

**ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN
FONOAUDIOLOGÍA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEPENDIENTES DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
EN EL AÑO 2007**



Alumnas: Brollo, Eliana María Inés
Campra, María Carolina

Con la supervisión de:
Mg. Susana Villarreal

**UNIVERSIDAD DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2008**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DE LOS RECURSOS HUMANOS EN
FONOAUDIOLOGÍA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEPENDIENTES DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
EN EL AÑO 2007**

Alumnas: Brollo, Eliana María Inés
Campra, María Carolina

Con la supervisión de:
Mg. Susana Villarreal

Trabajo de Investigación – Tesina – presentada en la
Escuela de Fonoaudiología para la obtención del
Título de Licenciada en Fonoaudiología

**UNIVERSIDAD DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2008**

Trabajo de investigación

Tesina presentada por:

Nombre y Apellido: Brollo, Eliana María Inés

Nombre y Apellido: Campra, María Carolina.....

Con la supervisión de:

Nombre y Apellido del Tutor: Mg. Villarreal, Susana.....

Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, a los..... días del mes de..... del año.....

Matrículas:

B – 1781 / 7

C – 2154 / 7

*A nuestras familias,
por el sostén durante todos estos años...*

*A los compañeros del camino,
por llevarnos de la mano...*

*A Susana Villarreal,
por su predisposición
y su dedicación desinteresada...*

*A Esther Franchelli y a Alicia Aronna,
por las incansables consultas...*

*A los docentes,
por ser la luz y la guía...*

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIAS:	5
RESUMEN:	8
SECCIÓN “A”: CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO	9
I- FUNDAMENTOS TEÓRICOS:	
1. Introducción:	10
2. Encuadre teórico:	11
2.1.1. Salud: proceso en construcción	11
2.1.2. Salud Pública: breve reseña de su contexto histórico	12
2.1.3. Salud como derecho	15
2.2.1. El Sistema Público de Salud	17
2.2.2. Calidad de la atención	19
2.3.1. Atención Primaria de la Salud	22
2.4.1. Modelo sanitario de Municipalidad de Rosario: sistemas en redes	25
2.5.1. Recursos humanos: el profesional de la salud	28
2.5.2. Los equipos interdisciplinarios... el desafío	31
2.6.1. La Fonoaudiología y la importancia de la Comunicación Humana en la vida del hombre	34
2.6.2. La Fonoaudiología: su relación con A.P.S. y la prevención	36
2.7.1. Caracterización de los Distritos de la ciudad de Rosario	42
2.7.2. Centros de Atención Primaria Municipal	45
3. Problema:	47
4. Variables en estudio:	48
II- FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS:	
Población:	53
Diseño:	55
Procedimientos, técnicas e instrumentos:	56
Plan de análisis:	58

SECCIÓN “B”: CONTEXTO DE REALIDAD	59
Resultados:	60
SECCIÓN “C”: CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN	72
Análisis e interpretación de resultados:	73
Discusión:	76
Conclusiones:	84
Limitaciones y Sugerencias:	85
BIBLIOGRAFÍA:	86
SECCIÓN “D”: ANEXOS	91
ANEXO I: Modelo de encuesta	92
ANEXO II: Planilla de Volcado de datos	98
ANEXO III: Centros de Atención Primaria Municipal que cuentan con profesionales fonoaudiólogas	106

RESUMEN

Esta investigación pretende profundizar en la descripción y análisis de los recursos humanos en fonoaudiología y las actividades que desempeñan las fonoaudiólogas que forman parte del Sistema de Salud Municipal, cumpliendo con las funciones específicas dentro de lo que caracteriza a la Atención Primaria de la Salud.

La finalidad de este estudio, descriptivo y transversal, es indagar acerca de la cantidad de fonoaudiólogas y antigüedad de la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria (C.A.P.) que dependen de la Municipalidad de Rosario; como así también, conocer las acciones y áreas de la comunicación humana que se abordan.

Sobre un total de 51 C.A.P., 10 cuentan con atención fonoaudiológica, pero son solo cinco las profesionales que asisten a los mismos. Se programó la recolección de datos a través de una encuesta realizada a las fonoaudiólogas que asisten a los Centros.

Respecto a la antigüedad de la atención fonoaudiológica, la mayor cantidad de fonoaudiólogas se incorporaron en un período de entre 1 y 5 años. En cuanto a la frecuencia semanal de atención, la mayoría asiste una vez por semana; con una carga horaria de concurrencia en cada efector de menos de 9 horas semanales.

Las profesionales realizan mayoritariamente acciones de promoción y prevención; y en número menor, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las áreas de la comunicación humana que se abordan, son: habla, lenguaje y aprendizaje pedagógico; y en menor número, el área de voz. Las patologías más frecuentes son: retrasos en la adquisición del lenguaje, afasia y anartria, disfluencia, dislalias, respiración bucal y disartria.

Las consultas anuales fonoaudiológicas (año 2007) oscilaron entre 100 y más de 300 consultas anuales, según el registro de las profesionales fonoaudiólogas. En la mayoría de los Centros de Atención Primaria el inicio de la demanda se da en forma espontánea y por derivación. Los grupos etáreos que prevalecen en la atención fonoaudiológica, son: 0 a 2 años; 3 a 7 años; y 8 a 12 años; y en menor frecuencia (más de 65; 13 a 30 años y 31 a 65 años).

Asimismo, luego del análisis de los resultados obtenidos, se concluye que la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, es inestable, en cuanto a relación laboral, ya que en su mayoría los profesionales son contratados en planta transitoria. También es escasa, en relación a la cantidad de Centros que cuentan con dicha disciplina.

SECCIÓN “A”

CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Introducción

La Atención Primaria de la Salud es el primer nivel de acceso a la red de salud pública y el más descentralizado. Su concepto abarca no solo la atención basada en el abordaje médico – asistencial, sino que centra su foco de interés en el individuo y en la comunidad a la cual pertenece.

La salud pública obtiene sus conocimientos de prácticamente todas las ciencias, lo cual da origen a una actividad interdisciplinar. Si bien el profesional fonoaudiólogo se ve incorporado teóricamente en este accionar, en la práctica todavía no ha logrado insertarse plenamente en relación a la importancia de la labor que desempeña.

Considerando que la atención en los Centros de Atención Primaria es gratuita y que los mismos se encuentran accesibles geográficamente a la comunidad, la existencia de escasos Fonoaudiólogos trae como consecuencia una ausencia de oferta en determinados Centros, en donde las poblaciones de bajos recursos no pueden acceder a Servicios Públicos de Salud.

La descripción de los recursos humanos en fonoaudiología y las acciones que ellos realizan en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario nos posibilita construir una visión crítica acerca del lugar que ocupa actualmente la fonoaudiología en la salud pública municipal. Para ello, se programaron como objetivos de trabajo:

- Conocer los recursos humanos en fonoaudiología existentes en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario.
- Indagar sobre las acciones que realizan los profesionales fonoaudiólogos que integran el equipo de salud de los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario.
- Obtener datos acerca de la demanda fonoaudiológica existentes en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario.

Esta investigación se fundamenta en el siguiente supuesto:

- La inserción de la fonoaudiología en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario es escasa porque no se considera una disciplina básica a la hora de formar los planteles de profesionales que se desempeñan en Atención Primaria de la Salud.

Encuadre teórico

2.1.1. Salud: Proceso en construcción.

El concepto de salud, se ha ido modificando a través del tiempo, de acuerdo a los contextos históricos, económicos y culturales que se fueron sucediendo. Si bien todavía persisten en algunos lugares concepciones tradicionales basadas en la recuperación de la enfermedad, en la actualidad la salud sigue siendo centro de permanentes debates.

La salud no puede estar exenta de una mirada que contemple su dimensión subjetiva, es siempre una construcción, una experiencia y no existe una definición que sirva para todas las personas y sociedades. Es por ello que se hace necesario analizar con la comunidad, la forma en que se representan lo que es la salud y lo saludable.

Según la OPS¹, la **salud** se convierte en un hecho más amplio que el estado orgánico en ausencia de enfermedad; contemplando tanto su concepción individual como colectiva, producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad. Comprende aquellas condiciones que posibilitan el desenvolvimiento potencial del hombre, para permitirle participar íntegramente en todas sus dimensiones.

Entonces, las variaciones de la idea de salud como proceso y resultado de los diferentes contextos histórico-culturales requieren una nueva perspectiva, que por utópica que parezca, permita trascender al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones,

“...no
como un continuo que va desde el bienestar más completo hasta la muerte, sino un concepto complejo, socialmente construido, que toma en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de la felicidad y la enfermedad...”²

Esta mirada totalizadora permite posicionarse en el paradigma de la complejidad desde donde todos los conceptos de la vida del hombre son reconstruidos. Morin³ explica la complejidad como un tejido de constituyentes heterogéneos, inseparablemente asociados que presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple.

¹ O.P.S. / Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La Administración Estratégica. -- Tercera reimpresión.-- O.P.S.: Washington D.C.; 1995. Cap I. Pág. 6

² De Souza Campos, G. / Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. -- en Cuadernos Médicos Sociales N° 74. CESS, AMR: Rosario; 1998. Pág. 82.

³ Grinberg, M. / Edgard Morin y el pensamiento complejo.-- Primera edición.-- Editorial Campo de Ideas: Madrid; 2002. Pág. 121.

La dificultad del pensamiento complejo reside en que debe afrontar lo entramado, el juego infinito de inter-retroacciones, la solidaridad de los fenómenos entre sí, la bruma, la incertidumbre y la contradicción. Este paradigma atraviesa todos los campos, y el desafío hoy es volver a construir a la Salud Pública con una visión renovada.

Desde esta perspectiva, el hombre es proceso y resultado de las relaciones entre diferentes sistemas hipercomplejos, cuyo fin es vivir, sobrevivir y acceder a una vida saludable. En este contexto, la salud es condición indispensable de la vida misma, de cada día.

2.1.2 Salud Pública: breve reseña de su contexto histórico.

“No bastan las declaraciones, ni son suficientes los consensos internacionales. Se requieren medidas más efectivas, realistas y pragmáticas. Hacen falta compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana. Se requiere un esfuerzo profundo, revolucionario y humanístico, con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud humana.”

Naranjo⁴

Palabras como crisis, cambios, transformación son frecuentemente las más invocadas en los sistemas de salud en nuestro país y en el mundo, en los últimos años. Si se trata de analizar qué significa cambio en la organización sanitaria nacional de las últimas décadas, inmediatamente se evoca la **reforma del sector salud**.

De acuerdo al análisis que realiza Rovere⁵, se podría considerar que en la década del '40 y el '50 predominó en el mundo la concepción de la salud como derecho, la incorporación de ésta como una preocupación más por parte del estado y el desarrollo de sistemas de seguridad social. Es decir, la salud pasó a ser una cuestión del estado.

En la década del '60, prevaleció la discusión entre salud y desarrollo. Así comenzó la economía a articularse con el campo de la salud. Era la época del desarrollismo en América Latina y no habría grandes cuestionamientos con respecto a los recursos y gastos en salud. El modelo de atención predominante era el de tipo médico. Había un principio de

⁴ Naranjo, P. / Del Juramento Hipocrático a la ética de la salud pública.-- en Educación médica y salud.-- OPS; 1994. Vol. 28; N° 1. Pág. 11.

⁵ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / 9º Congreso: La salud en el Municipio de Rosario. La salud y la calidad de vida en la ciudad.-- Editorial UNR: Rosario; 2002.

reconocimiento puesto que un viejo lema de dicha época era: la salud es parte del desarrollo. Se concebía que la salud contribuía a la generación o reproducción de fuerzas de trabajo, como reproducción de consumidores factibles que, de alguna manera, se integraban a un proceso de desarrollo.

En la década del '70, la extensión de la cobertura y el modelo de atención adecuado, fueron los temas resaltados. Hacia fines de la década se estableció Salud para todos y Atención Primaria de la Salud. El nacimiento oficial de este último, ocurre en Alma Ata; es allí donde se definen sus lineamientos generales y se impulsa una política sanitaria, predominando una intención progresista en salud.

En los '80 comenzó una etapa de gran crisis económica mundial, el auge del neoliberalismo, y aparecieron enfoques diferentes en el campo social. Fue considerada como la década perdida ya que el entusiasmo y optimismo de los '70, empezaron a diluirse. Los avances en materia de proyectos sociales, perdieron su financiación y su continuidad. Esto tuvo efectos sobre la salud, sobre su atención, los sistemas y modelos. Se consideró básicamente que el bienestar no pertenecía al ámbito del Estado sino al ámbito de lo privado. Por lo tanto, la salud no era concebida como un derecho social, sino un elemento a competir para su adquisición.

En la década del '90, continuaron los efectos de una mirada neoliberal sobre los sistemas de salud, pero se comenzó a hablar de una nueva salud pública, de revitalizar el lema Salud para todos, se trata de reorientar y buscar cual es el camino para una salud equitativa, accesible y universal.

Continuando el análisis del mismo autor, en Argentina, la salud también estuvo determinada por grandes cambios sociales, científicos y tecnológicos.

Nuestro país se encontró ante una situación atípica a fin de siglo, puesto que, se presentaron las condiciones necesarias para lograr resolver los grandes problemas de salud (capacitación del personal de salud, educación de la población, posibilidades tecnológicas); sin embargo, cuando se comparó nuestra realidad con la de otros países del mundo, incluso de América Latina, se observó un atraso relativo. Se llegó, a fin de siglo, con un sistema de salud fragmentado: el hospital público debió atender a una demanda en crecimiento, con recursos que no eran proporcionales a ese incremento.

En 1998, la economía Argentina se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Como resultado de

este proceso, se registró una caída de los ingresos reales y un aumento de la desocupación y la pobreza. De acuerdo a datos obtenidos por el Ministerio de Salud de la Nación⁶, la incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% y el incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población al 27,7%, desde octubre de 1998 a octubre de 2003.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida, dan lugar a diferencias injustas. La distribución de la población, de bajos recursos, en regiones con distinto grado de desarrollo económico requiere la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de seguridad social y de cuidados del medio ambiente.

Fue así como, según Martínez Hernández⁷, en el devenir de los acontecimientos en cuanto a lo que hace a la organización de la Salud Pública en nuestro país, se fueron sucediendo hechos, propuestas, leyes y documentos, con el propósito de lograr un ordenamiento sectorial. De esta manera, la misma se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implica que organizaciones, grupos o instituciones deben hacerse cargo de los mismos, ya que no podrán ser resueltos solo a nivel de los individuos. Por lo tanto, pasa a ser también una responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que, directa o indirectamente, contribuyen a la salud de la población.

Sin embargo, el mismo autor refiere que debe existir una toma de conciencia por parte de las comunidades y de los individuos para que, la identificación de problemas de Salud Pública, su análisis, las mejores medidas sanitarias y su aplicación, lleven a una mejoría notable en el estado de salud comunitario e individual. Esto permitiría abordar la complejidad de las problemáticas actuales de la salud desde una concepción solidaria.

⁶ Ministerio de Salud de la Nación / Bases del Plan Federal de Salud 2004 - 2007.-- en www.msal.gov.ar (16/06/08).

⁷ Martínez Hernández, J. / Nociones de Salud Pública.-- Editorial Díaz de Santos, S. A: Madrid; 2003.

2.1.3 Salud como derecho

“Las estadísticas dicen que son muchos los pobres del mundo, pero los pobres del mundo son muchos mas que los pobres que dicen que son. La joven investigadora Catalina Alvarez Insúa ha señalado un criterio útil para corregir los cálculos: - pobres son los que tienen la puerta cerrada- dijo. Cuando formuló su definición, ella tenía tres años de edad. La mejor edad para asomarse al mundo, y ver.”

Galeano ⁸

Según Rovere⁹, en algún punto, se encuentra el acuerdo entre la sociedad civil y el estado para definir cómo, entre los dos, garantizan los derechos sociales para el ciudadano. Esta perspectiva ofrece la idea de que **los derechos sociales no están en el pasado sino en el futuro**. Como explica el mismo autor, el derecho a la salud debe descolgarse de los derechos sociales porque está de pleno incluido en ellos y siempre desde una perspectiva de conquista hacia el futuro, por lo cual, este cambio de pensamiento en los ejes del tiempo cuestiona de raíz la idea del derecho como algo que se defiende, pues no se puede defender lo que no se tiene o lo que nunca se terminó de conquistar. Por lo tanto, en cierta manera, es un derecho que se conquista constantemente con sujetos concretos.

Por detrás del concepto del derecho a la salud persiste el concepto de **equidad**, que ya no es solo un concepto de igualdad o de justicia. Este concepto, que proviene del campo jurídico, habla de perfeccionamiento de lo que es justo; pero en realidad, la equidad va más allá de la justicia.

A partir de aquí, Rovere menciona tres formas de equidades. La primera se relaciona con la equidad en la atención, es decir, que todas las personas accedan eventualmente a la misma posibilidad de servicios y que estos servicios sean de calidad semejante. La segunda refiere a la equidad en la distribución de los riesgos, esto es, los riesgos de enfermar, de discapacitarse o morir por causas evitables. Y por último, la equidad referida a distribución del saber y del poder en salud, en donde el saber o el conocimiento pertinentes para mejorar las condiciones de vida o tomar decisiones sobre la vida de cada uno, no puede ser recortada o negada a nadie.

⁸ Galeano, E. / Bocas del tiempo. -- Editorial Rosgal S. A.: Uruguay; 2004. Pág. 222.

⁹ Rovere, M. / Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006. Pág. 19.

Estas tres equidades configuran los rasgos básicos de lo que podríamos llamar el derecho a la salud. En los últimos tiempos la asamblea de la OMS, en vez de retroceder a la idea de **Salud para Todos**, sigue la perspectiva del **derecho a la salud** como meta permanente, al cual no tiene posibilidades de renunciar.

2.2.1 El Sistema Público de Salud.

“La práctica sin teoría es ciega y la teoría sin práctica es estéril”

Ingenieros¹⁰

Según Mazzáfero¹¹, se define como sistema a la totalidad de los elementos en interacción unos con otros o a la unidad que comprende partes interdependientes en mutua interacción, produciendo un efecto total o final que no es la simple suma de las partes que lo componen.

Por lo tanto, se deduce que un **sistema de salud** es una entidad que contiene la totalidad de elementos o componentes de un sistema abierto en continua interacción. Los mismos tienen por finalidad asegurar el mejoramiento de la salud individual y colectiva y de las condiciones de vida, de tal manera que, operar el sistema significa planificar, administrar y controlar los recursos y las actividades para que puedan cumplirse satisfactoriamente los objetivos perseguidos. En este sentido, las políticas en salud, nunca son un todo acabado, el diagnóstico de situación sanitaria, su tratamiento y evaluación, constituyen un mecanismo de retroalimentación permanente.

Un sistema de salud está basado en la satisfacción de las **necesidades** de la población considerando que existen diferencias culturales y sociales en la forma en que las personas definen sus necesidades y los problemas de salud.

Según lo establecido por Maslow, las necesidades básicas de cualquier ser humano se pueden mencionar categorizándolas en cuatro grandes grupos:

“...por un lado, las necesidades fisiológicas; en un segundo grupo, encontramos aquellas dirigidas a mantenernos activos, a descansar, a evitar el dolor y a desarrollar una vida sexual activa; el tercer grupo corresponde a las necesidades de seguridad y reaseguramiento; y por último, existen las necesidades de amor y de pertenencia: son necesidades de amistad, de formar una pareja, de tener hijos, es decir, relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad y las necesidades de estima...”¹²

¹⁰ Ingenieros, J. / Teoría y Práctica.-- en www.geocities.com (01/12/08).

¹¹ Mazzáfero, V. y col. / Medicina en Salud Pública.-- Segunda edición.-- Editorial El Ateneo: Buenos Aires; 1994. Pág. 30.

¹² Maslow, A. / La personalidad creadora.-- Editorial Kairos: Barcelona; 1992. Pág. 29.

