

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGÍA

**Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología; en
pacientes que concurrieron a efectores públicos de la Provincia de Santa Fe, durante
2018-2019.**

ALUMNOS/AS:

Bortolozzi, Dafne Ayelén
Grinovero, María Virginia

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. Isaías, Ana Clara
Lic. Campra, María Carolina

Rosario, Argentina.

Marzo de 2023

Tesina presentada por:

Bortolozzi, Dafne Aylén.....

Grinovero, María Virginia.....

Con la supervisión de:

Lic. Isaías, Ana Clara.....

Lic. Campra, Carolina.....

Aprobada por:

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

En Rosario, a los días del mes de del año

Legajos: B-1903/8

G-1792/2

Dedicado a Ana Clara Isaías y María Carolina Campra, quienes aceptaron acompañarnos desde el primer momento, por el apoyo y compromiso, por facilitarnos las herramientas necesarias para la realización de este trabajo de investigación. A nuestras familias y compañeras, por acompañarnos al transitar este hermoso camino. A los y las profesoras, por transmitirnos sus conocimientos y la pasión por esta profesión. A la Universidad Pública, que sin ella nada de esto sería posible.

Resumen

La presente investigación de tipo exploratorio, de corte cuantitativo y transversal tiene como objetivo dar a conocer cuál es la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante los años 2018 y 2019 teniendo en cuenta las áreas de la comunicación humana, los nodos de la Provincia y los servicios de Salud. Además de caracterizar a la población según edad y género.

A partir del análisis de datos registrados en el Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SICAP)¹ se evidencia que las **áreas** con mayor registro de diagnósticos son las áreas de lenguaje (31,1%) y de intersección (28,7%) siendo los trastornos específicos de la pronunciación (15,6%) y retraso mental (12,2%) los que se presentan con mayor frecuencia.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos según el **nodo** se observa un mayor registro en el nodo Rosario (50%) y el diagnóstico más concurrente en dicho nodo es trastorno específico de la pronunciación (20%) mientras que en el nodo Santa Fe (33%) es hipoacusia (16%), en el nodo Rafaela (8%) es parálisis cerebral (16,8%), en el nodo Reconquista (6%) es retraso mental (22%) y en el nodo Venado Tuerto (3%) es trastornos del lenguaje expresivo (20%).

En la distribución de diagnósticos según los **servicios de Salud** se identifica que el servicio de fonoaudiología es el que presenta mayor cantidad de registros (48,3%). Los diagnósticos que se destacan en dicho servicio son: trastorno específico de la pronunciación (30,27%), trastorno del lenguaje expresivo (19,95%), hipoacusia (12,03%) y trastorno de la recepción del lenguaje (7,23%). Si bien la mayoría de los diagnósticos prevalecen en el servicio de fonoaudiología hay ciertos diagnósticos que presentan mayor cantidad de registros en otras disciplinas, es el caso de trastornos hipercinéticos (59,1%), retraso mental (44,4%), autismo (32,8%) y trastorno generalizado del desarrollo (32,7%), los cuales se destacan en el servicio de salud mental; trastorno específico de la lectura (45,5%) y trastornos del desarrollo de las habilidades escolares (34,8%) en el servicio de psicopedagogía; respiración con la boca (48,3%), otras alteraciones de la voz y las no especificadas (38,4%) y anquiloglosia (29,3%) en el servicio

¹ El SICAP es el sistema de registro que utiliza la Provincia de Santa fe para el registro de atenciones (encuentro directo de cualquier miembro del equipo de Salud con el paciente en el marco del proceso asistencial) y se efectiviza en el "REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA" (PLANILLA ÚNICA Y/O SISTEMA INFORMÁTICO) por parte de cada profesional o servicio de atención.

de ORL; parálisis cerebral (43,3%) en kinesiología; afonía (38,6%) en guardia y emergencias y dislexia y alexia (29,4%) en el servicio de estimulación temprana.

En lo que respecta a la distribución de los diagnósticos según las características que presentan los pacientes en cuanto a la **edad y género**. Se observa que, la edad que prevalece es de 5 a 9 años (45,74%) destacándose el trastorno específico de la pronunciación, y el género que predomina es el masculino (62,36%).

Palabras Claves

Diagnósticos, fonoaudiología, Salud Pública, efectores de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Indice

DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
PALABRAS CLAVES.....	5
CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO	7
INTRODUCCIÓN	7
<i>Estado Actual de Conocimiento o Estado del Arte</i>	7
<i>Objetivo General</i>	11
<i>Objetivos Específicos</i>	11
MARCO TEÓRICO	12
<i>La Salud como un derecho</i>	12
<i>Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>	14
<i>Personal de Salud e Interdisciplina</i>	23
<i>Fonoaudiología en Salud Pública</i>	30
<i>Diagnósticos Vinculados al Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología</i>	37
PROBLEMA	52
VARIABLES	53
POBLACIÓN Y MUESTRA	65
DISEÑO	66
PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	67
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	68
CONTEXTO DE REALIDAD	69
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	69
CONTEXTO DE JUSTIFICACIÓN	89
CONCLUSIÓN	89
INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN	97
LIMITACIONES SURGIDAS	111
SUGERENCIAS	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXO	122
ANEXO I.....	123
ANEXO II.....	129
ANEXO III	135

Contexto de Descubrimiento

Introducción

Estado Actual de Conocimiento o Estado del Arte

La fonoaudiología como ciencia de la Salud busca el bienestar del individuo y de su comunidad, se dedica al estudio y atención de los procesos normales y patológicos de la comunicación humana relacionados con el habla, el lenguaje, la audición y la voz. Su objetivo general es el de optimizar la capacidad del individuo para comunicarse eficientemente y para realizar adecuadamente funciones orales no verbales tales como la deglución y la succión, a lo largo de todo el ciclo vital y en diversos contextos, a fin de garantizar a todos una mejor calidad de vida (Machado Goyano et al., 2018).

Desde hace tiempo y aún en la actualidad son notorias las necesidades de atención fonoaudiológica y del incremento de cargos de dichos profesionales en los distintos niveles de complejidad de los efectores de Salud Pública. En relación a ello existen escasas investigaciones, una de ellas se desarrolló en la ciudad de Rosario (Santa Fe) en el año 2008, cuya finalidad fue la de conocer las características de los recursos humanos y de las actividades que desempeñan los/as profesionales fonoaudiólogos/as, como también cuales son las áreas de la comunicación humana que se abordan en los efectores de Salud Públicos de dicha municipalidad. Esta investigación corresponde a un diseño de estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 10 Centros de Atención Primarias municipales que son los únicos que cuentan con atención fonoaudiológica de los 51 que hay en el municipio, donde asisten solo 5 fonoaudiólogas que se distribuyen entre dichos efectores. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una encuesta realizada a las fonoaudiólogas que consta de 14 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas. Los resultados que se obtuvieron de la misma fueron los siguientes: en relación 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 asistió una vez por semana; con una carga horaria de concurrencia en cada efector de menos de 9 horas semanales. Las profesionales realizaron mayoritariamente acciones de promoción y prevención; y en número menor, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En cuanto a las áreas de la comunicación humana que se abordaron fueron: habla, lenguaje y aprendizaje pedagógico; y en menor número, el área de voz. Las patologías más frecuentes fueron: retrasos en la adquisición del

lenguaje, afasia y anartria, disfluencia, dislalias, respiración bucal y disartria. Por otra parte, las consultas anuales fonoaudiológicas (año 2007) oscilaron entre 100 y más de 300 consultas anuales según el registro de las profesionales fonoaudiólogas encuestadas. En la mayoría de los Centros de Atención Primaria el inicio de la demanda se dio en forma espontánea y por derivación. Los grupos etarios que prevalecieron en la atención fonoaudiológica fueron: 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 se llegó a la conclusión de que la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Rosario fue inestable en cuanto a relación laboral, ya que en su mayoría los profesionales son contratados en planta transitoria. También fue escasa en relación a la cantidad de Centros que contaban con dicha disciplina (Campra y Brollo, 2008).

Hablar de diagnósticos implica conocer qué tiene el paciente, lo cual requiere de un tránsito por un camino definido puesto que es un problema de conocimiento que debe resolverse para arribar al diagnóstico. El proceso de este conocimiento parte de hechos concretos y evidentes, es decir, los síntomas, para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso (Geromini, 2006).

Conocer cómo se distribuyen los diagnósticos vinculados al ejercicio de la fonoaudiología en la Provincia de Santa Fe nos permite abrir caminos y formar profesionales fonoaudiólogos/as en las áreas específicas con mayor registro y poner el foco en aquellos diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia, en tanto dicha información permite visibilizar la necesidad de incrementar los cargos públicos para que se garantice la atención fonoaudiológica en las áreas que presentan mayor necesidad, atendiendo al derecho a la salud de la población.

En nuestro país se han efectuado varios estudios sobre diagnósticos, pero delimitados a uno en particular o una zona específica del territorio, o bien a un área específica de la fonoaudiología. Tal es el caso de un estudio realizado en la ciudad de Paraná (Entre Ríos) en el año 2019, cuyo objetivo fue describir el perfil de 54 pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internados en el Hospital San Martín en base a los siguientes aspectos: edad, sexo, tipo de ACV, agente de derivación, motivo de interconsulta fonoaudiológica y diagnóstico fonoaudiológico. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección y relevamiento de datos presentes en las planillas de pedidos de interconsulta al área de fonoaudiología. A partir de su

análisis se obtuvieron los siguientes resultados: 42,6% de los pacientes tenían 71 años o más; 37% Entre 51 y 70 años y 20,4% eran menores de 51 años. 53,7% fueron de sexo masculino y 46,3% femenino. 61,1% presentaron ACV de tipo isquémico y 38,9% de tipo hemorrágico. En el 59,3% el agente de derivación fue el médico/a neurólogo/a, en 35,2% el médico/a neurocirujano/a, en 2 (3,7%) fue otro/a profesional, mientras que en 1 paciente (1,8%) fue el médico clínico/a. 55,6% fueron derivados por dificultades en la deglución, 25,9% por otras dificultades motoras y/o sensoriales; 18,5% por dificultades en la articulación, y 16,7% por dificultades en el lenguaje. 96,3% tuvieron diagnóstico fonoaudiológico de disfagia; 14,8% de disartria, y 13% de afasia. En pacientes con ACV Isquémico el Agente de derivación principal fue el médico/a neurólogo/a (90,6%) y en el ACV hemorrágico el médico/a neurocirujano/a (76,2%). En ambos tipos de ACV predominó el motivo de interconsulta fonoaudiológica dificultades en la deglución, y el diagnóstico fonoaudiológico de disfagia (Almeida y Pichioni, 2021).

Por otra parte, en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires) en el año 2015 se realizó una investigación cuyo objetivo fue analizar los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica de los Centro de Atención Primaria de Mar del Plata. La muestra fue no probabilística y estuvo compuesta por 34 niños entre 3 y 14 años de edad que concurrieron a dichos centros que hayan iniciado tratamiento durante el periodo 2015. El estudio es de carácter descriptivo, transversal, Se utilizaron como instrumento las historias clínicas registradas. Del análisis de los datos se obtuvieron los siguientes resultados: los motivos de consulta fueron en más del 50% de los casos dificultades del habla, los cuales tuvieron como diagnóstico presuntivo dislalias múltiples. La mayor cantidad de ingresantes abarcó las edades de 4, 5 y 6 años, predominando el género masculino por sobre el femenino. Como agente de derivación se encontró en primer lugar la escuela, lo cual coincide con el mes de marzo donde se registran mayores ingresos al sistema. Como agente informante en casi la totalidad de los casos se registró la madre del niño. Por otra parte, más del 50% de los pacientes presentó una asistencia irregular, y un 52% de los casos estudiados fueron dados de baja antes de finalizar el tratamiento, solo un 29% de la totalidad de los niños fue dado de alta luego de cumplir con las metas establecidas por el terapeuta. En función de los resultados se llegó a la conclusión de que la mayoría de los niños ingresados al Sistema de Salud Pública por el servicio de fonoaudiología consultó por dificultades del habla, las edades predominantes abarcaron entre los 4 y los 6 años, la asistencia de

estos pacientes fue irregular y más de la mitad fueron dados de baja antes de concluir el tratamiento (Gómez, 2018).

Resulta interesante seguir ampliando las investigaciones referidas al servicio de fonoaudiología en los Sistemas de Salud Pública, a modo de producir conocimiento que derive en prácticas cada vez más equitativas, que conduzcan a la plena participación de la comunidad.

Hasta la actualidad, en la Argentina se evidenciaron múltiples y variados estudios sobre fonoaudiología, pero focalizados a un diagnóstico y/o área en particular, a un rango etario específico y/o a una localidad determinada, pero ninguno que aborde la totalidad y/o generalidad de diagnósticos con los que trabaja el profesional de la fonoaudiología ni tampoco que abarque un territorio demasiado amplio.

Trabajar con datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe le da relevancia al presente estudio debido a la extensión de la población investigada siendo de gran utilidad para la redefinición del perfil profesional, y un aporte enriquecedor para el avance de la disciplina.

Objetivo General

Esta investigación busca analizar la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que se registraron en los efectores de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe desde el año 2018 al 2019.

Objetivos Específicos

- Identificar cuál es la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana.

- Conocer la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo/región de la Provincia de Santa Fe.

- Indagar sobre la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los Servicios de Salud.

- Describir el género y la edad registrada en cada diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología.

Marco Teórico

La Salud como un derecho

La Salud es un derecho humano universal y un factor fundamental para el desarrollo de las sociedades. Al hablar de Salud es preciso conceptualizarla, aunque no se trate de una tarea fácil, ya que no existe una única definición y ha habido modificaciones a lo largo del tiempo de acuerdo a la historia y los contextos sociales, económicos y culturales en que se fueron sucediendo. Si bien en algunos lugares se siguen basando en posicionamientos tradicionales de la recuperación de la enfermedad a partir del descubrimiento de sus causas, en la actualidad se concibe a la Salud desde una perspectiva más global e integral. Es así que tomando la definición planteada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 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 (OPS, 1992).

En concordancia con lo planteado, la Salud es una construcción socio-cultural en estrecha relación con el ambiente donde está inserta y el momento histórico en que se encuentra. Reconocer a la Salud de la población como un derecho humano fundamental trasciende la mera asistencia sanitaria y permite pensar el interjuego de todos los procesos que la determinan de modo dinámico. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011 como se citó en Isaías et al., 2021) las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen, y las posibilidades de acceder al sistema sanitario, constituyen los determinantes sociales de la salud más importantes. A través de su estudio pueden explicarse la mayor parte de las inequidades, es decir, las diferencias injustas y evitables que se observan en la sociedad respecto de la situación sanitaria (Bertone, 2021) siendo el resultado de la distribución desigual de los recursos entre diferentes grupos humanos - países, clases sociales, regiones dentro de un país, colectivos al interior de una población- hacen a las condiciones concretas de vida y trabajo, y a la situación de salud, donde el estado es quien debe garantizar que tal derecho se cumpla.

Al respecto, Castellanos (1992) plantea que la situación de Salud guarda conexión con los procesos más generales de las sociedades, el desarrollo de sus fuerzas productivas, las formas de organizar la producción y distribución de bienes y servicios, las formas de organización política, y

los procesos demográficos y ecológicos de largo plazo. Puede decirse que la situación de Salud de una población guarda relación con el momento histórico en que dicha sociedad se encuentra. Cada momento histórico y cada sociedad, los diferentes sectores de la población tienen particulares condiciones de vida, las cuales se traducen en los perfiles diferenciales de problemas de salud. A su vez, estos perfiles traducen las formas diferentes de inserción y participación de cada grupo en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del territorio y de los bienes y servicios que la sociedad produce, por lo tanto, las respuestas sociales en salud deberán considerar estas diferencias si queremos enfrentar las inequidades.

Las condiciones de vida refieren al conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar de cada grupo de la población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado, y además en las relaciones de poder que caracterizan la organización política de dicha sociedad (Castellanos, 1992).

En este sentido, las condiciones de vida de un grupo de población incorpora procesos correspondientes a dimensiones biológicas (es decir, frecuencia y forma particular como se desarrollan los procesos de concepción, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo de los niños, características genéticas e inmunológicas, aspectos metabólicos, tamaño de las familias, estructura demográfica); dimensiones ecológicas (es decir, la forma particular de inserción de los sistemas ecológicos y las relaciones con el medio ambiente natural, las características ecológicas de su vivienda, de su barrio, de su ámbito geográfico); procesos relacionados con las formas de conciencia y de conducta (es decir, la forma particular de concebir sus relaciones con el mundo natural y con las otras personas y grupos, su nivel educativo, su forma y grado de organización, sus hábitos, valores y normas sociales); y procesos económicos (es decir, la forma particular de participar en la producción, distribución y consumo de bienes y de servicios, las características de los puestos de trabajo, de empleo y desempleo). En relación con la salud, estas condiciones de vida particulares de cada grupo, se expresan en necesidades y problemas que deben ser enfrentadas por la acción socialmente organizada. La resultante de este conjunto de necesidades y del conjunto de las respuestas sociales, se expresa en el perfil de morbilidad y mortalidad de cada grupo (Castellanos, 1992).

Es interesante agregar que, desde la perspectiva de Rovere (2006) los derechos sociales tienen que reafirmarse, no bajo la lógica de un estado dominante de estos servicios sino bajo la

construcción de ciudadanía vinculada directamente a sujetos concretos de este derecho. La ciudadanía se conforma cuando las personas son sujetos de derechos de tal forma que la sociedad vigila y reacciona si eventualmente existe una violación de estos derechos a modo de que se garanticen los mismos. El autor plantea que esto debe lograrse como un acuerdo entre sociedad y estado.

Los derechos sociales no están en el pasado, sino en el futuro. Y explica que el **derecho a la Salud** puede inscribirse en el movimiento más amplio de los derechos sociales. El derecho a la Salud no es algo que solamente se defiende porque eso hace suponer que ya lo tenemos, en cierta manera es un derecho que se construye, que se conquista con sujetos concretos (Rovere, 2006).

Por detrás del concepto del derecho a la Salud persiste el concepto de equidad. El mismo proviene del campo jurídico, de lo que es justo, pero en realidad va más allá de eso. En relación a ello, Rovere (2006) sostiene que hay tres tipos de equidades. Una primera equidad, la más evidente, la relaciona con la equidad en la atención, refiere a que todas las personas accedan eventualmente a la misma posibilidad de servicios y que los mismos sean de calidad semejante, es decir, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo. La segunda representa la equidad en la distribución de los riesgos, es decir, de los riesgos de enfermar, de discapacitarse o de morir por causas evitables y la tercera es la equidad en la distribución del saber y del poder en Salud, se trata de una categoría más amplia que excede el sector Salud, pero se la puede adecuar e incluir plenamente dentro del concepto de derecho a la salud. Saber y poder son conceptos que se refuerzan recíprocamente. La idea es que el saber o el conocimiento pertinentes permiten mejorar la salud, las condiciones de vida, o la toma de decisiones sobre la vida de cada uno en relación a uno mismo y este derecho no puede ser negado a nadie. Es por eso que los profesionales de la Salud, quienes poseen el conocimiento, deben hacerlo circular porque en términos de propiedad no les pertenece a ellos, sino que le pertenece a toda la sociedad (Rovere, 2006).

Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe

Según la OMS (2013) un **Sistema de Salud** es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la Salud de la población. Este sistema incluye diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo a través de acciones planificadas y organizadas una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de

promoción y protección de la Salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y reinserción. Los principios de este sistema están vinculados a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente (Seguí Gomez, et al., 2013).

La organización del Sistema de Salud depende de los estados de cada país. En Argentina, el Sistema de Salud está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. El subsistema público, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud abarcando en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. Por otro lado, el subsector de obras sociales tiene como rasgo central el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Se conforma por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Finalmente, el subsector privado denominado empresas de Medicina Prepaga ofrece diversidad de precios y servicios, tales empresas con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Si bien es importante conocer la organización del sistema de salud de nuestro país, cabe aclarar que esta investigación está centrada en el subsector público el cual está organizado por un modelo de gestión en red basado en la Atención Primaria de la Salud (APS).

En el marco de la Declaración de Alma-Ata (1978) se define a la **APS** como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y

socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias 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 autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS/OPS, 1978).

La APS integra tanto el sistema nacional de salud del que constituye la función central como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando los servicios de atención al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención primaria se organiza en **niveles de atención**, he aquí se distinguen los siguientes niveles: El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto e incluye la organización de los recursos para la resolución de necesidades de atención básicas y frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es decir, es la puerta de entrada al sistema de salud, y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud. En este nivel se garantiza la accesibilidad a la población, lo que posibilita la atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se resuelve la mayor parte de la demanda. Mientras que el tercer nivel de atención se destina a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología, aunque no se descarta la posibilidad de atención de patologías de menor complejidad. En tanto, para que estos niveles de atención puedan funcionar adecuadamente debe existir un **sistema de referencia y contrarreferencia** que permita la coordinación entre los diferentes niveles, teniendo en cuenta que la entrada al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención. Se entiende por referencia al procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda) transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez. Mientras que, la contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud o resultado de una

prueba diagnóstica al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento (Vignolo y et.al., 2011).

De este modo nada funciona aislado, sino en una red de interrelaciones dinámicas por la cual cada componente debe orientarse en pos del objetivo común. Es así que la OPS (2010) define las **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)** como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud (OPS, 2010).

En correspondencia con lo planteado anteriormente Castellanos (2007) explica que:

Una RISS es un conjunto de prestadores de primer, segundo y tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente, con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad, así como de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una población determinada en un área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados y conducidos por una gestión operativa única, a la que se podría definir como Red de Atención Médica. (Castellanos, 2007, como se citó en Barragán Bechara, et al., 2012, p. 188)

En este sentido, y en particular a la población abordada para dicho estudio, resulta relevante especificar cómo se constituye el sistema de salud en la **Provincia de Santa Fe**. La red está compuesta por efectores (Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas y/o organizaciones para dar respuesta efectiva a la ciudadanía y garantizar el acceso a la salud de toda la población. De esta manera, incluyen efectores con y sin internación, redes de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de soporte para el proceso de atención de modo que la red articule los tres niveles (Gobierno de la provincia de Santa Fe, s.f.).

Tal como se expresó con anterioridad, en la Provincia de Santa Fe, el Subsistema público de Salud organiza sus recursos de manera acorde a la estrategia de APS, adaptando su modelo de atención al territorio de la Provincia. En dicha organización es el Ministerio de Salud quien tiene la facultad de definir según criterios que considere, los requerimientos de la política sanitaria de acuerdo a necesidades territoriales a modo de garantizar cercanía, mejorando la accesibilidad a los servicios de salud, priorizando las acciones en zonas de vulnerabilidad, además de definir el rol de

cada efector, dispositivo o programa de salud como parte integrante de la red (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).

Cabe resaltar que la Provincia de Santa Fe forma parte de la región centro del país, tiene una superficie de 133.007 Km² y cuenta con una población de 3.164.804 habitantes. Si bien el territorio es profundamente rural está fuertemente urbanizado. A fines operativos es preciso mencionar que el total de unidades administrativas de la Provincia lo constituyen 362 localidades distribuidas en 19 departamentos, siendo importante considerar que, del total de localidades 312 son comunas y/o municipios con menos de 10 mil habitantes. (Gobierno de la provincia de Santa Fe, s.f.).

En el año 2008, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe elaboró el Plan Estratégico Provincial (PEP), el mismo plantea la regionalización de dicha provincia donde se organiza el territorio en cinco regiones y cada una posee una ciudad **nodo** como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. En este sentido, tal estrategia vendría a facilitar los esquemas de atención sanitaria desde una perspectiva global que facilite la organización según las necesidades de la población que se encuentra en una región particular (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2008).

“Se entiende como **región** al espacio territorial donde las relaciones productivas y sociales son procesadas institucionalmente con la intervención de autoridades políticas y organizaciones de productores, consumidores y ciudadanos para mejorar la gestión de los intereses públicos” (Geller, 2004, como se citó en Signorelli, 2013, p. 148). De esta manera, la propuesta de regionalización provincial según se manifiesta, concibe la región como una estructura flexible donde las fronteras son dinámicas, abiertas y permeables y se trata más bien de bordes o cercanías dentro de un espacio simbólico donde el territorio y la cultura aporten el anclaje necesario para su localización. Ello se debe fundamentalmente a la concepción de la provincia como red, en la cual los nodos son como núcleos de articulación, concentración, distribución y redistribución de capacidades, información y poder de una manera no jerárquica, facilitando la integración de los actores regionales. En otras palabras, la idea de regionalización apunta a un estado más próximo a los ciudadanos y a una mayor eficiencia en la gestión de los asuntos públicos, entendiendo al territorio más allá de su delimitación física, es decir, que se incluyen las relaciones sociales que en él se despliegan y le otorgan características particulares. Es así que se lo define como un espacio geográficamente delimitado que aparece constituido, construido y resignificado por una compleja trama de vínculos que sus

habitantes establecen sobre él (Signorelli, 2013). De esta manera, la organización territorial de la Provincia de Santa Fe queda distribuida de la siguiente forma:

Región 1 con Nodo en la ciudad de **Reconquista**, con una superficie de 35.507 km² y una población conformada por 230.964 habitantes. Situada en el sector noreste de la provincia; limita al norte con la provincia del Chaco; al este, a través del Río Paraná con la provincia de Corrientes; al oeste con la Región 2 y al sur con la Región 3. La región está comprendida por los departamentos General Obligado, San Javier y Vera, donde se incluyen las siguientes localidades: Alejandra, Arroyo Ceibal, Avellaneda, Berna, Calchaquí, Campo Hardy, Cañada Ombú, Colmena, Colonia Durán, El Arazá, El Rabón, El Sombrerito, Florencia, Fortín Olmos, Garabato, Golondrina, Guadalupe Norte, Ingeniero Chanourdie, Intiyaco, La Gallareta, La Isleta, La Lola, Lanteri, La Sarita, Las Garzas, Las Toscas, Los Amores, Los Jacintos, Los Laureles, Los Tábanos, Malabrigo, Margarita, Nicanor E. Molinas, Pozo de los Indios, Puerto Reconquista, Pueblo Santa Lucía, Reconquista, Romang, San Antonio de Obligado, Tacuarendí, Tartagal, Toba, Vera, Villa Ana, La Guillermina, Villa Ocampo.

La **región 2 con Nodo** en la ciudad de **Rafaela** con una superficie de 40.211 km² y una población conformada por 283.177 habitantes. Ubicada en el sector noroeste de la provincia, limita al oeste con las provincias de Santiago del Estero y Córdoba; al norte con la provincia del Chaco; al este con las Regiones 1 y 3, y al sur con la Región 4. Comprende los departamentos: Castellanos, 9 de julio, San Cristóbal y San Martín, donde se incluyen las siguientes localidades: Aguará Grande, Ambrosetti, Angélica, Arrufó, Ataliva, Aurelia, Bella Italia, Capivara, Castellanos, Ceres, Colonia Aldao, Colonia Margarita, Colonia Rosa, Constanza, Coronel Fraga, Curupaytí, Egusquiza, Esmeralda, Estación Clucellas, Estación Saguier, Eusebia y Carolina, Frontera, Garibaldi, Gato Colorado, Gregorio Pérez de Dénis, Hersilia, Huanqueros, Humberto Primo, Josefina, La Cabral, La Lucila, La Rubia, Las Avispas, Las Palmeras, Lehmann, Logroño, María Juana, Moisés Ville, Monigotes, Montefiore, Ñanducita, Palacios, Plaza Clucellas, Plaza Saguier, Pozo Borrado, Presidente Roca, Rafaela, Ramona, San Antonio, San Bernardo, San Cristóbal, San Guillermo, Santa Clara de Saguier, Santa Margarita, San Vicente, Soledad, Suardi, Sunchales, Susana, Tacural, Tostado, Vila, Villa Josefina, Villa Minetti, Villa San José, Villa Saralegui, Villa Trinidad, Virginia, Zenón Pereyra.

