFR	Bajos
Guinea-Bissau	AFR	Bajos
Guyana	AMR	Medios bajos
India	SEAR	Medios bajos
Indonesia	SEAR	Medios bajos
Irán (República Islámica de)	EMR	Medios altos
Jordania	EMR	Medios altos
Kenya	AFR	Bajos
Kiribati	WPR	Medios bajos
Letonia	EUR	Altos
Liberia	AFR	Bajos
Lituania	EUR	Altos
Madagascar	AFR	Bajos
Malasia	WPR	Medios altos

País	Región de la OMS	Nivel de ingresos
Malawi	AFR	Bajos
Maldivas	SEAR	Medios altos
Marruecos	EMR	Medios bajos
Mauricio	AFR	Medios altos
Mauritania	AFR	Medios bajos
México	AMR	Medios altos
Mongolia	WPR	Medios bajos
Mozambique	AFR	Bajos
Myanmar	SEAR	Bajos
Nepal	SEAR	Bajos
Nicaragua	AMR	Medios bajos
Níger	AFR	Bajos
Nigeria	AFR	Medios bajos
Nueva Zelanda	WPR	Altos
Omán	EMR	Altos
Paraguay	AMR	Medios bajos
Perú	AMR	Medios altos
Polonia	EUR	Altos
República Árabe Siria	EMR	Medios bajos
República Checa	EUR	Altos
República Democrática del Congo	AFR	Bajos
República Democrática Popular Lao	WPR	Medios bajos
República Dominicana	AMR	Medios altos
Seychelles	AFR	Medios altos
Singapur	WPR	Altos
Sri Lanka	SEAR	Medios bajos
Sudáfrica	AFR	Medios altos
Tailandia	SEAR	Medios altos
Tayikistán	EUR	Bajos
Timor-Leste	SEAR	Medios bajos
Uganda	AFR	Bajos
Yemen	EMR	Medios bajos
Zambia	AFR	Medios bajos
Zimbabwe	AFR	Bajos