Testa¹³ refiere que la necesidad de atención puede ser percibida o no, ser expresada o no. Cuando esta es percibida, se concretiza la demanda de un servicio a través de una prestación.

Retomando a Mazzáfero, el mismo expresa que la **demanda** es la manifestación de las necesidades que posee una comunidad. Está constituida por el conjunto de expectativas existentes en un momento dado en una población o grupo humano, respecto al tipo de beneficios o servicios que conciernen a una determinada institución. Este autor sostiene que, los indicadores de demanda deberían ser utilizados para planificar el sistema de atención de la salud.

La demanda manifiesta es aquel grupo de necesidades que se hace presente en el efector de salud y trae como resultado acciones de asistencia sanitaria, por lo cual es más sencillo de medir que el concepto evasivo de necesidad. Asimismo, en toda comunidad existen necesidades que no acceden al sistema sanitario y no se evidencia en el efector de salud. Es importante mencionar la existencia de factores que no se encuentran relacionados directamente con la enfermedad pero que intervienen disminuyendo la expresión de las necesidades, como ser: la falta de conocimiento por parte de la población de las posibilidades de atención, la falta de accesibilidad de la población a los servicios, y la falta de servicios para la cobertura de la población.

Se destaca el concepto de demanda no atendida por la oferta que menciona el mismo autor, refiriéndose a aquellas demandas que son rechazadas por el sistema por algún motivo.

Por otro lado, es interesante mencionar, lo que en sistemas de salud se investiga como oportunidades perdidas¹⁴, haciendo referencia a aquellas situaciones en donde la gente se acerca espontáneamente al servicio de salud por una consulta urgente. Luego de ser atendido, no se realiza el seguimiento del paciente que ingresó al sistema. Es decir, se pierde la posibilidad de brindar una medicina anticipatoria y de intervenciones preventivas.

De acuerdo a la descripción realizada por Donabedian¹⁵, en la atención fonoaudiológica se pueden distinguir diversos aspectos en relación a la estructura, el proceso y el resultado.

¹³ Testa, M. / Saber en Salud. La construcción del conocimiento.-- Editorial Lugar Editorial S.A.: Buenos Aires; 1997. Pág. 22.

¹⁴ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / La construcción de la Salud según sus protagonistas.-- Editorial UNR: Rosario; 2003. Pág. 250.

¹⁵ Santhiá, M. / Atención Médica: Aspectos Conceptuales. -- Ficha de la cátedra de Medicina Preventiva y Social – Facultad de Ciencias Médicas – U. N. R. -- Secretaría de material de Estudios. Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas: Rosario; 2000. Pág. 4.

Dentro del proceso de atención fonoaudiológica, el inicio de la demanda es una etapa importante ya que establece el primer contacto entre el profesional y el paciente. La iniciación de la atención por demanda espontánea se da cuando el paciente o un familiar solicitan atención por motivación propia.

En relación a este mismo tema, en las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales¹⁶, se menciona que también puede iniciarse por derivación de otros profesionales, servicios o instituciones.

Según Mazzáfero¹⁷, la cobertura en salud deberá ser concebida como resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, sean proporcionados en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable por aquella, y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud.

La **oferta de servicios** es aquello que se brinda desde un servicio de salud, poniéndola a disposición de quien lo necesite.

Cuando la demanda y la oferta solo coinciden parcialmente, se generan áreas de desajuste y la tarea de la planificación debe consistir en lograr el ajuste correcto entre esas variables. Mazzáfero en su estudio, define grandes grupos, como consecuencia de un desajuste entre variables, de las cuales cita a las carencias como necesidades percibidas y demandadas, pero no atendidas por la oferta.

Por lo antes dicho, un sistema de salud ajustado, no sólo debe tener una buena administración, sino también debe estar en condiciones de ofrecer a la población una atención que se caracterice por su calidad, equidad y eficiencia y sea capaz de resolver una proporción significativa de problemas de salud de los individuos y sus familias.

2.2.2 Calidad de la atención

La calidad de los servicios de salud plantea serios desafíos que implican una profunda transformación en la forma en como se brinda la atención en salud a partir de la introducción de los principios de universalidad, equidad, integridad en la atención,

¹⁶ Ministerio de Salud y Acción Social / Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.-- en Fonoaudiológica.-- A.S.A.L.F.A.: Buenos Aires; 1999. Tomo 45; N° 3. Pág. 14.

¹⁷ Mazzáfero, V. y col. / Op. Cit. Pág. 32.

continuidad de los servicios, calidad de la atención, eficiencia, respeto y promoción de la ciudadanía, eficacia técnica y social y justicia re distributiva.

Mazzáfero¹⁸ sostiene que, la planificación del sistema debería dar prioridad a las necesidades de salud de los grupos vulnerables, menos protegidos de la población que viven en pobreza social, entendida ésta como la combinación de desempleo y subempleo, bajos niveles de educación, vivienda insalubre, malas condiciones de saneamiento, desnutrición, deterioro de la salud y, sobre todo, la ausencia de voluntad de iniciativa para contribuir a implementar mejoras.

En Argentina (1997), el Ministerio de Salud y Acción Social creó el Programa Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Médica (Resolución 432/92, refrendado por el Decreto 1424/97).¹⁹ El desafío fue poder evaluar el proceso global de calidad en cada establecimiento, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

El Programa está constituido por un conjunto de componentes que se encuentran estrechamente vinculados entre sí. El primer componente refiere a la calidad en la estructura de los servicios de salud, es decir, la habilitación y categorización de los establecimientos de salud. En el mismo se confeccionan las normas de organización y funcionamiento de los servicios que integran un establecimiento. El segundo componente es la calidad en recursos humanos que refiere al ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud. Se considera, como tercer componente a la calidad en los procesos y gestión de los servicios de salud. Y por último, la evaluación y control de la calidad forma parte del cuarto componente y corresponde a la implementación de indicadores y estándares de la estructura, proceso y resultados en los Servicios de Salud.

En el documento Bases del Plan Federal de Salud 2004 – 2007²⁰ publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, se enuncian una serie de problemas de nuestro sistema de acuerdo a las características económicas, sociales, culturales y políticas: la existencia de cobertura desigual; indefinición del modelo prestacional; fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos; escasos recursos asignados a prevención; desigualdad en el acceso; mortalidad y morbilidad evitable; variabilidad en la calidad.

¹⁸ Mazzáfero, V. y col. / Op cit. Pág. 39.

¹⁹ Ministerio de Salud y Acción Social / Programa Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Médica. Calidad en los Servicios de Salud.-- en www.msal.gov.ar (16/06/08)

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación / Bases del Plan Federal de Salud 2004 - 2007.-- en www.msal.gov.ar (16/06/08).

En cuanto a la falta de planificación de recursos humanos, la ausencia de metas y la indefinición de necesidades determinan saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva sanitaria lo cual genera falta de recursos humanos en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida.

El sistema en su conjunto debe participar regularmente en acciones de promoción de la salud a través de esquemas fuertemente participativos. Las instituciones del sector salud deberán articular sus recursos con otros sectores y con las organizaciones de la comunidad. Es por ello que este modelo, se basa en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud como organizadora del sistema, con clara prioridad de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a su vez procura que las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados.

2.3.1 Atención Primaria de la Salud

Una comunidad que se proponga ser “saludable”, no se puede proponer enseñar la salud, sino que debe facilitar oportunidades para experimentarla y “aprehenderla”.

Mazzáfero ²¹

En 1978, en la reunión de Alma Ata se estableció que, para llevar a cabo la política Salud para todos en el año 2000, era necesario aplicar una estrategia específica, diferente a la utilizada hasta entonces. Esa estrategia fue denominada **Atención Primaria de la Salud** (A.P.S.) y fue definida como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación...”²²

Dentro de la formulación de políticas de Salud, representa el primer nivel de acceso a la red de salud pública y el más descentralizado. Se facilita de esta manera, el contacto directo entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

Es primaria porque es primera en tiempo y en importancia. Se propone, además, una concepción integral de la salud, puesto que los problemas sanitarios presentan una dimensión biológica, psicológica y social. Se deben incorporar las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto con las actividades curativas.

La A.P.S. reviste un concepto más abarcativo que la atención basada en el abordaje médico – asistencial, debido a que centra su foco de interés en el individuo y en la comunidad a la cual pertenece puesto que, sus tres pilares fundamentales son: la **promoción de la salud**, la **prevención** y la **participación comunitaria**.

En referencia a los contenidos, el modelo médico existente anteriormente realizaba una asistencia episódica del problema específico y aislado, en cambio, en el nuevo sistema de salud, se parte de la promoción de la salud, es decir, actuar sobre aquellos hábitos

²¹ Mazzáfero, V. y col. / Op. Cit. Pág. 30.

²² OMS / OPS / Declaración de Alma Ata - Salud para todos en el año 2000.-- Cap. VI - Doc. Oficial N° 173: Washington, 1978. Pág. 17.

saludables y con una responsabilidad a los largo de la vida del usuario transformándose así en una atención continua.

La **accesibilidad**, otro aspecto básico de la A.P.S., refiere a la distribución de los recursos sanitarios (ubicación de los efectores de salud, los consultorios, el transporte público que posibilite el traslado, etc.), a la educación sanitaria de la población y al conocimiento de la misma, en relación a los servicios sanitarios que se están ofertando.

Para realizar un proceso de mejora de los servicios sanitarios, se consideraría importante aplicar acciones de docencia e investigación. La docencia no se debe circunscribir al nivel hospitalario, puesto que la misma está centrada en aspectos clínicos, por ello se podría ejercer en A.P.S., como así también la investigación dirigida a evaluar programas de salud, establecer prioridades, etc.

De acuerdo a lo expresado por Saracci²³, la única manera de enfrentar simultáneamente el volumen del gasto y la desigualdad en la protección de la salud, es la prevención. La misma elimina una de las desigualdades más relevantes, la desigualdad entre una persona afectada por una enfermedad de aquella que goza de buena salud.

Ante las desigualdades de la situación sanitaria, se considera como principio fundamental, la **equidad social**. La misma es definida como la distribución y adecuación de los recursos en función de las necesidades de cada grupo o comunidad.

Asimismo, debe existir un criterio de **universalidad**, es decir, toda la población debe tener acceso a los servicios, como así también, un criterio de continuidad puesto que los servicios no deben ser esporádicos.

La estrategia de A.P.S. requiere que el sistema se organice, planifique y sea administrado convenientemente, garantizando así la accesibilidad económica, geográfica, cultural y funcional, para lograr el impacto deseado en la salud de toda la población. Por lo tanto, los servicios de salud deben ser **eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y aprovechables**.

Cada cultura presenta una concepción de salud que le es propia. Así los profesionales de salud, para llegar a comprenderla deben salir de su saber y tomar contacto con ella.

²³ Saracci, R. / ¿Qué es salud, y para quién?. Un desafío para la epidemiología.-- en Revista Foro Mundial de la Salud.-- O.M.S.: Washington; 1998. Vol. 19, pág. 6.

Tener en cuenta las características socio-culturales de cada población determina la importancia de la **participación comunitaria** en la construcción de la A.P.S. La misma, adquiere relevancia en tanto existan:

“espacios de asamblea, programación local, grupos de promotores y actividades que surgen de un trabajo conjunto de diagnóstico y de búsquedas alternativas”... “la gente participa en las discusiones y decisiones de políticas de salud, un espacio de cambios subjetivos, individuales, barriales y, en definitiva, de toda la sociedad...”²⁴

Por ello, la **responsabilidad** se comparte entre todos los actores e instituciones que se articulan en la A.P.S. Rovere²⁵ destaca, la **implicancia intersectorial** puesto que hay muchos problemas que se manifiestan como problemas de salud, pero sus soluciones no se encuentran dentro del sistema sanitario sino en la coordinación de otras administraciones como ser aquellas que tienen a su cargo los temas de educación, vivienda, servicios sociales, etc.

²⁴ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / La construcción de la Salud según sus protagonistas.-- Editorial UNR: Rosario; 2003. Pág. 254.

²⁵ Rovere, M. / Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006. Pág. 20.

2.4.1 Modelo sanitario de la Municipalidad de Rosario: sistema en redes.

“El humano construye su realidad a su imagen, todo se le parece: sus ojos, el telescopio; sus oídos y su garganta, el teléfono, el micrófono; sus piernas, sus diversos vehículos... Redes neuronales, redes semánticas, redes sociales, de servicio, redes de vida... en esta Argentina, tender redes es el gran desafío.”

Lic. Fga. Beatriz Fabiani ²⁶

El sistema de salud de la ciudad esta representado por tres sectores: el privado, el de seguridad social y el público.

El sub-sector público está compuesto por dos administraciones: provincial y municipal que actúan independientemente con modalidades prestacionales diversas y diferentes estructuras administrativas. Los efectores y niveles de salud de ambas administraciones se articulan sosteniendo redes de información, coordinación y cooperación.

La descentralización político - administrativa del municipio fue definida como estilo de gestión para la ciudad de Rosario²⁷. La misma tendría el doble objetivo de acercar la administración a los ciudadanos y crear canales de participación para que los individuos y los grupos sociales intervengan en la vida cotidiana y en la toma de decisiones del municipio. De acuerdo a esta organización, se facilitaría la cercanía con el usuario, generando una ciudad multicéntrica con una dimensión más humana.

A partir de los últimos 10 años de gestión municipal, en el marco del Programa de Descentralización y Modernización de la Municipalidad de Rosario, la ciudad se dividió en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur.

Los efectores de salud también adoptaron esta división, tanto para el análisis epidemiológico, económico y social como para la optimización de sus recursos. Cabe destacar la concepción de redes que atraviesa toda la organización de la Salud Pública. Esta implica la articulación de todos los efectores de la salud entre sí y con otros sectores. La descentralización, desde la lógica del gran establecimiento hacia los pequeños centros, y de estos a la comunidad, permitió una capacidad resolutive de la red que se

²⁶ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Estudio descriptivo de los Efectores Públicos de Salud de Rosario (municipales y provinciales) – Red Inter – hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología.-- Editorial UNR: Rosario; 2005. Pág. 6.

²⁷ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Op cit. Pág. 16.

traslada a todos sus efectores. En la actualidad se organiza en diferentes **niveles de atención**, conformando una red de servicios de Salud Pública Municipal:

El **primer nivel** constituye el espacio de mayor resolutivez; es la puerta de entrada de los pacientes a la red y localización de los equipos de referencia en las especialidades básicas. En Rosario la A.P.S., está integrada por Centros Periféricos que se fueron jerarquizando y pasaron a constituirse en **Centros de Atención Primaria (C.A.P.)** o también llamados Centros de Salud. Los mismos se encuentran anclados en espacios geográficos que permiten a la población con mayores necesidades, la accesibilidad rápida a la atención sanitaria. Está conformado por 51 Centros de Atención Primaria Municipal y algunas Vecinales, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: en el Distrito Norte existen siete; en el Distrito Noroeste: trece; en el Distrito Oeste: once; en el Distrito Sudoeste: doce; en el Distrito Sur: siete; y en el Distrito Centro: uno.

De acuerdo a lo establecido por la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario²⁸, un Centro de Atención Primaria, es un escenario de la vida cotidiana, en el que se desarrolla un vínculo entre un equipo terapéutico y la comunidad, cuyo resultado es poder sostener un trabajo clínico e interdisciplinario que trate los problemas de salud desde un punto de vida holístico. Los C.A.P., ejercen una responsabilidad activa en relación a su área de influencia, potencian el contacto con la comunidad identificando aquellas barreras a la accesibilidad de tipo física, geográfica, cultural y organizacional, así como la infraestructura de los servicios y el acceso a la información. Cada C.A.P. constituye un sistema que tiene un perfil único de acuerdo a las relaciones que se establecen entre la demanda y la oferta propias de esa comunidad.

El **segundo nivel** de atención está conformado por tres hospitales generales (polivalentes) y de mediana complejidad: Hospital Alberdi (Zona Norte), Hospital Roque Sáenz Peña (Sur) y Hospital Carrasco (Oeste); un Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica y de Adultos; dos Maternidades que son la Maternidad Martín y el Hospital Roque Sáenz Peña (que funcionan anexa al hospital general); un Instituto de Rehabilitación (I.L.A.R.) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (C.E.M.A.R.).

²⁸ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Jornadas científicas. Área de investigación en Salud.-- Editorial UNR: Rosario; 2003. Pág. 73.

Forman el **tercer nivel**, el Hospital de Emergencia Clemente Álvarez (H.E.C.A.) y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, ambos constituidos por áreas de mayor tecnología y alta complejidad.

Existe también un Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (S.I.E.S.) y distribución gratuita de medicamentos, completando de esta manera la red.

2.5.1 Recursos humanos: El profesional de la Salud

“...hemos llegado a afirmar que los recursos humanos no estamos *en* las organizaciones, no somos una pieza dentro de ellas; en buena medida, *somos* las organizaciones, las constituimos, les damos vida y somos nosotros quienes podemos hacerlas avanzar y hacerlas converger en un gran esfuerzo colectivo para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.”

Rovere²⁹

Rovere³⁰ explica que para la economía clásica, la mano de obra, era un factor productivo más, tal como lo era el capital, los recursos naturales y la tecnología. De ahí que, el uso del término “recursos humanos” remite al modelo sistémico propio de la administración fabril, donde es posible controlar al insumo – producto y aclara que no se trata de trabajar a los recursos humanos como a la materia prima. El mismo autor, cuestiona este “extraño factor productivo”, y explica que los recursos humanos son el único factor productivo que gana valor con el uso y que aprende; que es conciente del proceso de trabajo, que disputa el control del mismo y además es capaz de crear el proceso productivo mismo.

Siguiendo la argumentación de este sanitarista, en la Atención Primaria existen componentes estratégicos entre los cuales se resalta con un valor trascendental y único, al **recurso humano**³¹, refiriéndose este, al personal de salud, profesionales y trabajadores en general de este sector. Además afirma, que es crucial una comprensión más amplia del rol de quienes trabajan en las organizaciones, ya que como fuerza laboral, constituyen al menos, la memoria, la cultura, la estructura, la estabilidad, el potencial de cambio y la innovación.

Otro punto importante que destaca dicho autor en relación a los recursos humanos, es el de la **educación permanente**. En este sentido, el aprendizaje es una función de las organizaciones, por lo cual, las organizaciones cerradas al mismo, preanuncian su agotamiento. Afirma Rovere que la perspectiva no descansa en que haya cursos o capacitación, sino que las organizaciones como un todo aprendan sistemática y situacionalmente. El aprendizaje en el trabajo sistematizado a través de dispositivos de

²⁹ Rovere, M. / El Rol de los Recursos Humanos en el Desarrollo Institucional.-- en www.mtc.gov.pe (6/11/08).

³⁰ Rovere, M. / *Ibidem.* (6/11/08)

³¹ Rovere, M. / *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.*-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006. Pág. 22.

educación permanente se basa en experiencias de aprendizaje conjuntas centradas en las necesidades y expectativas de la comunidad, analizando problemas del trabajo, en escenarios reales y orientados a la mejora sistemática de la calidad de atención. La educación permanente no es temática sino problemática y los problemas son por su esencia interdisciplinarios, es decir, la **interdisciplina** se extiende a todo encuentro de saberes para enfrentar problemas concretos en una realidad dada. Solo así, los aprendizajes significativos son holísticos, movilizan la inteligencia emocional y la intersubjetiva.

Esto marcaría una similitud con la modalidad de trabajo que plantea la A.P.S., donde se menciona la necesidad del trabajo interdisciplinario del equipo de salud y la participación de la comunidad a través de sus instituciones.

Para Rovere³², la interdisciplina supone un arduo trabajo de los profesionales, que sin dejar de lado sus especialidades, llegan a definir en conjunto el objeto de estudio, para que este sea abordado desde una intervención conjunta. Afirma también que, deben variar en número y disciplinas que lo integran, de acuerdo al número de población, área geográfica específica, demanda de esa comunidad particular y objetivos de la planificación de salud.