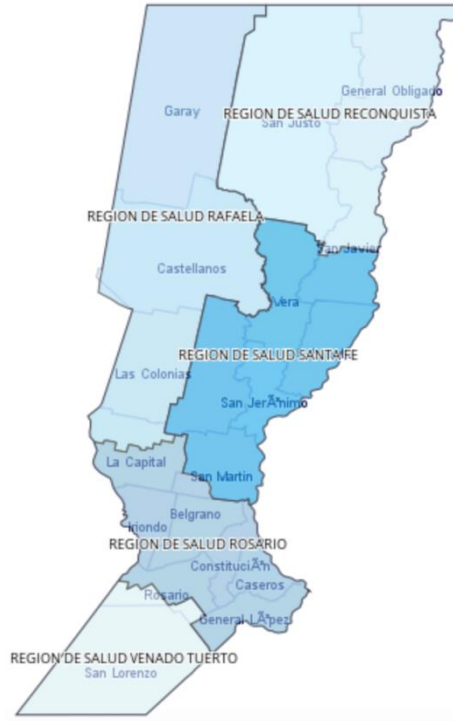
En cuanto a la **región 3 con Nodo** en la ciudad de **Santa Fe** con una superficie de 25.813 km² y una población conformada por 726.795 habitantes. Situada en el sector centro de la

provincia. Limita al oeste con la Región 2, al sur con la Región 4, al este con las provincias de Corrientes y Entre Ríos, y al norte con la Región 1. Los Departamentos que la componen son: La Capital, Las Colonias, San Justo, Garay, sur de San Javier (Distritos: San Javier, La Brava y Cacique Ariacaiquín), San Jerónimo. Donde se incluyen las siguientes localidades: Alto Verde, Ángel Gallardo, Arocena, Arroyo Aguiar, Arroyo Leyes, Barrancas, Barrio Caima, Bernardo de Irigoyen, Cacique Ariacaiquín, Campo Andino, Campo Crespo, Campo del Medio, Candiotti, Casalegno, Cavour, Cayastá, Cayastacito, Colastiné, Colonia Dolores, Colonia Mascia, Colonia Silva, Constituyentes, Coronda, Cululú, Desvío Arijón, Elisa, Emilia, Empalme San Carlos, Esperanza, Esther, Felicia, Franck, Gálvez, Gessler, Bernardo Crespo, Grutly, Helvecia, Hipatia, Humboldt, Irigoyen, Jacinto Arauz, La Brava, La Criolla, La Guardia, Laguna Paiva, La Pelada, La Penca y Caraguatá, Larrechea, Las Tunas, Llambi Campbell, Loma Alta, López, Los Zapallos, Marcelino Escalada, María Luisa, Matilde, Monte vera, Naré, Nelson, Nuevo Torino, Pedro Gómez, Pilar, Progreso, Providencia, Pueblo Aragón, Ramayón, Recreo, Rincón Potrero, Saladero Mariano Cabal, San Agustín, San Carlos Centro, San Carlos Norte, San Carlos Sud, San Eugenio, San Fabián, San Javier, San Jerónimo del Sauce, San Jerónimo Norte, San José del Rincón, San Justo, San Mariano, San Martín Norte, Santa Clara de la Buena Vista, Santa Fe, Santa Rosa de Calchines, Santo Domingo, Santo Tomé, Sa Pereira, Sarmiento, Sauce Viejo, Silva, Vera y Pintado, Videla, Villa Laura.

La **región 4** con **Nodo** en la ciudad de **Rosario** con una superficie de 18.335 km² y una población conformada por 1.561.347 habitantes. Se encuentra emplazada en el sector centro-sur de la provincia, limita al norte con las Regiones 2 y 3, al oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la Región 5 y la provincia de Buenos Aires y al este con la provincia de Entre Ríos. Comprende los Departamentos: Belgrano, Iriondo, además de San Lorenzo, Caseros (Distrito Casilda), Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal). Incluye las localidades de: Acebal, Albarellos, Alcorta, Aldao, Álvarez, Alvear, Arbilla, Arequito, Arminda, Armstrong, Arroyo Seco, Arteaga, Bigand, Bouquet, Bustinza, Cañada de Gómez, Cañada Rica, Cañada Rosquín, Capitán Bermúdez, Carcarañá, Carlos Pellegrini, Carmen del Sauce, Carrizales, Casas, Casilda, Castelar, Centeno, Cepeda, Chabás, Classon, Colonia Belgrano, Colonia Arnold, Coronel Bogado, Coronel Domínguez, Correa, Crispi, Cuatro Esquinas, Díaz, El Caramelo, El trébol, Empalme Villa Constitución, Fighiera, Fray Luis Beltrán, Fuentes, Funes, Gaboto, General Gelly, General Lagos, Godoy, Granadero Baigorria, Ibarlucea, Juan Bernabé Molina, Juncal,

Landeta, Las Bandurrias, Las Parejas, Las Petacas, Las Rosas, La Vanguardia, Los Cardos, Los Molinos, La Arbolada, Los Nogales, Lucio López, Luis Palacios, Maciel, María Susana, Máximo Paz, Monje, Monte Flores, Montes de Oca, Oliveros, Pavón, Pavón Arriba, Pérez, Peyrano, Piamonte, Piñero, Pueblo Andino, Pueblo Esther, Pueblo Muñoz, Pueblo Uranga, Pueblo Arroyo Seco, Puerto General San Martín, Pujato, Ricardone, Roldán, Rosario, Rueda, Salto Grande, Sanford, San Genaro, San Genaro Norte, San Jerónimo Sud, San Jorge, San José de la Esquina, San Lorenzo, San Martín de las Escobas, Santa Teresa, Sargento Cabral, Sastre, Serodino, Soldini, Stephenson, Theobald, Timbúes, Tortugas, Totoras, Traill, Villa Amelia, Villa Constitución, Villa del Plata, Villa Eloisa, Villa Elvira, Villa Gobernador Gálvez, Villa La Ribera, Villa Mugueta, Wildermuth, Zavalla.

Y finalmente, la **región 5** con **Nodo** en la ciudad de **Venado Tuerto**, con una superficie de 12.772 km² y una población conformada por 198.818 habitantes. Ubicada en el sector sur de la provincia, limita al oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la provincia de Buenos Aires y al noreste con la Región 4. Los departamentos que la componen son: General López, parte de Caseros (excluido Distrito Casilda) y Constitución (Distrito Bombal). Incluye las siguientes localidades: Aaron Castellanos, Amenábar, Beravebú, Bombal, Cafferata, Cañada de Ucle, Carmen, Carreras, Chañar Ladeado, Chapuy, Chovet, Christophersen, Diego de Alvear, Elortondo, Firmat, Godeken, Hugues, Labordeboy, La Chispa, Lazzarino, Los Quirquinchos, Maggiolo, María Teresa, Melincué, Miguel Torres, Murphy, Rufino, Sancti Spiritu, San Eduardo, San Gregorio, Santa Isabel, Teodelina, Venado Tuerto, Villa Cañas, Villada, Wheelwright (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2008).



(Red de efectores de la provincia de Santa Fe, s.f., www.santafe.gob.ar/maparecurso).²

Al abordar una población tan amplia como la que se ha tomado para el presente estudio, resulta menester explicar cómo se constituye el registro de datos de atención a la salud. Es así que en la Provincia de Santa Fe la Sectorial de Informática perteneciente al Ministerio de Salud desarrolló el **Sistema Integral para los Centros de Atención Primaria (SICAP)**. Se trata de un sistema que permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar, otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. De esta forma se genera un registro único e integrado de las atenciones donde a partir de una red virtual, el personal de salud puede aportar y acceder a la información disponible en el sistema (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).

Por su parte, el Ministerio de Salud (2012) refiere a la implementación del registro diario de consultas ambulatorias en todos los efectores de atención primaria de dicho ministerio; donde se utiliza un formulario cuyo objetivo es protocolizar los registros que se completan en los efectores de salud de la Provincia de Santa Fe. La resolución ministerial n° 2319/12 plantea que toda la

² Para más detalle, ver Anexo II Nodos.

información registrada será asentada en el SICAP al que los distintos efectores podrán acceder directamente desde cualquier computadora conectada a internet a través de la utilización de usuario y contraseña que serán suministrados por la Sectorial de Informática, mientras que aquellos establecimientos que no estén informatizados consignarán en forma manual los datos requeridos en las planillas preimpresas remitiéndolas luego para su carga centralizada en el sistema informático; posteriormente serán devueltas al centro de salud emisor (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2012).

Cabe destacar que para el registro de diagnósticos se utiliza la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), la cual se trata de un sistema de categorías representadas por un código alfanumérico a las que se le asigna entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. Dicho sistema permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas, es decir, que no sólo tiene fines prácticos sino también epidemiológicos. (Ministerio de salud de la República Argentina, s.f.). De esta manera se puede afirmar que la implementación de esta estrategia no solo facilita el acceso al historial clínico de cada paciente, sino que también permite estudios estadísticos y biomédicos de gran utilidad para el desarrollo científico y para la planificación de estrategias de prevención y promoción de la salud de la población.

Personal de Salud e Interdisciplina

Cuando se habla de **modelo de atención** se hace referencia al diseño de la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos en un sistema de salud, niveles de atención, perfil de competencias, etc., con el objetivo de contribuir al mayor nivel de salud de las personas. También se refiere a las características, valores y principios, tipo, estructura y combinación de servicios de salud que se ofrecen en un país. Los modelos de atención son integrales cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación, que son desarrolladas por el sistema de Salud, a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas, están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad a las personas, considerando su integridad física, psíquica y social, así como los aspectos propios de la diversidad cultural, de género y de etnia, a lo largo de todo el ciclo vital (OPS, 2017).

Según explica el Gobierno Nacional Argentino, se entiende por **servicio de Salud** a las prestaciones de atención sanitaria correspondiente a las distintas especialidades o profesiones que conforman el sistema de salud (Gobierno Nacional de la República Argentina, 1997).

Si se posiciona desde la perspectiva de servicios de Salud como determinantes se puede identificar por un lado a las instituciones con sus recursos físicos y humanos destinados a la atención directa de las/los usuarios y sus problemas, por otro lado, se incluyen a los modos organizacionales particulares para la atención de la demanda. Según la modalidad con la que las instituciones organizan la oferta de servicios las/los usuarios pueden encontrar mayor cantidad de barreras, una atención más o menos fragmentada, un cuidado más o menos continuo y una atención más o menos integral. Si además se concibe a las desigualdades sociales en Salud desde sus dos dimensiones (desigualdad en la situación y desigualdad en la atención) permite a los servicios de Salud revisar los espacios de sus prácticas para identificar y medir las desigualdades que cotidianamente las instituciones de salud producen, y generar los cambios necesarios para reducirlas. Teniendo en cuenta que las desigualdades de atención generadas por los propios servicios de salud pueden deberse a: desigualdad en la cobertura (cuando la red de servicios no cubre a todos/as por igual), desigualdad en el acceso (cuando lo geográfico, lo económico, lo organizacional y/o lo cultural generan barreras para el acceso a los servicios, a pesar de una similar cobertura, la inequidad está en el acceso), y desigualdad en el proceso de atención-cuidado (cuando aun habiendo sorteado las barreras de acceso los procesos de atención-cuidado no son integrales, continuos o longitudinales, restando eficacia terapéutica al trabajo) (Montenegro & Herrmann, 2019).

En la actualidad es preciso redefinir los procesos atencionales en base a las necesidades de salud de las personas y de la comunidad, lo cual implica conocerla, caminarla, vincularse para determinar cuáles son las problemáticas que merecen mayor atención y especialización, y cuáles son las zonas más afectadas del territorio provincial.

Villareal (s.f.), sostiene que:

El **profesional fonoaudiólogo** precisa saber no sólo sobre organización sanitaria y niveles de atención, para ejercer en forma eficiente su trabajo en el sector de la salud pública, sino también las implicancias sociales de las decisiones políticas en materia de salud. Esta perspectiva amplía la mirada de la atención cerrada en consultorio que intenta remediar la demanda puntual o reduce a su patología al paciente que consulta. Es necesario conocer las

necesidades de la población a cargo, como sujeto activo para implicarse en el cuidado de su Salud. (p. 46)

Por otra parte, “es necesaria también una redefinición del concepto de recursos humanos, el cual hace referencia al personal de Salud, profesionales y trabajadores en general de este sector” (Rovere, 2006, p. 22). Esta reconceptualización implica marcar una ruptura del concepto tradicional y proponer en cambio el término de personas para la Salud que reconoce una noción de potencialidad para actuar y de intencionalidad en la acción. Dicha expresión parece más apropiada, ya que comunica la idea de capacidad para innovar, aprender y transformar la realidad. Este aprender conlleva uno de los puntos importantes que agrega Rovere (2006), la **educación permanente**, donde afirma que la perspectiva no descansa en que haya cursos o capacitación, sino que las organizaciones como un todo aprendan sistemática y situacionalmente. El trabajo sistematizado a través de dispositivos de educación permanente se basa en experiencias de aprendizaje conjuntas centradas en las necesidades y expectativas de la comunidad, analizando problemas en escenarios reales y orientados a la mejora sistemática de la calidad de atención, de esta manera la respuesta a la necesidad de la población es más efectiva e integral. En relación a ello, afirma que la educación permanente no es temática sino problemática y que 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 (Rovere, 2006). De esta manera, pensar a la interdisciplina desde la conformación de un **equipo de trabajo** implica 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 una relación horizontal. De este modo, la interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención generándose un punto de encuentro (Carballeda, 2018). Desde esta perspectiva, se entiende a la interdisciplina como al trabajo que realizan los profesionales, que sin dejar de lado sus especialidades, intervienen de manera conjunta un mismo objeto de estudio desde un mismo plano, pero desde diferentes miradas, donde ninguna disciplina se sobrepone a otra y todas se enriquecen en su interjuego. Cabe aclarar que, según la problemática a abordar, varía en número y disciplinas que integran los distintos equipos de trabajo.

En relación a lo antes dicho, resulta interesante poder reconocer qué se entiende por **profesional**. Susana Villareal (s.f.) lo define como aquel que posee una serie de conocimientos o

saberes específicos y especializados que requieren de una práctica y aprendizaje extenso. En este sentido, las profesiones que integran equipos interdisciplinarios junto a la fonoaudiología que se pueden encontrar más frecuentemente son: medicina clínica o general, pediatría, neurología, otorrinolaringología, psiquiatría, psicología, psicopedagogía, kinesiología, fisiatría, enfermería, estimulación temprana, terapia ocupacional, asistencia social, odontología, neonatología, guardia y emergencias, entre otros (Villarreal, Las profesiones, s.f.).

La **medicina clínica** o **interna** es la especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan sus órganos y sistemas. En Argentina, el Servicio de Clínica Médica está constituido por tres sectores: internación, consultorios externos (de clínica médica y de especialidades relacionadas) y atención en los barrios del hospital (Ministerio de salud de la Republica Argentina, s.f.).

La **pediatría** “estudia los problemas de Salud general de niños y niñas (enfermedades infecciosas crónicas o endémicas, trastornos clínicos diversos, aspectos de la nutrición y del crecimiento)” (Villarreal, s.f., p. 16).

Por su parte, la **neuropediatría** “estudia la maduración y las funciones superiores del sistema nervioso infantil, a través de técnicas especiales, en trastornos del lenguaje y aprendizaje escolar” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **neurología** “atiende las patologías neurológicas del paciente adulto. Da el diagnóstico etiológico (causal)” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **psiquiatría** “estudia las patologías mentales en los niños y niñas, reacciones neuróticas y psicóticas (psiquiatría infantil). En adultos cuando los trastornos neurológicos del lenguaje, se acompañan con cuadros depresivos. Deberá atender tres áreas: personalidad, ámbito familiar y social del paciente” (Villarreal, s.f., p. 16).

La psicología y/o psicología infantil:

Estudia el psiquismo, las conductas, las emociones, y las formas de relacionarse de los individuos y se ocupa del tratamiento de las alteraciones de la personalidad existentes en la infancia, en el adulto o en la vejez, en sus aspectos individuales, en su adaptación al medio socio-familiar y laboral. En los trastornos del aprendizaje investigará los procesos cognitivos (de inteligencia y pensamiento) y los problemas afectivo-emocionales que pueden acompañar al cuadro. (Villarreal, s.f., p. 16)

La **psicopedagogía** y/o **psicología educacional**, “se especializa en realizar la evaluación pedagógica en las alteraciones del aprendizaje escolar (adquisición de los códigos lecto-escritos y del cálculo), del rendimiento intelectual y de los procesos cognitivos y su tratamiento” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **estimulación temprana** se encarga de la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de trastornos del neurodesarrollo desde un enfoque interdisciplinario. A su vez, realiza un acompañamiento y abordaje con la familia e intercambio con las instituciones a las que concurre el paciente. Se destina a niños y niñas de 0 a 4 años que presenten trastornos, o permanentes en su desarrollo, o que tienen el riesgo de padecerlos (por diferentes causas: neurología, psicología, social, emocional) derivados de centros de Salud, hospitales, etc. También está destinado a padres y/o familiares de estos niños y niñas. (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).

La **otorrinolaringología** (ORL), “se encarga de las investigaciones clínicas infantiles en audición, fonación y en alteraciones respiratorias, y en patologías en adultos” (Villarreal, 2021, p. 16).

La **odontología, odontopediatría, ortodoncia** y/o **estomatología**, “trabaja en común con la fonoaudiología en las alteraciones anatómico-funcionales que provocan trastornos del habla (por fisura palatina, malformaciones buco-faciales, deglución atípica, pérdida o mala implantación de piezas dentales, etc.” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **kinesiología** “investiga las funciones motoras, el compromiso de los diferentes músculos, sus limitaciones y tono muscular. Se encarga de la rehabilitación funcional” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **fisiatría** “explora las características del aparato motor, en pacientes con afecciones neuromusculares y de la locomoción. Coordina la rehabilitación física” (Villarreal, s.f., p. 16).

La **asistencia o trabajo social**, “se encarga de recolectar datos sobre el medio social, familiar, laboral, cultural y económico del paciente. Verifica en terreno la organización familiar, condiciones de vida de la familia y/o del ámbito escolar y los vínculos afectivos que rodean al paciente” (Villarreal, s.f., p. 17).

La **terapia ocupacional** es una profesión centrada en el paciente interesado en promover la Salud y el bienestar a través de la ocupación, trabaja con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debido a algún cambio de Salud y que por tanto hace que experimente limitaciones en su participación. El objetivo de los

terapeutas ocupacionales es lograr mediante el trabajo con las personas y las comunidades aumentar su capacidad de participación en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional (Pradolini, 2015).

El ejercicio de la **enfermería** comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la Salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. En la provincia de Santa Fe se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería: nivel profesional, que consiste en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de Salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia; y nivel auxiliar, que refiere a la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado del enfermo, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión (Legislatura de la Provincia de Santa Fe, 2005).

En cuanto a la **neonatología**, es la disciplina que se ocupa de la asistencia para la organización de redes perinatales. Además de la evaluación, el mejoramiento de la calidad y la homogeneización de la atención neonatal, en especial la de alta complejidad; la profilaxis de las infecciones respiratorias en la población vulnerable y la atención y el seguimiento interdisciplinario de los recién nacidos de riesgo (Ministerio de Salud de la República Argentina, s.f.).

En la República Argentina en las **guardias médicas** se reciben las urgencias y las emergencias con riesgo de vida inminente, los pacientes pueden ser ambulatorios o de internación. El paciente ambulatorio es aquel que consulta por una patología aguda o crónica reagudizada y que concurre al servicio habitualmente por sus propios medios o bien es trasladado. Las consultas que evacúa la guardia son de urgencia y no programadas y referidas a: clínica médica, cirugía, cardiología, traumatología, pediatría, ginecología. El paciente que se interna lo hace por decisión del médico que lo asiste ambulatoriamente en el servicio o por derivación de otra institución o de un servicio de emergencias extrahospitalario y puede ser de dos tipos: a) de emergencia: pacientes críticos con inminencia de muerte. Para ello debe disponer de una sala de reanimación o Shock Room (estabilización hemodinámica). El destino posterior es unidad de cuidados intensivo (UTI-UCO) quirófano, morgue. b) de urgencia: Para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad, pero sin muerte inminente por la misma (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2001).

Los distintos profesionales pueden compartir responsabilidades en el diagnóstico, la terapéutica y en la prescripción en casos específicos y de acuerdo a guías y protocolos concordados.

Se deben seguir generando capacidades para que el cuidado se pueda proveer cada vez más cerca del hogar y/o hábitat de las personas de manera profesional, con el apoyo de las tecnologías, del asesoramiento experto del equipo de Salud y el apoyo de redes socio sanitarias, especialmente en el caso de personas con condiciones crónicas o de largo plazo. En este sentido, los servicios requieren gran amplitud para dar respuesta desde el primer nivel a la mayor parte de las nuevas problemáticas de Salud e incorporar los nuevos conocimientos y tecnologías que posibilitan su abordaje. Para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel, será necesaria la transferencia gradual y sostenida de capacidades de diagnóstico y tratamiento que antes sólo se hacían en niveles más especializados, esto implica la ampliación en calidad y cantidad los equipos humanos, así como en transformar las competencias profesionales calificando al máximo las profesiones de la Salud con orientación familiar y comunitaria para que sean capaces de aumentar la resolutoria con cercanía y calidad. Los roles de cada miembro del equipo tienden por tanto a ser más flexibles y al mismo tiempo que continuará aumentando la necesidad de especialización, crecerá la necesidad de contar con agentes de Salud generalistas y con mayores capacidades para la cooperación y para mantener un balance de experticia y mirada sistémica e integrativa en los cuidados de personas y comunidades usuarias. De acuerdo a la OPS (2017), una implementación exitosa de equipos interdisciplinarios requiere de problematizar y resolver cuestiones relacionadas con la identidad, con las tensiones en el campo del poder, el estatus y los roles que tradicionalmente tienen las profesiones de la Salud y de cómo ellas pueden adaptarse dinámica y flexiblemente a los requerimientos organizacionales para responder de manera efectiva a las necesidades de Salud. En las cuestiones anteriores, juegan construcciones sociales relacionadas con prestigio, género y poder que son relevantes de gestionar, junto a otros aspectos esenciales como liderazgo, capacidades asociativas y de aprendizaje, a objeto de constituir equipos que se adecuan y responden con altos desempeños. Por lo anterior, la definición y reglamentación de perfiles y responsabilidades profesionales, debe alinearse a mejorar la capacidad de los equipos interdisciplinarios ante las necesidades de Salud de personas y comunidades, comprendiendo que ello requiere de la generación de espacios de diálogo que contribuyan a superar resistencias y el estatus quo (OPS, 2017).

Fonoaudiología en Salud Pública

La Salud es un proceso dinámico que parte de la comunidad y vuelve a ella a través de la educación para la Salud. Este interjuego necesita de profesionales de la Salud que estén inmersos en las necesidades de la comunidad para poder intervenir adecuadamente, y a partir de ahí, fomentar y facilitar la participación social en las estrategias de prevención y promoción de la Salud. En coarticulación con el estado se deben generar espacios que les permitan ser partícipes, ser sujetos activos de manera que se garantice el derecho a la Salud.

Tal como plantea Bertone (2021):

Respecto del abordaje de la comunicación, es indispensable garantizar la atención integral. Es necesario correr la mirada puesta exclusivamente en la asistencia, para desarrollar intervenciones de promoción y prevención que permitan el grado máximo posible de Salud en relación a los aspectos vinculados a la comunicación humana. Para lograrlo, los/as profesionales de la fonoaudiología deberían estar presentes en los diferentes efectores de Salud dependientes del Estado a fin de garantizar la accesibilidad a toda la población en todos los niveles de atención. (Bertone, 2021)

La historia de la Fonoaudiología manifiesta que es una disciplina que se nutrió de otros campos de conocimientos conformando un entramado interdisciplinario. Con esta formación pluridisciplinaria la Fonoaudiología realiza su profesionalidad en el campo de la Salud, educación y rehabilitación. En este sentido, el corpus del saber fonoaudiológico tiene un fuerte anclaje en las ciencias biológicas (anatomía, fisiología, neurología, audiológica) y físicas (física acústica), aunque las funciones comunicativas sobre las que opera lo introducen en las disciplinas humanísticas (lingüística, psicología, antropología, epistemología, metodología y pedagogía) (Bertone, 2021).

La **Fonoaudiología** es una disciplina científica cuyo objeto de estudio es la comunicación humana y su manifestación en trastornos de la voz, la audición y el lenguaje. Sus acciones se expresan en la promoción y prevención de la Salud, en el diagnóstico, terapéutica y rehabilitación de las perturbaciones que retardan, distorsionan o desintegran el desarrollo del proceso comunicativo-lingüístico (Ministerio de Salud y Acción Social, 1999).

Cabe aclarar que en la reciente Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología N° 27.568, se consideran también como actividades de incumbencia fonoaudiológicas a aquellas actividades de promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento,

tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías entendidas como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Según el Artículo 2 de la Ley Provincial N° 9981 de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología promulgada en 1987 en la Provincia de Santa Fe, se considera ejercicio profesional de la Fonoaudiología a la detección y diagnóstico fonoaudiológico, la prevención, la recuperación y rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana en relación con las **áreas de: voz, habla, lenguaje y aprendizaje pedagógico** relacionado con las **alteraciones del lenguaje y la audición**.

Por otra parte, en su Artículo 3 explica que se considerará especialmente que constituye ejercicio de la Fonoaudiología a las siguientes actividades:

a) Con respecto a la **fonación**: Se incluyen anamnesis, evaluación de la mecánica respiratoria (tipo, modo, perímetros; coordinación fono-respiratoria; frecuencia, modo, apnea, capacidad pulmonar, espirometría), examen odontoestomatológico relacionado con déficit fonoarticulatorio, examen de la voz, estudio de la posición de la laringe en reposo y fonación, estudio del esquema corporal, vocal, observación de la musculatura corporal y extralaringea en función vocal, relajación general en función vocal, educación del oído musical, reeducación respiratoria en función vocal, ubicación e impostación de la voz hablada y cantada, estimulación cócleo-recurrential, recuperación fonoarticulatoria de disfonías de distintas etiologías en niños, adolescentes y adultos, recuperación de laringectomías, recuperación de falsas mudas y parálisis laríngeas. La reeducación de las patologías vocales deberá realizarse con diagnóstico médico previo y controles periódicos del especialista.

b) Con respecto del **habla**: examen de la musicalidad, examen funcional de los órganos del habla, examen de la sensibilidad propioceptiva de los órganos del habla, examen de las praxias buco-faciales y de la respiración. Examen del punto y modo articulatorio, logometría, comparación de la formulación mental y oral, estudio de las características disártricas, disfásicas, dispráxicas y psicológicas del habla. Diagnóstico, evaluación y pronóstico en disfemias (tartamudez, tartajeo, etc.). Orientación del grupo

familiar en dicho trastorno. Examen osciloscópico de la articulación. Tratamiento recuperativo de las paresias velares, tratamiento recuperativo fonoarticulatorio de los síndromes palatinos, de las malformaciones buco-faciales, de la deglución atípica y de las alteraciones funcionales respiratorias. Tratamiento recuperativo de la articulación en cuadros específicos y en los relacionados con trastornos neurológicos.

c) Con respecto a la **audición**: estudio clínico instrumental de pacientes con audición normal y el despistaje y topodiagnóstico de los diferentes tipos de pérdida en la acuidad auditiva. Anamnesis. Acumetría. Diapasones. Audiometría informal. Determinación de los niveles de audición mediante audiometría con instrumental electrónico (audiometría tonal, pruebas liminares, pruebas supraliminales, barridos tonales, logaudiometría, audiometrías colectivas). Audioimpedanciometría. Colaborar en la parte audiológica con el especialista en estudios de electrococleografía y potenciales provocados auditivos. Selección de otoamplifono. Despistaje de la simulación auditiva. Adiestramiento auditivo, labio lectura, conservación de la voz, lenguaje y articulación en las discapacidades auditivas. Medición del nivel de ruidos y controles auditivos como requisitos de seguridad en trabajos insalubres que afectan al órgano auditivo como así también el asesoramiento pertinente.

d) Con respecto a la función **vestibular**: Estudio del nistagmus espontáneo. Estudio del nistagmus de posición. Pruebas calóricas. Prueba pendular. Pruebas rotatorias y galvánicas. Observación del nistagmos optokinético. Prueba de rastreo ocular. Gustometría. Graficación electronistagmográfica y observación ocular bajo supervisión médica simultánea.

e) Con respecto al **lenguaje**: anamnesis. Examen; evaluación y diagnóstico. Pronóstico y recuperación de los aspectos fonológicos, semánticos y morfo-sintácticos del lenguaje. Examen del lenguaje verbal en sus niveles: voluntario y facilitado. Evaluación cuantitativa y cualitativa del estado del lenguaje verbal. Estudio de las características culturales, geográficas y sociales de la lengua. Examen de la actividad gnósico-práxica: gnosis visuales, auditivas y táctiles en los aspectos sensorial y perceptual, gnosis manuales y digitales. Estudio de las praxias corporales y oro-faciales. Examen de la dominancia y lateralidad corporal. Integración recuperativa perceptual psicomotriz en función del lenguaje y del lenguaje lecto-escrito. Estimulación e integración recuperativa

de las conductas de comunicación. Lenguaje en infantes y niños. Evaluación lingüística no verbal. Examen de las funciones del aprendizaje: atención, memoria, senso-percepción. Valoración de las manifestaciones clínicas y su expresión sintomatológica para la caracterización de los trastornos de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo) relacionados con las alteraciones del lenguaje en diferentes entidades nosológicas, y tratamiento recuperativo de las patologías del lenguaje. (Colegio de fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe 2da circunscripción , 1987, p. 1)

Para el presente estudio se crea una categoría denominada **área de intersección** la cual toma carácter de multiárea ya que hay ciertas entidades nosológicas o diagnósticos que por su complejidad involucra a más de un área de intervención fonoaudiológica.

Además, la actividad fonoaudiológica involucra a pacientes de todas las edades, neonatos, lactantes, niños, adolescentes, adultos y gerontes.

Por su parte Lilia Escorcía-Hernández expresa que:

La **edad** como una categoría que refiere al tiempo que se vive, está implícita en la cosmovisión de los seres humanos de cualquier cultura, es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva y se manifiesta físicamente por se en el ritmo biológico por el que pasamos todos los seres vivos, en el caso de los seres humanos inminentemente relacionado a la concepción del tiempo. Así también, la expresión del ritmo biológico, continuo y progresivo, le significa al individuo y se representa socialmente. (Escorcía-Hernández, 2015, p. 15)

En la Provincia de Santa Fe, la edad de registro de pacientes dentro del sistema SICAP se realiza bajo las siguientes categorías:

- Menor a 1 año
- Igual a 1 año
- De 2 a 4 años
- Entre 5 y 9 años
- De 10 a 14 años
- De 15 a 49 años
- Más de 50 años
- Sin datos, en los casos en que no se cuenta con información etaria del

paciente.

Resulta relevante posicionarse desde una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital, ya que pone de relieve la perspectiva temporal y social, ello permite explorar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones si se quiere, para descubrir puntos claves de las características de su estado de Salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias están determinadas por el entorno social, económico y cultural de esa persona y/o población en estudio. La epidemiología, permite estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de Salud en fases posteriores de la vida. Su finalidad es identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida. Este enfoque permite analizar los casos en particular, y en general, y elaborar hipótesis sobre ciertas condiciones que se dan en la vida de las personas. En relación a ello, existen estudios que indican la presencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo, no sólo durante la gestación y primera infancia, sino también durante la niñez y adolescencia, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la Salud y afectar más al potencial de Salud a largo plazo. Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital permite examinar las consecuencias de Salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez, y considerar si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas atenuando o exacerbando los riesgos de Salud. La mirada amplia respecto de los procesos de Salud en la vida de las poblaciones permite abordarla desde un modelo interdisciplinario que posibilite integrar explicaciones y comprender la complejidad de la Salud de la población para poder actuar en consecuencia, y elaborar estrategias de promoción y prevención (OMS, 2000).

En relación a lo expresado, Navarro-Pardo (2012), al estudiar los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, explica que, si bien la incidencia de trastornos en población infantil es poco conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica, por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos, y por el uso de varias clasificaciones criterios taxonómicas. A lo que se suma la complejidad a la hora de evaluar, diagnosticar y tratar a dicha población, tanto por su menor desarrollo y madurez general como por las alteraciones que presentan en el lenguaje. Concluye que

estudiar los trastornos que se dan en la infancia y adolescencia, y poder detectarlos tempranamente es muy significativo debido al impacto que tienen en el rendimiento académico, de esta manera es importante conocer su incidencia (Navarro-Pardo et al., 2012).

Por otra parte, la fonoaudiología no hace distinción en la atención de pacientes en cuanto al género de los mismos.

Lamas (1998) cuando habla del género dice que:

Es la simbolización que los seres humanos hacemos de la diferencia sexual - *el género* - lo que reglamenta y condiciona las relaciones entre mujeres y hombres. Mediante dicho proceso de simbolización, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que se supone es "propio" de cada sexo. La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. (Lamas, 1998, p. 192)

Siguiendo esta línea de pensamiento, en la actualidad se plantea el **enfoque de género** como una práctica necesaria en nuestra sociedad, ya que esta mirada nos permite problematizar cómo llegamos a ser varones o mujeres, por qué existen mandatos acerca de cómo debemos ser, y de qué modo esos mandatos generan relaciones desiguales y violentas. Este enfoque no sólo busca reflexionar sobre las relaciones de género, sino también proporcionar herramientas para comprender su carácter injusto y denunciar las formas de violencia y/o discriminación que emerjan, y generar el compromiso de cambiar nuestras prácticas con un enfoque igualitario. En este sentido, la Ley Micaela (N° 27.499) promulgada en el año 2019, establece la capacitación obligatoria en los temas de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en la función pública (Provincia de Santa Fe, 2022).

La atención en Salud se ve afectada cuando se toma como punto de partida el supuesto de que todas las personas son heterosexuales. Por otra parte, esta presunción no se asocia sólo a la orientación sexual sino también a la identidad de género, al suponer que todas las personas se identifican con el mismo género que le fue asignado al nacer. Para ello, el Artículo 3 de la Ley Nacional de identidad de género N° 26.743 (2012) establece que “Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2012). En este sentido, el respeto a la identidad de género, y el llamando a la persona con los nombres y

pronombres elegidos en base a su vivencia, está consagrado por la ley, es decir, es un derecho y no puede ser condicionado por nuestras creencias personales, religiosas o culturales.

En relación a lo expresado, en los Sistemas de Salud aún hay una tendencia a reproducir estereotipos de género y prácticas que pueden redundar en la vulneración de los derechos humanos de mujeres y personas de la diversidad sexual. Además, las violencias por motivos de género impactan en la Salud de las personas con múltiples consecuencias, siendo el sistema de Salud un lugar de posible detección de situaciones de violencia y abordaje integral de las mismas. Por lo tanto, es fundamental problematizar nuestras prácticas como trabajadoras y trabajadores y contemplar el abordaje específico de las violencias por motivo de género en el ámbito de la salud (Provincia de Santa Fe, 2022).

En el caso de la Provincia de Santa Fe, el registro de género se realiza a través del SICAP bajo las siguientes categorías:

- Femenino
- Masculino
- Sin identificar, en los casos en que no se cuenta con información sobre el género del paciente.

Seguramente se seguirán construyendo y deconstruyendo estas categorías en tanto la cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio. La diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es, para el género humano, tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras (UNESCO, 2001).

Es así que en nuestras sociedades cada vez más diversificadas, resulta indispensable garantizar una interacción armoniosa y una voluntad de convivir de personas y grupos con identidades culturales a un tiempo plurales, variadas y dinámicas. Las políticas que favorecen la inclusión y la participación de todas y todos los ciudadanos garantizan la cohesión social, la vitalidad de la sociedad civil y la paz. Definido de esta manera, el pluralismo cultural constituye la respuesta política al hecho de la diversidad cultural, el cual es inseparable de un contexto democrático. Por lo que dicho pluralismo es propicio a los intercambios culturales y al desarrollo de las capacidades creadoras que alimentan la vida pública (UNESCO, 2001).

Es importante promover instituciones que tengan en cuenta el respeto de las diferencias y la inclusión de la diversidad no para acentuar desigualdades, sino con el fin de establecer estrategias claras y efectivas que generen las condiciones necesarias que permitan la realización plena de todos (niñas, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores) más allá de sus géneros. (Tarducci y Zelarallán, 2006, pág. 21).

Diagnósticos Vinculados al Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología

Según plantea Geromini (2006), hablar de **diagnóstico** implica conocer qué tiene el paciente, lo cual requiere de un tránsito por un camino definido puesto que es un problema de conocimiento que debe resolverse para arribar al diagnóstico. Se trata de un proceso cognitivo donde se parte de los hechos concretos y evidentes, es decir, de los síntomas para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso. La autora plantea que el registro de los síntomas debe ser completo y metódico porque ellos adquieren gran relevancia por ser la expresión concreta de los procesos fisiopatológicos subyacentes. A partir de esos datos y sólo si la investigación del paciente es enfocada como un proceso de conocimiento, será posible pasar de los síntomas a las relaciones dinámicas que los ligan, es decir, poder estudiar los procesos fisiopatológicos subyacentes. (Geromini, 2006). Si bien el diagnóstico es un proceso donde a partir de la recopilación y estudio de los signos y/o síntomas que manifiestan los pacientes se llega al conocimiento de lo que éste presenta, ya sea afección, lesión y/o enfermedad, no debemos quedarnos con esa simple información como lo más relevante.

Tal como propone Gisela Untoiglich (2013):

Los diagnósticos tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que por un lado el proceso de maduración propio del crecimiento, y por el otro, el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y a veces la escuela, van cambiando las condiciones, lo cual podrá posibilitar movimientos fundantes en esa subjetividad en ciernes (...). (p. 60)

En el presente estudio al hablar de **diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología** se hace referencia a aquellos propios de dicha disciplina según se expresa en la Ley promulgada bajo el N° 9981, y a aquellos que son específicos de otras profesiones, pero, que

por presentar determinados signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su prevención, recuperación y/o rehabilitación.

Si bien existen diversos paradigmas desde los cuales plantearse para definir tal o cual entidad nosológica, resulta necesario acordar una terminología única para cada una, de manera que facilite no sólo la lectura y/o comprensión del diagnóstico que presenta el paciente, sino también resulte de utilidad a fines de investigación epidemiológica, de esta manera, en la Provincia de Santa Fe se determinó que los términos utilizados para designar a los diagnósticos se establezcan de acuerdo a criterios y se registren bajo códigos designados por el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10³ para su posterior carga al SICAP.

A continuación, se describen los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que han sido tomados para desarrollar la presente investigación. Cabe destacar que no todos los diagnósticos seleccionados se encuentran descriptos por dicho manual, por lo que se ha tenido que recurrir a bibliografía complementaria.

Se seleccionaron los siguientes diagnósticos para ser abordados:

F801 - Trastorno del lenguaje expresivo:

Trastorno específico del desarrollo en el cual la capacidad del niño para expresar el lenguaje hablado se encuentra notoriamente por debajo del nivel adecuado para su edad mental, pero la comprensión del lenguaje se halla dentro de límites normales. Puede o no haber anormalidades de la pronunciación. Se incluye a la disfasia o afasia del desarrollo, de tipo expresivo. (OPS, 2018, p. 353)

F802 - Trastorno de la recepción del lenguaje:

Trastorno específico del desarrollo en el cual la comprensión que el niño tiene del lenguaje se halla por debajo del nivel adecuado para su edad mental. Prácticamente en todos los casos la expresión del lenguaje se encuentra también notablemente deteriorada, y son frecuentes las anormalidades en la producción del sonido de las palabras. Incluye los

³ El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos tiene como objetivo la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD). En España, el grupo técnico que se encarga de consensuar las reglas que unifican los criterios de la codificación clínica es la **Unidad Técnica de Codificación del SNS**, integrada por expertos de todos los Servicios de Salud. Dicha unidad, en funcionamiento desde 1994, es la encargada de regular y revisar la normativa de uso de la clasificación en vigor en nuestro ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa la Unidad Técnica ha asumido, desde su creación, la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan las mencionadas normas de codificación, especialmente en las materias de mayor complejidad.

(<https://eciemaps.msrebs.gov.es/ecieMaps/documentation/normativaAccesibleDiagnosticos2022.html>)

términos afasia del desarrollo, de Wernicke, disfasia o afasia del desarrollo, de tipo receptivo, falta de percepción auditiva, congénita, sordera a las palabras. (OPS, 2018, p. 353)

F803 - Afasia adquirida con epilepsia (Landau kleffner):

Trastorno en el cual el niño, que ha realizado previamente un progreso normal en el desarrollo del lenguaje, pierde las habilidades tanto receptivas como expresivas del lenguaje, aunque conserva la inteligencia general. El comienzo de este trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma, y en la mayoría de los casos también hay convulsiones epilépticas. Habitualmente comienza entre los 3 y los 7 años de edad, y las habilidades se pierden en un lapso de días o de semanas. La relación temporal entre el comienzo de las convulsiones y la pérdida del lenguaje es variable, y la una precede a la otra (en cualquier orden) por un período que va de unos pocos meses a dos años. En la etiología se sugiere la posibilidad de un proceso inflamatorio del encéfalo. Alrededor de dos tercios de los niños que lo sufren quedan con un déficit receptivo del lenguaje más o menos grave. (OPS, 2018, p. 353)

R470 - Disfasia y Afasia:

Las disfasias o trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL) no presentan un consenso unánime sobre el concepto y la delimitación del término disfasia, por lo que algunos autores prefieren hablar de trastornos específicos del lenguaje o simplemente trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL). Los niños con TDL forman un grupo heterogéneo cuyo denominador común es que su sistema de lenguaje, por una u otra razón, no se corresponde con sus capacidades cognitivas. Van Hout (1989), define a las disfasias como trastornos primarios y específicos del lenguaje oral ligados al desarrollo. Se dice primarios, para distinguirlos de los trastornos secundarios del lenguaje debidos por ejemplo a una hipoacusia, o a causas metabólicas, o neuromusculares, o bien consecutivos a una lesión cerebral postnatal. Mientras que el término específico se refiere a que las funciones motrices, sensoriales y cognitivas son normales o por lo menos superiores al lenguaje oral. Desde esta perspectiva la evidencia de un retraso mental no elimina el diagnóstico eventual de disfasia en el caso de existir una gran discrepancia entre el lenguaje y el resto de las funciones en detrimento del primero. (Soprano, 2001, p. 80)

“Se define a la afasia como el deterioro del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral adquirida. Este término se utiliza generalmente cuando la lesión ocurre después de la adquisición del lenguaje” (Soprano, 2001, p. 90)

R480 - Dislexia y Alexia: La dislexia es una dificultad en la adquisición de la lectura y en el logro de la lectura fluida de palabras y textos. También puede afectar el desempeño de tareas vinculadas, como pueden ser la comprensión lectora, el desarrollo del vocabulario, la ortografía, la precisión escrita y los aprendizajes que implican la memoria verbal, como recordar los nombres de las letras, los meses del año o las tablas. Las personas con dislexia se caracterizan por tener una inteligencia promedio o normal, oportunidades socioculturales y de enseñanza, y no tienen dificultades físicas (visuales o auditivas) que puedan ocasionar problemas lectores (Pearson, 2017).

La alexia pura o alexia sin agrafia se trata de un síndrome clínico caracterizado por un trastorno en la lectura con preservación de otras funciones del lenguaje, incluyendo la escritura. Las causas principales de este síndrome son las lesiones que afectan la corteza visual izquierda, y el rodete del cuerpo calloso. (Cáceres Toledo, et al., p. 615)

F810 - Trastorno específico de la lectura:

Es un deterioro específico y significativo del desarrollo de las habilidades de la lectura, que no puede ser atribuido exclusivamente a la edad mental, problemas de agudeza visual o una enseñanza inadecuada. Pueden alterarse la habilidad para comprender la lectura, la capacidad para reconocer palabras escritas (mediante la lectura), la habilidad para la lectura oral y el desempeño de tareas que requieren lectura. Los trastornos específicos del desarrollo de la lectura son precedidos generalmente por una historia de trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje. (OPS, 2018, p. 354)

Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares:

Son trastornos en los cuales se hallan deterioradas las pautas normales de la adquisición de habilidades, desde etapas tempranas del desarrollo, lo que genera incapacidad para adquirir conocimientos y/o aprendizajes. Esto no es una simple consecuencia de la falta de oportunidades para aprender. Tampoco es producto de un retraso mental exclusivamente, ni es causado por ningún tipo de trauma o de enfermedad cerebral adquirida. (OPS, 2018, p. 355)

En esta categoría se incluyen los siguientes códigos: F818 - otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, y F819 - trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado.

Trastornos hiperkinéticos: Según se plantea en el CIE-10, se trata de:

Un grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anomalías. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados. Es común el deterioro intelectual, mientras que los retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima. (OPS, 2018, p. 359)

Se incluye dentro de esta categoría a los siguientes códigos seleccionados del Manual CIE-10: R463 - Hiperactividad, F900 - perturbaciones de la actividad y de la atención, F901- trastorno hiperkinético de la conducta, F908 - otros trastornos hiperkinéticos, F909 - trastorno hiperkinético, no especificado.

F800 - Trastorno específico de la pronunciación:

Trastorno específico del desarrollo en el cual la utilización que el niño hace de los sonidos del habla está por debajo del nivel adecuado para su edad mental, aunque sin embargo hay un nivel normal de habilidades en el lenguaje. Incluye a la dislalia, lambdacismo (lalación), trastorno del desarrollo fonológico, trastorno del desarrollo de la pronunciación, trastorno funcional de la pronunciación. (OPS, 2018, p. 352)

F808 - Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje: Hace referencia al seseo. (OPS, 2018). En relación a dicha entidad Silvia Mura (2009) explica que, según el fonema afectado, las dislalias son llamadas de diferentes maneras. En el caso de que el fonema afectado sea la /S/ podemos encontrar sigmatismo, cuando hay omisión o distorsión del fonema; o ceceo, cuando el

fonema /S/ es sustituido por /Z/. Por otra parte, cuando el fonema afectado sea la /Z/ se lo conoce como seseo, en dicho caso la sustitución se da por /S/, que no se considera dislalia en el idioma español de Argentina. (Mura, 2009)

F985 - **Tartamudez** (espasmofemia):

Refiere a la perturbación del habla y de la comunicación social caracterizada por una descoordinación de los movimientos fonoarticulatorios y la presencia de espasmos musculares en distintos puntos de la cadena productiva del habla (diafragma, glotis, lengua, labios). La intensidad de los síntomas, de distinta gravedad según los casos, es siempre muy variable dentro de un mismo sujeto, según el contenido del mensaje, el interlocutor, el contexto de intercambio, y el estado anímico del sujeto. (Soprano, 2001, p. 78)

R065 - **Respiración con la boca**: la respiración bucal es una disfunción respiratoria que se caracteriza por la respiración habitual a través de la boca, bien sea por hábito o por obstrucción de las vías aéreas superiores, esto puede ocurrir de manera temporal o permanecer instalado en el paciente de forma crónica (Casadiego, et al., 2000).

R13X - **Disfagia**:

Se define como la sensación de dificultad para deglutir. Es un síntoma que expresa la incapacidad para hacer progresar con normalidad el contenido de la boca hasta el estómago. Incluye tanto la incapacidad para iniciar la deglución, como la sensación de que el material deglutido queda retenido en el esófago. (Domingo, 2001, p. 84)

R471 - **Disartria y anartria**: la disartria es un trastorno de la ejecución motora del habla donde los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio se pueden debilitar, moverse con lentitud o no moverse en absoluto después de un derrame cerebral u otra lesión cerebral. El tipo y la gravedad de la disartria dependerá de qué parte del sistema nervioso se vea afectada (American speech-language-hearing association (ASHA), s.f.).

“La anartria es la pérdida de la habilidad para articular los sonidos del habla” (Ardila, 2015, p. 14).

R482 - **Apraxia**: Se entiende como:

La incapacidad para ejecutar y reconocer una secuencia de movimientos complejos aprendidos previamente en ausencia de factores motores o psíquicos; a causa de una lesión cerebral. Existe una amplia variedad de apraxias; la motora, oral no verbal y la del habla son las más habituales en el área de logopedia. Esta última, se define como la alteración

articulatoria que afecta a la capacidad de programar la posición de los músculos bucofonatorios implicados en la producción voluntaria de fonemas. El interés de esta patología radica en su baja incidencia, su complejidad y comorbilidad con la afasia y su poco esperanzador pronóstico. (Blasco Tamarit, 2006, p. 1)

R478 - Otros trastornos del habla y las no especificadas: corresponde a las alteraciones del habla, no clasificadas en otra parte. Excluye: autismo (F84.0–F84.1), balbuceo de origen no orgánico (F98.6), tartamudez de origen no orgánico F98.5 - Trastornos específicos del desarrollo, del habla y del lenguaje (F80), R47.0 disfasia y afasia G - 31.0 y R - 47.1 disartria y anartria (OPS, 2018).

R638 - Otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos: Excluye: bulimia (F50.2), desnutrición (E40 - E46) y trastornos de la alimentación de origen no orgánico (F50) (OPS, 2018).

Fisura labio alvéolo palatina (FLAP): “se trata de una malformación congénita que manifiesta como una hendidura que puede involucrar labio, alvéolo (entre incisivos medial y lateral), paladar óseo y/o blando que puede ser unilateral o bilateral” (Ministerio de Salud y acción social de la provincia de Santa Fe, 1999, p. 8).

Se incluyen a los siguientes códigos: Q351 - Fisura del paladar duro, Q353 - Fisura del paladar blando, Q355 - Fisura del paladar duro y del paladar blando, Q359 - Fisura del paladar, sin otra especificación, Q360 - Labio leporino, bilateral, Q369 - Labio leporino, unilateral, Q370 - Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral, Q371 - Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral, Q372 - Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral, Q373 - Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral, Q374 fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral, Q375 - Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral, Q378 - Fisura del paladar con labio leporino bilateral sin otra especificación, Q379 - Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación.

Q381 - Anquiloglosia: refiere al frenillo lingual corto (OPS, 2018, p. 762). La fonoaudiología se encarga del tratamiento foniátrico pre y postquirúrgico en pacientes con anquiloglosia, donde le indica una serie de ejercicios para promover hábitos orales correctos de respiración nasal, sellado de labios que estimulen la posición normal de la lengua y el tono de la misma, promoviendo un desarrollo armónico del macizo facial, además de indicar ejercicios

fonoarticulatorios para tratar las dislalias, producto de la acción del frenillo lingual corto sobre la articulación de los sonidos de la lengua (Rosas Ortiz et.al, 2009).

R490 - Disfonía:

Refiere a la alteración de la voz, habitualmente ligada a un uso incorrecto de la misma (sea por hipotonía, sea por hipertonia), y a una respiración insuficiente o mal coordinada con la fonación. La disfonía suele combinar factores anatómicos y factores funcionales difíciles de separar. Los aspectos ambientales, los modelos familiares, las enfermedades relacionadas con el aparato fonador también deben tenerse en cuenta. (Soprano, 2001, p. 76).

R491 - Afonía: “pérdida de la voz” (OPS, 2018, p. 881).

R492 - Hipernasalidad e hiponasalidad: la resonancia es la calidad de la voz que está determinada por el equilibrio de la vibración del sonido en las cavidades oral, nasal y faríngea durante el habla. La resonancia anormal puede ocurrir si hay obstrucción en una de las cavidades, causando hiponasalidad o resonancia de fondo de saco, o si hay disfunción velofaríngea (DVP), causando hipernasalidad y/o emisión nasal (Kummer, 2006).

R498 - Otras alteraciones de la voz y las no especificadas: “Cambio de la voz” (OPS, 2018, p. 811).

Alteraciones de las cuerdas vocales y de la laringe: se trata de alteraciones a nivel de las cuerdas vocales y/o de la laringe. Dentro de esta categoría se incluyen a los siguientes códigos: D020- Carcinoma in situ de la laringe, D141 - Tumor benigno de laringe, J380 - Parálisis de las cuerdas vocales y de la laringe, J381 - Pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe, J384 - Edema de laringe, J385 - Espasmo laríngeo, J386 - Estenosis laríngea, J387 - Otras enfermedades de la laringe, Q318 - Otras malformaciones congénitas de la laringe, Q319 - Malformación congénita de laringe, no especificada.

A continuación, se describen tales diagnósticos:

D020 - Carcinoma in situ de la laringe: el cáncer laríngeo ocurre cuando se forman células cancerosas (malignas) en los tejidos de la laringe, u órgano de la voz (ASHA, s.f.).

D141 - Tumor benigno de laringe:

Son neoplasias con un potencial muy limitado o nulo de malignidad, y que comparadas con otras lesiones pseudotumorales como nódulos, pólipos o úlceras de contacto, registran una

incidencia muy baja en la población general, con la única excepción de los papilomas. (González Poggioli, et al., s.f., p. 1).

J380 - Parálisis de las cuerdas vocales y de la laringe: existen distintos tipos de parálisis de las cuerdas vocales. La parálisis bilateral de las cuerdas vocales sucede cuando ambos pliegues quedan fijos en la posición media entre abiertos y cerrados (la posición paramedial) y no se mueven en ninguna de las dos direcciones. Esta condición con frecuencia crea la necesidad de una traqueotomía. La parálisis unilateral de las cuerdas vocales sucede cuando sólo un lado queda paralizado en la posición paramedial o tiene una capacidad muy limitada de movimiento. La gravedad de los problemas de voz y deglución depende de dónde haya ocurrido el daño al nervio (ASHA, s.f.).