La Secretaría de Salud Pública de Rosario enumera cuales son los profesionales que deben formar parte de los **equipos de salud básicos o de referencia** para el funcionamiento de los C.A.P.:

“El equipo de referencia lo constituyen pediatras, clínicos o generalistas y enfermeros. El resto del equipo - trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, tocoginecólogos, etc. (especialidades de perfil menos general), aportan a la resolución de este proceso que tiene su anclaje en este nivel.”³³

Tomando en cuenta las ideas de De Souza Campos³⁴, de preservar y promover la autonomía del paciente y situar la clínica como una clínica del sujeto, la A.P.S. pretende garantizar un contacto entre terapeuta y asistido donde pueda establecer un vínculo a través del tiempo. De este modo, se superaría la respuesta sintomática ante el motivo de consulta para trascenderla en un diagnóstico más integral del problema y la elaboración de un proyecto terapéutico compartido. El mismo es un plan en la relación terapéutica futura, que

³² Rovere, M. / Hacia una política de desarrollo de Recursos Humanos en Salud.--en www.universia.com.ar (18/10/07).

³³ Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / La construcción de la Salud según sus protagonistas.-- Editorial UNR: Rosario; 2003. Pág. 250.

³⁴ De Souza Campos, G. / Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. -- en Cuadernos Médicos Sociales N° 74. CESS, AMR: Rosario; 1998. Pág. 84.

se comparte con el terapeuta, el asistido y el resto del equipo que interviene en la elaboración del proyecto y que puede aportar la mirada de otras disciplinas.

El mismo autor explicita la relevancia de la **construcción del vínculo** como recurso terapéutico. Uno de los medios adecuados para la práctica de una clínica con calidad es el fortalecimiento de vínculos entre paciente, familias y comunidad con el equipo y con algunos profesionales específicos que les sirvan de referencia, por lo tanto depende de que se movilicen los usuarios y el equipo.

La construcción del vínculo depende en parte, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una micro-región. Depende también del modo en que se encargan de cada caso específico que necesite de una atención singular. Un doble movimiento, no siempre fácil de ser realizado: un compromiso bilateral, en el caso de los profesionales, un involucrarse con la salud de una comunidad y con la salud individual, particularmente de aquellos más vulnerables.

La formulación de una **política de recursos humanos** es posible gracias a acuerdos de largo plazo acerca de las características del sector salud con todos los actores involucrados. Por lo tanto, es trascendente reflexionar sobre la formación de estos recursos como uno de los componentes claves del abordaje integral de la salud. La calidad en los servicios, requiere de la formación de los mismos en la esfera técnica, capacidades comunicacionales y relaciones interpersonales.

Muchas veces, la situación de los recursos humanos en salud presenta dificultades reflejo de problemas estructurales, especialmente aquellos que requieren medidas y soluciones político-gubernamentales. Otras problemáticas se relacionan con: desigual distribución geográfica de profesionales, estructura del equipo de salud distorsionada, persistencia de modelos de formación tradicionales, flexibilidad creciente de las formas de contratación y precariedad laboral en todas las categorías, etc.

Para abordar estos problemas Rovere³⁵ propone promover el desarrollo de estudios acerca de las necesidades de recursos humanos en salud; crear instancias para la construcción de consensos para encarar procesos de planificación, aplicar mecanismos de regulación y control de la práctica profesional, implementar sistemas de información permanentes y sistemáticos para sustentar la toma de decisiones; establecer mecanismos fluidos de interacción entre entidades formadoras y empleadoras de recursos humanos; e

³⁵ Rovere, M. / Op cit. (18/10/07).

impulsar la redefinición de la formación en ciencias de la salud, salud pública y campos afines.

Estas transformaciones, solo son posibles con el impulso y el protagonismo de los integrantes de todo el sistema de salud, quienes con su esfuerzo diario convierten la utopía en realidad.

2.5.2 Los Equipos Interdisciplinarios... el desafío.

“Nuestra situación en la tierra parece extraña. Cada uno de nosotros aparece aquí casi involuntariamente y sin ser invitado, para permanecer durante poco tiempo y sin saber los porqués ni las causas. En nuestra vida diaria sentimos que el hombre está aquí para los demás, para aquellos a quienes queremos y para los que sus destinos están conectados con nosotros...”

Einstein³⁶

Teniendo en cuenta que la salud pública obtiene sus conocimientos de prácticamente todas las ciencias, se torna necesario considerar la incorporación de múltiples disciplinas en el trabajo de investigación y en el accionar clínico.

Es en la modernidad en donde surgen las disciplinas como campos de conocimiento autónomo, sumados a una creciente tendencia a la especialización, la búsqueda de enunciados generales y leyes universales, lo que trajo aparejado un importante crecimiento de los diferentes campos del saber. Pero, también ese incremento implica limitaciones en el conocimiento de sistemas complejos y cierta restricción en las formas constructivas del mismo. Según Carballada³⁷, esta modalidad de trabajo conjunto es una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la intervención en lo social y por ende en la salud.

Así mismo, pensar la **interdisciplina** en un escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social, implica de alguna forma, revisar una serie de aspectos, ya que lleva implícita la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos del saber. Este diálogo se traduce en

³⁶ Einstein, A. / Mi credo.-- en www.foros.proverbia.net (01/12/08).

³⁷ Carballada, A. / La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Subsecretaría de Atención a las Adicciones.-- en www.sada.gba.gov.ar (29/05/08).

intervención en lo social, ya sea en un Centro de Atención Primaria o en otras entidades en donde el trabajo profesional llega a la comunidad en forma de servicios. Carballeda refiere que la interdisciplina se enfrenta a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud, en tanto muchos casos superan los marcos de conocimiento de cada campo de saber que conforman los equipos de salud. Queda planteado entonces, que la denominada nueva cuestión social, genera interrogantes hacia la intervención, por lo cual, en un escenario turbulento y cambiante, el acceso a la singularidad de quien demanda asistencia en un servicio de salud, implica la necesidad de interrogarse acerca de los nuevos padecimientos sociales.

Por otro lado, el trabajo interdisciplinario se puede presentar como un escollo o como una verdadera oportunidad para desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada en donde la competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo. Como lo plantea el mismo autor, puede ser interesante analizar las diferentes instancias de relación entre los diferentes campos de saber. En la interrelación dentro de los equipos de trabajo se producen fragmentaciones, a veces de índole institucional u otras por tradiciones que prestigian a una modalidad de conocer por encima de otra. Las mismas pueden ser de tipo horizontal (sumisión dentro de un mismo campo de conocimiento) o de tipo vertical (predominio de una disciplina por encima de otra u otras):

“...la resolución posible a este tipo de cuestiones puede pasar por la conformación de relaciones simétricas dentro de los equipos de trabajo, ya que, la existencia de esquemas piramidales o verticales solo reproduce una lógica de dominación que va mucho más allá del problema del conocimiento en abstracto o neutral.”³⁸

Otro de los desafíos del trabajo en equipo, como lo observaron Beker y colegas³⁹, se presenta al intentar incorporar el concepto de diálogo y de democratización por encima del de imposición.

Tener actitudes y miradas descentradas para dar lugar a otras disciplinas implica una mirada contextual que tolera la diversidad, que reconoce las diferencias; en vez de ser completa es parcial, provisoria y da pie al reconocimiento del cambio. Se podría afirmar que trabajar en equipo es repensar la territorialidad de la práctica sobre el lugar del saber y sobre el uso que hacemos del mismo.

³⁸ Carballeda, A. / Ibidem. (29/05/08).

³⁹ Beker, E. y Col. / Prácticas interdisciplinarias y preventivas desde la perspectiva clínica-situacional. Su integración en equipos interdisciplinarios.-- en www.elmurocultural.com (29/05/08).

En la misma publicación, los autores refieren al análisis de otra perspectiva: es necesario observar que el control sobre el saber da poder, pero el punto de inflexión es cómo se usa, ya que de ello depende el destino de la tarea, del paciente, y del profesional mismo. El trabajo entre disciplinas no es un problema de encuentro o de sumatoria de campos de saber sino de interacción y reciprocidad simétrica. Es decir una complementariedad, ya que se amplía la noción de salud como un proceso complejo histórico ecológico y social. Se trata pues, de sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella una relación horizontal.

2.6.1 La fonoaudiología y la importancia de la Comunicación Humana en la vida del hombre.

“Cuando es verdadera, cuando nace de la necesidad de decir, a la voz humana no hay quien la pare. Si le niegan la boca, ella habla por las manos, o por los ojos, o por los poros, o por donde sea. Porque todos, toditos, tenemos algo que decir a los demás, alguna cosa que merece ser por los demás celebrada o perdonada.”

Galeano ⁴⁰

La Fonoaudiología como disciplina implica abordar un terreno muy amplio, un lugar de confluencias y confrontaciones, encrucijadas de diferentes ciencias, campo de encuentro interdisciplinario cuyos ejes se anudan alrededor de un protagonista: **el ser humano y su comunicación.**

Durante muchos años, la comunicación humana fue abordada desde una perspectiva parcializada a las miradas de las diferentes disciplinas que lograban explicar en parte alguna cuestión puntual de la misma. Así fue como, la neurología, la lingüística, la psicología, la audiolología, la anátomo - fisiología, y otras ciencias, hicieron valiosos aportes para el entendimiento de algunos de los procesos que participan en la comunicación y que más tarde, esos mismos saberes disciplinares fueron necesarios para la recuperación de las alteraciones. Pero no dejaban de ser fragmentos dentro de una gran complejidad.

Si la Fonoaudiología existe como disciplina científica es porque frente al desafío de lograr una confluencia que fortalezca una visión global, recupera el lugar de la comunicación humana como aspecto complejo y central del desarrollo en la vida del hombre. **No se puede pensar al hombre fuera de la comunicación**, la existencia misma del ser humano depende del otro, en un feed – back semantizado que nos va constituyendo como personas, al decir de Pichón Riviere:

“el ser humano es un ser de necesidades, que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto 'producido' en una praxis. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuo, grupos y clases”.⁴¹

⁴⁰ Galeano, E. / El libro de los abrazos. -- Sexta edición -- Editorial Catálogos S. R. L.: Argentina; 1996. Pág. 11.

⁴¹ Pichón Riviere, E. / Psicología de la Vida cotidiana.-- en www.monografias.com(11/06/08).

Desde la perspectiva de Wallon⁴², el hombre es un emergente de circunstancias histórico – sociales y en transformación, desde donde la concepción de desarrollo del ser humano, es entendida como un proceso de transformaciones internas, que le permite, mediante la adaptación al medioambiente, satisfacer necesidades cada vez más complejas. Según Chokler⁴³, este proceso requiere por un lado, de sistemas anátomo-fisiológicos que le permitirán elegir un repertorio de conductas posibles que se adecuen a cada circunstancia y por otro lado, simultáneamente, exige la intervención de los sistemas vinculados con el pensamiento, que integran las dimensiones de tiempo y espacio y que proyectan la acción junto con los sistemas que tienen que ver con los afectos.

De acuerdo a lo expresado por Serra⁴⁴, pensar la **Salud Fonoaudiológica**, implica acceder a la comprensión de un sistema de interrelaciones en donde encontramos implícitos que se van entramando en esta complejidad: individualidad, comunidad, cultura, economía, educación, organización sanitaria, participación comunitaria, capacidad de autocritica y cambios. De esta manera, la Salud Fonoaudiológica deja de ser un concepto arbitrariamente definido para constituirse en una complejidad particular en cada comunidad, en un tiempo y en un espacio determinado. Podría realizarse una aproximación reflexiva a la **identidad de la Fonoaudiología** de la siguiente manera:

“...ligándola a la
comunicación particular, sana y eficaz que cada persona puede lograr con el máximo de sus
potencialidades para desarrollarse en el medio en el que vive y ser feliz”⁴⁵.

Se piensa no solo en la inter-comunicación, que nos permite la relación con el otro, sino en la intra-comunicación que es la comunicación con uno mismo y su pensamiento.

De acuerdo a Levin⁴⁶, el cuerpo, las posturas, el movimiento, el tono, los gestos, son tomados por el lenguaje que los pre – existe y los crea (el sujeto es creado por el lenguaje) y no al revés. En el ser humano se habla de acto psicomotor (y no de pura acción), de un acto de lenguaje, porque hay deseo, representación y porque hay aparato psíquico. Este acto es humano porque es un acto de palabras, de discurso, de decires.

⁴² Wallon, H. / Los orígenes del carácter en el niño. -- Tercera Edición. – Editorial Nueva Visión: Buenos Aires; 1979. Pág. 21.

⁴³ Chokler, M. H. / Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa.-- Segunda edición.-- Editorial Ediciones Cinco: Buenos Aires; 1998. Pág. 24.

⁴⁴ Serra, S. / Fonoaudiológicamente. Nociones básicas y práctica profesional.-- Primera edición.-- Editorial Brujas: Córdoba; 2008.

⁴⁵ Serra, S. / Ibidem. Pág. 29.

⁴⁶ Levin, J. G. / Tramas del lenguaje infantil. Una perspectiva clínica. – Primera Edición. -- Editorial Lugar: Buenos Aires; 2002. Pág. 15.

Levin afirma que:

“el cuerpo humano es efecto del lenguaje, se sostiene como tal por el lenguaje, son sus leyes las que lo sujetan, lo atraviesan y lo rigen. Es el lenguaje el que crea un sujeto y con él a su cuerpo y a su motricidad. Es él quien nos da la posibilidad de tenerlo, de sustituirlo y desplazarlo. Desde ese instante el cuerpo es y se transforma en lenguaje y el lenguaje se encarna y es cuerpo.”⁴⁷

Siguiendo a Serra, en relación a la complejidad y la importancia del desarrollo de la comunicación del hombre, para la Salud Pública en general y para la Fonoaudiología en particular, los cuidados desde los inicios de la vida son vitales. Por este motivo, la participación del profesional fonoaudiólogo en la Atención Primaria es de suma importancia ya que la comunicación humana es intrínseca a la existencia misma del hombre. Desde que un niño llega a la vida comienza a manifestarse para un otro que responderá ante estos pedidos. Esta comunicación va transformándose en la medida que el desarrollo lo va permitiendo. Existe un periodo esencial para la constitución de su personalidad en su conjunto y de su psiquismo en especial, abarca los primeros cinco años de su vida, o mas precisamente los primeros 24 meses.

Se pueden presentar hechos en la vida de las personas que impliquen riesgos o afecciones de las posibilidades de crecimiento, maduración y aprendizaje, y en consecuencia los procesos de desarrollo se podrían encontrar amenazados o alterados. Desde la perspectiva de la Salud Pública esta situación, requiere de respuestas rápidas y contundentes y de personal idóneo para cumplir con dichas acciones.

2.6.2 La fonoaudiología: su relación con A.P.S. y la Prevención

Es en la primer década del siglo XX cuando se comienza a atender los trastornos de la voz y la palabra, dando origen a los primeros centros universitarios en países de idioma alemán dedicados a ello, llevados adelante por médicos que se ubicaban en las cátedras de otorrinolaringología. Luego, nuevos centros médicos extendieron su acción a

⁴⁷ Levin, E. / La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje. – Cap. III El lenguaje como constituyente del universo humano... y del humano en el universo – Primer Edición Cuarta Reimpresión – Editorial Nueva Visión: Buenos Aires; 2006. Pág. 71 – 74.

patologías de la audición y del lenguaje y buscaron conexiones con la neurología y la psiquiatría.

En 1942 la fonoaudiología se abre camino en la Universidad Nacional de Rosario a través del primer curso dictado por el doctor Segre en sala 10 del Hospital Provincial del Centenario.

En 1972, en dicha universidad, esta disciplina se convierte en carrera menor, de tres años de duración. Durante este período nuestra disciplina estuvo **sometida al orden médico**, por lo cual, la capacitación de los egresados no respondían a las necesidades de la sociedad, el objeto profesional no estaba definido, y las incumbencias del fonoaudiólogo eran muy restringidas. Las currículas eran de carácter técnico, enciclopedista, atomizaban el Sujeto sin posibilitar el raciocinio clínico, solo se veía su patología, a través de la descripción sintomatológica, las causas subyacentes no se abordaban. La terapéutica se basaba en recursos mecánicamente aplicados destinados a remediar esos síntomas.

Es recién en 1984 cuando comienza la tarea de definir el objeto de estudio de la Fonoaudiología, sus incumbencias y el perfil profesional. Dicha actividad se realiza entre la carrera (dirigida ya por una Fonoaudióloga) y el Colegio de Fonoaudiólogos. Se pusieron en duda los fundamentos teóricos de la fonoaudiología que dio lugar a una crisis que permitió crear, recrear y justificar los conocimientos. Se reevaluó y reconstruyó la disciplina.

Es así que en 1985, cuando la carrera se convierte en carrera mayor con cinco años de cursado, se abandona el paradigma positivista, tecnocrático, impuesto por el orden médico y comienza la búsqueda de un modelo teórico en consonancia con paradigmas alternativos para la fonoaudiología, intentando una nueva síntesis.

Al definir el objeto de la fonoaudiología como el estudio clínico del hecho comunicativo se contrastó con aquel paradigma que nos ofrecía patologías de voz, habla, lenguaje y audición, parcelando al sujeto. Nació un **nuevo enfoque integral y totalizador**, basado en una concepción del hombre como una unidad biopsíquica inserta en una sociedad y un medio ambiente; con un criterio de salud relacionado con la satisfacción de las necesidades existenciales y el desarrollo de las potencialidades de las personas, desplazando el eje de la atención fonoaudiológica, de la recuperación a la promoción y prevención de la salud, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Las acciones fonoaudiológicas se plasman en la Ley 9.981 de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología de la Provincia de Santa Fe de la siguiente forma:

“...detección, diagnóstico fonoaudiológico, prevención, recuperación y rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana”⁴⁸

También se establecen las funciones que incumben al profesional: asistenciales, preventivas, técnico – administrativas, legales, docencia e investigación científica.

En las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales descriptas en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención se establecen las áreas del ejercicio profesional:

“... trastornos de la comunicación humana en relación con las áreas de: voz, habla, lenguaje, fonostomatología, audición, función vestibular, selección y equipamiento protésico auditivo...” “...valoración de las manifestaciones clínicas y su expresión sintomatológica en trastornos de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo) relacionados con las alteraciones del lenguaje en diferentes entidades nosológicas...”⁴⁹

Dichas actividades pueden desenvolverse con pacientes de todos los períodos etáreos: neonatos, lactantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores que pudieran presentar riesgo o patologías fonoaudiológicas.

En dicho documento se definen para establecimientos asistenciales, tres niveles de riesgo. El primer nivel es considerado como la puerta de entrada a la red de servicios y las funciones que el fonoaudiólogo puede realizar, son: promoción, protección y diagnóstico temprano de trastornos fonoaudiológicos; atención y tratamiento de la demanda derivada y espontánea de morbilidad percibida; atención de la demanda derivada y espontánea de servicios preventivos y controles de salud; atención en internación domiciliaria; y pesquisa de la demanda oculta.

Así como una vez instalada la patología, se procede al diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de las alteraciones comunicativas, es de vital importancia para un nuevo paradigma de salud que el Fonoaudiólogo brinde a la población acciones de promoción del

⁴⁸ Legislatura de la Provincia de Santa Fe / Ley 9.981 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Creación del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe.-- Boletín Oficial del día miércoles 07 de enero de 1987.-- Legislatura de la Provincia de Santa Fe: Santa Fe; 12 de diciembre de 1986 (Decreto N° 4724).