J381 - Pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe: los pólipos pueden tomar distintas formas, y algunos de ellos pueden ser causados por el mal uso de la voz. Pueden hallarse en una o en ambas cuerdas vocales; y pueden tener la apariencia de una inflamación o protuberancia (similar al nódulo), o de una lesión similar a una ampolla. (ASHA, s.f.).

J384 - Edema de laringe:

También conocido como edema de Reinke, laringitis crónica hipertrófica edematosa o pseudomixomatosa, degeneración o corditis polipoidea, fibromixoma o poliposis bilateral difusa. La lesión suele ser bilateral pero asimétrica. Se produce una disminución de la rigidez de la cubierta de la cuerda vocal, mientras que la masa y la profundidad del borde vibratorio aumenta. La hinchazón edematosa interfiere con los movimientos vibratorios de la cuerda contralateral. (Farías, 2007, p. 219)

J385 - Espasmo laríngeo:

También conocido como laringoespasmo (LEP), se define como el cierre sostenido de las cuerdas vocales. Se trata de un reflejo protector primitivo de la vía aérea (VA) que ocurre para salvaguardar la integridad de la VA, es decir, la VA se protege contra la aspiración pulmonar. La presencia de este reflejo puede resultar en un impedimento para respirar. En algunas situaciones el espasmo muscular se mantiene mientras el estímulo que lo causal persista, sin embargo, una característica del LEP es que el cierre de la VA se mantiene, aún después de desaparecer el estímulo causal inicial. En cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente, nos enfrentamos a una pérdida parcial o total de la VA de

causas múltiples. El LEP puede resultar en una complicación severa para la vida. (Hernández-Cortez, 2017, p. 17)

J386 - Estenosis de laríngea:

Es considerada una malformación congénita de la laringe, que consiste en un estrechamiento de la luz laringotraqueal situado como máximo a 2-3 mm por debajo del plano glótico. Causado por la presencia de tejido fibroso, y a veces cartilaginoso, que arquea la parte anterior de la subglotis. Genera dificultades respiratorias y disfonía. (Le Huche & Allali, 2004, p. 74).

J387 - Otras enfermedades de la laringe: sin especificar.

Q318 - Otras malformaciones congénitas de la laringe: sin especificar.

Q319 - Malformación congénita de laringe, no especificada:

Las malformaciones congénitas de laringe son muy variadas, tanto a lo que respecta a su naturaleza como a su sintomatología y pronóstico. Pueden ser asintomáticas o manifestarse por alteraciones de la respiración y la deglución incompatibles con la vida, con alteraciones de la fonación que pueden ser perfectamente toleradas o bien presentar una molestia importante que conlleva reeducación vocal y cirugía. Según Le Huche y Allalí, pueden clasificarse como anomalías congénitas de la estructura laríngea, anomalías del control nervioso y como formaciones pseudotumorales y otras alteraciones relacionadas. (Le Huche & Allali, 2004, p. 73)

Hipoacusia: hay tres tipos básicos de pérdida de audición: conductiva, neurosensorial y mixta. Pérdida auditiva de conducción, ocurre cuando el sonido no viaja con facilidad por el canal externo del oído hasta el tímpano y los huesecillos (osículos) del oído medio. Pérdida auditiva mixta, se da cuando la pérdida auditiva de conducción ocurre de manera simultánea a la pérdida auditiva neurosensorial. En otras palabras, puede haber daño al oído externo o medio, así como al oído interno (cóclea) o al nervio auditivo. Otras descripciones asociadas con la pérdida de audición son: bilateral o unilateral. Cuando se habla de pérdida de audición bilateral, significa que hay pérdida auditiva en ambos oídos. Mientras que cuando la pérdida de audición es unilateral, significa que la audición es normal en un oído, pero que hay pérdida auditiva en el otro. La pérdida de audición puede fluctuar en cuanto al grado entre leve y muy severa (ASHA, 2016).

Dentro de la categoría hipoacusia se incluyen los siguientes códigos: H900 - Hipoacusia conductiva bilateral, H901- Hipoacusia conductiva, unilateral con audición irrestricta contralateral,

H902 - Hipoacusia conductiva, sin otra especificación, H903 - Hipoacusia neurosensorial bilateral, H904 - Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral, H905 - Hipoacusia neurosensorial, sin otra especificación, H906 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral, H907 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral con audición irrestricta, H908 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, no especificada, H910 - Hipoacusia ototóxica, H912 - Hipoacusia súbita idiopática, H918 - Otras hipoacusias especificadas, H919 - Hipoacusia, no especificada.

Se incorpora también en esta categoría al diagnóstico H911 - Presbiacusia, que se define como la pérdida auditiva a causa de la edad, sin excluir factores de riesgo como el ruido ambiental, la actividad física, la dieta, la ingestión de fármacos ototóxicos, la arterioesclerosis, los factores hereditarios, etc., es decir, es de origen multifactorial (Abelló, 2010).

H913 - **Sordomudez no clasificada en otra parte:** “Perelló define a la sordomudez como un estado patológico del órgano auditivo, heredado o adquirido, de etiología variada, que produce sordera profunda en la primera infancia y que impide o hace olvidar al lenguaje” (Bartual Pastor, 1988, p. 15).

Trastorno generalizado del desarrollo:

Refiere al conjunto de trastornos caracterizado por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y de actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de la persona en todas las situaciones. (OPS, 2018, p. 356)

Se incluye a los siguientes códigos: F848 - Otros trastornos generalizados del desarrollo. F849 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Autismo: en esta categoría se incluyen los siguientes códigos que serán descritos a continuación: F840 - Autismo en la niñez, F841 - Autismo atípico, F845 - Síndrome de Asperger.

F840 - Autismo en la niñez:

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca; comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo.

Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros

problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones. Incluye al autismo infantil, psicosis infantil, Síndrome de Kanner, trastorno autístico. (OPS, 2018, p. 356)

F841 - Autismo atípico:

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inicia o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o deteriorado que aparece solo después de los 3 años de edad y cuando faltan anormalidades demostrables suficientes en una o dos de las tres áreas de la psicopatología necesarias para el diagnóstico de autismo (a saber, interacción social recíproca, comunicación, y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo), a pesar de que hay anormalidades características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo. Incluye a la psicosis atípica de la niñez, retraso mental con rasgos autísticos. (OPS, 2018, p. 356)

F845 - Síndrome de Asperger:

Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana. Se incluyen la Psicopatía autística, el Trastorno esquizoide de la niñez. (OPS, 2018, p. 358)

Retraso mental:

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física. (OPS, 2018, p. 350)

Dentro de dicha categoría se incluyen los siguientes códigos: F700 - Retraso mental leve, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo, F701 - Retraso mental leve con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento, F708 - Retraso mental leve con otros deterioros del comportamiento, F709 - Retraso mental leve con deterioro del comportamiento de grado no especificado, F719 - Retraso mental moderado con deterioro del comportamiento de grado no especificado, F790 - Retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo, F791 - Retraso mental, no especificado, con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento, F799 - Retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no especificado.

Parálisis cerebral: Se la define como un trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro. La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación del lenguaje, la visión y la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia. Lo esencial es que afecta al cerebro inmaduro, interfiriendo en la maduración del SNC, presentando consecuencias sobre el desarrollo. Podemos encontrar diferentes tipos (Bobath, 1982).

Dentro de la categoría parálisis cerebral se incluyen, G800 - Parálisis cerebral espástica, G804 - Parálisis cerebral atáxica, G808 - Otros tipos de parálisis cerebral infantil, G809 - Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación.

Síndrome de Down: es un trastorno genético que se presenta, generalmente, debido a una copia extra del cromosoma 21, cuando lo habitual es que existan 2. Estas alteraciones son una de las principales causas de la discapacidad intelectual, además este síndrome involucra varias patologías de órganos y sistemas provocando diferentes alteraciones o dificultades tales como: problemas para el aprendizaje, hipotiroidismo, alteraciones congénitas, dismorfias craneofaciales, alteraciones gastrointestinales, cardiopatías congénitas y leucemias (Díaz-Cuéllar et al., 2016). Por otra parte, en dicho síndrome se evidencian repercusiones a nivel cognitivo, afectando de esta manera en el desarrollo de su lenguaje (Quishpi Palacios y Pérez Buestan, 2022).

Dentro de esta categoría se incluyen los siguientes códigos: Q900 trisomía 21 por falta de disyunción meiótica, Q901 trisomía 21 mosaico - por falta de disyunción mitótica, Q902 trisomía 21 por traslocación, y Q909 Síndrome de Down.

En contrapartida al largo listado de diagnósticos que fueron descritos con anterioridad, resulta interesante exponer la perspectiva de la Asociación Civil Forum Infancias (agrupación de profesionales sensibilizados/as en cuidar y proteger a las infancias y las adolescencias provenientes de distintas disciplinas como la Salud, educación, servicios sociales, entre otros) quienes expresan que en los tiempos actuales los múltiples diagnósticos psicopatológicos y determinadas intervenciones terapéuticas simplifican o reducen las problemáticas infantiles al mero tratamiento de sus síntomas sin tener en cuenta la complejidad de los procesos subjetivos que subyacen a ellos (Asociación Civil Forum Infancias, 2022). En la misma dirección, Kurtzbart (2022) sostiene que tal vez las clasificaciones nos resulten ordenadoras y nos tranquilicen, aunque sea por un momento al acotar la realidad a un nombre, pero también empobrecen nuestra mirada y reducen nuestras posibilidades para actuar. En este sentido, los diagnósticos dados como etiquetas pueden ser claramente nocivos para el desarrollo psíquico de un niño o niña si se presentan como “trastornos” de por vida, puesto que, en lugar de reconocer un psiquismo en estructuración se le atribuye exclusivamente un déficit neurológico, reduciendo todo su ser a un nombre, a un rasgo o una cualidad, transformándolos/as en objeto, y desde una pretensión clasificatoria estaremos ejerciendo violencia sobre ese ser. De este modo, borrando su historia, se le niega el futuro como diferencia. La modalidad de abordaje de las problemáticas reduccionista, en donde no se comprende la complejidad de los procesos subjetivos de la comunicación, del desarrollo del lenguaje, de los aprendizajes y en donde rápidamente se cuantifican síntomas y se los introduce dentro de un cuadro de trastornos que termina en un diagnóstico. Este hecho termina impactando en la subjetividad de esas niñas y niños, y corre riesgo de convertirse en un estigma que acompaña de por vida. Una persona puede presentar una dificultad en un momento en particular y sobreponerse a ella con las intervenciones oportunas y adecuadas.

En relación a ello, Kurtzbart (2022) reflexiona:

Pensar desde la complejidad implica abrirnos a una mirada relacional, situada, que da lugar a los conflictos y a las diferencias, no para anularlas sino para fortalecer en ellas lo vital, para alumbrar lo novedoso en su existir. En estos tiempos signados por el desasosiego y la exigencia de rendimiento sería importante detenernos a escuchar, recuperar espacios de diálogo, de búsqueda colectiva, evitando quedarnos atrapados en nuestras propias representaciones o interpretaciones, que son proyecciones de nosotras/os mismas/os. (Kurtzbart, 2022).

El/la profesional de la fonoaudiología, y sobre todo en el ámbito de la Salud pública, debe contemplar al sujeto en su totalidad, en su aspecto físico, psíquico, emocional, histórico, social, cultural y económico, donde las singularidades sean la clave para generar nuevos aprendizajes y crear nuevos modos de encuentro que favorezcan a la comunicación.

Problema

¿Cómo se distribuyen los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana, los nodos, los servicios de Salud, el género y edad de los pacientes, en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante los años 2018 - 2019?

Variables

Variable 1: **Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana.**

Definición conceptual: Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que pueden ser incluidos en una o más áreas específicas de la clínica fonoaudiológica.

Entendiendo al diagnóstico como un proceso cognitivo donde se parte de los hechos concretos y evidentes, es decir, de los síntomas, para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso. (Geromini, 2006).

Por su parte, los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología son aquellos propios de dicha disciplina según se expresa en la Ley promulgada bajo el N° 9981, y aquellos que son específicos de otras profesiones, pero, que por presentar determinados signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su prevención, recuperación y/o rehabilitación. (Colegio de fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe 2da circunscripción , 1987).

Según lo mencionado en dicha ley, se considerará que las áreas de comunicación humana de intervención fonoaudiológica son las siguientes: área voz, lenguaje, audición y/o vestibular, habla y/o fonoestomatología. Para el presente estudio se agrega una quinta área denominada área de intersección, la cual toma carácter de multiárea, ya que, hay ciertas entidades nosológicas o diagnósticos que por su complejidad involucra a más de un área de intervención fonoaudiológica.

Definición operacional: De acuerdo al registro del SICAP, se establece teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores: Categorías codificadas en el CIE 10 y registrados en el SICAP.

- **Área Lenguaje:**

A- F801 - Trastorno del lenguaje expresivo.

B- F802 - Trastorno de la recepción del lenguaje.

C- F803 - Afasia adquirida con epilepsia (Landau kleffner).

D- R470 - Disfasia y afasia.

E- R480 - Dislexia y alexia.

F- R482 - Apraxia

G- F810 - Trastorno específico de la lectura.

H- F818 - Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares.

I- F819 - Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares.⁴

J- R463 - Hiperactividad.

K- F901 - Trastorno hiperkinético de la conducta.

L- F908 - Otros trastornos hiperkinéticos.

M- F909 - Trastorno hiperkinético, no especificado.⁵

N- F900 - Perturbación de la actividad y de la atención.

• **Área de habla y/o fonostomatología:**

Ñ- F800: Trastorno específico de la pronunciación.

O- F808: Otros Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (Seseo).

P- F985: Tartamudez (espasmofemia).

Q- R065 - Respiración con la boca.

R- R13X: Disfagia.

S- R471: Disartria y anartria.

T- R478: Otros trastornos del habla y las no especificadas.

U- R638: Otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos.

V- Q351 - Fisura del paladar duro.

W- Q353 - Fisura del paladar blando.

X- Q355 - Fisura del paladar duro y del paladar blando.

Y- Q359 - Fisura del paladar, sin otra especificación.

Z- Q360 - Labio leporino, bilateral.

AA- Q369 - Labio leporino, unilateral.

AB- Q370 - Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral.

AC- Q371 - Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral.

AD- Q372 - Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral.

AE- Q373 - Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral.

AF- Q374 - Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral.

AG- Q375 - Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral.

⁴ Se considerará trastorno del desarrollo de las habilidades escolares a los siguientes códigos: F818 - otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares, F819 - trastorno del desarrollo de las habilidades escolares.

⁵ Se considerará trastornos hiperkinéticos a los siguientes códigos: R463 - hiperactividad, F901 -trastorno hiperkinético de la conducta, F908 - otros trastornos hiperkinéticos, F909 - trastorno hiperkinético, no especificado, F900 - Perturbación de la actividad y de la atención.

AH- Q378 - Fisura del paladar con labio leporino bilateral sin otra especificación.
AI- Q379 - Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación.⁶
AJ- Q381 - Anquiloglosia.

- **Área Voz:**

AK- R490: Disfonía.
AL- R491: Afonía.
AM- R492: Hipernasalidad e hiponasalidad.
AN- R498: Otras alteraciones de la voz y las no especificadas.
AO- D020 - Carcinoma in situ de la laringe.
AP- D141 - Tumor benigno de laringe.
AQ- J380 - Parálisis de las cuerdas vocales y de la laringe.
AR- J381 - Pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe.
AS- J384 - Edema de laringe.
AT- J385 - Espasmo laríngeo.
AU- J386 - Estenosis de laríngea.
AV- J387 - Otras enfermedades de la laringe.
AW- Q318 - Otras malformaciones congénitas de la laringe.
AX- Q319 - Malformación congénita de laringe, no especificada.⁷

- **Área Audición y/o vestibular:**

AY- H900 - Hipoacusia conductiva bilateral.
AZ- H901 - Hipoacusia conductiva, unilateral con audición irrestricta contralateral.
BA- H902 - Hipoacusia conductiva, sin otra especificación.
BB- H903 - Hipoacusia neurosensorial bilateral.

⁶ Se considerarán fisura-labio-alveolo-palatina (FLAP) a los siguientes códigos: Q351 - fisura del paladar duro, Q353 - fisura del paladar blando, Q355 - fisura del paladar duro y del paladar blando, Q359 - fisura del paladar, sin otra especificación, Q360 - labio leporino, bilateral, Q369 - labio leporino, unilateral, Q370 - fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral, Q371 - fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral, Q372 - fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral, Q373 - fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral, Q374 - fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral, Q375 - fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral, Q378 - fisura del paladar con labio leporino bilateral sin otra especificación, Q379 - fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación.

⁷ Se considerará alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales a los siguientes códigos: D020 - carcinoma in situ de la laringe, D141 - tumor benigno de laringe, J380 - parálisis de las cuerdas vocales y de la laringe, J381 - pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe, J384 - edema de laringe, J385 - espasmo laríngeo, J386 - estenosis de laríngea, J387 - otras enfermedades de la laringe, Q318 - otras malformaciones congénitas de la laringe, Q319 - malformación congénita de laringe, no especificada.

BC- H904 - Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral.
BD- H905 - Hipoacusia neurosensorial, sin otra especificación.
BE- H906 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral.
BF- H907 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral con audición irrestricta.
BG- H908 - Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, no especificada.
BH- H910 - Hipoacusia ototóxica.
BI- H911 - Presbiacusia.
BJ- H912 - Hipoacusia súbita idiopática.
BK- H913 - Sordomudez no clasificada en otra parte.
BL- H918 - Otras hipoacusias especificadas.
BM- H919 - Hipoacusia, no especificada.⁸

● **Áreas de intersección:**

BN- F848 - Otros trastornos generalizados del desarrollo.
BO-. F849 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.⁹
BP- F700 - Retraso mental leve, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo.
BQ- F701 - Retraso mental leve con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento.
BR- F708 - Retraso mental leve con otros deterioros del comportamiento.
BS- F709 - Retraso mental leve con deterioro del comportamiento de grado no especificado.
BT- F719 - Retraso mental moderado con deterioro del comportamiento de grado no especificado.
BU- F790 - Retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo.
BV- F791 - Retraso mental, no especificado, con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento.

⁸ Se considerará hipoacusia a los siguientes códigos: H900 - hipoacusia conductiva bilateral, H901 - hipoacusia conductiva, unilateral con audición irrestricta contralateral, H902 - hipoacusia conductiva, sin otra especificación, H903 - hipoacusia neurosensorial bilateral, H904 - hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral, H905 - hipoacusia neurosensorial, sin otra especificación, H906 - hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral, H907 - hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral con audición irrestricta, H908 - hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, no especificada, H910 - hipoacusia ototóxica, H911 - presbiacusia, H912 - hipoacusia súbita idiopática, H918 - otras hipoacusias especificadas, H919 - hipoacusia, no especificada.

⁹ Se considerará trastornos generalizados del desarrollo a los siguientes códigos: F848 - otros trastornos generalizados del desarrollo, F849 - trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

BW- F799 - Retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no especificado.¹⁰

BX- F840 - Autismo en la niñez.

BY- F841 - Autismo atípico.

BZ- F845 - Síndrome de Asperger.¹¹

CA- G800 - Parálisis cerebral espástica.

CB- G804 - Parálisis cerebral atáxica.

CC- G808 - Otros tipos de parálisis cerebral infantil.

CD- G809 - Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación.¹²

CE- Q900 - Trisomía 21 por falta de disyunción meiótica.

CF- Q901 - Trisomía 21 mosaico - por falta de disyunción mitótica.

CG- Q902 - Trisomía 21 por translocación.

CH- Q909 - Síndrome de Down.¹³

Modalidades:

- Área Lenguaje
- Área Habla y/o Fonoestomatología
- Área Voz
- Área Audición y/o Vestibular
- Área Intersección

Criterios de operacionalización:

¹⁰Se considerará retraso mental a los siguientes códigos: F700 - retraso mental leve, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo, F701 - retraso mental leve con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento, F708 - retraso mental leve con otros deterioros del comportamiento, F709 - retraso mental leve con deterioro del comportamiento de grado no especificado, F719 - retraso mental moderado con deterioro del comportamiento de grado no especificado, F790 - retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo, F791 - retraso mental, no especificado, con deterioro significativo del comportamiento, que requiere atención o tratamiento, F799 - retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no especificado.

¹¹ Se considerará autismo a los siguientes códigos: F840 - autismo en la niñez, F841 - autismo atípico, F845 - Síndrome de Asperger.

¹² Se considerará Parálisis Cerebral a los siguientes códigos: G800 - Parálisis cerebral espástica. G804 - Parálisis cerebral atáxica, G808 - Otros tipos de parálisis cerebral infantil, G809 - Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación.

¹³ Se considerará Síndrome de Down a los siguientes códigos: Q900 - Trisomía 21 por falta de disyunción meiótica, Q901 - Trisomía 21 mosaico - por falta de disyunción mitótica, Q902 - Trisomía 21 por translocación, Q909 - Síndrome de Down.

- Se considerará la modalidad área lenguaje cuando en el SICAP se presenten algunos de los siguientes indicadores: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N.

-Se considerará la modalidad área habla y/o fonoestomatología cuando en el SICAP se presenten algunos de los siguientes indicadores: Ñ, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ.

- Se considerará la modalidad área voz cuando en el SICAP se presenten algunos de los siguientes indicadores: AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX.

- Se considera la modalidad área audición - vestibular cuando en el SICAP se presentan algunos de los siguientes indicadores: AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BJ, BK, BL, BM.

- Se considerará la modalidad área intersección cuando en el SICAP se registre alguno de los siguientes indicadores: BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH.

Variable 2: **Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo/ región de la Provincia de Santa Fe.**

Definición conceptual: Entendiendo al diagnóstico como un proceso cognitivo donde se parte de los hechos concretos y evidentes, es decir, de los síntomas, para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso. Se hace referencia a los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología como aquellos propios de dicha disciplina según se expresa en la Ley promulgada bajo el N° 9981, y aquellos que son específicos de otras profesiones, pero, que por presentar determinados signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su prevención, recuperación y/o rehabilitación.

En la Provincia de Santa Fe se plantea la regionalización como una estrategia de organización y gestión del territorio. De este modo, en cada región se identifica una ciudad nodo como centro de información, articulación y distribución de recursos y capacidades. Es así que se conformaron las regiones: **Región 1 - Nodo Reconquista; Región 2 - Nodo Rafaela; Región 3 - Nodo Santa Fe; Región 4 - Nodo Rosario; y Región 5 - Nodo Venado Tuerto.** (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2008). De esta manera, se registran diagnósticos según los nodos.

Definición operacional: se utiliza el registro de la localidad especificada en cada código ingresado en la planilla SICAP en los diferentes nodos de la Provincia de Santa Fe.

Indicadores: se considerará indicador a la Localidad de la Provincia de Santa Fe donde se registró determinado diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología.

Criterios de operacionalización:

-Será el **Nodo Reconquista** cuando se presenten algunas de las siguientes localidades ingresando un diagnóstico en la planilla SICAP: Alejandra, Arroyo Ceibal, Avellaneda, Berna, Calchaquí, Campo Hardy, Cañada Ombú, Colmena, Colonia Durán, El Arazá, El Rabón, Florencia, Fortín Olmos, Garabato, Golondrina, Guadalupe Norte, Ingeniero Chanourdie, Intiyaco, La Gallareta, La Isleta, La Lola, Lanteri, La Sarita, Las Garzas, Las Toscas, Los Amores, Los Jacintos, Los Laureles, Los Tábanos, Malabrigo, Margarita, Pozo de los Indios, Puerto Reconquista, Pueblo Santa Lucía, Reconquista, Romang, San Antonio de Obligado, Tacuarendí, Tartagal, Toba, Vera, Villa Ana, La Guillermina, Villa Ocampo.

-Será el **Nodo Rafaela** cuando se presenten algunas de las siguientes localidades ingresando un diagnóstico en la planilla SICAP: Aguará Grande, Ambrosetti, Angélica, Arrufó, Ataliva, Aurelia, Bella Italia, Capivara, Castellanos, Ceres, Colonia Aldao, Colonia Margarita, Colonia Rosa, Constanza, Coronel Fraga, Curupaytí, Egusquiza, Esmeralda, Estación Clucellas, Estación Saguier, Eusebia y Carolina, Frontera, Garibaldi, Gato Colorado, Gregorio Pérez de Dénis, Hersilia, Huanqueros, Humberto Primo, Josefina, La Cabral, La Lucila, La Rubia, Las Avispas, Las Palmeras, Lehmann, Logroño, María Juana, Moisés Ville, Monigotes, Monteriore, Ñanducita, Palacios, Plaza Clucellas, Plaza Saguier, Pozo Borrado, Presidente Roca, Rafaela, Ramona, San Antonio, San Bernardo, San Cristóbal, San Guillermo, Santa Clara de Saguier, Santa Margarita, San Vicente, Soledad, Suardi, Sunchales, Susana, Tacural, Tostado, Vila, Villa Josefina, Villa Minetti, Villa San José, Villa Saralegui, Villa Trinidad, Virginia, Zenón Pereira.

-Será el **Nodo Santa Fe** cuando se presenten algunas de las siguientes localidades ingresando un diagnóstico en la planilla SICAP : Alto Verde, Ángel Gallardo, Arocena, Arroyo Aguiar, Arroyo Leyes, Barrancas, Barrio Caima, Bernardo de Irigoyen, Cacique Ariacaiquín, Campo Andino, Campo Crespo, Campo del Medio, Candiotti, Casalegno, Cavour, Cayastá, Cayastacito, Colastiné, Colonia Dolores, Colonia Mascia, Colonia Silva, Constituyentes, Coronda, Cululú, Desvío Arijón, Elisa, Emilia, Empalme San Carlos, Esperanza, Esther, Felicia, Franck, Gálvez, Gessler, Bernardo Crespo, Grutly, Helvecia, Hipatia, Humboldt, Irigoyen, Jacinto Arauz, La Brava, La Criolla, La Guardia, Laguna Paiva, La Pelada, La Penca y Caraguatá, Larrechea, Las Tunas, Llambi Campbell, Loma Alta, Lopez, Los Zapallos, Marcelino Escalada, María Luisa, Matilde, Montevera, Naré,

Nelson, Nuevo Torino, Pedro Gómez, Pilar, Progreso, Providencia, Pueblo Aragón, Ramayón, Recreo, Rincón Potrero, Saladero Mariano Cabal, San Agustín, San Carlos Centro, San Carlos Norte, San Carlos Sud, San Eugenio, San Fabián, San Javier, San Jerónimo del Sauce, San Jerónimo Norte, San José del Rincón, San Justo, San Mariano, San Martín Norte, Santa Clara de la Buena Vista, Santa Fe, Santa Rosa de Calchines, Santo Domingo, Santo Tomé, Sa Pereira, Sarmiento, Sauce Viejo, Silva, Vera y Pintado, Videla, Villa Laura.

-Será el **Nodo Rosario** cuando se presenten algunas de las siguientes localidades ingresando un diagnóstico en la planilla SICAP: Acebal, Albarellos, Alcorta, Aldao, Álvarez, Alvear, Arbilla, Arequito, Arminda, Armstrong, Arroyo Seco, Arteaga, Bigand, Bouquet, Bustinza, Cañada de Gómez, Cañada Rica, Cañada Rosquín, Capitán Bermúdez, Carcarañá, Carlos Pellegrini, Carmen del Sauce, Carrizales, Casas, Casilda, Castelar, Centeno, Cepeda, Chabás, Classon, Colonia Belgrano, Colonia Arnold, Coronel Bogado, Coronel Domínguez, Correa, Crispi, Cuatro Esquinas, Díaz, El Caramelo, El trébol, Empalme Villa Constitución, Fighiera, Fray Luis Beltrán, Fuentes, Funes, Gaboto, General Gelly, General Lagos, Godoy, Granadero Baigorria, Ibarlucea, Juan Bernabé Molina, Juncal, Landeta, Las Bandurrias, Las Parejas, Las Petacas, Las Rosas, La Vanguardia, Los Cardos, Los Molinos, La Arbolada, Los Nogales, Lucio Lopez, Luis Palacios, Maciel, María Susana, Máximo Paz, Monje, Monte Flores, Montes de Oca, Oliveros, Pavón, Pavón Arriba, Pérez, Peyrano, Piamonte, Piñero, Pueblo Andino, Pueblo Esther, Pueblo Muñoz, Pueblo Uranga, Pueblo Arroyo Seco, Puerto General San Martín, Pujato, Ricardone, Roldán, Rosario, Rueda, Salto Grande, Sanford, San Genaro, San Genaro Norte, San Jerónimo Sud, San Jorge, San José de la Esquina, San Lorenzo, San Martín de las Escobas, Santa Teresa, Sargento Cabral, Sastre, Serodino, Soldini, Stephenson, Theobald, Timbúes, Tortugas, Totoras, Traill, Villa Amelia, Villa Constitución, Villa del Plata, Villa Eloisa, Villa Elvira, Villa Gobernador Gálvez, Villa La Ribera, Villa Mugueta, Wildermuth, Zavalla.

-Será el **Nodo Venado Tuerto** cuando se presenten algunas de las siguientes localidades ingresando un diagnóstico en la planilla SICAP: Aaron Castellanos, Amenábar, Beravebú, Bombal, Cafferata, Cañada de Ucle, Carmen, Carreras, Chañar Ladeado, Chapuy, Chovet, Christophersen, Diego de Alvear, Elortondo, Firmat, Godeken, Hugues, Labordeboy, La Chispa, Lazzarino, Los Quirquinchos, Maggiolo, María Teresa, Melincué, Miguel Torres, Murphy, Rufino, Sancti Spiritu, San Eduardo, San Gregorio, Santa Isabel, Teodelina, Venado Tuerto, Villa Cañas, Villada, Wheelwright.

Modalidades:

- Nodo Reconquista
- Nodo Rafaela
- Nodo Santa Fe
- Nodo Rosario
- Nodo Venado Tuerto

Variable 3: **Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los servicios de Salud.**

Definición conceptual: El término diagnóstico hace referencia al proceso cognitivo donde se parte de los hechos concretos y evidentes, es decir, de los síntomas, para terminar en la comprobación de datos subyacentes a esos datos concretos, los cuales sólo se harán ostensibles mediante este proceso.

Por su parte, los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología son aquellos propios de dicha disciplina, según la Ley promulgada bajo el N° 9981, y aquellos que son específicos de otras profesiones, pero que por presentar determinados signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su prevención, recuperación y/o rehabilitación.

Se entiende por servicio de Salud a las prestaciones de atención sanitaria correspondiente a las distintas especialidades o profesiones que conforman el sistema de Salud, en las cuales se reciben y se registran los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología. (Gobierno Nacional de la República Argentina, 1997).

Definición operacional: Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que se registran en cada uno de los servicios de Salud.

- A. Tomaremos como servicio de **Medicina General** a los siguientes servicios de Salud: clínica médica y medicina general.
- B. Enfermería.
- C. Estimulación Temprana.
- D. Tomaremos como **Fisiatría** a los siguientes servicios de Salud: fisiatría y fisiatría infantil.
- E. Fonoaudiología.

F. Guardia y Emergencias.

G. Kinesiología.

H. Neonatología.

I. Tomaremos como **Neurología** a los siguientes servicios de Salud: neurología, neurología infantil, neurocirugía y neurocirugía pediátrica.

J. Tomaremos como **Odontología** a los siguientes servicios de Salud: odontología, odontología pediátrica y cirugía maxilofacial.

K. Tomaremos como ORL a los siguientes servicios de Salud: otorrinolaringología y otorrinolaringología pediátrica.

L. Pediatría.

M. Tomaremos como **salud mental** a los siguientes servicios de Salud: psicología, psicología pediátrica, psiquiatría, psiquiatría infantil, salud mental y hospital de día psiquiátrico.

N. Psicopedagogía.

O. Terapia Ocupacional

P. Tomaremos como **Otros** a los siguientes servicios de Salud: adolescencia, alergia, alergia infantil, anestesiología, atención domiciliaria programada, cardiología, cardiología infantil, cirugía cabeza y cuello, cirugía de tórax, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía plástica pediátrica, cuidados especiales, dermatología, dermatología pediátrica, diagnóstico por imágenes, ecografía, endocrinología, endocrinología pediátrica, gastroenterología, gastroenterología pediátrica, genética, genética pediátrica, ginecología, ginecología pediátrica, hematología mixta, hepatología, infecciosas, inmunología infantil, internación domiciliaria, junta evaluadora de discapacidad, laboratorio de análisis clínicos, nefrología, nefrología pediátrica, neumonología infantil, nutrición y dietética infantil, nutrición y dietética, obesidad mórbida, obstetricia, oftalmología, oftalmología pediátrica, oncología mixto, promoción y protección, educación sanitaria, radiología, reconocimientos médicos, rehabilitación psicofísica, reumatología, servicio social, talleres, toco ginecología, toxicología, traumatología, traumatología pediátrica, urología y vías respiratorias.

Indicadores: De acuerdo al profesional que recibe al paciente y carga el diagnóstico en el SICAP.

Modalidades:

A. Medicina General

- B. Enfermería
- C. Estimulación Temprana
- D. Fisiatría
- E. Fonoaudiología
- F. Guardia y Emergencias
- G. Kinesiología
- H. Neonatología
- I. Neurología
- J. Odontología
- K. Otorrinolaringología
- L. Pediatría
- M. Salud mental
- N. Psicopedagogía
- O. Terapia Ocupacional
- P. Otros

Variable 4: Género registrado en cada diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología.

Definición conceptual: Se comprende por género a la simbolización que los seres humanos hacemos de la diferencia sexual; lo que reglamenta y condiciona las relaciones entre mujeres y hombres. Mediante dicho proceso de simbolización, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que se supone es "propio" de cada sexo. La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. (Lamas, 1998).

De esta manera, cada vez que ingresa un diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología en el sistema SICAP, se registra una categoría de género.

Entendiendo por diagnóstico vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología tanto a aquellos que son propios de dicha disciplina como aquellos que son específicos de otras profesiones, pero que por sus signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su recuperación o tratamiento.

Definición operacional se tomarán en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores: Género brindado por el paciente al momento de ser registrado en la planilla SICAP.

Modalidades:

- Femenino
- Masculino
- Sin Identificación

Variable 5: Edad registrada en cada diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología.

Definición conceptual: Se considera a la edad como una categoría que refiere al tiempo que se vive, implícita en la cosmovisión de los seres humanos de cualquier cultura. (Escorcia-Hernández, 2015).

De esta manera, cada vez que ingresa un diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología en el sistema SICAP, se registra una categoría de edad. Entendiendo por diagnóstico vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología tanto a aquellos que son propios de dicha disciplina como aquellos que son específicos de otras profesiones, pero que por sus signos y/o síntomas el profesional de la fonoaudiología está capacitado para intervenir en su recuperación o tratamiento

Definición operacional: se tomarán en cuenta los siguientes indicadores:

Indicadores: Edad correspondiente a cada diagnóstico registrado en la planilla SICAP.

Modalidades:

- Menor a 1 año
- Igual a 1 año
- De 2 a 4 años
- Entre 5 y 9 años
- De 10 a 14 años
- De 15 a 49 años
- Más de 50 años
- Sin datos

Población y Muestra

La población que conforma la presente investigación se compone de 277.338 diagnósticos registrados en la base de datos del Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SICAP) obtenidos durante el año 2018 (140.429 diagnósticos) y 2019 (136.909 diagnósticos), los cuales se circunscriben a los registros de los efectores públicos de todos los niveles de complejidad de la Provincia de Santa Fe.

La base de datos contiene un listado de códigos correspondientes a los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología organizados por el sistema CIE-10, versión 2020. La selección de dichos códigos fue realizada por las tesistas de la presente investigación.

Diseño

El presente trabajo de investigación se caracteriza por ser de tipo exploratorio, de corte cuantitativo. El mismo, busca aportar información sobre las variables en estudio en relación a una población determinada.

En cuanto al periodo y secuencia de estudio, la investigación es de tipo transversal. Es decir, que se realiza un corte en el tiempo, específicamente durante el período 2018 y 2019, para el estudio de las variables; y retrospectivo, debido a que los datos registrados corresponden a sucesos ocurridos con anterioridad al momento de inicio del estudio.

Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

Para la presente investigación se elaboró una nota en colaboración con la Dirección de Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, dirigida al Departamento de Estadística de Salud de la Provincia de Santa Fe, donde se solicitó un listado de los diagnósticos registrados en el servicio de fonoaudiología en el subsector público de Salud durante el año 2018 y 2019.

En respuesta a tal solicitud, se nos requirió la elaboración de un listado donde se especifiquen los códigos correspondientes a los diagnósticos que nos sean de utilidad. De esa manera, se prosiguió a la confección de un listado de códigos referidos a los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología organizados por el sistema CIE-10 versión correspondiente al año 2020, ya que era la última versión con la que se contaba hasta el momento. Cabe aclarar que, en cada efector de Salud de la Provincia, los servicios de Salud se encargan de cargar los datos de los pacientes ingresados y sus correspondientes diagnósticos codificados en el sistema SICAP¹⁴.

Una vez elaborado tal listado se envió una segunda nota de solicitud de dicha información a través de la Escuela de Fonoaudiología, donde además se detalló los datos discriminados que serían de utilidad, como ser: período-año, nivel de atención (primero, segundo, tercero), nivel de gestión (provincial/municipal) y rango etario. (Ver nota en Anexos I).

Como respuesta, se recibieron dos listados de base de datos, uno correspondiente al año 2018 y otro al año 2019.¹⁵

¹⁴ El SICAP es el sistema de registro que utiliza la Provincia de Santa fe para el registro de atenciones (encuentro directo de cualquier miembro del equipo de Salud con el paciente en el marco del proceso asistencial) y se efectiviza en el “REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA” (PLANILLA ÚNICA Y/O SISTEMA INFORMÁTICO) por parte de cada profesional o servicio de atención.

¹⁵ Para más detalles, se adjuntó al presente informe un archivo PDF donde se encuentran ambos listados.

Plan de Análisis de Datos

Una vez recibidos los datos necesarios se elaboró una tabla dinámica específica a través del programa Microsoft Excel donde fueron volcados para ser analizados. Para esto se estudió detalladamente cada una de las variables de manera individual. Para la presentación de los resultados obtenidos se ha organizado la información de manera tabular y gráfica.

Se utilizaron tablas y gráficos, donde se reflejan las características de las variables en estudio.

Contexto de Realidad

Presentación y Análisis de Datos

Tabla 1

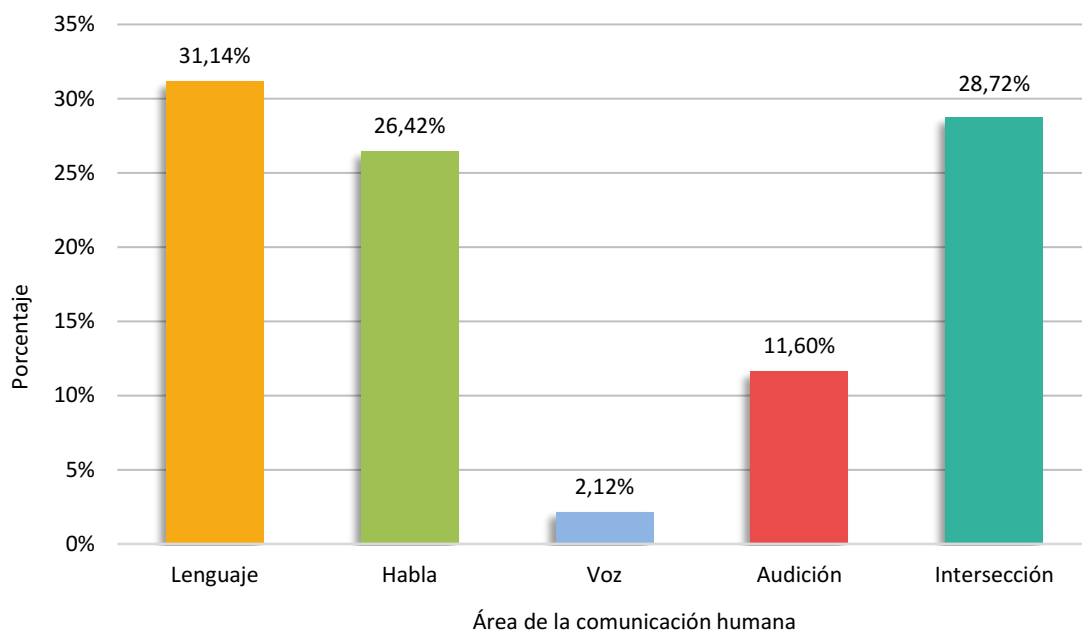
Distribución de Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en los Efectores Públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante los años 2018-2019.

Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Total	%
Trastorno del lenguaje expresivo	19638	10,3%
Trastorno de la recepción del lenguaje	7030	3,7%
Afasia adquirida con epilepsia	166	0,1%
Disfasia y Afasia	1035	0,5%
Dislexia y Alexia	815	0,4%
Apraxia	171	0,1%
Trastorno específico de la lectura	6553	3,4%
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	18959	10,0%
Trastornos hipercinéticos	4951	2,6%
Trastorno específico de la pronunciación	29696	15,6%
Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	5214	2,7%
Tartamudez (espasmofemia)	1186	0,6%
Respiración con la boca	5338	2,8%
Disfagia	3625	1,9%
Disartria y Anartria	726	0,4%
Otras alteraciones del habla y las no especificadas	555	0,3%
Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	746	0,4%
Fisura labio-alveolo-palatina	3186	1,7%
Anquiloglosia	58	0,0%
Disfonía	3382	1,8%
Afonía	197	0,1%
Hipernasalidad e hiponasalidad	24	0,0%
Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	73	0,0%
Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	367	0,2%
Hipoacusia	21983	11,5%
Sordomudez no clasificada en otra parte	115	0,1%
Trastorno generalizado del desarrollo	7186	3,8%
Retraso mental	23249	12,2%
Autismo	5834	3,1%
Parálisis cerebral	14243	7,5%
Síndrome de Down	4189	2,2%
Total	190490	100%

De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología (190.490)¹⁶, se observa que los diagnósticos que presentaron mayor registro fueron: trastorno específico de la pronunciación con un 15,59%, seguido de retraso mental con 12,20%, luego hipoacusia con 11,5%, trastorno del lenguaje expresivo con 10,3%, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares con 10,0% y parálisis cerebral con 7,5%.

Gráfico 1

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana

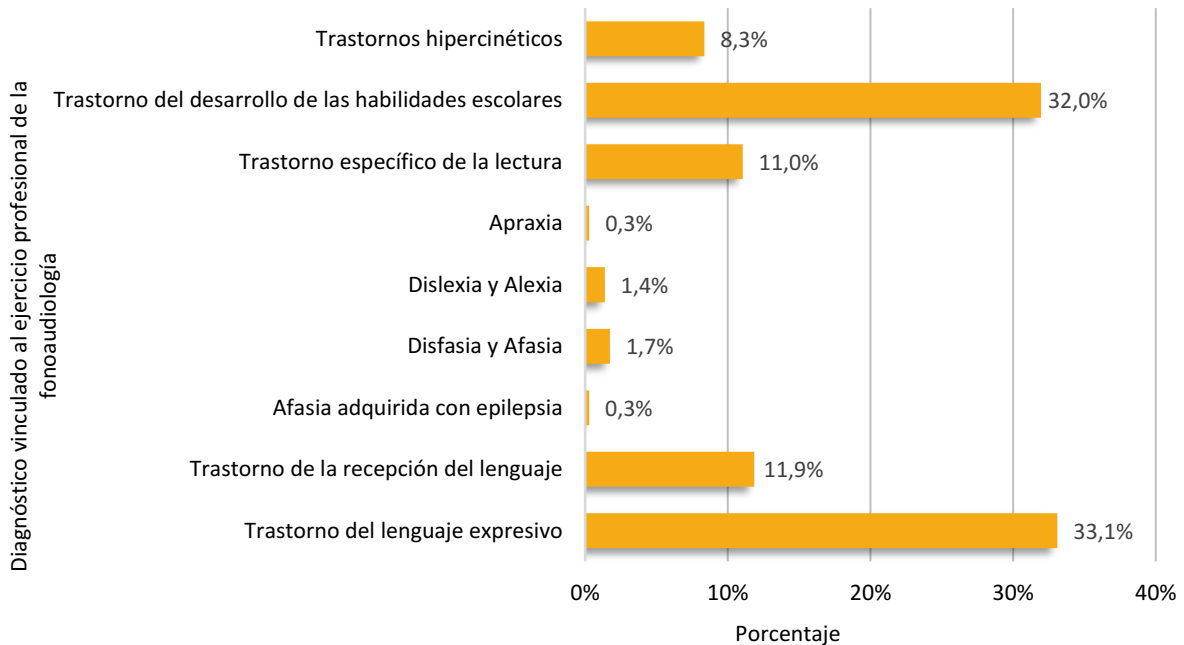


De la totalidad de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP (190.490), se observó un predominio del área de la comunicación humana lenguaje (31,1%) por sobre el área de la comunicación humana intersección (28,7%), habla y/o fonoestomatología (26,4%), audición y/o vestibular (11,6%) y voz (2,1%).

¹⁶ Si bien la base de datos solicitada al Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SICAP) se compone de 277.338 registros durante el año 2018 (140.429 registros) y 2019 (136.909 registros), para este estudio se realizó un filtrado quedando la población conformada por 190.490 diagnósticos.

Gráfico 2

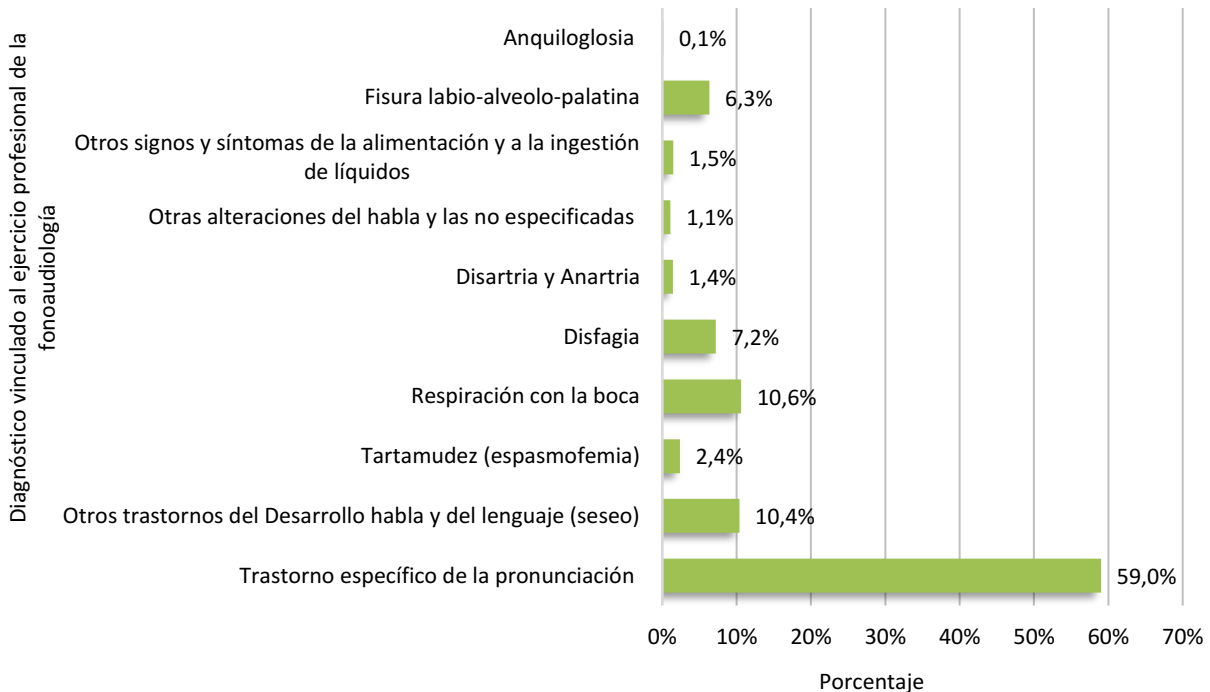
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área lenguaje



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología pertenecientes al área de la comunicación humana **lenguaje** (59.318), el diagnóstico trastornos del lenguaje expresivo es el que se presenta con mayor frecuencia con un 33,1%, le siguen en orden de frecuencia trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (32,0%), trastorno de la recepción del lenguaje (11,9%), trastornos específicos de la lectura (11,0%), trastornos hiperkinéticos (8,3%) y en menor medida disfasia y afasia, dislexia y alexia, apraxia y afasia adquirida con epilepsia.

Gráfico 3

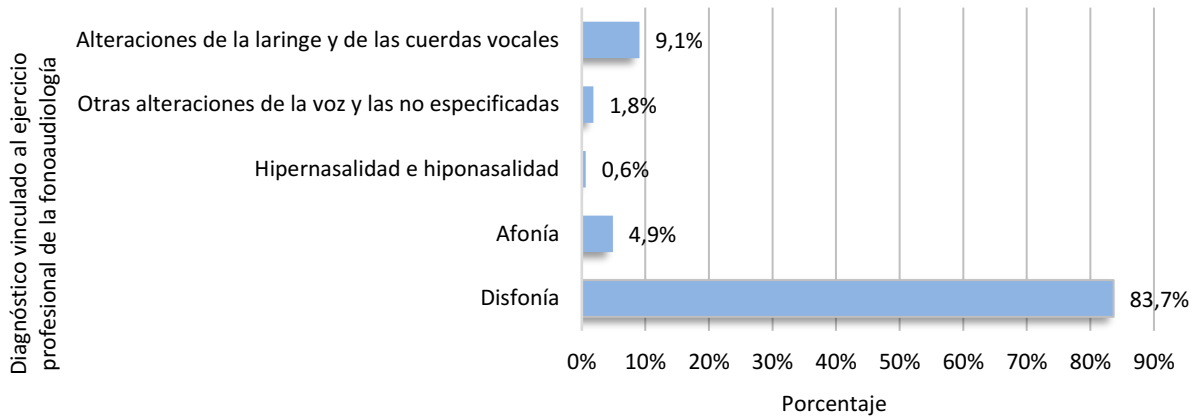
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área habla y/o fonoestomatología



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología pertenecientes al área de la comunicación humana **habla y/o fonoestomatología** (50.330), el diagnóstico trastorno específico de la pronunciación es el que se presenta con mayor frecuencia con un 59%. Le siguen en orden de frecuencia respiración con la boca 10,6%, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje 10,4%, disfagia 7,2%, fisura-labio-alveolo-palatina 6,3%, tartamudez (Espasmofemia) 2,4%, y en menor medida otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, Disartria y Anartria, Otras alteraciones del habla y las no especificadas y Anquiloglosia.

Gráfico 4

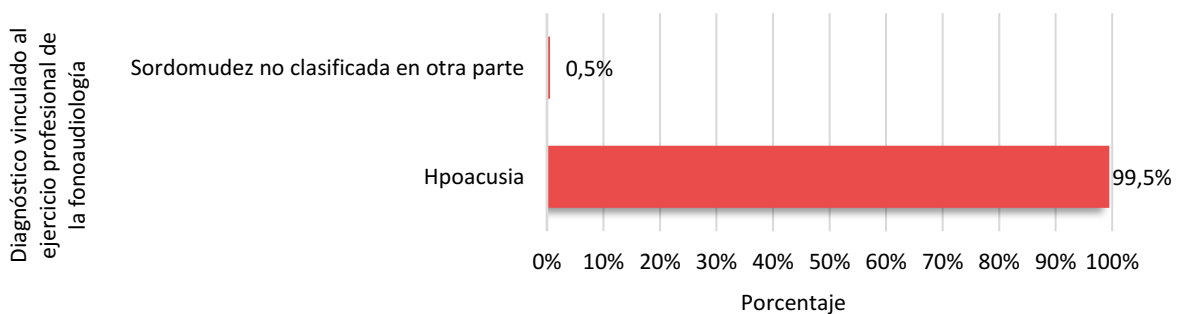
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área voz



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología pertenecientes al área de la comunicación humana **voz** (4043), el diagnóstico disfonía es el que se presenta con mayor frecuencia con un 83,7%, le siguen en orden de frecuencia alteraciones de la laringe y las cuerdas vocales 9,1%, afonía 4,9%, y en menor medida otras alteraciones de la voz y la no especificadas e Hiper e Hiponasalidad.

Gráfico 5

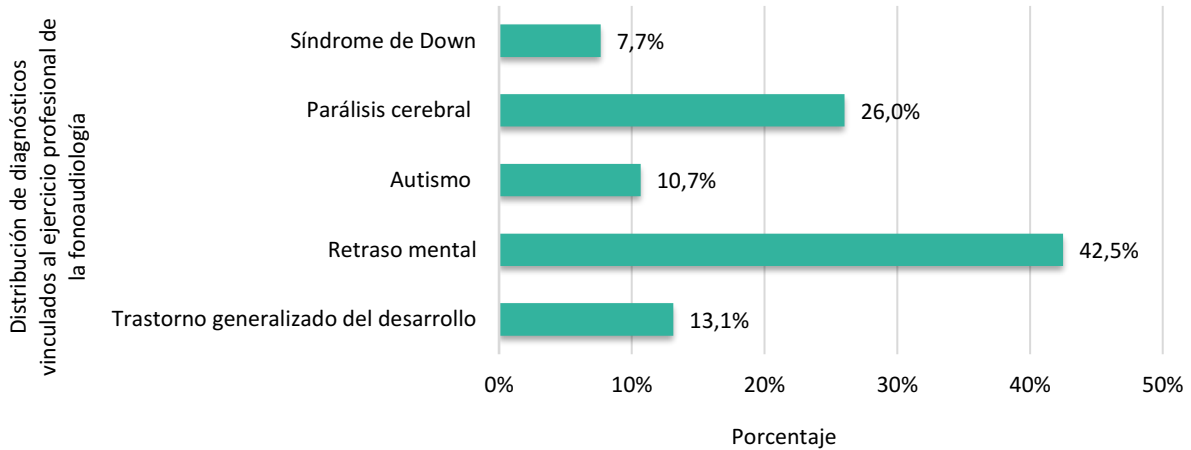
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área audición y/o vestibular



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología pertenecientes al área de la comunicación humana **audición y/o vestibular** (22.098), el diagnóstico hipoacusia es el que se presenta con mayor frecuencia con un 99,5% y en menor medida sordomudez no clasificada en otra parte con 0,5%.