⁴⁹ Ministerio de Salud y Acción Social / Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.-- en Fonoaudiológica.-- A.S.A.L.F.A.: Buenos Aires; 1999. Tomo 45; N° 3. Pág. 8.

bienestar y calidad de vida, a través de la educación para la salud y prevención ante situaciones de riesgo.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la **prevención** es:

“... la estrategia de intervención destinada a evitar los efectos no deseados en la salud de las personas o del ambiente, sean estos daños o factores de riesgo o, en el caso de las personas, complicaciones, discapacidad y muerte...”.⁵⁰

Define también a la **promoción de la salud** como la estrategia de acción orientada a preservar o acentuar los aspectos positivos de la salud actuando en ausencia de enfermedad o riesgo. Esto permite a la población incrementar el control de su salud y mejorarla.

La prevención podría clasificarse de acuerdo a tres niveles:

La **prevención primaria** considera medidas de promoción y prevención de la salud. En relación a este nivel de prevención, la fonoaudiología puede desempeñar actividades como talleres de intervención temprana con madres, docentes y niños en donde se aborden claramente tanto la promoción como la prevención específica.

Podría realizarse una descripción más detallada de este nivel en cada una de las áreas de la fonoaudiología como lo ha realizado Susic⁵¹ en su investigación.

- En el área de **Voz**: es importante la difusión de las normas de higiene vocal que contribuyen a la prevención de problemas vocales; desarrollo de la conciencia de eufonía en la educación y los cuidados vocales; y detección a grupos de riesgo que los motiven a requerir la consulta fonoaudiológica para evaluar las condiciones vocales.

- En el área de **Audiología**: la difusión sobre el control y seguimiento del embarazo y periodo perinatal para evitar daños auditivos en el recién nacido; ofrecer pautas sencillas para detectar problemas de audición; la información a los docentes de los jardines de infantes sobre el impacto de los altos niveles de ruido; la concientización acerca del uso de protectores auditivos a los trabajadores expuestos a intensos niveles de ruido.

- En el área de **Habla**: informar a los padres sobre la importancia de estimular el juego vocal en los bebés y los beneficios de la lactancia materna; prevención de las

⁵⁰ O.P.S. / Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud.-- en Educación Médica y Salud. -- O.P.S.: Washington D.C.; 1994. Vol. 26, Nº3. Pág. 301.

⁵¹ Susic, Y. / Estudio descriptivo acerca de los niveles de prevención en los que trabajan los Licenciados en Fonoaudiología y los tipos de dificultades que existen para trabajar en esta área en los profesionales matriculados residentes en la ciudad de Rosario. Período 1990 – 1992.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1999. Pág. 27 – 44.

disfluencias actuando con los padres, el grupo familiar y los docentes; acercar pautas de detección temprana en las alteraciones del habla a padres, docentes y otros profesionales de la salud para que el niño llegue a la consulta fonoaudiológica.

- En el área de **Lenguaje**: fomentar el desarrollo normal del lenguaje y prevenir sus efectos desde antes del nacimiento del niño por medio de charlas en salas de espera de maternidad y / o consultorios de ginecología y obstetricia; informar a las madres acerca de las primeras herramientas con las que el bebé cuenta para establecer una situación comunicativa: llanto, tono muscular, reflejos arcaicos, gestualidad refleja, etc.; concientizar acerca de la importancia que tiene el papel de la madre y del entorno en la adquisición de los primeros significados y en la comprensión del lenguaje; y prevención de alteraciones del lenguaje en la población adulta difundiendo los factores de riesgo que podrían provocar una patología neurológica.

- En el área de **Aprendizaje Pedagógico**: proporcionar a las madres y docentes información acerca de actitudes para favorecer el aprendizaje escolar; promoción del desarrollo del lenguaje, de la capacidad discriminativa visual y de la actividad exploratoria mediante el juego; y generar actividades recreativas con material escrito.

La **prevención secundaria** se basa en el diagnóstico temprano de las patologías mediante exámenes periódicos clínicos y su abordaje. Cuando aparecen los factores de riesgo, es de fundamental importancia detectarlos lo antes posible y tratarlos. Estas acciones pueden desarrollarse en todas las áreas del ejercicio profesional de la fonoaudiología. La detección de las patologías posibilita un diagnóstico fonoaudiológico complejo y jerarquizado y el correspondiente tratamiento oportuno. Estas acciones impiden el avance de consecuencias futuras en los distintos aspectos constitutivos del ser humano.

Si la enfermedad se presenta como una consecuencia residual, la **prevención terciaria** consistiría en evitar la discapacidad total. Procura, como objetivo, lograr que el individuo pueda alcanzar, a través de la rehabilitación, una vida satisfactoria y autosuficiente. La misma permite lograr el mayor desarrollo posible de la capacidad residual, con igualdad de derechos y deberes que los demás individuos que pertenecen a una comunidad.

La posibilidad de intervenir en los tres niveles de prevención antes dichos, habilitaría a la fonoaudiología para participar de éste movimiento sanitario moderno, partiendo del hombre sano como meta inicial, preservándolo de la enfermedad en todos los órdenes. En el trabajo editado en 1992 por Piccoli, E. y otros, explicitan las razones por las cuales esta disciplina participa de la A.P.S.:

“...porque no necesita instrumentales de alta complejidad ni utiliza medicamentos para sus acciones. Lo que si exige es un sólida formación del recurso humano, con una orientación hacia las acciones preventivas y la educación para la salud, descubriendo nuevos enfoques y áreas inexploradas por nuestras prácticas asistenciales...”⁵²

Sin embargo, más allá de cumplir con los requisitos para pertenecer a esta modalidad estratégica en salud pública, es fundamental reconocer que la fonoaudiología cumple una **función primordial** dentro de la Atención Primaria de la Salud en lo que refiere al papel de **la comunicación en la vida del hombre**.

⁵² Piccoli, E. y otros. / Atención Primaria de la Salud. -- en Fonoaudiológica.-- A.S.A.L.F.A.: Buenos Aires; 1992. Tomo 38; Nº 2.

2.7.1 Caracterización de los Distritos de la ciudad de Rosario

La ciudad de Rosario, cabecera del departamento homónimo, ubicada al sur de la provincia de Santa Fe, cuenta con una población de 1.121.441 habitantes⁵³ según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda realizado en el año 2001. Conforman la tercera zona más densamente poblada del país con un amplio cordón urbano denominado el Gran Rosario⁵⁴.

Rosario presenta una población heterogénea con zonas de alto poder económico y otras de pobreza extrema.

A partir de los últimos 10 años de gestión municipal, en el marco del Programa de Descentralización y Modernización de la Municipalidad de Rosario, la ciudad se dividió en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur. Los mismos fueron determinados en un trabajo conjunto entre la Municipalidad de Rosario y las facultades de Arquitectura, Ciencias Políticas, Ciencias Económicas y Estadísticas, teniendo en cuenta los aspectos más significativos para la conformación de estas unidades, como ser: su porcentaje de habitantes, la estructura etárea, las condiciones de vida, los asentamientos irregulares y la mortalidad infantil.

En el año 1997, a partir de dicha división la Secretaría General de la Municipalidad de Rosario realizó el relevamiento⁵⁵ que estableció un orden por distrito según el porcentaje poblacional:

En el **Distrito Centro**, corresponde al 25,1% de habitantes; la estructura etárea es envejecida, las condiciones de vida son homogéneas y predominan los inquilinatos céntricos; los asentamientos irregulares son de más de 2000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 8,3 %.

En el **Distrito Noroeste**, presenta el 17,1% de la población total; la estructura etárea es más joven que la global, las condiciones de vida son heterogéneas y existen conjuntos habitacionales y clubes; los asentamientos irregulares son de más de 30000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 13,3 %.

⁵³ INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina / Censo 2001.-- en www.indec.gov.ar (09/06/08).

⁵⁴ Según el INDEC el Gran Rosario está constituido por: Rosario, Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto San Martín.

⁵⁵ Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario / Rosario, números de una ciudad en crecimiento. Unidad de Información Municipal.-- en Anuario estadístico del Municipio de Rosario: Rosario; 1997. Año 1; N° 1-2.

En el **Distrito Sur**, el porcentaje de la población es de 16,9%; la estructura etárea es más joven que la global, las condiciones de vida son heterogéneas y existen conjuntos habitacionales y un sector residencial; los asentamientos irregulares son de más de 30000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 14,0 %.

El **Distrito Norte** cuenta con el 14,2% del porcentaje de la población; la estructura etárea es envejecida, las condiciones de vida son heterogéneas y existe un área rural en el límite norte; los asentamientos irregulares son de más de 10000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 9,9 %.

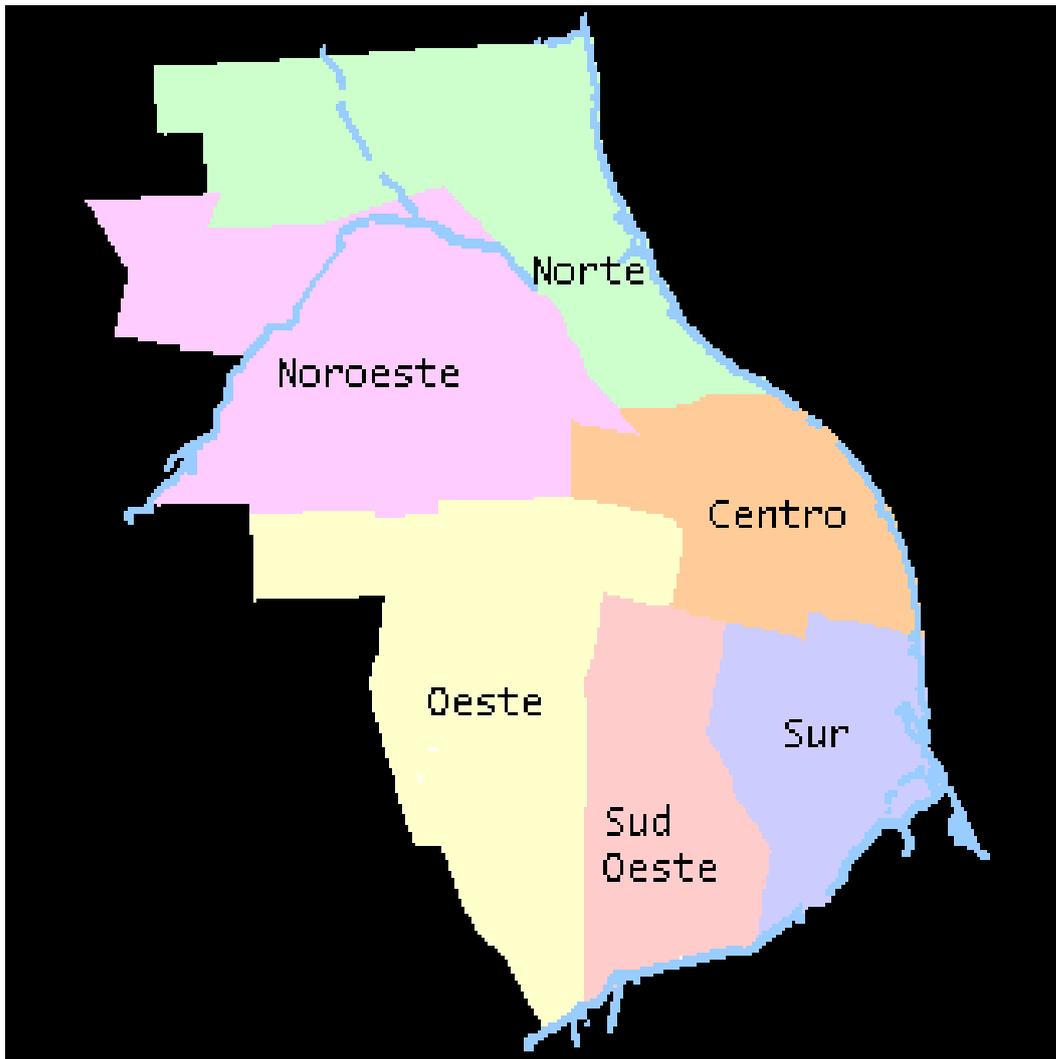
En el **Distrito Oeste**, el porcentaje de población es de 13,8%; la estructura etárea es más joven que la global, las condiciones de vida son heterogéneas con áreas urbanas y rurales; los asentamientos irregulares son de más de 35000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 15,6 %.

En el **Distrito Sudoeste**, cuenta con el 12,9% de la población; la estructura etárea es más joven que la global, las condiciones de vida son heterogéneas y se presentan conjuntos habitacionales por la concentración industrial; los asentamientos irregulares son de más de 20000 habitantes; y la mortalidad infantil se calculó en 10,9 %.

Con el Censo Nacional del 2001, se observó un cambio poblacional puesto que se produjo un mayor crecimiento del distrito Sur provocando un desplazamiento jerárquico del tercer lugar al segundo, en relación a la cantidad de habitantes. Sin embargo, el distrito Centro sigue siendo el mayormente poblado. La distribución poblacional en los diferentes distritos fue la siguiente⁵⁶: 261.047 habitantes en el Centro; 160.771 habitantes en el Sur; 144.461 habitantes en el Noroeste; 131.495 habitantes en el Norte; 106.356 habitantes en el Oeste; 103.446 habitantes el Distrito Sudoeste.

⁵⁶ Municipalidad de Rosario / Descentralización: conformación de los Distritos. -- en www.rosario.gov.ar (08/06/08).

Distribución de los Distritos en la ciudad de Rosario



2.7.2 Centros de Atención Primaria Municipal

Los Centros de Atención Primaria Municipales y Vecinales que corresponden al primer nivel de atención, son 51 en total y se encuentran distribuidos según la organización distrital, de la siguiente manera:

Distrito Norte:

- Centro de Salud "1° De Mayo"
- Centro de Salud "Casiano Casas"
- Centro de Salud "Dr. Salvador Mazza"
- Centro de Salud "Juan B. Justo"
- Centro de Salud "Vecinal Fco. Lai" (B° Cristalería)
- Centro de Salud "Vecinal La Florida"
- Centro de Salud "Vecinal Nuevo Alberdi"

Distrito Noroeste

- Centro de Salud "Ceferino Namuncurá"
- Centro de Salud "Dr. Roque Coulin"
- Centro de Salud "Emaús"
- Centro de Salud "Jean Henry Dunant"
- Centro de Salud "Juana Azurduy"
- Centro de Salud "Posta Floresta"
- Centro de Salud "San Martín"
- Centro de Salud "Vecinal Ángel Invaldi"
- Centro de Salud "Vecinal Antonio Paravano"
- Centro de Salud "Vecinal Ludueña Norte y Moreno"
- Centro de Salud "Vecinal Víctor Cué"
- Centro de Salud Distrito Noroeste
- Centro de Salud "Vecinal Amor al Estudio"

Distrito Oeste

- Centro de Salud "Barrio Toba"
- Centro de Salud "Dr. David Staffieri"
- Centro de Salud "Dr. Esteban Maradona"
- Centro de Salud "Eva Duarte"

- Centro de Salud "Luchemos por la Vida"
- Centro de Salud "Mauricio Casals"
- Centro de Salud "Santa Lucía"
- Centro de Salud "Sta. María Josefa Rossello"
- Centro de Salud "Vecinal Juan Pablo II"
- Centro de Salud "Vecinal Julio A. Roca"
- Centro de Salud "Vecinal Villa Urquiza"

Distrito Sudoeste

- Centro de Salud "El Gaucho"
- Centro de Salud "Elena Bazet"
- Centro de Salud "Las Flores"
- Centro de Salud "Pocho Lepratti"
- Centro de Salud "San Marcelino Champagnat"
- Centro de Salud "San Vicente de Paul"
- Centro de Salud "Vecinal Santa Teresita"
- Centro de Salud "Tío Rolo"
- Centro de Salud "Vecinal Barrio Plata"
- Centro de Salud "Vecinal Las Flores Este"
- Centro de Salud "Vecinal Parque Sur"
- Centro de Salud "Vecinal San Martín A"

Distrito Sur

- Centro de Salud "Vecinal Domingo Matheu"
- Centro de Salud "20 De Junio"
- Centro de Salud "El Mangrullo"
- Centro de Salud "Luis Pasteur"
- Centro de Salud "Rubén Naranjo"
- Centro de Salud "Sur"
- Centro de Salud "Dr. Julio Maiztegui"

Distrito Centro

- Centro de Salud "Martin"

Problema

¿Qué características presentan los recursos humanos en fonoaudiología existentes en Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario en el año 2007?

Sub – problema:

¿Qué acciones realizan los recursos humanos en fonoaudiología existentes en Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario en el año 2007 ?

Variables en estudio

Para conocer los recursos humanos en fonoaudiología en los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario se investigaron las siguientes variables:

1- Antigüedad de la atención fonoaudiológica en el Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: cantidad de tiempo que el Centro de Atención Primaria cuenta con atención fonoaudiológica.

Definición operacional: la medición de esta variable surgió de la respuesta del profesional fonoaudiólogo a la pregunta 3 de la encuesta, en donde se indagó el tiempo de incorporación de la atención fonoaudiológica en el Centro de Atención Primaria.

Modalidades:

- A- Incorporación de mayor antigüedad: más de 5 años
- B- Incorporación de mediana antigüedad: entre 1 y 5 años
- C- Incorporación de menor antigüedad: menos de 1 año

2- Frecuencia semanal de asistencia al Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: cantidad de días semanales que concurre el profesional fonoaudiólogo al Centro Atención Primaria para realizar su labor profesional.

Definición operacional: el número de días semanales que asiste el profesional fonoaudiólogo al Centro de Atención Primaria surgió de la respuesta a la pregunta 5 ítem a) de la encuesta.

Modalidades:

- A- Una vez por semana
- B- Dos veces por semana
- C- Tres veces por semana
- D- Cuatro veces por semana
- E- Cinco veces por semana

3- Carga horaria semanal que cumple en el Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: cantidad de horas semanales que el profesional fonoaudiólogo concurre al Centro de Atención Primaria para la atención de pacientes, de acuerdo al cargo que cumple en el efector de salud.

Definición operacional: La cantidad de horas semanales que el profesional fonoaudiólogo concurre al Centro de Atención Primaria surgió de la respuesta a la pregunta 5 ítem b) de la encuesta.

Modalidades:

A- Más de 24 horas

B- Entre 12 y 24 horas

C- Entre 9 y 12 horas

D- Menos de 9 horas

Para indagar sobre las acciones que realizan los profesionales fonoaudiólogos y respondiendo al segundo objetivo de esta investigación, se investigaron las siguientes variables:

4- Acciones que la fonoaudióloga realiza en el Centro de Atención Primaria.

Definición conceptual: Se consideran como tales a las acciones que desempeña el fonoaudiólogo en los Centros de Atención Primaria en cuanto a: Promoción y Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana, así como también las actividades de Docencia e Investigación.

Definición operacional: la medición de esta variable surgió de la respuesta del profesional fonoaudiólogo a la pregunta 12 de la encuesta, en donde debía seleccionar entre las siguientes modalidades:

- Promoción y Prevención
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación

- Docencia
- Investigación

5- Áreas de la comunicación humana que se atienden en el Centro de Atención Primaria.

Definición conceptual: Son aspectos de la comunicación humana que constituyen el ejercicio profesional de la Fonoaudiología según la ley 9981.

Definición operacional: la medición de esta variable se obtuvo de la respuesta a la pregunta 14 de la encuesta, en donde se indagó acerca de la presencia o ausencia de abordaje de las siguientes áreas fonoaudiológicas:

- Voz
- Habla
- Lenguaje
- Audición
- Aprendizaje Pedagógico

Según lo planteado en el tercer objetivo de este estudio, se estudiaron las siguientes variables para explorar algunas características de la demanda.

6- Consultas anuales fonoaudiológicas en el Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: Es el número de consultas anuales fonoaudiológicas, según el profesional a cargo de las mismas.

Definición operacional: los números de consultas anuales se obtuvieron según la respuesta del profesional fonoaudiólogo, según su propio registro, ante la pregunta 6 de la encuesta.

Modalidades:

- A- Menos de 100 consultas
- B- Entre 100 y 200 consultas
- C- Entre 200 y 300 consultas

D- Más de 300 consultas

7- Inicio de la demanda en el Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: Forma en que el paciente accede a la solicitud para la atención fonoaudiológica.