Gráfico 6

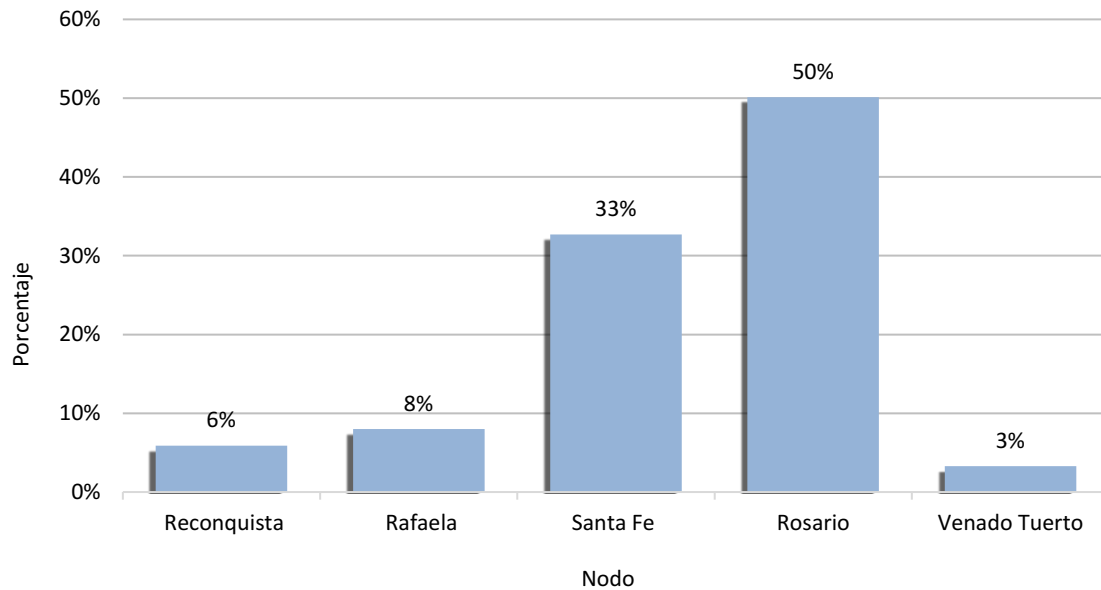
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el área intersección



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología pertenecientes al área de la comunicación humana **intersección** (54.701), el diagnóstico retraso mental es el que se presenta con mayor frecuencia con un 42,5%. Le siguen en orden de frecuencia parálisis cerebral (26,0%), trastorno generalizado del desarrollo (13,1%), autismo (10,7%) y el que presenta menor cantidad de registros es síndrome de Down con un 7,7%.

Gráfico 7

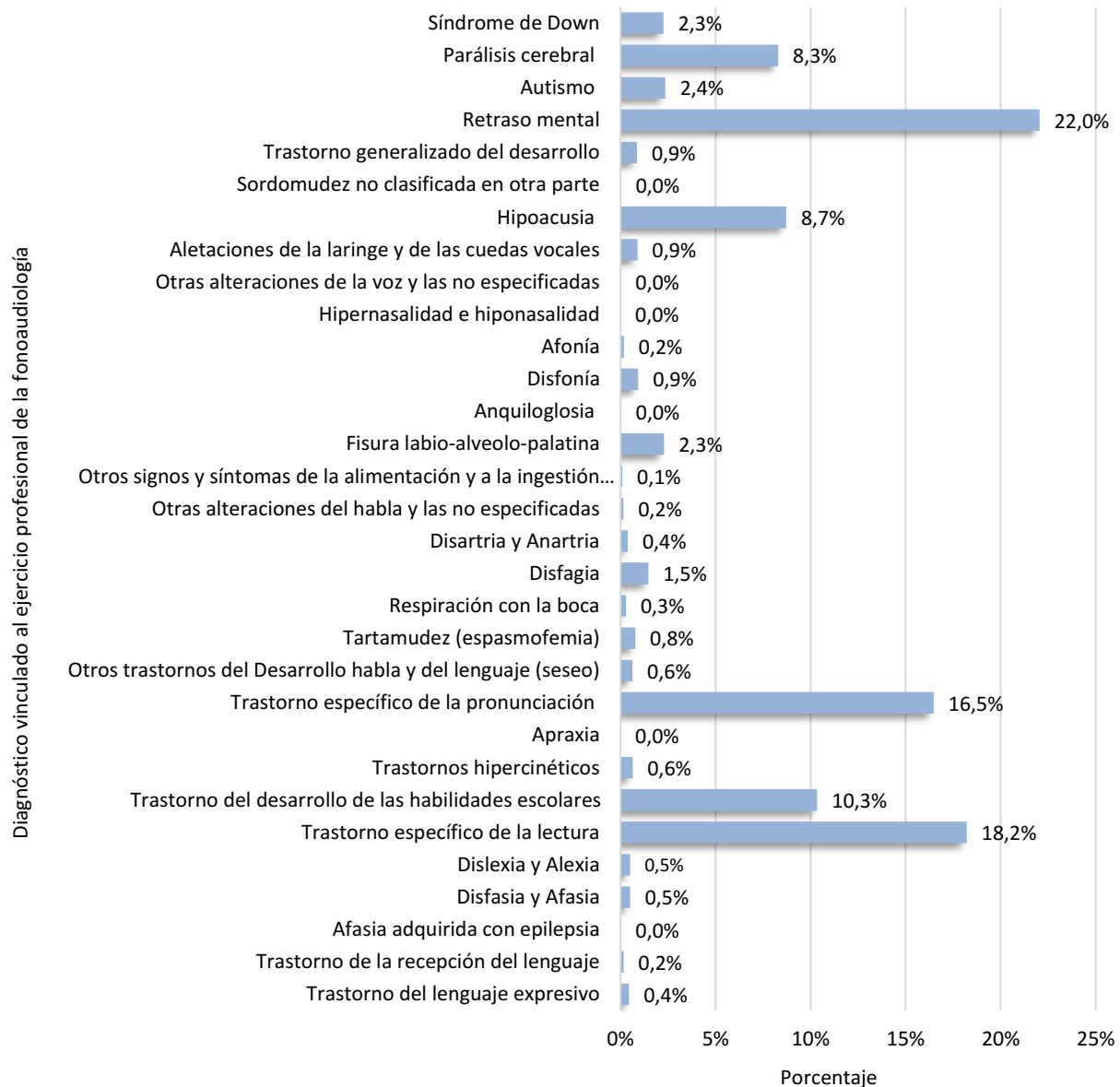
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los nodos de la Provincia de Santa Fe



De la totalidad de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP (190.490), se observa que la distribución de diagnósticos se encuentra mayormente concentrada en el nodo Rosario con un 50%, seguido del nodo Santa Fe con un 33%, luego nodo Rafaela con un 8%, nodo Reconquista con un 6% y finalmente nodo Venado Tuerto con un 3%.

Gráfico 8

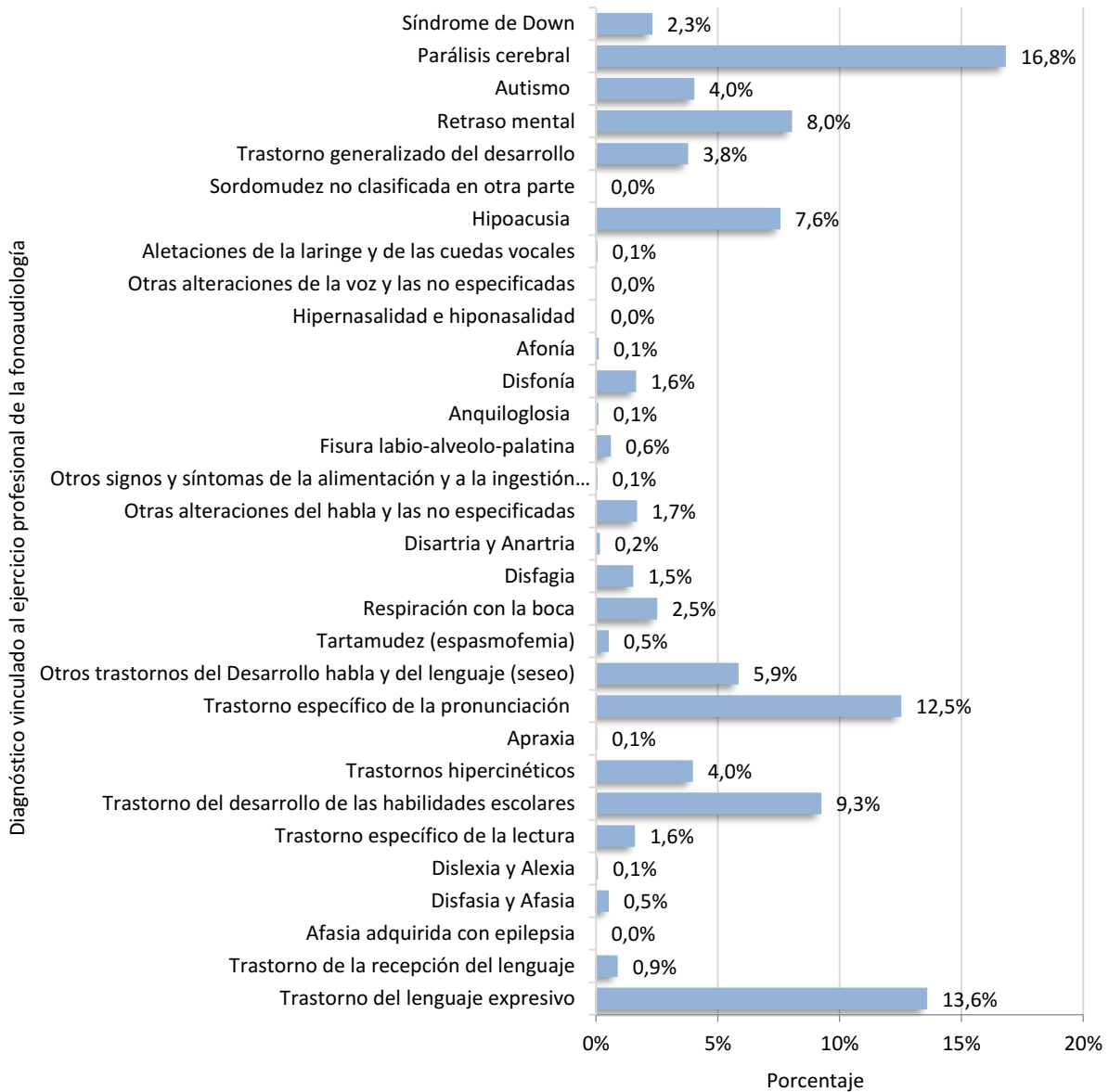
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el Nudo Reconquista



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP en el **nudo Reconquista** (11.193), los que se presentan con mayor frecuencia fueron retraso mental con el 22,0%, seguido de trastorno específico de la lectura (18,2%), trastorno específico de la pronunciación (16,5%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (10,3%), hipoacusia (8,7%) y parálisis cerebral (8,3%).

Gráfico 9

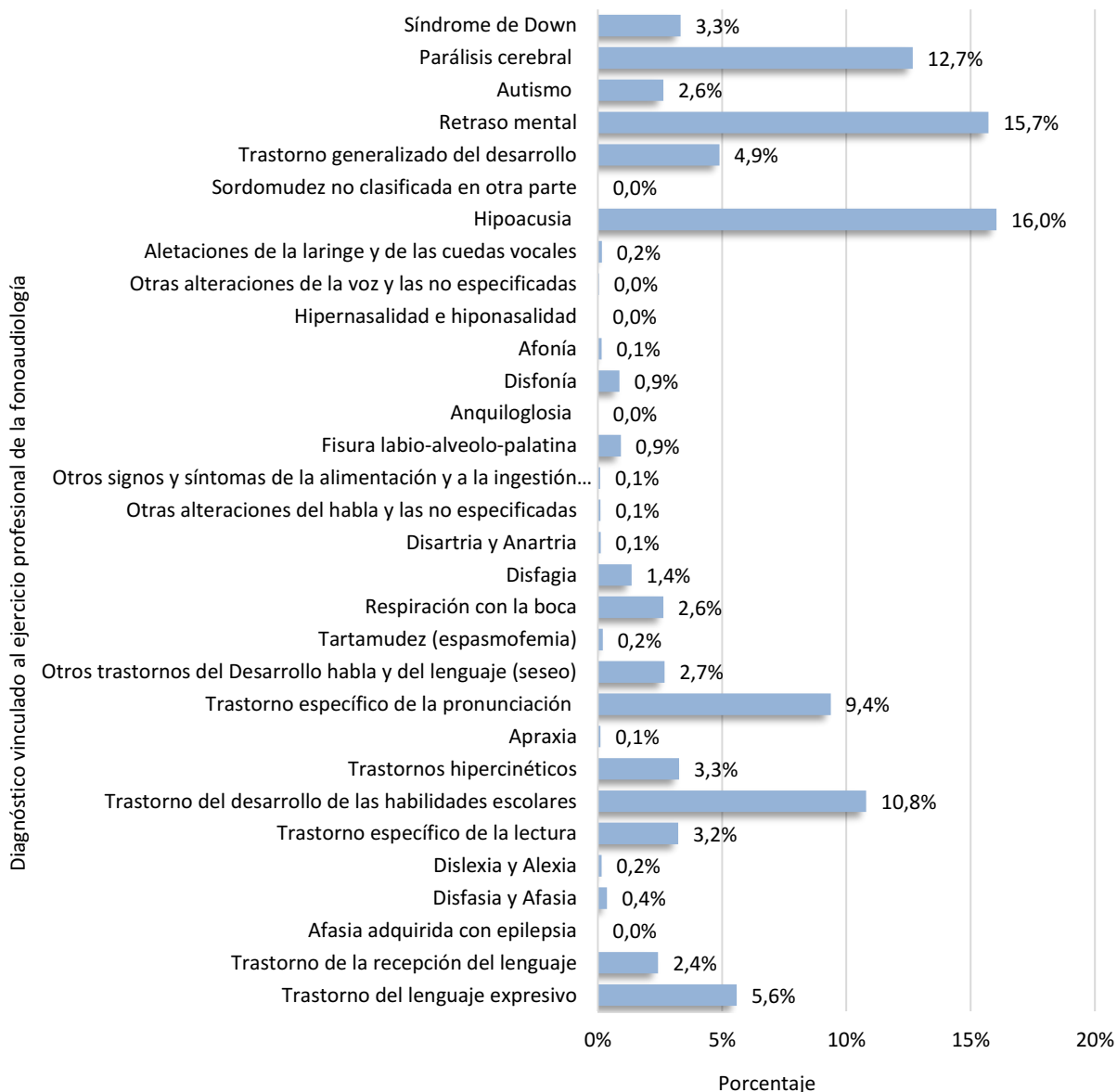
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo Rafaela



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP en el **nodo Rafaela** (15.220), los que se presentaron con mayor frecuencia fueron parálisis cerebral con el 16,8%, seguido de trastorno del lenguaje expresivo (13,6%), trastorno específico de la pronunciación (12,5%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (9,3%), retraso mental (8%) e hipoacusia con el (7,6%).

Gráfico 10

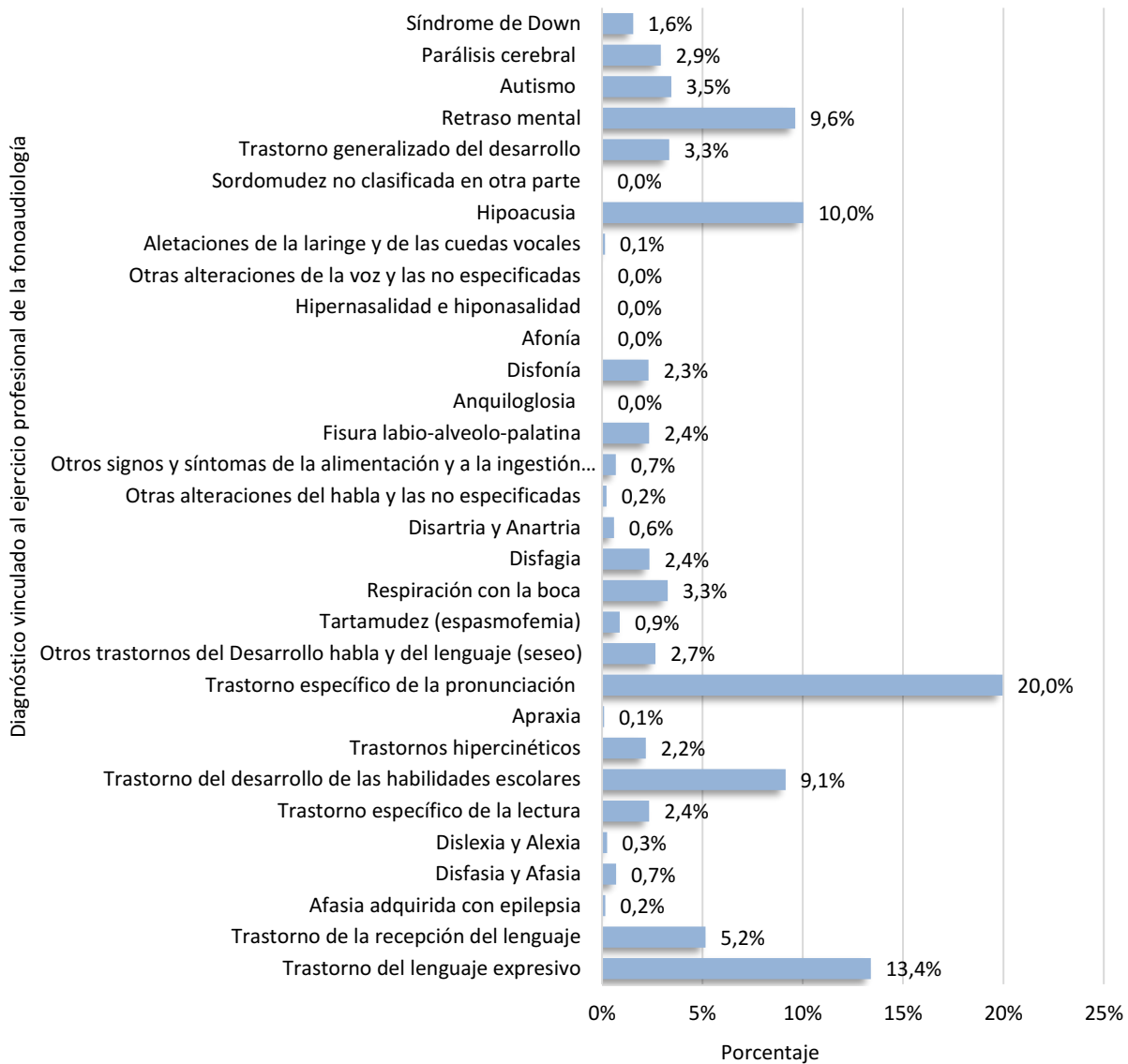
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo Santa Fe



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP en el **nodo Santa Fe** (62.318), los que se presentaron con mayor frecuencia fueron hipoacusia con el 16%, seguido de retraso mental (15,7%), parálisis cerebral (12,7%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (10,8%) y trastorno específico de la pronunciación (9,4%).

Gráfico 11

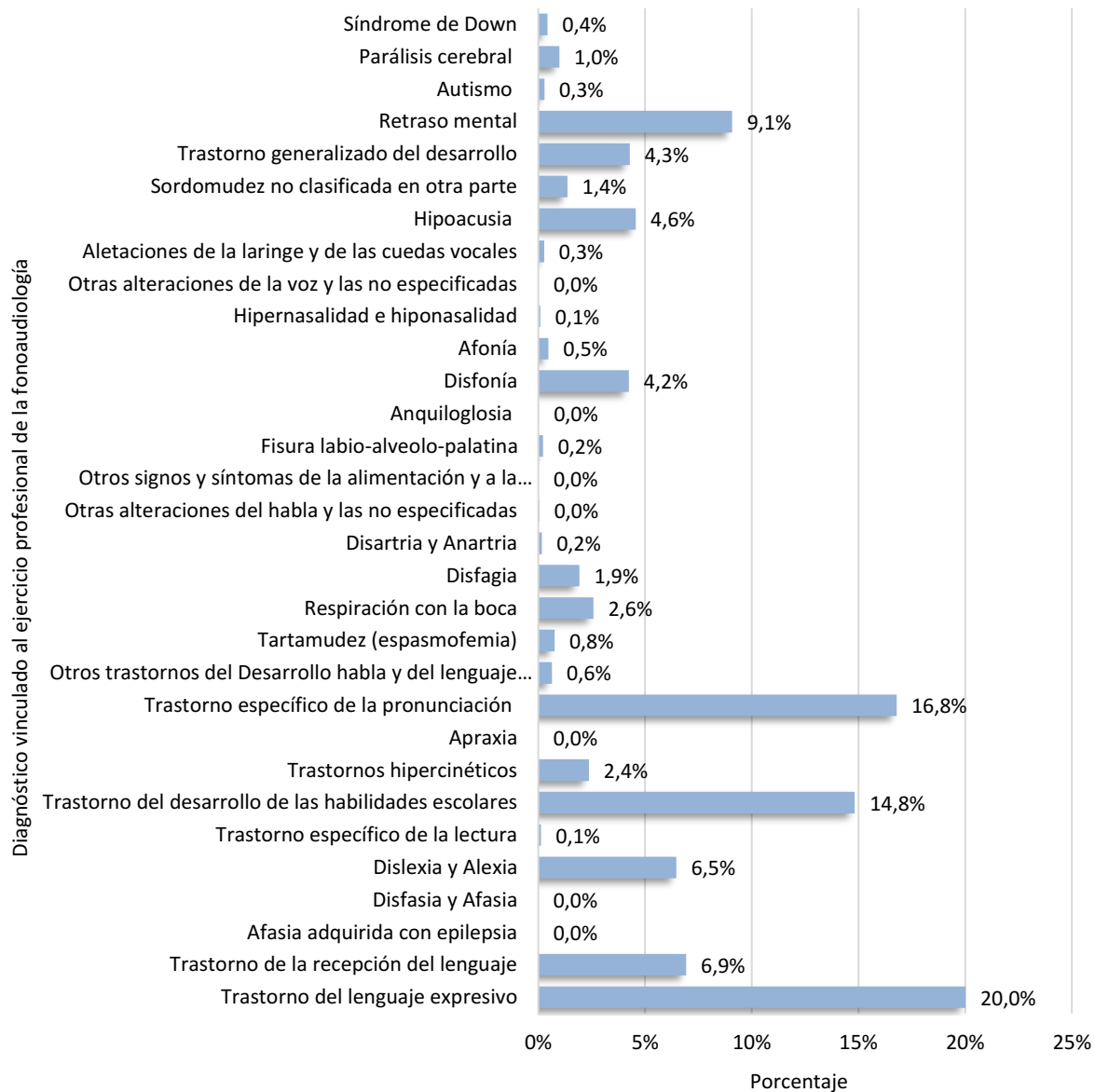
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo Rosario



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP en el **nodo Rosario** (95.474), los que se presentaron con mayor frecuencia fueron trastorno específico de la pronunciación con un 20% , seguido de trastorno del lenguaje expresivo (13,4%), hipoacusia (10%), retraso mental (9,6%) y trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (9,1%).

Gráfico 12

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el nodo Venado Tuerto



De la totalidad de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP en el **nodo Venado Tuerto** (6.285), los que se presentaron con mayor frecuencia fueron, trastorno del lenguaje expresivo con el 20%, seguido de trastorno específico de la pronunciación (16,8%), luego trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (14,8%), retraso mental (9,1%), trastorno de la recepción del lenguaje (6,9%) y dislexia y alexia (6,5%).