Definición operacional: la medición de esta variable surgió de la respuesta del profesional fonoaudiólogo a la pregunta 8 de la encuesta, en donde se solicitó la descripción de la forma en que se realiza el acceso a la solicitud para la atención fonoaudiológica por parte del paciente.

Modalidades:

A- Espontánea

B- Por Derivación

C- Espontánea y derivación

8- Edades que prevalecen en la atención fonoaudiológica de los pacientes que concurren al Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: grupo etáreo al que pertenecen la mayoría de los pacientes que asistieron al Centro Atención Primaria para atención fonoaudiológica.

Definición operacional: La prevalencia de las edades de pacientes que asisten al consultorio de fonoaudiología en el Centro Atención Primaria se obtuvo de la respuesta a la pregunta 7 de la encuesta.

Modalidades⁵⁷:

A- 0 a 2 años

B- 3 a 7 años

C- 8 a 12 años

D- 13 a 30 años

E- 31 a 65 años

F- Más de 65 años

G- No puede precisar

⁵⁷ El criterio de división en el grupo etario se precisó de acuerdo al desarrollo evolutivo descrito por Piaget, J.

9- Patologías frecuentes en la atención fonoaudiológica en el Centro de Atención Primaria

Definición conceptual: son las alteraciones de la comunicación humana que constituyen en mayor medida, el motivo de consulta de los pacientes que se atienden en el Centro de Atención Primaria.

Definición operacional: la medición de esta variable surgió de la respuesta del profesional fonoaudiólogo a la pregunta 15 de la encuesta, en donde debía completar cada una de las siguientes modalidades y según el criterio personal y lineamiento teórico al que adhiere:

- Patologías del Lenguaje
- Patologías del Habla
- Patologías de la Voz
- Patologías Auditivas
- Patologías del Aprendizaje pedagógico

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Población

La presente investigación se llevó a cabo en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario en el año 2007, que cuentan con atención fonoaudiológica.

De los 52 Centros de Atención Primaria Municipales, solo 10 cuentan con dicha atención. Las fonoaudiólogas que forman parte de este primer nivel de atención en la red municipal son cinco y se distribuyen de la siguiente manera:

- dos fonoaudiólogas desempeñan su accionar profesional exclusivamente en un C.A.P cada una: Luis Pasteur y San Martín.
- tres fonoaudiólogas presentan su carga horaria distribuida en diferentes C.A.P.:
 - una profesional asiste al San Martín y al Eva Duarte.
 - dos profesionales tienen asignados 5 C.A.P. cada una: una se desempeña en: Roque Coulin, Emaús, Juana Azurduy, San Martín y Distrito Noroeste; la otra concurre a: Ceferino Namuncurá, Dr. Roque Coulin, Jean Henry Dunant, Posta Floresta y San Martín.

Para una mejor observación, se presentará el siguiente cuadro:

Fonoaudiólogas	Centros a los que asiste cada profesional	Encuestas realizadas
Fonoaudióloga 1	Luis Pasteur	1
Fonoaudióloga 2	San Martín	1
Fonoaudióloga 3	San Martín y Eva Duarte	2
Fonoaudióloga 4	San Martín, Roque Coulin, Emaús, Juana Azurduy y Distrito Noroeste	5
Fonoaudióloga 5	San Martín, Dr. Roque Coulin, Ceferino Namuncurá, Jean Henry Dunant y Posta Floresta	5

Consecuentemente a esta distribución de profesionales se obtuvieron 14 encuestas: una encuesta por cada una de las profesionales que trabajan en cada Centro de Atención Primaria ⁵⁸.

⁵⁸ Es necesario aclarar que la encuesta correspondiente al C.A.P. Luis Pasteur fue contestada en forma parcial por la Coordinadora del Centro, ya que la profesional fonoaudióloga se negó a ser encuestada.

En el cuadro siguiente se presenta la información del número de profesionales fonoaudiólogos con que cuenta cada Centro

Centros de Atención Primaria	Nº de profesionales que trabajan en cada Centro
San Martín	4
Dr. Roque Coulin	2
Ceferino Namuncurá	1
Jean Henry Dunant	1
Posta Floresta	1
Emaús	1
Juana Azurduy	1
Distrito Noroeste	1
Eva Duarte	1
Luis Pasteur	1

Diseño

De acuerdo al análisis y alcance de los resultados, dicha investigación se considera de tipo descriptiva, ya que se pretende determinar un diagnóstico de las variables en estudio.

En cuanto al período y secuencia del estudio, es una investigación de tipo transversal, debido a que investiga las variables simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo.

Procedimientos, técnicas e instrumentos

Para el diseño del instrumento, en primer lugar, se realizó una entrevista con la Estadística Alicia Aronna, integrante de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, quien nos brindó información acerca de las modalidades de atención y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria Municipales.

Para la aplicación del instrumento, dicha autoridad, nos solicitó la presentación de los pedidos de autorización correspondientes, dirigidos al Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública (Res. N° 342) y al Director de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario. Con dicha solicitud, se adjuntaron un resumen del proyecto y la encuesta a realizar.

Consecuentemente el instrumento fue supervisado por la Licenciada Aronna y autorizado por las autoridades correspondientes. Luego, la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario, nos brindó el listado de los Centros de Atención Primaria, cantidad y ubicación de los profesionales fonoaudiólogos que se desempeñan en los mismos.

En segundo lugar, para lograr la encuesta con cada profesional, se realizaron contactos telefónicos con diferentes autoridades como los Coordinadores de Distrito y Directores de cada Centro de Salud. Habiéndose pactado lugar, día y horario se llevó a cabo la encuesta durante los meses de julio a agosto del 2008. (Anexo I).

El instrumento consta de 14 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas. Las preguntas 1 y 2 están relacionadas al Centro de Salud con la finalidad de conocer la antigüedad de la existencia de ese lugar y la constitución actual de la planta profesional.

Las preguntas 3, 4, 5 a, 5 b, refieren al tipo de inserción que tiene actualmente la fonoaudiología en cada Centro de Salud: antigüedad de la atención fonoaudiológica, relación laboral del profesional, la frecuencia semanal y carga horaria en la que asiste al Centro. Respecto de la relación laboral, las modalidades tenidas en cuenta, surgieron a partir de la información brindada por la Estadística Alicia Aronna, quien nos manifestó las categorías de relación laboral que pueden existir en el área municipal.

En cuanto a la cantidad de consultas anuales, en la pregunta 6, se tuvo en cuenta que no se llevan registros de las consultas fonoaudiológicas a nivel de estadística municipal, por lo que se aceptaron respuestas aproximadas de la cantidad de consultas del año 2007.

La pregunta 7 posibilita la descripción del grupo etéreo que asiste prioritariamente a las consultas fonoaudiológicas.

La información acerca del ingreso de los pacientes a la atención fonoaudiológica se manifiesta en las preguntas 8, 9 y 10.

En la pregunta 11, se refleja la demanda de atención fonoaudiológica existente en los Centros de Atención Primaria en relación a la oferta disponible.

Con las preguntas 12, 14 y 15, se lograron establecer las respuestas en cuanto a las acciones, áreas y patologías relacionadas al profesional fonoaudiólogo. La pregunta 15 admite respuestas abiertas según el criterio personal de cada profesional. En relación a las acciones, en la pregunta 13, se especificaron con ejemplos las actividades que realizan los fonoaudiólogos en los C. A. P.

Las preguntas 16 y 17 de la encuesta se refieren al trabajo interdisciplinario con el equipo de salud.

A partir de los datos obtenidos se confeccionó una planilla de volcado de datos (Anexo II). Asimismo, se diseñaron cuadros y gráficos para la interpretación de los resultados.

Para una mejor descripción de cada uno de los Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, se realiza una caracterización teniendo en cuenta en primera instancia datos generales del centro, como ubicación geográfica; planta profesional; relación laboral; antigüedad de existencia del centro y de la atención fonoaudiológica. En segunda instancia, se describen datos específicos de cada una de las profesionales fonoaudiólogas y labor que desempeñan. (Anexo III). Se agregan datos estadísticos de cantidad de consultas anuales pediátricas, clínicas y generalistas del año 2007, esta información fue brindada por el Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Plan de análisis

Para su presentación, los datos relevados serán organizados a través de:

- Cuadros (de simple y doble entrada).
- Gráficos (circulares).

SECCIÓN “B”

CONTEXTO DE REALIDAD

Resultados

Gráfico N° 1:

Antigüedad de la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 1:

Frecuencia semanal de atención fonoaudiológica que cumplen cada uno de los profesionales encuestados en cada uno de los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Carga horaria de atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 2:

Acciones que las fonoaudiólogas realizan en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 3:

Áreas de la comunicación humana que se atienden en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 4:

Inicio de la demanda en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007, según las respuestas de las fonoaudiólogas encuestadas.

Cuadro N° 5:

Edades de los pacientes que reciben atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 6:

Patologías frecuentes en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 7:

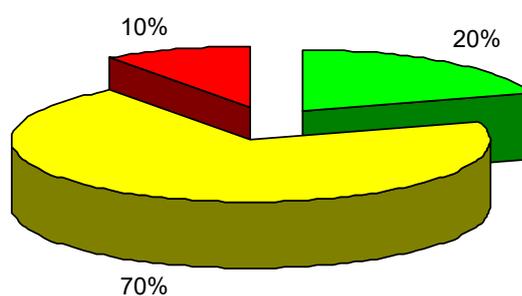
Antigüedad de existencia de los Centros de Atención Primaria y antigüedad de atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Cuadro N° 8:

Número de profesionales de distintas disciplinas rentados en los Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica y dependen de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Gráfico N° 1:

Antigüedad de la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007. (N=10).



■ Más de 5 años ■ Entre 1 y 5 años ■ Menos de 1 año

Del total de 10 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, el 70% tienen una incorporación de mediana antigüedad (entre 1 y 5 años); el 20% presenta una incorporación de mayor antigüedad (más de 5 años); y el 10 % presenta una incorporación de menor antigüedad (menos de 1).

Cuadro N° 1:

Frecuencia semanal de atención fonoaudiológica que cumplen cada uno de los profesionales encuestados en cada uno de los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007. (N=10).

N° de fonoaudiólogas por Centros de Atención Primaria	Frecuencia semanal	N° de Centros de Atención Primaria
1 profesional	1 vez por semana	5
2 profesionales	1 vez por semana cada una	1
1 profesional	2 veces por semana	1
1 profesional	3 veces por semana	2
4 profesionales: 2 profesionales	1 vez por semana cada una	1
1 profesional	2 veces por semana	
1 profesional	5 veces por semana	
		10

Lo más frecuente es que los Centros de Atención Primaria cuentan con 1 profesional 1 vez por semana (5 Centros). El Centro de Atención Primaria San Martín es el único que cuenta con 4 profesionales que concurren con diferentes frecuencias: 2 fonoaudiólogas, 1 vez por semana cada una; 1 fonoaudióloga, 2 veces por semana; y otra profesional, 5 veces por semana.

Carga horaria de atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007:

1 vez por semana	Menos de 9 horas
2 veces por semana	Entre 9 y 12 horas
3 veces por semana	Entre 12 y 24 horas
5 veces por semana	Más de 24 horas

Se ha podido observar a través de esta investigación que en los 10 Centros de Atención Primaria, la frecuencia semanal de asistencia de las fonoaudiólogas a los Centros dependen de la carga horaria asignada a cada una, según el cargo rentado que poseen.

Cuadro N° 2:

Acciones que las fonoaudiólogas realizan en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Acciones	N° de Centros (*)
Promoción y prevención	9
Diagnóstico	6
Tratamiento	6
Rehabilitación	2

(*) En un Centro no se obtuvo respuesta en cuanto a las acciones que allí se realizan

En los 9 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, se obtuvo información sobre esta variable. En todos se realizan acciones de promoción y prevención; en 6 Centros, acciones de diagnóstico y tratamiento y sólo en 2 Centros se realiza rehabilitación. En ninguno se llevan a cabo acciones de docencia e investigación.

Cuadro N° 3:

Áreas de la comunicación humana que se atienden en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Áreas	N° de Centros (*)
Lenguaje	9
Habla	9
Aprendizaje pedagógico	6
Voz	5

(*) En un Centro no se obtuvo respuesta en cuanto a las áreas de la comunicación humana que se atienden.

En los 9 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, se atienden patologías del área de habla y lenguaje.

Las áreas de aprendizaje pedagógico y voz son abordadas en un número menor de Centros (6 y 5 respectivamente). En ningún Centro se trabaja el área de audiología.

Cuadro N° 4:

Inicio de la demanda en los Centros de Atención Primaria dependientes de la
Municipalidad de Rosario, en 2007, según las respuestas
de las fonoaudiólogas encuestadas. (N =8) (*)

N° de fonoaudiólogas	Inicio de la demanda	N° de Centros de Atención Primaria
1 profesional	Sólo derivación	1
2 profesional	Espontánea y derivación	1
1 profesional	Espontánea y derivación	5
4 profesionales: 2 profesionales	Solo derivación	1
2 profesionales	Espontánea y derivación	
		8

(*) Una de las profesionales no pudo contestar esta pregunta y otra se negó a brindar esta información.

Del total de los 8 Centros de Atención Primaria en los que se obtuvo esta información; en la mayoría, el inicio de la demanda se da según las dos modalidades: espontánea y por derivación (6 Centros). En un Centro de Atención Primaria, el inicio de la demanda es sólo por derivación y en el Centro de Atención Primaria San Martín, dos profesionales atienden sólo por derivación y dos de las dos formas: espontánea y por derivación.

Cuadro N° 5:

Edades de los pacientes que reciben atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Edades	N° de Centros (*)
0 a 2 años	8
3 a 7 años	6
8 a 12 años	6
13 a 30 años	3
31 a 65 años	1
Más de 65 años	3

(*) En un Centro no se obtuvo respuesta en relación a esta variable.

El grupo etáreo de 0 a 2 años está presente en 8 de los 9 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica en los que se obtuvo esta información. En 6 Centros también se da respuesta a la demanda de niños de mayor edad (3 a 7 y 8 a 12 años). En un menor número de Centros se atienden a pacientes de mayor edad.

Cuadro N° 6:

Patologías frecuentes en los Centros de Atención Primaria dependientes de la
Municipalidad de Rosario, en 2007.

Patologías frecuentes ⁵⁹	N° de Centros (*)
Retrasos en la adquisición del lenguaje	9
Disfluencias - Tartamudez	8
Afasia	6
Anartria	6
Dificultades en la lectoescritura	6
Dislalias	5
Disfonías	5
Fisura labio-alveolo-palat.	4
Resp. Bucal	4
Deglución Atípica	2
Disartria	2
Trastornos generales del desarrollo	2

(*) En un Centro no se obtuvo respuesta en relación a esta variable.

Del total de 9 Centros de Atención Primaria con atención fonoaudiológica en los que se obtuvo esta información, la patología que prevalece en todos los Centros es Retraso en la adquisición del lenguaje. Le siguen en orden de aparición Disfluencia o Tartamudez, Afasia y Anartria, Dificultades en la lectoescritura, Dislalias y Disfonías.

⁵⁹ Fueron establecidas según el criterio personal y lineamiento teórico al que adhiere cada una de las profesionales.

Cuadro N° 7:

Antigüedad de existencia de los Centros de Atención Primaria y antigüedad de atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario, en 2007. (N= 10).

Antigüedad de los Centros	Antigüedad de atención fonoaudiológica			Total
	Más de 5 años	Entre 1 y 5 años	Menos de 1 año	
Más de 10 años	2	6	-	8
Entre 10 y 5 años	-	-	-	-
Menos de 5 años	-	1	1	2
Total	2	7	1	10

De los 10 Centros de Atención Primaria que cuentan con Atención Fonoaudiológica, en 6 de ellos, las profesionales fonoaudiólogas se incorporaron desde hace entre 1 y 5 años, sólo en 2 Centros la antigüedad de la atención fonoaudiológica supera los 10 años.

Cuadro N° 8:

Número de profesionales de distintas disciplinas rentados en los Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica y dependen de la Municipalidad de Rosario, en 2007.

Disciplinas	Cantidad de profesionales rentados
Enfermero	40
Médico Generalista	23
Pediatra	20
Médico Clínico	18
Psicólogo	17
Tocoginecólogo	14
Odontólogo	10
Trabajador Social	7
Fonoaudiólogo	5
Kinesiólogo	4
Endocrinólogo	3
Fisiatra	2
Neurólogo	2
Radiólogo	2
Dermatólogo	2
Traumatólogo	1

En la totalidad de 10 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, existen 5 profesionales fonoaudiólogas rentadas por la Municipalidad de Rosario.

SECCIÓN “C”

CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN

Análisis e interpretación de resultados

Respondiendo a los objetivos que se plantea esta investigación, se realizaron encuestas a las profesionales fonoaudiólogas que trabajan en los Centros de Atención Primaria pertenecientes a la Municipalidad de Rosario.

A partir de los datos relevados, se concluye que son 10 los Centros de Atención Primaria Municipal que cuentan con atención fonoaudiológica pero son solo 5 las profesionales que trabajan en los mismos.

Del total de profesionales fonoaudiólogas, 2 de ellas desempeñan su accionar profesional exclusivamente en un Centro cada una (Luis Pasteur y San Marín), mientras que 3 (tres) de ellas lo realizan en diferentes Centros: 1 de las fonoaudiólogas asiste al C.A.P. San Martín y Eva Duarte, otra profesional trabaja en Roque Coulin, Emaús, Juana Azurduy, San Martín y Distrito Noroeste y otra fonoaudióloga asiste a los Centros: Ceferino Namuncurá, Dr. Roque Coulin, Jean Henry Dunant, Posta Floresta y San Martín.

Para facilitar la interpretación de dicho análisis, se reitera el siguiente cuadro que fue presentado en Población.

Fonoaudiólogas	Centros a los que asiste cada profesional	Encuestas realizadas
Fonoaudióloga 1	Luis Pasteur	1
Fonoaudióloga 2	San Martín	1
Fonoaudióloga 3	San Martín y Eva Duarte	2
Fonoaudióloga 4	San Martín, Roque Coulin, Emaús, Juana Azurduy y Distrito Noroeste	5
Fonoaudióloga 5	San Martín, Dr. Roque Coulin, Ceferino Namuncurá, Jean Henry Dunant y Posta Floresta	5

Es necesario aclarar que los datos correspondientes al Centro de Atención Primaria Luis Pasteur fueron parcialmente contestados por la Coordinadora del Centro, ya que la profesional fonoaudióloga se negó a ser encuestada. Los únicos datos obtenidos fueron: antigüedad de existencia del Centro de Atención Primaria, constitución de planta profesional, antigüedad de la atención fonoaudiológica al Centro, relación laboral de la fonoaudióloga, frecuencia semanal y carga horaria de dicha profesional.

Con respecto a la **antigüedad de la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria**, el 70 % (7 Centros) presenta una incorporación de mediana antigüedad (entre 1 y 5 años); el 20% (2 Centros) tiene una incorporación de mayor antigüedad (más 5 años); y el 10 % (1 Centro), tiene una incorporación de menor antigüedad al Centro (menos de 1 año). (Gráfico N° 1)

En relación a la variable **Frecuencia semanal de asistencia al Centro de Atención Primaria**, lo más frecuente es que los Centros de Atención Primaria cuentan con una profesional 1 vez por semana (5 Centros). El Centro de Atención Primaria San Martín es el único que cuenta con cuatro profesionales que asisten con diferentes frecuencias: dos fonoaudiólogas, 1 vez por semana cada una; una fonoaudióloga, 2 veces por semana; y otra profesional, 5 veces por semana. (Cuadro N° 1). Se evidencia que la frecuencia semanal de asistencia de las fonoaudiólogas a los Centros, depende de la carga horaria asignada a cada una, según el cargo que poseen. (pag.64)

Acerca de las **acciones** que desempeñan las fonoaudiólogas por cada Centro al que asisten, y en los que se obtuvo información, se realiza promoción y prevención en 9 Centros de Atención Primaria. Cabe destacar que en una gran mayoría se realizan acciones de diagnóstico y tratamiento (6 Centros); solo en 2 Centros se realiza rehabilitación. En ninguno se llevan a cabo acciones de docencia e investigación. (Cuadro N° 2).

Relacionado a las **áreas de la comunicación humana**, en los 9 Centros de Atención Primaria que cuentan con atención fonoaudiológica, se atienden patologías del área de habla y lenguaje. Las áreas de aprendizaje pedagógico y voz son abordadas en un número menor de Centros (6 y 5 respectivamente). En ningún Centro se trabaja el área de audiolología. (Cuadro N° 3).

En cuanto a lo planteado en el tercer objetivo de este estudio, se estudiaron algunas características de la demanda. Con respecto a la variable **consultas anuales fonoaudiológicas** (año 2007), en 4 Centros no se obtuvo información. En 2 Centros se registran aproximadamente entre 100 y 200 consultas. En otros 2, más de 300; mientras que solo en un Centro se registró aproximadamente menos de 100 consultas anuales. Cabe aclarar que la cantidad de consultas anuales fue calculada aproximadamente por las

profesionales ya que en el área de fonoaudiología no se lleva un registro estadístico de esta información y no es requerido por la Dirección de A.P.S.

La variable **inicio de la demanda** se manifestó de la siguiente manera: del total de los 8 Centros de Atención Primaria en los que se obtuvo esta información; en la mayoría, es espontánea y por derivación (6 Centros). En un Centro, el inicio de la demanda es sólo por derivación y en el Centro de Atención Primaria San Martín, dos profesionales atienden sólo por derivación y dos de las dos formas: espontánea y por derivación. (Cuadro N° 4).

En relación a la variable **edades que prevalecen en la atención fonoaudiológica** de los pacientes de los Centros de Atención Primaria, el grupo etáreo de mayor presencia es de 0 a 2 años (8 Centros). En 6 Centros también se da respuesta a la demanda de niños de mayor edad (3 a 7 y 8 a 12 años); y en un menor número de Centros se atienden a pacientes de mayor edad. (Cuadro N° 5).

En cuanto a las **patologías más frecuentes en la atención fonoaudiológica**, citadas como respuestas abiertas por las profesionales, se manifiesta que la patología de mayor aparición es Retraso en la adquisición del lenguaje. En segundo lugar se presentan: Disfluencia o Tartamudez, Afasia y Anartria, Dificultades en la lectoescritura, Dislalias y Disfonías. Cabe aclarar que la denominación de dichas patologías responde al criterio personal y al lineamiento teórico al que adhiere cada fonoaudióloga. (Cuadro N° 6).

A partir de las respuestas obtenidas acerca del abordaje interdisciplinario del paciente, todas las profesionales encuestadas manifiestan trabajar en equipo interdisciplinario, si bien mencionan como dificultades la disponibilidad horaria, la no coincidencia de horario entre los integrantes del equipo y la rotación permanente de profesionales dentro del C.A.P. También expresan la dificultad del intercambio de información con profesionales cuando derivan pacientes a otros Centros de Atención Primaria.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación permitieron conocer la existencia y el desempeño de Recursos Humanos en Fonoaudiología en los Centros de Atención Primaria que dependen de la Municipalidad de Rosario en el año 2007.

Desde el punto de vista teórico, se ha planteado que el recurso humano esta constituido por personal de salud que integran los equipos de atención en un determinado sistema o en un lugar específico, por lo cual, forman parte de la oferta o cobertura en salud pública. A su vez, quedó explícitamente argumentado que un sistema de salud esta basado en la satisfacción de las necesidades que se manifiestan en forma de demanda. En esta investigación se describen algunos aspectos de la oferta que se consideran adecuados debido a la relación de equilibrio y eficiencia que mantienen con la demanda y además, en relación a la coherencia y cohesión interna que se mantiene con los lineamientos generales de la APS. Sin embargo, también existen otros elementos que reflejan una falta de adecuación en el sistema.

En una investigación realizada en el año 1993⁶⁰ sobre 46 Centros de Atención Primaria Municipales y Vecinales, había solo un profesional con cargo rentado por la Municipalidad de Rosario que realizaba atención gratuita y en 10 Centros correspondientes a Vecinales las fonoaudiólogas cobraban una bonificación a cada paciente por su trabajo.

El Colegio de Fonoaudiólogos 2da Circunscripción⁶¹ en el año 2004 realizó un estudio en donde se describía que sobre un total de 47 Centros de Atención Primaria y Vecinales que integraban la red Municipal, solo contaban con 14 fonoaudiólogas y solamente 2 de ellas pertenecían a Centros de Atención Primaria con cargo rentado por municipalidad.

Es interesante destacar estas investigaciones porque se corrobora la descentralización y la distribución de recursos sanitarios que manifiesta una real accesibilidad por la distribución geográfica por distritos de los C.A.P., que permite el ingreso de las personas al

⁶⁰ Villarreal, S. / Estudio descriptivo sobre la Atención Fonoaudiológica en Centro de Salud de la ciudad de Rosario enmarcados dentro de Atención Primaria de Salud. Año 1993.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1996 (Tesina). Pág. 86

⁶¹ Antolini, G., Arbe, M., Ballesteros, S., Botti, F., Juan, G., Lamberte, S., Nader, A., Scartacini, C. / Reflexiones sobre la práctica fonoaudiológica en el sistema de salud pública en la ciudad de Rosario.-- 1º Encuentro de Trabajo de la Red Inter Hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología.-- Red Inter Hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología. Zona VIII.-- Editorial U.N.R.: Rosario; 2005.

sistema de salud. Sin embargo, evidencia una pobre inserción de la fonoaudiología en dicho nivel.

Esta investigación toma en cuenta los recursos humanos rentados por municipalidad, que suponen atención gratuita para la población. Haciendo una comparación entre los datos encontrados actualmente y los estudios anteriores, cabría destacar como hechos trascendentales que, la cantidad de Centros siguió aumentando concretándose en 51 Centros de Atención Primaria y Vecinales, en donde la fonoaudiología se continuó insertando paulatinamente en el sistema de salud municipal ya que aumentó a cinco, el número de profesionales fonoaudiólogas rentadas en los mismos. Este aumento de recursos humanos fonoaudiológicos muestra un leve incremento de la oferta en el sistema.

Sin embargo, debemos cuestionar que el aumento de profesionales fonoaudiólogas no es suficiente como para poder cubrir la cantidad de Centros que existen en la actualidad. Esto permite algunos planteos: el primero y fundamental se da en relación al derecho a la salud, pues está claro que, si de la equidad de atención se trata, encontramos parte de la población careciendo de la cobertura fonoaudiológica en el primer nivel de atención. En segundo lugar, nos preguntamos entonces, ¿qué está ocurriendo con la necesidad de atención fonoaudiológica de las comunidades que no poseen fonoaudiólogas en su C.A.P.?

Dentro de los C.A.P. investigados, la mayoría presentan más de 10 años de funcionamiento desde su creación, mientras que la atención fonoaudiológica ha tenido una incorporación de mediana antigüedad, entre 1 y 5 años. Además, la mayor parte de los profesionales fonoaudiólogos encuestados se encuentran rentados pero en condición de contratado (planta transitoria). Por un lado, esta información refiere un escaso reconocimiento, por parte de las instituciones sanitarias, de las prestaciones brindadas o factibles de ser realizadas de manera permanente, dentro de los efectores públicos de salud. Y por otro lado estaría corroborando que esta disciplina no es considerada parte del equipo de referencia en el sistema de salud municipal, como quedó detallado en el encuadre teórico.

En este punto, el análisis puede realizarse desde dos lugares distintos pero que convergen en el resultado. Desde el sistema de salud, se evidencia una contradicción entre la concepción de salud y la oferta que se dispone en relación a ese concepto. La pregunta podría presentarse de la siguiente manera: si el ser humano es un entramado de complejas interacciones y su salud refiere a todos los aspectos de su vida, incluido el pensamiento y

la comunicación como un eje primordial, ¿porqué la fonoaudiología no es suficientemente tenida en cuenta como parte del equipo de salud?. Podríamos cuestionarnos también si no se estaría manifestando en la práctica, la continuidad de un modelo positivista, en donde se da resolutiveidad de la problemática a través de la atención de la enfermedad y no a la salud, entonces lo biológico sigue teniendo un valor fundamental, desestimando en el desarrollo del ser a la intervención de los sistemas vinculados con el pensamiento, que integran, como cita Chokler⁶², las dimensiones de tiempo y espacio y que proyectan la acción junto con los sistemas que tienen que ver con los afectos.

Sin embargo, es necesaria la mirada interna que permita hacernos cuestionamientos desde la propia fonoaudiología. Tendríamos que preguntarnos como profesión que acciones venimos propiciando en relación al fortalecimiento de la importancia de la comunicación en la vida del hombre, que pudieran generar la atención de otros profesionales de la salud y con ella la toma de conciencia que lleve a considerar la incorporación de la fonoaudiología en diversas estructuras e instituciones. La salud fonoaudiológica como tal, no es algo que pueda ser impuesto desde una teoría, sino una construcción llevada a cabo a partir de un convencimiento de los actores que pertenecen al sector salud. Esto es: ¿estamos las fonoaudiólogas absolutamente convencidas de la importancia de nuestro trabajo en la salud del hombre y del objeto de estudio de nuestra disciplina? ¿Estamos convencidas de que el ser humano es tomado por el lenguaje que lo pre – existe y lo crea y no al revés? Y además, ¿sabemos mostrar a los demás profesionales de la salud nuestra labor? ¿Cuál es la imagen que venimos generando en los otros desde nuestro accionar profesional? ¿Podemos reconocer algunos errores y realizar autocríticas?

La carga horaria y la distribución de Centros que tienen asignados cada una de las profesionales, tienen consecuencia directa sobre la frecuencia semanal en que las fonoaudiólogas asisten a los mismos. La mayor parte de las profesionales asisten una vez por semana a los Centros, resultando una frecuencia insuficiente (de menos de 9 horas) en relación a todas las áreas que deben cubrir en la atención fonoaudiológica, a las acciones que deberían realizar las fonoaudiólogas y a la cantidad de demanda que necesitarían cubrir.

⁶² Chokler, M. H. / Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa.-- Segunda edición.-- Editorial Ediciones Cinco: Buenos Aires; 1998. Pág. 24.

Consecuentemente a dicho análisis, resulta difícil que estas profesionales puedan plantearse la captación de las oportunidades perdidas, pues para ello es necesario disponer del tiempo real que permita una estrategia de seguimiento en la población que tuvo entrada al efector y que luego se perdió. En este mismo sentido, la existencia de listas de espera, vienen a aportar claridad con respecto a la falencia de recursos humanos en fonoaudiología, ya que refleja la presencia de demanda no atendida. Estas situaciones dejan al descubierto la necesidad de incrementar la cantidad de profesionales fonoaudiólogos en los efectores.

En ninguno de los Centros son requeridos los registros de consultas fonoaudiológicas para ser remitidos, como lo hacen otras disciplinas, a la Dirección de Bioestadística Municipal por lo que no se realizan anotaciones estadísticas de la cantidad de pacientes que se atienden anualmente, lo cual dificultó la precisión de las respuestas de las profesionales encuestadas, ya que a la hora de hacer una reflexión acerca de cantidades de pacientes atendidos anualmente, realizaban un cálculo estimativo. La no existencia de registros y la reducida carga horaria de cada profesional trae como consecuencia la inexistencia de investigación científica y docencia, quedando al descubierto, dos de las acciones más importantes para el desarrollo mediato e inmediato de la profesión.

La demanda de atención fonoaudiológica durante el año 2007, según datos aproximados referidos por las profesionales osciló entre 100 y más de 300 consultas anuales en cada C.A.P. Sin embargo, debe mencionarse que la cantidad de consultas esta sesgada por un sistema de control, a partir del cual, la derivación de los docentes de las escuelas de la comunidad, son ingresadas automáticamente a la atención pediátrica, quienes consideran o no, la derivación al consultorio fonoaudiológico. Este mecanismo de regulación filtra parte de la demanda fonoaudiológica y es originado por la falta de horarios disponibles de atención fonoaudiológica en los Centros, puesto que, de acuerdo a lo comentado por las encuestadas, la cantidad de niños que derivan las docentes excedería la posibilidad de atención.

Sin embargo, si se piensa en dar las respuestas que la población necesita, no debería existir ningún mecanismo que limite el acercamiento de los niños y las madres a la consulta fonoaudiológica, más aún conociendo la importancia que tiene la consulta precoz en edades tempranas. Por otro lado, si hubiera que priorizar qué casos atender en función

de la imposibilidad de absorber toda la demanda, debería ser el profesional fonoaudiólogo quien realice dicha evaluación, aclarando que desde el paradigma de la complejidad en la Salud Pública, la selección de casos para la atención, es inaceptable.

En cuanto a las derivaciones que le realizan a las fonoaudiólogas los profesionales del Centro, se encuentra en primer lugar, la derivación de pediatras y luego la de los médicos clínicos y generalistas. Podrían realizarse dos lecturas de esta información, por un lado, se estaría manifestando un reconocimiento de los médicos hacia las fonoaudiólogas como parte del plantel profesional. Sin embargo, no debe perderse de vista, que la existencia del mecanismo de control de la demanda anteriormente mencionado en esta discusión, también estaría incrementando el número de derivaciones por funcionamiento intrínseco del propio sistema, por lo cual, no queda tan claro en que proporción las derivaciones evidenciarían reconocimiento verdadero del profesional fonoaudiólogo o bien, la obligación de derivar persiguiendo las normas internas del Centro. En relación a esto, la pregunta sería: de no existir este mecanismo, ¿cuántas derivaciones habría? En este punto, el sistema de derivaciones internas, también podría estar mostrando la continuidad de un sometimiento al orden médico, en donde termina siendo el pediatra quien toma las decisiones por otras profesiones que son independientes. De todas formas se evidencia que se cumple con la respuesta a la demanda espontánea y derivada, de acuerdo a lo que está establecido en la Normas de Funcionamiento del Área de Fonoaudiología en establecimientos asistenciales – Nivel de riesgo I.

Actualmente en los Centros de Atención Primaria del Distrito Noroeste, se desarrollan Talleres de atención temprana en niños de 0 a 3 años, el cual está a cargo de un equipo de salud, los cuales realizan acciones de promoción y prevención de la salud. Se considera relevante esta tarea puesto que, la Atención Primaria de la Salud reviste un concepto más abarcativo que la atención basada en el abordaje médico – asistencial. Las acciones mencionadas solo abarcan dos áreas de la fonoaudiología: lenguaje y aprendizaje; y en un grupo etéreo restringido aunque prioritario. Las fonoaudiólogas elegidas para el desempeño de estos talleres, en algunos centros también realizan asistencia. De acuerdo a nuestro criterio y retomando lo planteado por Sosic⁶³ en su investigación, creemos que es

⁶³ Sosic, Y. / Estudio descriptivo acerca de los niveles de prevención en los que trabajan los Licenciados en Fonoaudiología y los tipos de dificultades que existen para trabajar en esta área en los profesionales

posible la realización de la prevención y promoción en todas las áreas de incumbencia fonoaudiológica, si hubiera posibilidades de horarios y cargos acordes.

Al respecto, desde la teoría se menciona el nacimiento de un nuevo enfoque integral y totalizador, en donde se desplaza el eje de la atención fonoaudiológica desde la recuperación a la promoción y prevención de la salud.

Podría cuestionarse entonces, que la fonoaudiología todavía no puede posicionarse totalmente dentro de la APS tomando como eje fundamental la prevención, porque sigue estando reducido este accionar a determinadas áreas y grupos etáreos. La promoción y la prevención en fonoaudiología se practican en profundidad por las fonoaudiólogas que están trabajando en los talleres de atención temprana, mientras que las restantes profesionales, se abocan más específicamente a las acciones clínicas.

Otro aspecto que sería importante destacar, es que en todos los Centros, la fonoaudiología cubre las áreas de Habla, Lenguaje y Aprendizaje Pedagógico, y en algunos de ellos también el área de Voz.

En ninguno de los Centros municipales se realiza atención fonoaudiológica en el área de audiología, ya que, en caso de ser necesario, se derivan los pacientes al segundo nivel de atención. En esta área es preciso equipamiento específico y debe tenerse en cuenta que, como se argumentó teóricamente, en A.P.S. no se utilizan tecnologías de complejidad.

En relación a este funcionamiento de derivaciones a otros niveles de atención, la concepción de redes que atraviesa la organización de la Salud Pública, implica la articulación de todos los efectores de la salud entre sí; la descentralización, desde los pequeños centros hacia el gran establecimiento, permite una capacidad resolutive de la red que se traslada a todos sus efectores en niveles de complejidad creciente.

Los grupos etáreos que prevalecen en la atención fonoaudiológica en los C.A.P. son: niños de 0 a 2 años, continuando con niños de 3 a 7 años y niños de 8 a 12 años. Asimismo, es necesario hacer una lectura más detallada: el grupo etáreo de 0 a 2 años, prevalece con exclusividad para aquellas fonoaudiólogas que trabajan con las acciones de promoción y prevención, correspondientes a los Talleres de atención temprana en población de 0 a 3 años. Mientras que en los casos de las fonoaudiólogas que están

haciendo clínica, predomina el grupo etéreo de 3 a 7 años en primer lugar. Los restantes grupos etéreos solicitan la atención fonoaudiológica en menor medida. En relación a esto nos preguntamos: ¿qué sucede con los grupos etéreos adolescencia, adultez y adultez mayor? ¿No hay necesidad de atención o no hay conciencia del estado salud? De acuerdo a Mazzáfero⁶⁴, en toda comunidad existen necesidades que no acceden al sistema sanitario y que no se evidencian en el efector de salud, factores que no se encuentran relacionados directamente con la enfermedad pero que intervienen disminuyendo la expresión de las necesidades, como ser: la falta de conocimiento por parte de la población de las posibilidades de atención en salud, carencias económicas, alimentarias, de sistemas sanitarios y falta de accesibilidad de la población a los servicios. Además, si consideramos que los C.A.P. se encuentran situados en lugares periféricos en donde la población en general es de bajos recursos, también podríamos asociarlo con la equidad en la distribución de los riesgos expresada por Rovere⁶⁵, es decir, en dichas poblaciones es más factible encontrar riesgos de enfermar, de discapacitarse o morir por causas evitables. Entonces podría cuestionarse: cuando existen necesidades básicas insatisfechas, ¿se puede preocupar la persona por su lenguaje, por su escolaridad?

Algunas de las profesionales manifestaron la existencia de un componente emocional agregado en las patologías más frecuentes relacionadas al lenguaje y al aprendizaje pedagógico, que muchas veces genera y / o profundiza el cuadro clínico. Esto generó que en el Centro de Atención Primaria San Martín, se realicen talleres de lecto-escritura en donde más allá de la terapia en si, se le brinda un espacio de encuentro y de contacto con los materiales: los libros. Es un tiempo y espacio en donde se prioriza el vínculo de los niños con sus pares y con los terapeutas, y donde la mirada no esta puesta en la patología sino en el desarrollo de las potencialidades. Esto muestra una amplitud de criterio desde nuestra disciplina, ya que la misma es una visión contextualizadora y compleja del ser humano. Es parte del enfoque integrador, que se basa en una concepción del hombre como una unidad biopsíquica inserta en una sociedad y un medio ambiente; con un criterio de salud relacionado con la satisfacción de sus necesidades.

⁶⁴ Mazzáfero, V. y col. / Medicina en Salud Pública.-- Segunda edición.-- Editorial El Ateneo: Buenos Aires; 1994. Pág. 30.