Tabla 2

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en los servicios de salud de los Efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019

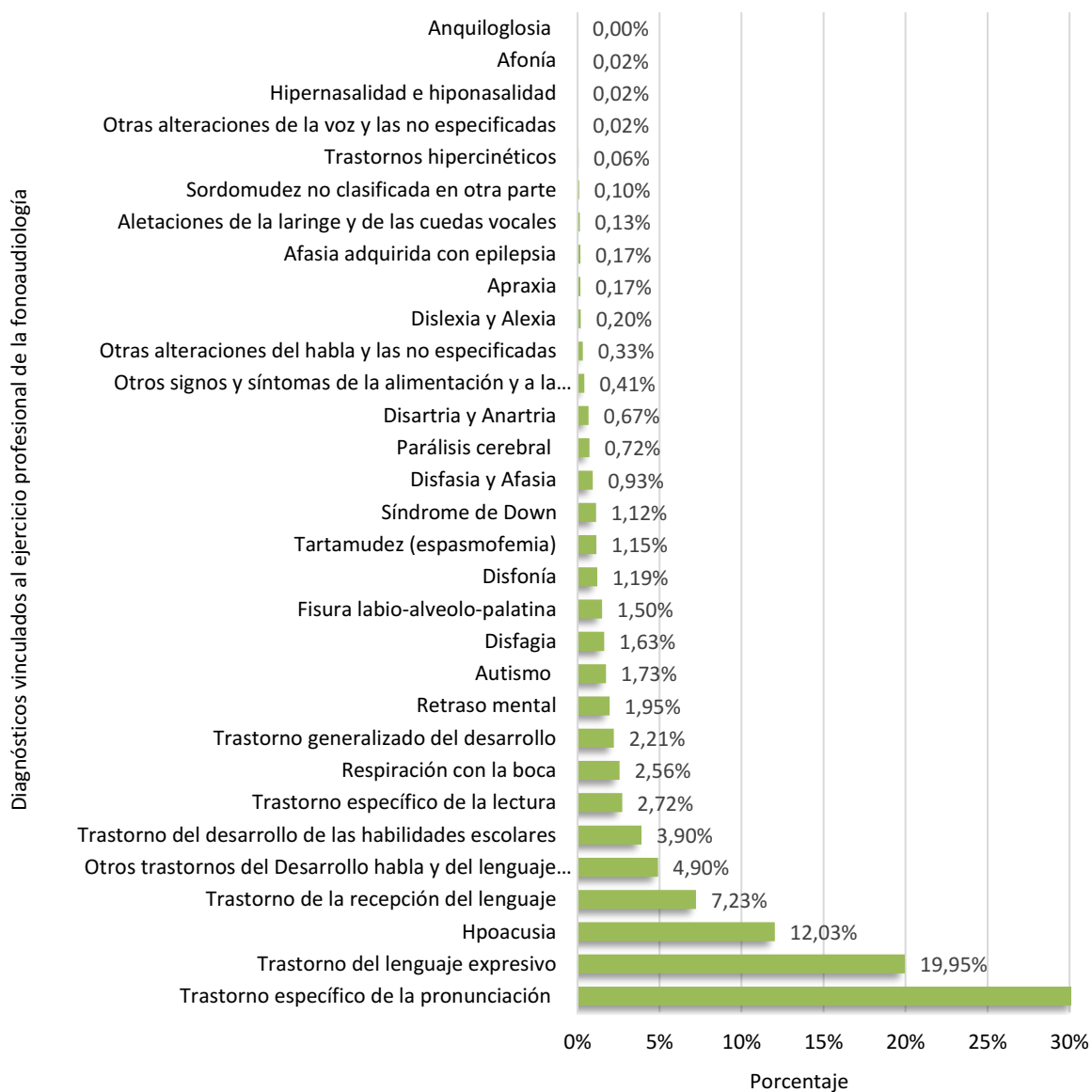
Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Servicios de Salud																
	Fonoaudiología	Clínica Médica	Enfermería	Estimulación Temprana	Fisiatría	Guardia y Emergencias	Kinesiología	Neonatología	Neurología	Odontología	ORL	Pediatría	Salud Mental	Psicopedagogía	Terapia ocupacional	Otros	Total general
Trastorno del lenguaje expresivo	18354	82	0	0	11	1	1	0	38	0	1	138	144	207	519	142	19638
Trastorno de la recepción del lenguaje	6648	7	0	0	4	1	0	0	97	0	0	10	43	73	134	13	7030
Afasia adquirida con epilepsia	154	5	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	1	0	1	166
Disfasia y Afasia	855	26	0	0	1	17	8	0	7	0	3	16	0	0	7	95	1035
Dislexia y Alexia	182	31	0	240	0	4	0	0	17	2	3	15	12	227	32	50	815
Apraxia	160	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	171
Trastorno específico de la lectura	2498	14	0	2	0	0	0	1	400	0	0	13	431	2981	191	22	6553
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	3591	348	0	177	3	1	15	0	815	1	1	805	4976	6607	953	666	18959
Trastornos hipercinéticos	58	129	1	0	1	7	1	0	608	0	1	123	2927	724	356	15	4951
Trastorno específico de la pronunciación	27844	87	0	30	1	11	2	0	280	2	560	94	253	78	396	58	29696
Otros trastornos del Desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	4508	166	0	59	6	0	2	0	39	2	3	133	126	34	77	59	5214
Tartamudez (espasmofemia)	1062	26	0	5	0	0	0	0	4	0	0	20	37	0	31	1	1186
Respiración con la boca	2351	80	0	4	0	22	0	0	1	2	2576	193	0	2	11	96	5338
Disfagia	1499	825	0	0	4	516	376	1	5	1	67	28	2	0	3	298	3625
Disartria y Anartria	617	30	0	0	0	35	0	0	18	0	2	3	3	0	11	7	726
Otras alteraciones del habla y las no especificadas	301	101	0	0	3	6	0	0	6	10	8	69	8	1	41	1	555
Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	381	104	0	0	1	31	0	1	0	0	0	67	1	0	1	159	746
Fisura labio-alveolo-palatina	1379	54	0	0	0	16	4	30	3	1142	7	46	1	33	5	466	3186
Anquiloglosia	0	8	0	0	0	0	0	1	0	5	17	13	0	0	0	14	58
Disfonía	1098	892	1	0	0	381	8	0	3	0	873	78	0	0	4	44	3382

Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Servicios de Salud															Total general	
	Fonoaudiología	Clínica Médica	Enfermería	Estimulación Temprana	Fisiatría	Guardia y Emergencias	Kinesiología	Neonatología	Neurología	Odontología	ORL	Pediatría	Salud Mental	Psicopedagogía	Terapia ocupacional		Otros
Afonía	15	73	7	0	0	76	0	0	0	0	1	24	0	0	0	1	197
Hipernasalidad e hiponasalidad	20	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	24
Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	21	18	0	0	0	3	0	0	0	0	28	3	0	0	0	0	73
Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	119	55	0	0	0	40	0	11	2	0	26	22	0	0	0	92	367
Hipoacusia	11067	1590	1	7	5	239	7	9	44	0	8219	286	30	97	63	319	21983
Sordomudez no clasificada en otra parte	91	12	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0	0	1	0	115
Trastorno generalizado del desarrollo	2032	124	1	24	42	13	18	6	267	2	0	142	2352	314	1780	69	7186
Retraso mental	1792	1232	16	70	84	323	495	0	3022	0	0	313	10327	3802	1284	489	23249
Autismo	1588	134	0	8	68	5	13	0	1059	1	0	145	1913	258	591	51	5834
Parálisis cerebral	665	439	10	19	917	79	6169	53	551	1	1	239	186	46	3772	1096	14243
Síndrome de Down	1033	260	1	128	82	8	396	71	127	2	2	507	186	103	988	295	4189
Total	91983	6955	38	773	1234	1837	7515	184	7416	1173	12410	3547	23959	15588	11259	4619	190490
%	48,3%	3,7%	0,0%	0,4%	0,6%	1,0%	3,9%	0,1%	3,9%	0,6%	6,5%	1,9%	12,6%	8,2%	5,9%	2,4%	100,0%

Los diagnósticos que prevalecen en cada servicio son: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno de la recepción del lenguaje, afasia adquirida con epilepsia, disfasia y afasia, apraxia, trastorno específico de la pronunciación, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), tartamudez”, disfagia, disartria y anartria, otras alteraciones del habla y las no especificadas, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía, hipernasalidad e hiponasalidad, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, hipoacusia, sordomudez y síndrome de Down prevalecen en el servicio de Fonoaudiología; mientras que dislexia y alexia, trastorno específico del desarrollo de las habilidades escolares se destacan en el servicio de psicopedagogía; trastornos hiperkinéticos, trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental y autismo prevalecen en el servicio de salud mental; mientras que respiración con la boca, anquiloglosia y otras alteraciones de la voz y la no especificadas predominan en ORL; por su parte afonía se destaca en guardia y emergencias y parálisis cerebral en kinesiología.

Gráfico 13

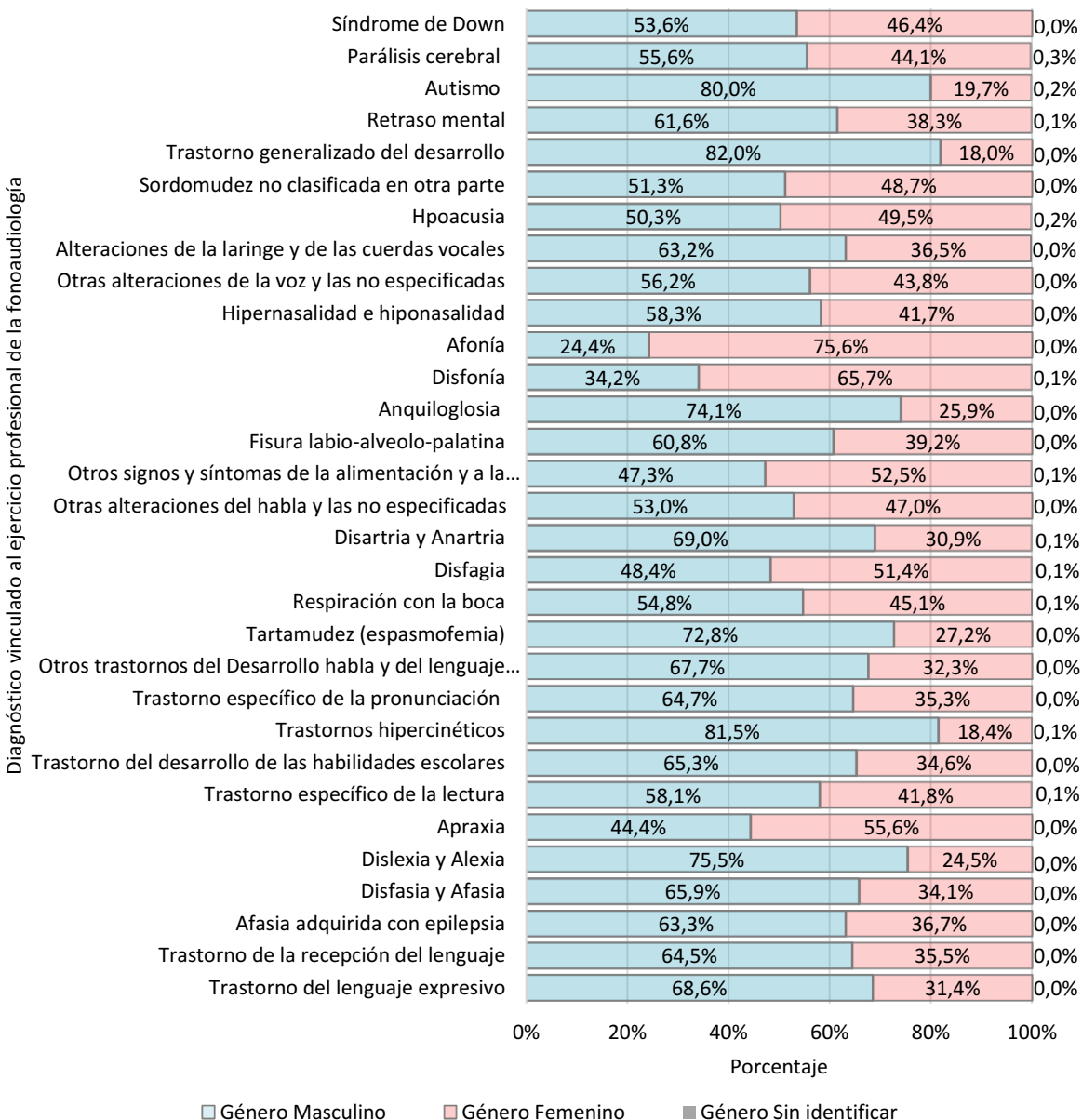
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en los servicios de fonoaudiología en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante los años 2018 y 2019



Del total de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el SICAP en los **servicios de fonoaudiología** se observa que los más destacados son: trastorno específico de la pronunciación (30,27%), trastorno del lenguaje expresivo (19,95%), hipoacusia (12,03%) y trastornos de la recepción del lenguaje (7,23%).

Gráfico 14

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el género de los pacientes



Del total de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP (190.490), el **género** prevalente fue el masculino por sobre el femenino y sin identificación.

Los diagnósticos que predominaron en el **género masculino** fueron: trastorno generalizado del desarrollo (82,0%), trastornos hiperkinéticos (81,5%), autismo (80,0%), dislexia y alexia (75,5%),

anquiloglosia (74,1%), tartamudez (espasmofemia) (72,8%), disartria y anartria (69,0%), trastorno del lenguaje expresivo (68,6%), otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo) (67,7%), disfasia y afasia (65,9%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (65,3%), trastorno específico de la pronunciación (64,7%), trastorno de la recepción del lenguaje (64,5%), afasia adquirida con epilepsia (63,3%), alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales (63,2%), retraso mental (61,6%), fisura labio-alveolo-palatina (60,8%), hipernasalidad e hiponasalidad (58,3%), trastorno específico de la lectura (58,1%), otras alteraciones de la voz y las no especificadas (56,2%), parálisis cerebral (55,6%), respiración con la boca (54,8%), síndrome de Down (53,6%), otras alteraciones del habla y las no especificadas (53,0%), sordomudez no clasificada en otra parte (51,3%), e hipoacusia (50,3%).

Los que prevalecieron en el **género femenino** fueron afonía (75,6%), disfonía (65,7%), apraxia (55,6%), otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos (52,5%) y disfagia (51,4%).

En cuanto al **género sin identificación**, los registros fueron escasos, tal es el caso de: parálisis cerebral, hipoacusia, autismo, trastornos hipercinéticos, trastorno específico de la lectura, respiración con la boca, disartria y anartria, disfagia, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disfonía y retraso mental, mientras que en los demás diagnósticos no hubo registros en esta categoría de género.

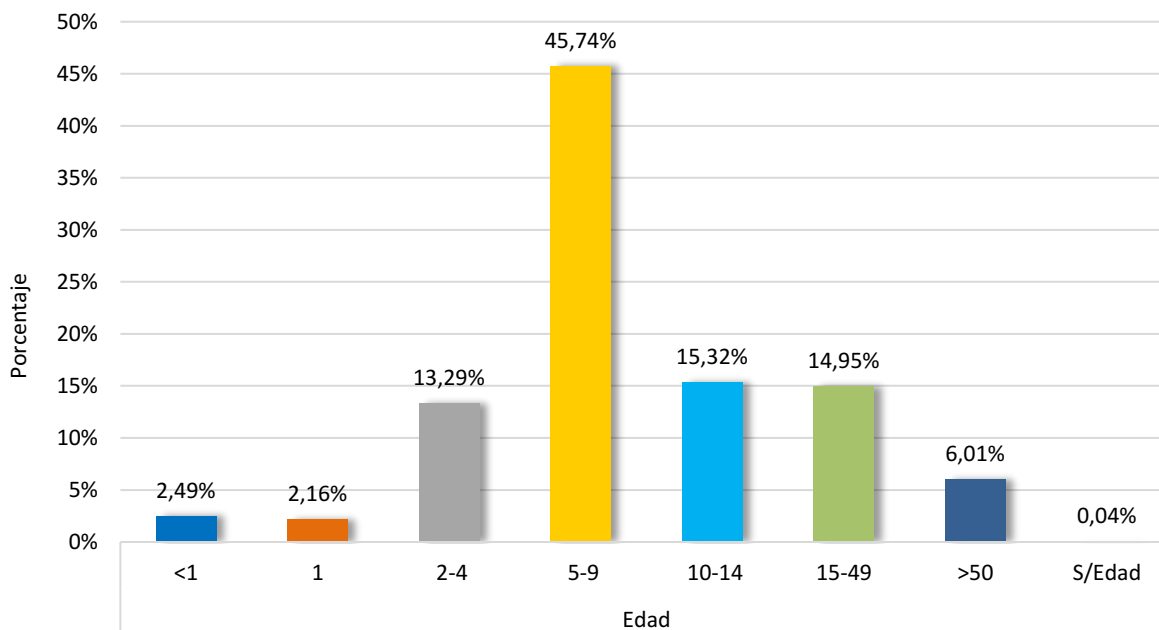
Tabla 3

Distribución de Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según la edad de los Pacientes de los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Edad								Total general
	<1	1	2-4	5-9	10-14	15-49	>50	S/Edad	
Trastorno del lenguaje expresivo	3	14	3106	13634	2133	609	136	3	19638
Trastorno de la recepción del lenguaje	2	16	1028	4150	1487	300	46	1	7030
Afasia adquirida con epilepsia	0	0	17	82	59	6	2	0	166
Disfasia y Afasia	2	1	26	99	79	265	562	1	1035
Dislexia y Alexia	1	0	35	290	404	76	9	0	815
Apraxia	0	0	0	34	49	26	62	0	171
Trastorno específico de la lectura	5	14	142	3845	1937	566	44	0	6553
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	11	39	500	11726	5681	955	41	6	18959
Trastornos hipercinéticos	3	12	348	2897	1334	331	26	0	4951
Trastorno específico de la pronunciación	19	69	4107	22543	2277	520	158	3	29696
Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	20	89	1631	2901	403	83	87	0	5214
Tartamudez (espasmodia)	4	2	151	695	197	137	0	0	1186
Respiración con la boca	44	59	857	2362	996	862	158	0	5338
Disfagia	557	184	151	324	201	1275	931	2	3625
Disartria y Anartria	0	1	5	75	22	234	388	1	726
Otras alteraciones del habla y las no especificadas	0	3	179	278	33	46	16	0	555
Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	53	66	82	165	189	148	36	7	746
Fisura labio-alveolo-palatina	443	234	748	992	441	311	7	10	3186
Anquiloglosia	5	6	15	13	8	11	0	0	58
Disfonía	14	17	95	240	226	1593	1190	7	3382
Afonía	1	4	9	15	13	107	48	0	197
Hipernasalidad e hiponasalidad	0	1	3	13	4	3	0	0	24
Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	0	0	1	13	6	32	21	0	73
Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	71	17	31	35	49	108	55	1	367
Hipoacusia	1741	786	2436	3459	1771	5763	6014	13	21983
Sordomudez no clasificada en otra parte	2	1	75	17	0	18	2	0	115
Trastorno generalizado del desarrollo	88	172	1839	3467	883	701	34	2	7186
Retraso mental	324	161	928	5351	4928	10353	1195	9	23249
Autismo	4	16	1137	2755	1099	819	4	0	5834
Parálisis cerebral	749	1559	4456	3650	1869	1796	158	6	14243
Síndrome de Down	571	563	1180	1010	410	431	13	11	4189
Total	4737	4106	25318	87130	29188	28485	11443	83	190490
%	2,49%	2,16%	13,29%	45,74%	15,32%	14,95%	6,01%	0,04%	100,00%

Gráfico 15

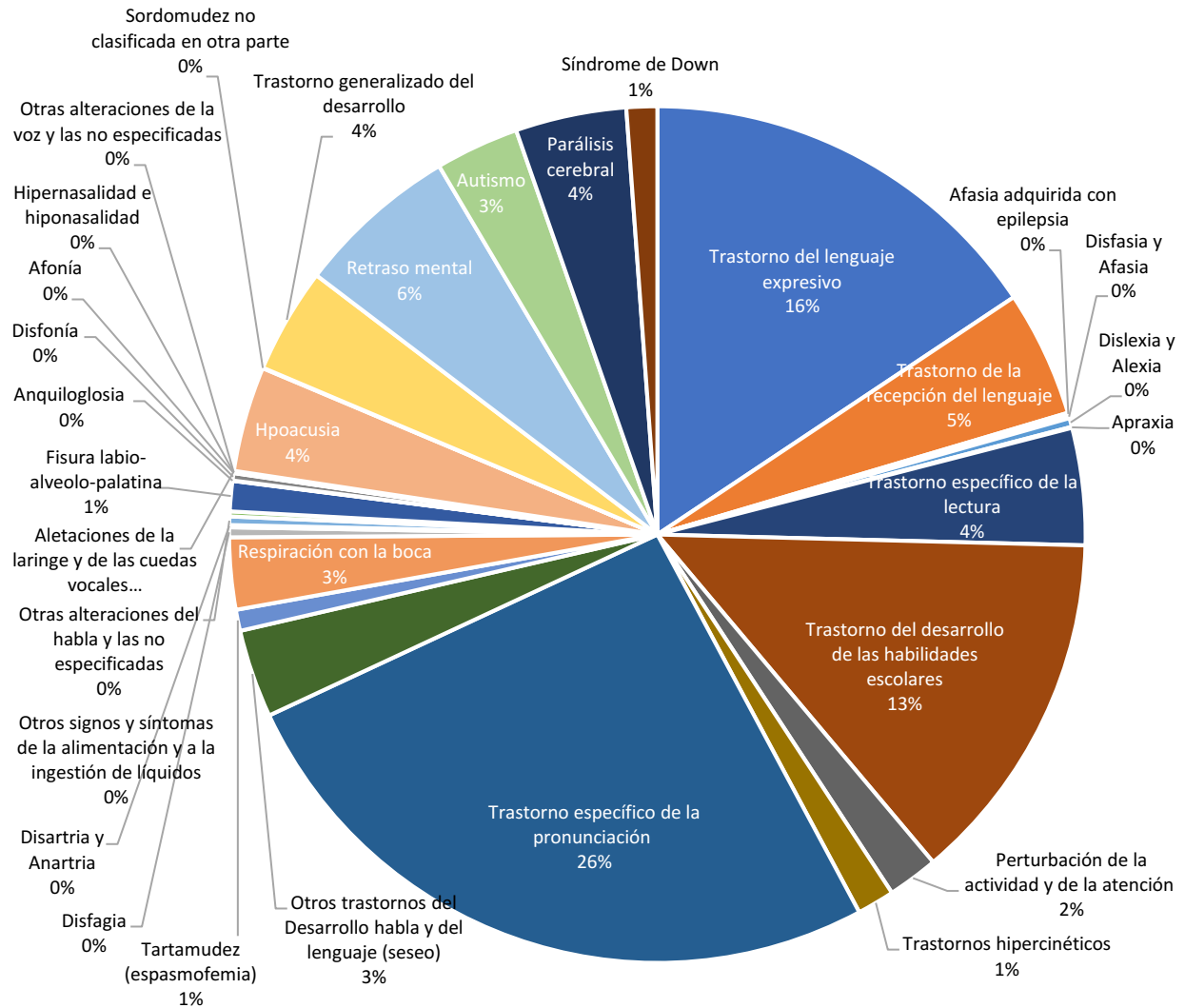
Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según la edad de los pacientes



Del total de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología que fueron registrados en el sistema SICAP (190.490), la **edad** que prevalece en los registros de dichos diagnósticos es de 5 a 9 años con un 45,74%, seguida de 10 a 14 años (15,32%), luego de 15 a 49 años (14,95%), de 2 a 4 años (13,29%), > a 50 años (6,01%), < a 1 año (2,49%), 1 año (2,16%), y finalmente sin edad con escasos registros (0,04%).

Gráfico 16

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en la edad de 5 a 9 años



Los diagnósticos que se destacan en la edad de **5 a 9 años**¹⁷ son: trastorno específico de la pronunciación (25,87%), trastorno del lenguaje expresivo (15,65%) y trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (13,46%).

¹⁷ Se decidió destacar la edad de 5 a 9 años debido a que es la que presenta mayor registro de diagnósticos.

Contexto de Justificación

Conclusión

Esta investigación permitió tomar conocimiento de cómo es la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe teniendo en cuenta las áreas de la comunicación humana, los nodos en que se distribuye la Provincia y los servicios de Salud que los reciben. Además de caracterizar a la población según edad y género.

A partir de los objetivos planteados y en relación al análisis de los datos se arriba a las siguientes conclusiones:

- Se puede afirmar que los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología se distribuyen de la siguiente manera: en primer lugar se registró un predominio de trastorno específico de la pronunciación, seguido de retraso mental, luego hipoacusia, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, parálisis cerebral, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la recepción del lenguaje, trastorno específico de la lectura, autismo, respiración con la boca, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), trastornos hipercinéticos, síndrome de Down, disfagia, disfonía, fisura labio-alveolo-palatina; y en menor medida se registró tartamudez (espasmofemia), disfasia y afasia, dislexia y alexia, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disartria y anartria, otras alteraciones del habla y las no especificadas, alteraciones de la laringe y las cuerdas vocales, afonía, apraxia, afasia adquirida con epilepsia y sordomudez no clasificada en otra parte; mientras que se presentaron escasos registros de otras alteraciones de la voz y las no especificadas, Anquiloglosia, y de hipernasalidad e hiponasalidad. (ver tabla 1)
- En la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las **áreas de la comunicación humana**, el área **lenguaje** fue el que registró la mayor cantidad de diagnósticos puesto que, de los 190.490 diagnósticos registrados durante los años 2018 y 2019, 59.318 pertenecen a dicha área, constituyendo el 31,1% del total. Dentro de esta área, el diagnóstico trastorno del lenguaje expresivo es el que prevalece, le siguen en orden de frecuencia trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, luego trastorno de la recepción del lenguaje, trastornos específicos de la lectura,

trastornos hiperkinéticos, disfasia y afasia, dislexia y alexia, apraxia, y en menor medida afasia adquirida con epilepsia. (ver gráfico 2)

El área de **intersección** fue la segunda en presentar mayor cantidad de diagnósticos conformando el 28,7% del total. Siendo el diagnóstico retraso mental el que presentó mayor cantidad de registros, siguiendo en orden de frecuencia parálisis cerebral, trastorno generalizado del desarrollo, autismo y en menor medida síndrome de Down. (ver gráfico 6)

En tercer lugar, se encuentra el área de la comunicación humana **Habla y/o fonostomatología** (26,4%), donde el diagnóstico que presentó mayor registro fue trastorno específico de la pronunciación, al que le siguen en orden de frecuencia decreciente respiración con la boca, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, Disfagia, fisura-labio-alveolo-palatina, tartamudez (espasmofemia), otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disartria y anartria, otras alteraciones del habla y las no especificadas, y en menor medida anquiloglosia. (ver gráfico 3)

En cuarto lugar, se encuentra el área de la comunicación humana **Audición y/o Vestibular** (11,6%), donde el diagnóstico hipoacusia es el que prevalece, por sobre el de sordomudez no clasificada en otra parte. (ver gráfico 5)

Finalmente, el área de la comunicación humana **Voz** es la que presenta menor cantidad de registros (2,1%), siendo el diagnóstico disfonía el que se presenta con mayor frecuencia. seguido de alteraciones de la laringe y las cuerdas vocales, afonía, Otras alteraciones de la voz y la no especificadas, y en menor medida hipernasalidad e hiponasalidad. (ver gráfico 4)

- En cuanto a la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los **nodos/regiones** de la Provincia de Santa Fe, se pudo conocer que es el nodo Rosario el que presenta la mayor concentración de registros (50%), seguido por el nodo Santa Fe (33%), luego nodo Rafaela (8%), nodo Reconquista (6%), y finalmente la menor concentración de registros se encuentra en nodo Venado Tuerto (3%).