⁶⁵ Rovere, M. / Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006. Pág. 19.

A su vez, todas las profesionales fonoaudiólogas reconocieron trabajar interdisciplinariamente lo cual refleja una coherencia entre la práctica y la modalidad de trabajo que se plantea desde la APS. Esto pudo ser corroborado a través del trabajo conjunto de profesionales que integran los talleres y las reuniones de equipo en las cuales se debaten casos clínicos. Esta información tiene relación con lo planteado en el encuadre teórico, ya que refiere que el trabajo entre disciplinas no es una sumatoria de campos de saber sino de interacción y complementariedad. Se trata pues, de sostener espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella una relación horizontal.

Esta investigación ofrece la posibilidad de fortalecer las potencialidades del sistema de salud actual y de replantear los puntos que configuran un desajuste del mismo. Además nos permitimos ir mas allá de lo preciso y concreto para dar luz a la idea de que el derecho a la salud, no es un todo acabado, somos artífices de la construcción del mismo, todos y en cada lugar, como comunidad en primera instancia, pero además como estudiantes, como futuras profesionales y hoy con esta investigación que pretende aportar críticas que construyan una salud mejor cada día. Hacemos nuestras las palabras de Rovere⁶⁶, cuando dice, los derechos sociales no están en el pasado sino en el futuro, mostrando profunda convicción en que el único camino posible es el trabajo y la participación de todos.

El aumento del recurso humano fonoaudiológico posibilitaría en parte la construcción del derecho a la salud, con igualdad de oportunidades.

⁶⁶ Rovere, M. / Ibidem. Pág. 19.

Conclusiones

Esta investigación permitió tomar conocimiento de la cantidad de recursos humanos en fonoaudiología que existen en la Atención Primaria de la Salud, y el accionar que dicho profesional desempeña en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario.

Se puede afirmar que la presencia de la fonoaudiología es escasa puesto que:

- Sobre un total de 51 Centros de Atención Primaria, solo 10 cuentan con atención fonoaudiológica y solo son 5 las profesionales que cubren la atención en los mismos.
- Los cargos son de planta transitoria por contrato, lo cual implica inestabilidad laboral.
- Entre las acciones que predominan están la promoción, prevención, diagnóstico, y tratamiento fonoaudiológico y en menor medida rehabilitación (sólo en 2 centros).
- Las áreas de la comunicación humana que se abordan en los Centros de Atención Primaria son: habla, lenguaje y aprendizaje pedagógico; y en menor medida, el área de voz.
- La demanda existente de acuerdo a la cantidad de consultas anuales fonoaudiológicas aproximadas (año 2007), oscilaron entre 100 y más de 300 consultas anuales por cada Centro.
- El inicio de la demanda es predominantemente espontánea y por derivación.
- Los edades de los pacientes que prevalecen en la atención fonoaudiológica, son: 0 – 2 años; 3 – 7 años; y 8 – 12 años.

Los recursos humanos en fonoaudiología son escasos, evidenciando esto, en la cantidad de Centros de Atención Primaria Municipales en donde no hay atención fonoaudiológica y en la cantidad de demanda manifestada en los Centros que cuentan con dicha disciplina.

Limitaciones y sugerencias

- Debemos mencionar que la escasez de bibliografía acerca de recursos humanos en fonoaudiología constituyó una limitación.
- El contacto con la mayoría de de las profesionales fonoaudiólogas pudo realizarse sin inconvenientes. Sin embargo en uno de los C.A.P. (Luis Pasteur), la profesional se negó a ser encuestada.
- Resultaría interesante reiterar esta investigación en el futuro para actualizar la información acerca de la inserción de la disciplina en la Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Ibáñez, M. J. / La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?-- Editorial Díaz de Santos, S. A.: Madrid; 2001.

Antolini, G., Arbe, M., Ballesteros, S., Botti, F., Juan, G., Lamberte, S., Nader, A., Scartacini, C. / Reflexiones sobre la práctica fonoaudiológica en el sistema de salud pública en la ciudad de Rosario.-- 1º Encuentro de Trabajo de la Red Inter Hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología.-- Red Inter Hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología. Zona VIII.-- Editorial UNR: Rosario; 2005.

Beker, E. y Col. / Prácticas interdisciplinarias y preventivas desde la perspectiva clínica-situacional. Su integración en equipos interdisciplinarios.-- en www.elmurocultural.com (29/05/08).

Carballeda, A. / La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Subsecretaría de Atención a las Adicciones.-- en www.sada.gba.gov.ar (29/05/08).

Contandriopoulos, A. / La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales.-- Cuaderno Médicos Sociales.-- Asociación Médica de Rosario: Rosario; 2000. N° 77.

De Souza Campos, G. / Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias.-- en Cuadernos Médicos Sociales N° 74: Rosario; 1998.

Einstein, A. / Mi credo.-- en www.foros.proverbia.net (01/12/08).

Escuela de Fonoaudiología / Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1985 (Res. C.S.P. 204/85).

Fundación Banco Municipal de Rosario y Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario / Estudio descriptivo de Efectores Públicos de Salud.-- Banco Municipal de Rosario: Rosario; 1993.

Galeano, E. / Bocas del tiempo.-- Editorial Rosgal S. A.: Uruguay; 2004.

Galeano, E. / El libro de los abrazos.-- Sexta edición -- Editorial Catálogos S. R. L.: Argentina; 1996.

Gimeno, J. y col. / Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica. Sistemas y Servicios Sanitarios.-- Editorial Díaz de Santos, S.A.: Madrid; 2006.

Grinberg, M. / Edgard Morin y el pensamiento complejo.-- Primera edición.-- Editorial Campo de Ideas: Madrid; 2002.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina / Censo 2001.-- [en www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar) (09/06/08).

Ingenieros, J. / Teoría y Práctica.-- [en www.geocities.com](http://www.geocities.com) (01/12/08).

Legislatura de la Provincia de Santa Fe / Ley 9.981 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Creación del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe.-- Boletín Oficial del día miércoles 07 de enero de 1987.-- Legislatura de la Provincia de Santa Fe: Santa Fe; 12 de diciembre de 1986 (Decreto N° 4724).

Martínez Hernández, J. / Nociones de Salud Pública.-- Editorial Díaz de Santos, S. A: Madrid; 2003.

Maslow, A. / La personalidad creadora.-- Editorial Kairos: Barcelona; 1992.

Mazzáfero, V. y col. / Medicina en Salud Pública.-- Segunda edición.-- Editorial El Ateneo: Buenos Aires; 1994.

Ministerio de Salud de la Nación / Bases del Plan Federal de Salud 2004 - 2007.-- [en www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) (16/06/08).

Ministerio de Salud y Acción Social / Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.-- en Fonoaudiológica-- A.S.A.L.F.A.: Buenos Aires; 1999. Tomo 45; N° 3.

Ministerio de Salud y Acción Social / Programa Nacional de Garantía y Calidad de la Atención Médica. Calidad en los Servicios de Salud.--en www.msal.gov.ar (16/06/08)

Morin, E. / Introducción al pensamiento complejo.-- en www.cibereconomia.iespana.es (28/05/08).

Municipalidad de Rosario / Descentralización: conformación de los Distritos.-- en www.rosario.gov.ar (08/06/08).

Naranjo, P. / Del Juramento Hipocrático a la ética de la salud pública.--en Educación médica y salud.-- OPS; 1994. Vol. 28; N° 1.

O.P.S. / Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud.-- en Educación Médica y Salud. --O.P.S.: Washington D.C.; 1994. Vol. 26, N°3.

O.P.S. / Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La Administración Estratégica.-- Tercera reimpresión.-- O.P.S.: Washington D.C.; 1995. Cap I.

OMS / OPS / Declaración de Alma Ata - Salud para todos en el año 2000.-- Cap. VI - Doc. Oficial N° 173: Washington, 1978.

Peyrone, M. C. / Prevención en voz.-- en II Seminario sobre prevención. Departamento de Epistemología y Ejercicio Profesional- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – U.N.R.: Rosario; 1996.

Piccoli, A. y otros. / Atención Primaria de la Salud en Fonoaudiología.-- Fonoaudiológica A.S.A.L.F.A: Buenos Aires; 1992. Tomo 38; N° 2.

Pichón Riviere, E. / Psicología de la Vida cotidiana.-- en www.monografias.com (11/06/08).

Rovere, M. / El Rol de los Recursos Humanos en el Desarrollo Institucional.-- en www.mtc.gov.pe (6/11/08).

Rovere, M. / Hacia una política de desarrollo de Recursos Humanos en Salud.-- en www.universia.com.ar (18/10/07).

Rovere, M. / Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad.-- Segunda edición.-- Editorial El Agora: Córdoba; 2006.

Santhiá, M. / Atención Médica: Aspectos Conceptuales.-- Ficha de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social – Facultad de Ciencias Médicas- U.N.R.-- Secretaría de material de estudios. Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas: Rosario; 2000.

Saracci, R. / ¿Qué es salud, y para quién?. Un desafío para la epidemiología.-- en Revista Foro Mundial de la Salud.-- O.M.S.: Washington; 1998. Vol. 19.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / 9º Congreso: La salud en el Municipio de Rosario. La salud y la calidad de vida en la ciudad.-- Editorial UNR: Rosario; 2002.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Estudio descriptivo de los Efectores Públicos de Salud de Rosario (municipales y provinciales) – Red Inter – hospitalaria de Servicios de Fonoaudiología.-- Editorial UNR.: Rosario; 2005.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / Jornadas científicas. Área de investigación en Salud.-- Editorial UNR.: Rosario; 2003.

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario / La construcción de la Salud según sus protagonistas.-- Editorial UNR.: Rosario; 2003.

Serra, S. / Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas.-- Primera edición.-- Editorial Brujas: Córdoba; 2007.

Serra, S. / Fonoaudiologicamente. Nociones básicas y práctica profesional.-- Primera edición.-- Editorial Brujas: Córdoba; 2008.

Terris, M. / Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas.-- en La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate.-- OPS: Washintong; 1992. Publicación Científica N° 540.

Testa, M. / Saber en Salud. La construcción del conocimiento.-- Editorial Lugar Editorial S.A.: Buenos Aires; 1997.

Villarreal, S / Definiendo a la prevención.-- en III Seminario sobre prevención. La Prevención en las bases curriculares. Departamento de Epistemología y Ejercicio profesional – Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – U.N.R.: Rosario; 1996.

Villarreal, S. / Acerca del proceso salud-enfermedad, la prevención y su aplicación.-- Avances.-- Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Santa Fe.-- 2da. Circunscripción: Rosario; 2001. Tomo VI.

Tesinas:

Bergallo, L. / Estudio descriptivo acerca del conocimiento que tienen los directores de los S.A.MCos y efectores de salud descentralizados de la provincia de Santa Fe sobre la labor del profesional Fonoaudiólogo. Año 2003.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 2004 (Tesina).

Sosic, Y. / Estudio descriptivo acerca de los niveles de prevención en los que trabajan los Licenciados en Fonoaudiología y los tipos de dificultades que existen para trabajar en esta área en los profesionales matriculados residentes en la ciudad de Rosario. Período 1990 – 1992.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1999 (Tesina).

Villarreal, S. / Estudio descriptivo sobre la Atención Fonoaudiológica en Centro de Salud de la ciudad de Rosario enmarcados dentro de Atención Primaria de Salud. Año 1993.-- Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Rosario: Rosario; 1996 (Tesina).

SECCIÓN “D”

ANEXOS

ANEXO I:

Modelo de encuesta

Encuesta para el Profesional Fonoaudiólogo

Nombre del Centro de Atención Primaria:
Domicilio:..... Teléfono:.....
Distrito:

1- ¿Cuánto hace que funciona el Centro de Atención Primaria? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

A - Más de 10 años

B - Entre 10 y 5 años

C - Menos de 5 años

D - No puede precisar

2- ¿Cómo está compuesta la planta profesional del Centro de Atención Primaria?

Profesión	Cantidad de profesionales	Cantidad Rentados	Cantidad Ad-honorem
Pediatra			
Tocoginecólogo			
Médico Clínico			
Médico Generalista			
Enfermero			
Trabajador Social			
Psicólogo			
Odontólogo			
Fonoaudiólogo			
Kinesiólogo			
Fisiatra			
Neurólogo			
Traumatólogo			
Radiólogo			
Dermatólogo			
Endocrinólogo			
Otros			

3- ¿Cuántos tiempo hace que se incorporó la atención fonoaudiológica al Centro de Atención Primaria? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

A - Más de 5 años

B - Entre 1 y 5 años

C - Menos de 1 año

4- ¿Cuál es su relación laboral actual? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

A- Rentado:

- Prestación de servicios
- Contratado
- Planta permanente
- Otros (especificar condiciones):

B- No Rentado (especificar condiciones):

5- a) ¿Con que frecuencia semanal asiste a dicho Centro de Atención Primaria? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

- A - Una vez por semana:
- B - Dos veces por semana:
- C - Tres veces por semana:
- D - Cuatro veces por semana:
- E - Cinco veces por semana:

5- b) ¿Cuál es su carga horaria en este efector? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

- A - Más de 24 horas
- B - Entre 12 y 24 horas
- C - Entre 9 y 12 horas
- D - Menos de 9 horas

6- ¿Cuál es la cantidad de consultas fonoaudiológicas anuales que usted atiende en el Centro de Atención Primaria? (Datos aproximados según sus propios registros referido al año 2007).

- A - Menos de 100 consultas
- B - Entre 100 y 200 consultas
- C - Entre 200 y 300 consultas
- D - Más de 300 consultas

7- Ordene según las edades (grupos etáreos) que prevalecen en sus pacientes:

- 0 a 2 años
- 3 a 7 años
- 8 a 12 años
- 13 a 30 años
- 31 a 65 años
- Más de 65 años
- No puede precisar

8- Según la opinión del Fonoaudiólogo, ¿Cómo es el inicio de la demanda? (Marque con un cruz su respuesta en el espacio correspondiente)

- A - Espontánea:
- B - Por derivación:
- C - Espontánea y por derivación:

9- En caso de que exista derivación, ordene colocando en primer lugar al profesional que mayor cantidad de derivaciones realiza.

Profesionales	Orden
Docentes	
Pediatra	
Médico Clínico	
Médico Generalista	
Odontólogo	
Psicólogo	
Trabajador Social	
Tocoginecólogo	
Fisiatra	
Kinesiólogo	
Neurólogo	
Otros.....	

10- ¿Cómo se lleva a cabo el otorgamiento de turnos?

- A- En la admisión del Centro de Atención Primaria:
- B- En el propio consultorio:.....

11- ¿Existen listas de espera para Atención Fonoaudiológica?

- Sí
- No

12- Marque con una cruz las acciones que se realizan en el centro y de las cuales usted participa.

- Promoción y Prevención
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Docencia
- Investigación

13- En caso de realizar las acciones detalladas a continuación, mencione algunas de las actividades.

A- Promoción de la Salud:

.....
.....

B- Prevención

.....
.....

14- Marque con una cruz las áreas de atención fonoaudiológica (*) que se abordan en el Centro de Atención Primaria:

- Voz
- Habla
- Lenguaje
- Audición
- Aprendizaje Pedagógico

15- Dentro de las áreas establecidas anteriormente, mencione cuáles son las patologías más frecuentes según su criterio:

- Patologías del Lenguaje:
- Patologías del Habla:.....
- Patologías de la Voz:
- Patologías Auditivas:
- Patologías del Aprendizaje Pedagógico:

16- En el Centro de Atención Primaria donde usted trabaja ¿Se realiza el abordaje inter o multidisciplinario del paciente?

- SI

*Interdisciplinario (cada profesional aporta su conocimiento sobre un mismo caso).

*Multidisciplinario (cada disciplina aborda al paciente por separado, sin relación entre sí).

- NO

17- En caso de respuesta negativa ¿Podría mencionar algunas de las dificultades existentes con respecto a la integración y al trabajo en el equipo inter o multidisciplinario en el Centro de Atención Primaria?

.....
.....
.....
.....

* Observación: el sistema estomatognático fue considerada dentro del área de Habla.

ANEXO II:

Planilla de Volcado de datos

Referencias:

1. Ceferino (A)
2. Coulín (A)
3. Coulín (B)
4. Emaús (B)
5. Dunant (A)
6. Azurduy (B)
7. Floresta (A)
8. San Martín (C)
9. San Martín (D)
10. San Martín (B)
11. San Martín (A)
12. Noroeste (B)
13. Eva Duarte (C)
14. Pasteur (E)

ANEXO III:

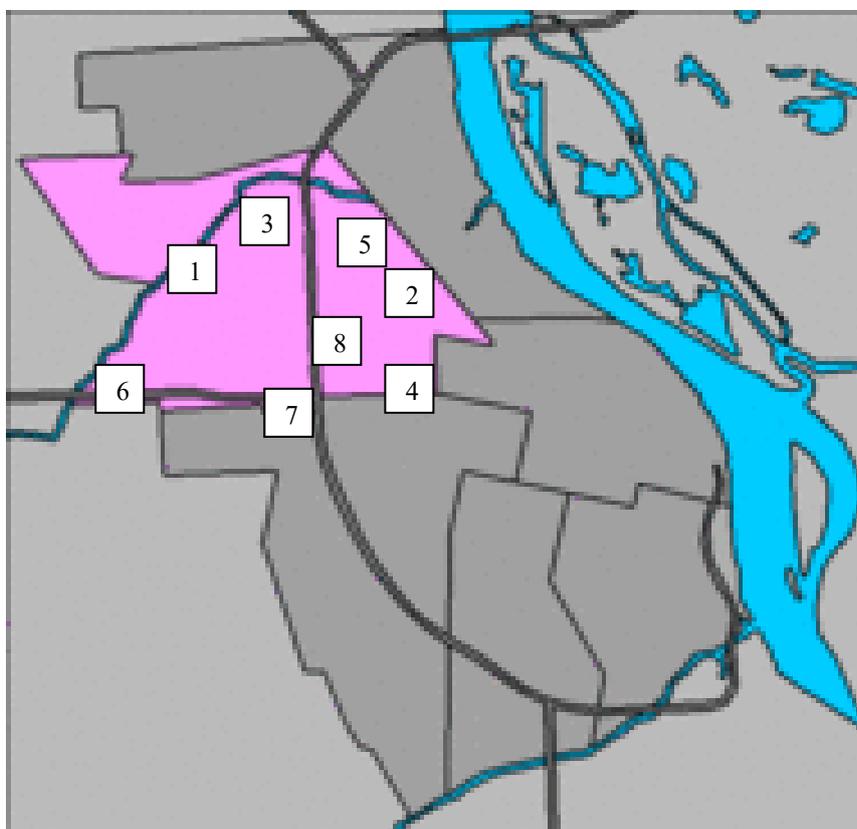
**Centros de Atención Primaria Municipal que cuentan con
profesionales fonoaudiólogas**

Centros de Atención Primaria Municipal que cuentan con profesionales fonoaudiólogas.

Dichos centros se encuentran ubicados en tres de los cinco Distritos de la ciudad, ellos son:

Distrito Noroeste:

- 1- Centro de Salud de Atención Primaria “Ceferino Namuncurá”
- 2- Centro de Salud de Atención Primaria “Dr. Roque Coulin”
- 3- Centro de Salud de Atención Primaria “Emaús”
- 4- Centro de Salud de Atención Primaria “Jean Henry Dunant”
- 5- Centro de Salud de Atención Primaria “Juana Azurduy”
- 6- Centro de Salud de Atención Primaria “Posta Floresta”
- 7- Centro de Salud de Atención Primaria “San Martín”
- 8- Centro de Salud de Atención Primaria “Distrito Noroeste”



Durante los meses de marzo y abril de 2005, en dicho distrito, en las asambleas barriales convocadas para debatir el Presupuesto Participativo, dos profesionales fonoaudiólogas presentaron un proyecto en donde se proponía la realización de Talleres de atención temprana de 0 – 3 años de edad. Dicha propuesta fue aprobada mediante la votación que realizaron los vecinos. Los Talleres estarían integrados por equipos interdisciplinarios constituidos por fonoaudiólogos, pediatra, psicólogos, odontólogos, psicopedagogos y especialistas en estimulación, para abordar las distintas problemáticas en los Centros de Atención Primaria que correspondan al distrito. Este equipo de profesionales, interdisciplinariamente, realizan acciones de promoción y prevención de la salud.

Fueron seleccionadas dos fonoaudiólogas por concurso para la realización de esta actividad, en condición de contratadas como planta transitoria y con un total de 30 hs. semanales, cada una, para el desempeño de su accionar profesional en los centros anteriormente mencionados.

Centro de Atención Primaria: Ceferino Namuncurá

Dirección: José Ingenieros 8590

Teléfono: 4807842

El Centro de Atención Primaria funciona hace más de 10 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (1), Tocoginecólogo (1), Médico Clínico (1), Médico Generalista (2), Odontólogo (2), Enfermero (3), Psicólogo (1), Trabajador Social (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 1134 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 1436 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: 8 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana (0 – 3 años). En dichos talleres se realiza un seguimiento de los niños que concurren con sus madres y cuando se detectan patologías se sugiere la realización de consulta fonoaudiológica.
- Número de consultas durante 2007: no pudo precisar la cantidad de asistentes a los talleres.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: en los talleres se realizan acciones de promoción y prevención predominantemente en las áreas de Habla y Lenguaje.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: niños de 0 – 2 años, de acuerdo a la actividad que se desarrolla.
- Inicio de la demanda: por derivación del Pediatra.

Centro de Atención Primaria: Dr. Roque Coulin

Dirección: Humberto Primo 2033

Teléfono: 4804819

El Centro de Atención Primaria funciona hace más de 10 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (3), Médico Clínico (1), Médico Generalista (4), Obstetra (1), Odontólogo (2), Enfermero (4), Psicólogo (1), Trabajador Social (1), Kinesiólogo (1) y Fonoaudióloga (2). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 4795 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 800 consultas

Cantidad de consultas médicas del generalista (2007): 7198 consultas

Datos de las fonoaudiólogas:

Fonoaudióloga 1:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana en niños de 0 a 3 años y asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento).
 - Número de consultas durante 2007: 800 y 1000 niños (aproximadamente) comenzaron el taller y se realizó seguimiento de 600 niños de 0 a 3 años aproximadamente. Se trabajó en conjunto con otra fonoaudióloga.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Voz; Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
 - Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar prevalecen niños de 0 a 2 años; en 2º lugar, niños de 3 a 7 años; en 3º lugar, de 13 a 30 años; y en 4º lugar, adultos de más de 65 años.
 - Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Docentes, Médico generalista, Trabajador social y Psicólogo.
- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.

- Listas de espera: sí.

Observación: Dicha fonoaudióloga no proporcionó datos acerca de número de consultas asistenciales.

Fonoaudióloga 2:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana en niños de 0 a 3 años y asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento).
 - Número de consultas durante 2007: ídem datos del taller (fonoaudióloga 1) y menos de 200 consultas fonoaudiológicas asistenciales.
 - Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
 - Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar niños de 0 a 2 años; en 2º lugar, niños de 3 a 7 años; y en 3º lugar, de 8 a 12 años.
 - Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra y Docentes.
- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
- Listas de espera: no.

Centro de Atención Primaria: Emaús

Dirección: Pasaje Urdinarrain 7900

Teléfono: 4807804

El Centro de Atención Primaria funciona hace más de 10 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (1), Médico Generalista (4), Odontólogo (1), Enfermero (3), Psicólogo (1), Trabajador Social (1), Kinesiólogo (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 1320 consultas

Cantidad de consultas médicas del generalista (2007): 11663 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: actividades de asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento) y talleres de atención temprana en niños de 0 a 3 años.
- Número de consultas durante 2007: menos de 200 consultas fonoaudiológicas asistenciales.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
- Demanda de la atención fonoaudiológica según la edad de los pacientes: en 1º lugar niños de 0 a 2 años; en 2º lugar, niños de 3 a 7 años; y en 3º lugar, de 8 a 12 años.
- Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Médico generalista y Docentes.
- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
- Listas de espera: no.

Observación: Dicha fonoaudióloga no proporcionó datos acerca de número de consultas al taller.

Centro de Atención Primaria: Jean Henry Dunant

Dirección: Teniente Agneta 1535

Teléfono: 4807808

El Centro de Atención Primaria funciona hace 20 años (1987).

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (2), Tocoginecólogo (2), Médico Clínico (3), Médico Generalista (1), Dermatólogo (1), Cardiólogo (1), Psiquiatra (1), Odontólogo (2), Enfermero (3), Psicólogo (2), Trabajador Social (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 2152 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 3775 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: 5 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana (0 – 3 años). En dichos talleres se realiza un seguimiento de los niños que concurren con sus madres y cuando se detectan patologías se sugiere la realización de consulta fonoaudiológica.
- Número de consultas durante 2007: no pudo precisar la cantidad de asistentes a los talleres.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: en los talleres se realizan acciones de promoción y prevención predominantemente en las áreas de Habla y Lenguaje.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: niños de 0 – 2 años, de acuerdo a la actividad que se desarrolla.
- Inicio de la demanda: por derivación del Pediatra.

Centro de Atención Primaria: Juana Azurduy

Dirección: Génova 2701

Teléfono: 4804815

El Centro de Atención Primaria funciona hace más de 10 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (2), Tocoginecólogo (1), Médico Clínico (1), Médico Generalista (5), Odontólogo (1), Enfermero (3), Psicólogo (2), Trabajador Social (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 2188 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 1661consultas

Cantidad de consultas médicas del generalista (2007): 15781 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 2 veces por semana.
- Horas de trabajo: entre 9 y 12 horas semanales.
- Actividades que cumple: asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento).
- Número de consultas durante 2007: menos de 200 consultas fonoaudiológicas.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Voz, Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar niños de 3 a 7 años; y en 2º lugar, de 8 a 12 años.
- Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Médico generalista, Pediatra, Psicólogo y Trabajados social.
- Otorgamientos de turnos: en la admisión del centro.
- Listas de espera: no.

Centro de Atención Primaria: Posta Floresta

Dirección: Pasaje 1668 N° 9378

Teléfono: 4807689

El Centro de Atención Primaria funciona hace 4 años (2003).

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Médico Generalista (2), Cardiólogo (1 – una vez al mes), Psiquiatra (1), Odontólogo (1), Enfermero (2), Psicólogo (1), Trabajador Social (1), Kinesiólogo (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas médicas del generalista (2007): no hay datos porque este centro fue creado hace menos de un año.

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: 8 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana (0 – 3 años). En dichos talleres se realiza un seguimiento de los niños que concurren con sus madres y cuando se detectan patologías se sugiere la realización de consulta fonoaudiológica.
- Número de consultas durante 2007: no pudo precisar la cantidad de asistentes a los talleres.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: en los talleres se realizan acciones de promoción y prevención predominantemente en las áreas de Habla y Lenguaje.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: niños de 0 – 2 años, de acuerdo a la actividad que se desarrolla.
- Inicio de la demanda: por derivación del Pediatra.

Centro de Atención Primaria: San Martín

Dirección: Chubut 7145

Teléfono: 4807800

El Centro de Atención Primaria funciona hace 20 años (1987).

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (4), Tocoginecólogo (4), Médico Clínico (6), Médico Generalista (1), Fisiatra (1), Neurólogo (2), Traumatólogo (1), Dermatólogo (1), Endocrinólogo (2), Reumatólogo (1), Radiólogo (2), Odontólogo (3), Enfermero (12), Psicólogo (4), Trabajador Social (1), Kinesiólogo (1) y Fonoaudióloga (4). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 10174 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 13088 consultas

Datos de las fonoaudiólogas:

De las 4 profesionales fonoaudiólogas que concurren al centro, 2 de ellas se dedican a la asistencia clínica y 2 a realizar los Taller de Atención Temprana.

Fonoaudióloga 1:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 6 años.
- Frecuencia semanal de asistencia: 2 veces por semana.
- Horas de trabajo: 12 horas semanales.
- Actividades que cumple: asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico, tratamiento y rehabilitación).
- Número de consultas durante 2007: aproximadamente 400 consultas fonoaudiológicas asistenciales.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Voz; Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar prevalecen niños de 0 a 2 años; en 2º lugar, niños de 3 a 7 años; en 3º lugar, adultos de más de 65 años y en 4º lugar, de 8 a 12 años.
- Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Docentes, Médico clínico y Psicólogo.

- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
- Listas de espera: sí.

Fonoaudióloga 2:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 6 años.
- Frecuencia semanal de asistencia: 5 veces por semana.
- Horas de trabajo: 30 horas semanales exclusivamente en este centro.

Actividades que cumple: asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico, tratamiento y rehabilitación). También realizan Talleres de lectoescritura.

- Número de consultas durante 2007: aproximadamente 300 consultas fonoaudiológicas.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar prevalecen niños de 3 a 7 años; en 2º lugar, de 8 a 12 años; en 3º lugar, niños de 0 a 2 años; en 4º lugar, adultos de más de 65 años, en 5º lugar, de 13 a 30 años y en 6º lugar, de 31 a 65 años.
- Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Fisiatra, Neurólogo, Médico clínico y Médico generalista.
- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
- Listas de espera: sí.

Fonoaudióloga 3:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana (0 – 3 años). En dichos talleres se realiza un seguimiento de los niños que concurren con sus madres y cuando se detectan patologías se sugiere la realización de consulta fonoaudiológica.
- Número de consultas durante 2007: no pudo precisar la cantidad de asistentes a los talleres.

- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: en los talleres se realizan acciones de promoción y prevención predominantemente en las áreas de Habla y Lenguaje.

- Demanda de la atención fonoaudiológica: niños de 0 – 2 años, de acuerdo a la actividad que se desarrolla.

- Inicio de la demanda: por derivación del Pediatra.

Fonoaudióloga 4:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana (0 – 3 años). En dichos talleres se realiza un seguimiento de los niños que concurren con sus madres y cuando se detectan patologías se sugiere la realización de consulta fonoaudiológica.

- Número de consultas durante 2007: no pudo precisar la cantidad de asistentes a los talleres.

- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: en los talleres se realizan acciones de promoción y prevención predominantemente en las áreas de Habla y Lenguaje.

- Demanda de la atención fonoaudiológica: niños de 0 – 2 años, de acuerdo a la actividad que se desarrolla.

- Inicio de la demanda: por derivación del Pediatra.

Centro de Atención Primaria: Distrito Noroeste

Dirección: Provincias Unidas 150 Bis

Teléfono: 4807680

El Centro de Atención Primaria funciona hace menos de 5 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (2), Tocoginecólogo (1), Médico Clínico (1), Médico Generalista (1), Endocrinólogo (1), Cardiólogo (1), Odontólogo (1), Enfermero (2), Psicólogo (1), Trabajador Social (1), Kinesiólogo (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 608 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 676 consultas

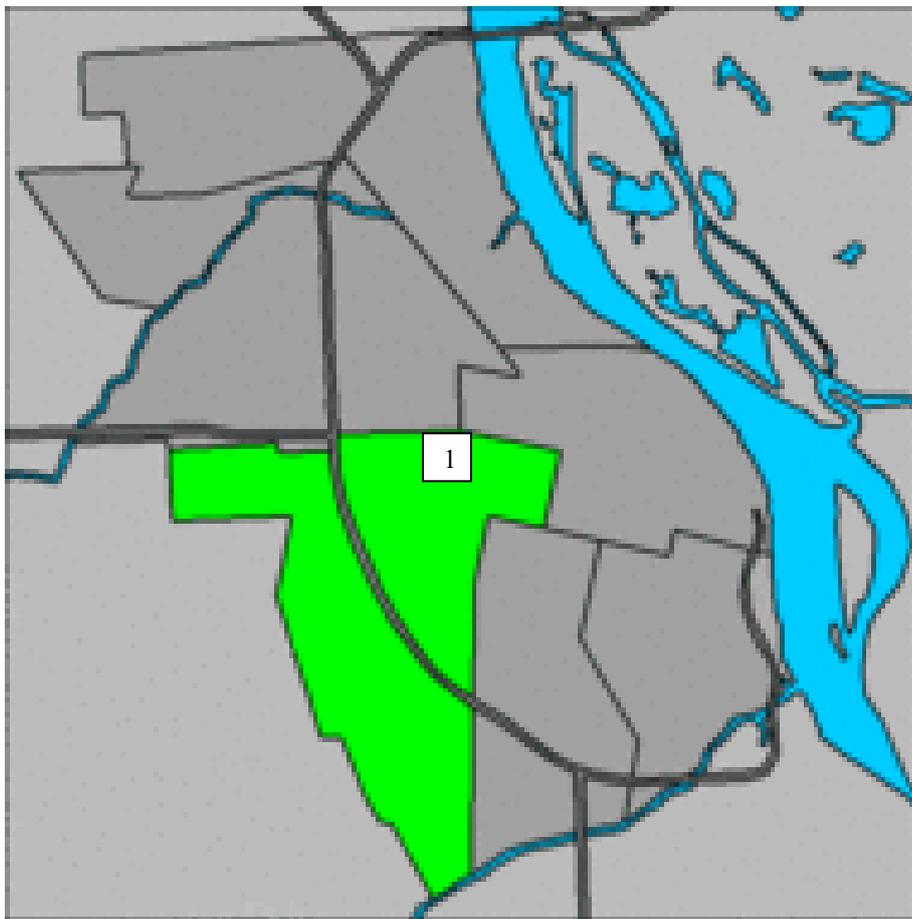
Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 1 año.
- Frecuencia semanal de asistencia: 1 vez por semana.
- Horas de trabajo: menos de 9 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de atención temprana en niños de 0 a 3 años y asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento).
 - Número de consultas durante 2007: menos de 100 consultas fonoaudiológicas asistenciales.
 - Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Voz; Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
 - Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar prevalecen niños de 0 a 2 años; en 2º lugar, niños de 3 a 7 años y en 3º lugar, de 8 a 12 años.
 - Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Psicólogo y Médico clínico.
 - Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
 - Listas de espera: no.

Observación: Dicha fonoaudióloga no proporcionó datos acerca de número de consultas al taller.

DISTRITO OESTE

1- Centro de Salud de Atención Primaria “Eva Duarte”



Centro de Atención Primaria: *Eva Duarte*

Dirección: Alfredo Rouillón 2095

Teléfono: 4807844

El Centro de Atención Primaria funciona hace más de 10 años.

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (2), Tocoginecólogo (2), Médico Clínico (2), Médico Generalista (1), Fisiatra (1), Odontólogo (1), Enfermero (3), Psicólogo (2), Kinesiólogo (2) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 4801 consultas

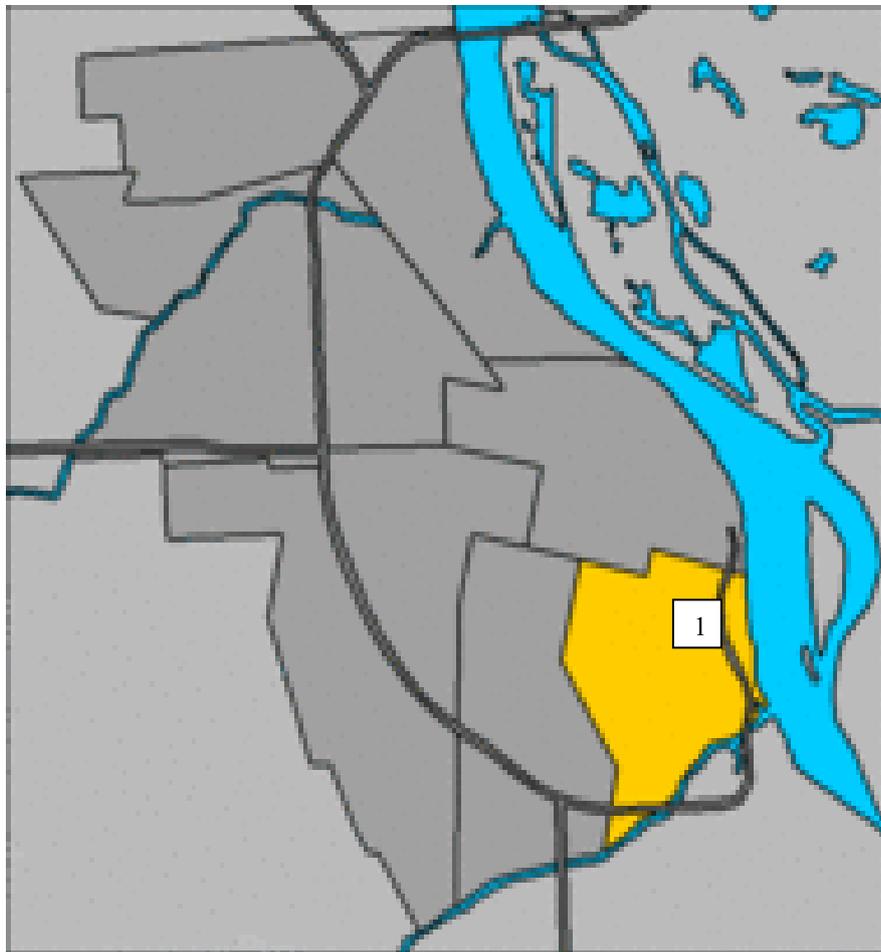
Cantidad de consultas clínicas (2007): 4071 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta transitoria).
- Antigüedad en el Centro: 2 años.
- Frecuencia semanal de asistencia: 3 vez por semana.
- Horas de trabajo: 18 horas semanales.
- Actividades que cumple: talleres de promoción y prevención en escuelas y asistencia clínica (detección, diagnóstico fonoaudiológico y tratamiento).
- Número de consultas durante 2007: 400 consultas fonoaudiológicas.
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: Voz; Habla; Lenguaje y Aprendizaje pedagógico.
- Demanda de la atención fonoaudiológica: en 1º lugar prevalecen niños de 3 a 7; en 2º lugar, niños de 0 a 2 años; en 3º lugar, de 8 a 12 años; 4º lugar, adultos de más de 65 años y en 5º lugar, de 13 a 30 años.
- Inicio de la demanda: espontánea y por derivación en el siguiente orden: Pediatra, Docentes, Psicólogo, Médico clínico, Fisiatra y Kinesiólogo.
- Otorgamientos de turnos: en el propio consultorio.
- Listas de espera: sí.

DISTRITO SUR

1- Centro de Salud de Atención Primaria “Luis Pasteur”



Centro de Atención Primaria: Luis Pasteur

Dirección: Ayolas 270

Teléfono: 4809778

El Centro de Atención Primaria funciona hace 58 años. (1949)

Se encuentra integrado por los siguientes profesionales: Pediatra (3), Tocoginecólogo (3), Médico Clínico (3), Médico Generalista (2), Odontólogo (2), Enfermero (5), Psicólogo (2), Trabajador Social (1) y Fonoaudióloga (1). Todo el personal esta rentado por la dependencia municipal.

Cantidad de consultas pediátricas (2007): 1946 consultas

Cantidad de consultas clínicas (2007): 1623 consultas

Datos de la fonoaudióloga:

- Relación laboral actual: Rentada (contratada en planta permanente).
- Antigüedad en el Centro: 17 años.
- Frecuencia semanal de asistencia: 3 vez por semana.
- Horas de trabajo: 18 horas semanales.
- Actividades que cumple: -
- Número de consultas durante 2007: -
- Áreas de la Comunicación Humana que se abordan en el Centro: -
- Demanda de la atención fonoaudiológica: -
- Inicio de la demanda: -
- Otorgamientos de turnos: -
- Listas de espera: -

Observaciones: Esta encuesta fue efectuada a la coordinadora del centro, la cual nos proporcionó los datos antes mencionados, puesto que la fonoaudióloga se negó a realizarla.