En base a lo analizado, se puede aseverar que el diagnóstico que se presentó en mayor medida en el **nodo Reconquista** fue retraso mental constituyendo el 22% de diagnósticos de esta región, seguido de trastorno específico de la lectura, luego trastorno

específico de la pronunciación, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, hipoacusia, parálisis cerebral, autismo, fisura labio-alveolo-palatina, síndrome de Down, disfagia, disfonía, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, trastorno generalizado del desarrollo, tartamudez (espasmofemia), trastornos hipercinéticos, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), disfasia y afasia, dislexia y alexia, trastorno del lenguaje expresivo, disartria y anartria, respiración con la boca, afonía, trastorno de la recepción del lenguaje, otras alteraciones del habla y las no especificadas, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos; y en menor medida anquiloglosia, sordomudez no clasificada en otra parte, afasia adquirida con epilepsia y otras alteraciones de la voz y las no especificadas; mientras que hubo ausencia de registros de apraxia e hiper e hiponasalidad. (ver gráfico 8)

En el **nodo Rafaela**, el diagnóstico que se presentó en mayor medida fue parálisis cerebral con un 16,8% de registros en esta región, seguido de trastorno del lenguaje expresivo, trastorno específico de la pronunciación, luego trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, retraso mental, hipoacusia, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), autismo, trastornos hipercinéticos, trastorno generalizado del desarrollo, respiración con la boca, síndrome de Down, otras alteraciones del habla y las no especificadas, disfonía, trastorno específico de la lectura, disfagia; en menor medida, trastorno de la recepción del lenguaje, fisura labio-alveolo-palatina, tartamudez (espasmofemia), disfasia y afasia, disartria y anartria, afonía, anquiloglosia, dislexia y alexia, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, apraxia, mientras que se obtuvieron escasos registros en afasia adquirida con epilepsia, sordomudez no clasificada en otra parte, otras alteraciones de la voz y las no especificadas, y ningún registro en hipernasalidad e hiponasalidad. (ver gráfico 9)

En el **nodo Santa Fe**, el diagnóstico que se presentó mayormente fue la hipoacusia con un 16% del total de registros, seguido del retraso mental, parálisis cerebral, luego del trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, trastorno específico de la pronunciación, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno generalizado del desarrollo, síndrome de Down, trastornos hipercinéticos, trastorno específico de la lectura, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), autismo, respiración con la boca,

trastorno de la recepción del lenguaje, disfagia, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía; en menor medida disfasia y afasia, tartamudez (espasmofemia), alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, dislexia y alexia, afonía, disartria y anartria, apraxia, otras alteraciones del habla y las no especificadas, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, otras alteraciones de la voz y las no especificadas, mientras que se obtuvieron escasos registros en anquiloglosia, sordomudez no clasificada en otra parte, afasia adquirida con epilepsia y en hipernasalidad e hiponasalidad. (ver gráfico 10)

En el **nodo Rosario**, el diagnóstico que se presentó en mayor medida fue trastorno específico de la pronunciación con un 20% de registros en esta región, seguido de trastorno del lenguaje expresivo, hipoacusia, luego de retraso mental, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, trastorno de la recepción del lenguaje, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, respiración con la boca, parálisis cerebral, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), disfagia, trastorno específico de la lectura, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía, trastornos hipercinéticos, síndrome de Down, tartamudez, disfasia y afasia, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disartria y anartria, dislexia y alexia, otras alteraciones del habla y las no especificadas, afasia adquirida con epilepsia, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales; y en menor medida la apraxia, afonía, alteraciones de la voz y las no especificadas; mientras que se obtuvieron escasos registros en anquiloglosia, sordomudez no clasificada en otra parte y en hipernasalidad e hiponasalidad. (ver gráfico 11)

Finalmente en el **nodo Venado Tuerto**, el diagnóstico que se presentó en mayor medida fue trastorno del lenguaje expresivo con un 20% de registros, seguido de trastorno específico de la pronunciación, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, luego retraso mental, trastorno de la recepción del lenguaje, dislexia y alexia, hipoacusia, trastorno generalizado del desarrollo, disfonía, respiración con la boca, trastornos hipercinéticos, disfagia, sordomudez no clasificada en otra parte, parálisis cerebral, tartamudez, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), afonía, síndrome de Down; y en menor medida autismo, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, fisura labio-alveolo-palatina, disartria y anartria, mientras que se obtuvieron escasos registros en trastorno específico de la lectura, hipernasalidad e hiponasalidad, otras alteraciones del habla y las no especificadas, anquiloglosia, otros signos y síntomas

concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, alteraciones de la voz y las no especificadas; mientras que no se obtuvieron registros de afasia adquirida con epilepsia, disfasia y afasia ni tampoco de apraxia.¹⁸ (ver gráfico 12)

- En la distribución de diagnósticos según los **servicios de Salud** se pudo identificar que el Servicio de Fonoaudiología es el que presentó mayor registro; seguido del Servicio de salud mental, luego psicopedagogía, ORL, terapia ocupacional, kinesiología, neurología, clínica médica, y en menor medida se registraron en otros servicios, seguido de pediatría, guardia y emergencias, fisiatría, odontología, estimulación temprana, neonatología y por último enfermería. (ver tabla 2)

En el presente estudio, específicamente nos interesa conocer qué sucede en el **servicio de fonoaudiología**, donde se puede afirmar que los diagnósticos más destacados son: trastorno específico de la pronunciación (30,27%), seguido de trastorno del lenguaje expresivo (19,95%), hipoacusia (12,03%), trastornos de la recepción del lenguaje (7,23%), trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo) (4,90%), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (3,90%), trastorno específico de la lectura (2,72%), respiración con la boca (2,56%), trastorno generalizado del desarrollo (2,21%), y en menor medida con un registro inferior al 2% se encuentran los diagnósticos de retraso mental, autismo, disfagia, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía, tartamudez, síndrome de Down, disfasia y afasia, parálisis cerebral, disartria y anartria, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y la ingesta de líquidos, otras alteraciones del habla y las no especificadas, dislexia y alexia, apraxia, afasia adquirida con epilepsia, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, sordomudez no clasificada en otra parte, otras alteraciones de la voz y las no especificadas, hipernasalidad e hiponasalidad y afonía; por último anquiloglosia con ausencia de registros en dicho servicio. (ver gráfico 13)

En relación las disciplinas con las que la fonoaudiología se relaciona, se puede afirmar que si bien la mayor parte de los diagnósticos fueron ingresados al servicio de fonoaudiología, hay algunos que se destacaron en otros servicios, como ser el caso de dislexia y alexia, trastorno específico de la lectura y trastorno del desarrollo de las habilidades escolares que predominan en el servicio de psicopedagogía; o también es el caso de trastornos hiperkinéticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental y

¹⁸ Para más detalles, ver Tabla 2 de Anexo III.

autismo que presentan mayor registro en el servicio de salud mental; o el caso de respiración con la boca, anquiloglosia y otras alteraciones de la voz y las no especificadas que se destacan en el servicio de ORL; por su parte afonía se destaca en el servicio de guardia y emergencia, y finalmente parálisis cerebral en el servicio de kinesioterapia. cabe destacar que hay diagnósticos de intervención fonoaudiológica que presentan mayor registro en otros servicios; como ser el caso de respiración con la boca (predomina en ORL), y afonía (se destaca en guardias y emergencias). finalmente se destaca que el diagnóstico anquiloglosia no presenta ningún registro en el servicio de fonoaudiología, siendo el 100% de los ingresos en los demás servicios, destacándose en el servicio de ORL. (ver tablas 3, 4 y 5 de Anexo III)

En relación a la distribución de diagnósticos según el **Género** el registro sobresaliente se da en el masculino (62,36%) por sobre el femenino (37,55%) y sin identificación (0,09%). El **género masculino** duplicó en cantidad de registros al género femenino en los siguientes diagnósticos: trastornos del lenguaje expresivo, trastornos de la recepción del lenguaje, afasia adquirida con epilepsia, disfasia y afasia, dislexia y alexia, trastorno específico de la lectura, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, trastornos hiperkinéticos, trastorno específico de la pronunciación, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), tartamudez, disartria y anartria, fisura labio-alveolo-palatina, anquiloglosia, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental, autismo, parálisis cerebral y síndrome de Down. En el caso de respiración con la boca, otras alteraciones del habla y las no especificadas, hipernasalidad e hiponasalidad, otras alteraciones de la voz y las no especificadas, hipoacusia, sordomudez no clasificada en otra parte, la cantidad de diagnósticos tanto en género masculino como femenino son similares, asimismo, por escasos registros sigue predominando el masculino.

En los siguientes diagnósticos se presentó mayor registro en el **género femenino**, tal es el caso de apraxia, disfagia y otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos. Cabe destacar que hay dos diagnósticos, disfonía y afonía, que sobresalen en el género femenino duplicando en cantidad de registros al masculino.

Finalmente, los únicos diagnósticos que registran **género sin identificación** son: trastorno específico de la lectura, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, trastornos hiperkinéticos, trastorno de la pronunciación, respiración con la boca, disartria y

anartria, disfagia, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disfonía, hipoacusia, retraso mental, parálisis cerebral y autismo.¹⁹

- En cuanto a la distribución de diagnósticos según la **edad**, el rango etario que obtuvo más diagnósticos fue de *5 a 9 años*, seguida de *10 a 14 años*, luego de *15 a 49 años*, de *2 a 4 años*, *> a 50 años*, *< a 1 año*, *1 año* y finalmente *sin edad* representa el menor registro.

Los diagnósticos que recibieron mayor registro en la **edad 5 a 9 años** fueron: trastorno específico de la pronunciación con un 25,87%, seguido de trastorno del lenguaje expresivo con un 15,65%, luego trastorno del desarrollo de las habilidades escolares con un 13,46%, retraso mental con 6,14%, y en menor medida trastorno de la recepción del lenguaje, trastorno específico de la lectura, parálisis cerebral, trastorno generalizado del desarrollo, hipoacusia, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, trastornos hipercinéticos, autismo, respiración con la boca, síndrome de Down, fisura labio-alveolo-palatina; mientras que los siguientes diagnósticos representan escasos registros: tartamudez, disfagia, dislexia y alexia, otras alteraciones del habla y las no especificadas, disfonía, otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos, disfasia y afasia, afasia adquirida con epilepsia, disartria y anartria, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, apraxia, sordomudez no clasificada en otra parte, afonía, anquiloglosia, hipernasalidad e hiponasalidad, y finalmente otras alteraciones de la voz y las no especificadas. Por otro lado, los diagnósticos que presentaron mayor registro en la **edad de 10 a 14 años** fueron: dislexia y alexia y otros signos y síntomas concernientes a la alimentación y a la ingesta de líquidos. en cuanto a los diagnósticos que obtuvieron mayor registro en la **edad 15 a 49 años** fueron: retardo mental, disfonía y disfagia. por su parte, los diagnósticos que recibieron mayor registro en la **edad de 2 a 4 años** fueron: parálisis cerebral, síndrome de Down, sordomudez. en cuanto a los diagnósticos que tuvieron mayor registro en la **edad >50 años** fueron: hipoacusia, disfasia y afasia y disartria y anartria. mientras que los diagnósticos que presentaron mayor registro en la **edad >1 año** fueron: hipoacusia y síndrome de Down. por su parte, los diagnósticos que obtuvieron mayor registro en la **edad 1 año** fueron: parálisis cerebral e hipoacusia. finalmente, los

¹⁹ Para más detalles, ver gráfico 14 en pag. 89 y Tabla 6 de Anexo III.

diagnósticos que recibieron mayor registro en **sin edad** fueron: hipoacusia y fisura labio-alveolo-palatina durante los dos años de estudio.²⁰

²⁰ Para más detalles, ver gráficos 14 y 15 en páginas 88 y 89 de presentación y análisis de datos.

Interpretación y Discusión

El presente estudio tuvo por finalidad conocer la distribución de los diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana, los nodos y los servicios de Salud e identificar las características de los pacientes según los registros de género y edad al momento de ser ingresados/as por el SICAP en los efectores pertenecientes al subsector público de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018- 2019.

Desde el inicio de la investigación nos resultó interesante conocer cuáles son los diagnósticos prevalentes de la clínica fonoaudiológica en la actualidad, como así también cuáles son las áreas de mayor requerimiento del profesional de la fonoaudiología.

Según los resultados del análisis de datos (ver Gráfico 1), se observó que el **área de intervención de la fonoaudiología** que presentó mayor registro fue el área lenguaje (31,1%), seguido del área intersección (28,7%), habla y/o fonoestomatología (26,4%), audición y/o vestibular (11,6%) y finalmente área voz (2,1%). Dentro del área lenguaje, el diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia fue trastorno del lenguaje expresivo (ver gráfico 2), mientras que en el área intersección prevalece el diagnóstico retraso mental (ver gráfico 6), en el área habla y/o fonoestomatología presentó mayor registro el diagnóstico trastorno específico de la pronunciación (ver gráfico 3), en el área audición y/o vestibular el diagnóstico hipoacusia (ver gráfico 5), finalmente en el área voz el diagnóstico que predomina es disfonía (ver gráfico 4).

Esto se corresponde con un estudio realizado en la ciudad de Rosario en el año 2008 (Brollo, E. y Campra, M. C), donde se concluyó que las áreas de la comunicación humana que se abordaron con mayor frecuencia fueron: habla y lenguaje, en menor número, el área de voz y aprendizaje pedagógico, y en ningún centro se trabajó en área audición.

Asimismo, puede relacionarse con un estudio efectuado en la ciudad de Mar del Plata en 2015 (Gómez, Florencia A.), donde uno de los puntos a investigar fueron los motivos de consulta de la atención fonoaudiológica. De tal análisis se concluyó que el motivo de consulta en más del 50% de los casos fueron dificultades en el habla, y el diagnóstico que se presentó mayormente fue dislalias múltiples, le siguen las dificultades en el área lenguaje, donde predomina el retraso del lenguaje y en tercer lugar el área fonoestomatología con predominio de deglución atípica. Es decir, que, en ambos estudios, se pudo observar correspondencia con las áreas que presentan mayor demanda, como ser el área de habla y de lenguaje, las cuales después de unos años continúan prevaleciendo.

La fonoaudiología como disciplina científica que tiene de objeto de estudio la comunicación humana y su manifestación en trastornos de la voz, la audición, y el lenguaje. Y que sus acciones se expresan en promoción, prevención de la Salud, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación de las perturbaciones que interfieren en el desarrollo del proceso comunicativo-lingüístico (Ministerio de Salud y Acción Social, 1999), además de patologías entendidas como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y para la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje. (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Teniendo en cuenta lo antes dicho, se elaboraron las categorías de análisis áreas de la comunicación humana donde se incluyen: área voz, área lenguaje, habla y/o fonoestomatología, área audición y/o vestibular, y finalmente se creó una quinta categoría denominada área de intersección, que toma carácter de multiárea, ya que, hay ciertas entidades nosológicas o diagnósticos que por su complejidad involucran a más de un área de intervención fonoaudiológica.

De esta manera se pudo observar cual es el área de mayor demanda, lo que aporta información para repensar la formación de Salud capacitando y especializando en un área específica. Para ello, es necesario que el/la profesional sostenga una educación permanente que le permita continuar capacitándose, siendo el aprendizaje sistemático y contextualizado, es decir, debe basarse en experiencias de aprendizaje centradas en las necesidades y expectativas de la comunidad, analizando las problemáticas en contextos reales y orientados a la mejora sistemática de la calidad de atención, para dar una respuesta a la necesidad de la población que sea más efectiva e integral. (Rovere, 2006). Por tanto, creemos que para conocer cuáles son esas necesidades, se requiere un análisis de los **diagnósticos prevalentes de la clínica fonoaudiológica en la actualidad**, lo que permite abrir caminos y formar profesionales fonoaudiólogos/as no sólo en las áreas específicas con mayor cantidad de registros, sino también poner el foco en aquellos diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia, para luego redefinir los procesos atencionales en base a las problemáticas actuales, dando prioridad a aquellas que merecen mayor atención y especialización. Además, conocer a la población, ser parte de la comunidad y vincularse para determinar cuáles son esas prioridades, propicia la necesidad de saber cómo se distribuyen los diagnósticos a lo largo del territorio de la Provincia de Santa Fe.

Este trabajo de investigación nos permitirá visibilizar la necesidad de cada región en particular, ya que cada una posee características específicas que merecen ser consideradas, a modo

de reflejar el requerimiento de aumentar los cargos públicos en los efectores de Salud, y de este modo atender al derecho de Salud de la población.

En función de lo analizado (ver Tabla 1), se afirma que los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia fueron: trastorno específico de la pronunciación, seguido de retraso mental”, luego hipoacusia, “trastorno del lenguaje expresivo”, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, parálisis cerebral, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de la recepción del lenguaje, trastorno específico de la lectura, autismo, respiración con la boca, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), trastornos hipercinéticos, síndrome de Down, disfagia, disfonía y fisura labio-alveolo-palatina.

Se observó correspondencia tanto con el estudio de Brolllo y Campra (2008), donde se encontró mayor preponderancia de los diagnósticos retrasos en la adquisición del lenguaje, afasia y anartria, disfluencia, dislalias, respiración bucal y disartria; como en el estudio realizado por Gómez, f(2015), donde las patologías predominantes fueron dislalias múltiples, seguidas de retraso del lenguaje y deglución atípica. se puede ver como continúan prevaleciendo los trastornos específicos de la pronunciación, también conocidos como dislalias, por sobre las demás entidades nosológicas, y los trastornos del lenguaje expresivo, que se correlaciona con retrasos del lenguaje y/o retrasos en la adquisición del lenguaje, los cuales siguen ocupando un lugar importante dentro de los diagnósticos mayormente abordados.

Se puede observar además la necesidad de fortalecer las especialidades fonoaudiológicas debido a que las problemáticas actuales con las que nos encontramos con mayor frecuencia son de gran complejidad, tal es el caso del retraso mental, de la parálisis cerebral, del trastorno generalizado del desarrollo y del autismo entre otros, por lo que se precisa una fuerte formación en el área que corresponda, sobre todo si se trata de áreas de intersección.

Es importante mencionar que para este estudio se ha efectuado una selección de diagnósticos de intervención fonoaudiológica teniendo en cuenta el Manual de CIE-10 versión 2020 debido a que los registros de SICAP de la Provincia de Santa Fe se basan en dicho Manual para la carga de diagnósticos al sistema. Algo a destacar, es que el CIE-10 está organizado a través de un sistema de categorías representadas por un código alfanumérico a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos por miembros de la OMS (Ministerio de salud de la República Argentina, s.f.). En relación a lo antes mencionado se concluye que, si bien resulta necesario acordar una terminología única para cada una de las entidades nosológicas de

manera que facilite no sólo la lectura y/o comprensión de los diagnósticos además de que sea de utilidad a fines de investigación epidemiológica, creemos que los mismos son un tanto biologicistas y reduccionistas dejando por fuera la complejidad del sujeto y de la comunicación humana, lo que nos genera los siguientes interrogantes: ¿quiénes elaboran las clasificaciones del manual CIE10?, ¿qué profesionales participan de dicha tarea? por lo que pensamos que sería interesante que aquellos diagnósticos de intervención fonoaudiológica puedan ser revisados y recategorizados por profesionales expertos/as en nuestra disciplina. Un ejemplo de ello es el caso del seseo, el cual está categorizado bajo una entidad llamada “otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje”, creemos que debería haber sido incluido dentro de los trastornos específicos de la pronunciación, además la misma no fue definida en dicho manual.

Si bien las clasificaciones son de utilidad a la hora de generar estadísticas y nos pueden resultar ordenadoras en tanto codifica y normatiza, en contrapartida pueden empobrecer nuestra mirada y reducir las posibilidades para actuar y concebir al sujeto como tal (Kurtzbar, 2022). Es así que desde nuestra formación concebimos al sujeto inserto en una comunidad particular con experiencias y deseos propios al que no se puede reducir a un mero código alfanumérico que lo defina. Desde la clínica fonoaudiológica y sobre todo en la Salud pública debemos considerar al sujeto desde su totalidad, en su aspecto físico, psíquico, emocional, histórico, social, cultural y económico, donde la singularidad de cada paciente sea la clave para generar nuevos aprendizajes y crear nuevos modos de encuentro que favorezcan a la comunicación y al bienestar de la población.

En cuanto a la investigación de la distribución de diagnósticos, tal como se expresó, nos parece importante que se visibilice cuáles son los diagnósticos que prevalecen en cada región de la Provincia debido a que la misma es un territorio extenso donde la población presenta heterogeneidades tanto climáticas, como sociales, culturales y económicas. Es así que los contextos en las diferentes regiones cambian, la accesibilidad a los Sistemas de Salud es diferente, como así también las experiencias y problemáticas que frecuentan.

Santa Fe es una Provincia que se encuentra en la región centro del país, con una amplia superficie y población, constituida por gran número de localidades. (Gobierno de la provincia de Santa Fe, s.f.). Al investigar lo que sucede dentro de tal extensión de territorio, nos encontramos con localidades de diferente densidad poblacional y diversidades socio económicas y culturales lo que nos genera el interrogante de si en todo el territorio se presentan similares problemáticas o si

las mismas difieren, concentrándose ciertas entidades nosológicas en un sector, y otras diferentes en otro sector de la Provincia.

Cabe aclarar que la Provincia de Santa Fe se organiza en un sistema en red, compuesto por efectores (Hospitales, SAMCOS, y Centros de Salud), vehículos de traslado y centros de soporte para el proceso de atención, donde se articulan los tres niveles de complejidad basados en la APS a modo de garantizar el acceso a la población. Asimismo, se plantea una organización del territorio en cinco regiones donde cada una posee una ciudad **nodo** (Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto) que funcionan como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. En este sentido, tal estrategia vendría a facilitar los esquemas de atención desde una perspectiva global que facilite la organización según las necesidades de la población que se encuentra en una región particular (Gobierno de la provincia de Santa Fe, 2008).

En base al análisis de datos (ver Gráfico 8) se pudo observar que en el **nodo Reconquista** el diagnóstico que prevalece es el retraso mental (22%), seguido del trastorno específico de la lectura, trastorno específico de la pronunciación, luego trastorno del desarrollo de las habilidades escolares e hipoacusia, mientras que en el **nodo Rafaela** (ver Gráfico 9) el diagnóstico que predomina es la parálisis cerebral (16,8%), seguida del trastorno del lenguaje expresivo, trastorno específico de la pronunciación, luego de trastorno del desarrollo de las habilidades escolares y retraso mental. En cuanto al **nodo Santa Fe** (ver Gráfico 10), el diagnóstico hipoacusia (16%) tiene mayor representación, seguido de retraso mental y de parálisis cerebral, y luego trastorno del desarrollo de las habilidades escolares y trastorno específico de la pronunciación. En el **nodo Rosario** (ver Gráfico 11), el trastorno específico de la pronunciación (20%), seguido de trastorno del lenguaje expresivo, hipoacusia, y luego retraso mental y trastorno del desarrollo de las habilidades escolares. Finalmente, en el **nodo Venado Tuerto** (ver Gráfico 12), trastorno del lenguaje expresivo (20%), seguido de trastorno específico de la pronunciación, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares y luego retraso mental y trastorno de la recepción del lenguaje. De las evidencias anteriores se podría concluir que en los nodos Reconquista y Rafaela predominan las problemáticas de complejidad que requieran de intervención de varias áreas de la comunicación humana (área intersección) mientras que en los nodos Rosario y Venado Tuerto predomina la necesidad de intervención del área lenguaje y en el Nodo Santa Fe predomina el área audición. Lo que nos lleva a pensar que hay diferentes predominios de diagnósticos en la región

norte con respecto a las regiones centro y sur de la Provincia, aunque se puede evidenciar que en los cinco nodos hay un diagnóstico que se destaca y es el trastorno específico de la pronunciación.

El hecho de observar estos datos, nos genera la inquietud de conocer que sucede con tales concentraciones de diagnósticos, por lo que nos preguntamos qué podría estar sucediendo en el nodo Reconquista que se presenta un porcentaje tan elevado de retraso mental, o qué podría causar tantos casos de parálisis cerebral en los nodos Rafaela y Santa Fe; o por qué se concentran tantos casos de hipoacusia en el nodo Santa Fe y no tantos en los nodos Rafaela y Venado Tuerto.

Es menester mencionar que en nuestro país se han efectuado varios estudios sobre diagnósticos, pero delimitados a uno en particular o una zona específica del territorio, o bien a un área específica de la fonoaudiología. Tal es el caso del estudio realizado por Almeida y Pichioni (2021) circunscrito a la ciudad de Paraná, donde se investigó específicamente el perfil de pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología, también es el caso del estudio realizado por Gómez, F. (2015) en la ciudad de Mar del Plata, donde si bien la investigación estudió la generalidad de diagnósticos de intervención fonoaudiológica, se limitó a dicha ciudad.

Por su parte, el estudio que principalmente tomamos de referencia para la presente investigación es el realizado por Brollo y Campra (2008) en la Municipalidad de Rosario, no sólo porque es un municipio perteneciente a la Provincia de Santa Fe, sino porque además se corresponde con el nodo Rosario que representa la mayor concentración de diagnósticos registrados en todo el territorio de la Provincia, alcanzando el 50% del total (ver Gráfico 7), mientras que en el nodo Santa Fe se registró un 33%, en el nodo Rafaela un 8%, en el nodo Reconquista un 6% y finalmente en el nodo Venado Tuerto un 3% del total de diagnósticos. Motivo por el cual, este último estudio mencionado nos resulta de particular interés. En el mismo se investigaron las características de los recursos humanos, las actividades que desempeñan los/las profesionales fonoaudiólogos/as y cuáles son las áreas de la comunicación humana que se abordan en los CAP dependientes de dicha municipalidad. Dicha investigación arroja datos de diez años atrás, lo que nos permite ver qué sucedió hace una década y compararlo en la actualidad. Tal como fue referenciado anteriormente, los diagnósticos prevalentes en ese estudio fueron: retraso en la adquisición del lenguaje, al que le siguen en orden de aparición disfluencia o tartamudez, afasia y anartria, dificultades en la lectoescritura, dislalias y disfonías, y en el caso de hipoacusia no se encontraron registros.

En contrapartida a lo observado, se puede concluir que, en la actualidad si bien se incluye un listado más amplio de diagnósticos a investigar, el trastorno específico de la pronunciación (donde se incluyen las dislalias) se continúa registrando en gran número de casos, siendo los que actualmente predominan, seguido se registra el trastorno del lenguaje expresivo (lo que se podría corresponder con retraso en la adquisición del lenguaje), luego hipoacusia (estando ausente en los registros del estudio antes mencionado), lo que llama la atención, ya que en la actualidad se registra una cantidad notoria del mismo. Le siguen los casos de retraso mental, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares (donde se incluyen los trastornos en la lectoescritura), trastorno de la recepción del lenguaje, autismo, trastorno generalizado del desarrollo, respiración con la boca, parálisis cerebral, otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), disfagia, trastorno específico de la lectura, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía, trastornos hipercinéticos, síndrome de Down, tartamudez (espasmofemia), disfasia y afasia, otros signos y síntomas concernientes de la alimentación y a la ingestión de líquidos, disartria y anartria, dislexia y alexia, otras alteraciones del habla y las no especificadas, afasia adquirida con epilepsia, alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales, apraxia; finalmente afonía, otras alteraciones de la voz y las no especificadas, anquiloglosia, hipernasalidad e hiponasalidad y sordomudez no clasificada en otra parte.

Sería interesante, en próximas investigaciones, adentrarse al territorio y conocer en profundidad cuales son las causas que estarían influyendo en que se presente tal distribución de entidades nosológicas en las diferentes regiones, a modo de que se puedan elaborar estrategias públicas de Salud específicas a las problemáticas que se presentan. Esto permitiría hacer un análisis epidemiológico regional, que contribuya a la actualización de diagnósticos prevalentes en las distintas regiones y vislumbre la necesidad de continuar con el proceso de descentralización para que favorezca la accesibilidad de la población a los efectores de Salud más cercanos a los hogares, insertos dentro de la comunidad demandante, pero, sobre todo, que cuente con profesionales expertos/as en las diversas áreas. Resulta imprescindible que se generen puestos de trabajo para profesionales de la Fonoaudiología acordes a lo que la demanda requiera, siendo además capaces de conocer a la comunidad desde una mirada integral, en donde el paciente no sea un diagnóstico, ni un código, sino una persona en una población determinada, con características determinadas. Es necesario atender a las problemáticas de Salud desde una mirada integral del sujeto ya que la Salud se construye social y culturalmente y está en estrecha relación con el ambiente donde se inserta y el momento histórico en que se encuentra. Reconocer a la Salud de la población como un derecho

humano fundamental trasciende la mera asistencia sanitaria y permite pensar el interjuego de todos los procesos que la determinan de modo dinámico, las condiciones de vida de las personas, y las posibilidades que tengan de acceder al sistema sanitario van a constituir los determinantes sociales de la Salud y las inequidades que se observen en la sociedad respecto de la situación sanitaria resultan de una distribución desigual de los recursos tanto humanos como materiales, donde el Estado es quien debe responder para que ese derecho a la Salud se cumpla (Bertone, 2021).

En relación a lo expresado es que nos generó gran interés conocer acerca de los recursos humanos con los que cuenta nuestro Sistema de Salud al ingresar un diagnóstico vinculado a la fonoaudiología. Cabe aclarar que el sistema de Salud Público en nuestro país está organizado por un modelo de gestión en red basado en la APS donde la asistencia sanitaria es puesta al alcance de todos los individuos, acercando los servicios al lugar donde residen, trabajan y donde estudian, pero entendemos que todavía queda mucho por trabajar en este punto. Por su parte, la atención primaria está organizada en niveles (1, 2 y 3), el primer nivel es el más cercano a la población y es donde se resuelven necesidades de atención básica y más frecuentes y cuentan con establecimientos de baja complejidad como consultorios, policlínicos, centros de Salud y/o SAMCOS, que son de suma importancia para resolver problemáticas básicas de Salud accesibles a la población, mientras que en un segundo nivel de atención se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, es decir, corresponde a servicios más complejos que el nivel anterior, aquí se ubican los hospitales y establecimientos. Finalmente, el tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas más complejos y poco prevalentes, es decir, que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Vignolo, Vaccarezza, Alvarez, & Sosa, 2011). Entendiendo como se conforma el Sistema de Salud Pública, donde nada está aislado, sino que todo funciona de manera dinámica, permite comprender que para dar respuesta la puerta de entrada al sistema es el primer nivel y es allí donde se registra la mayor parte de las problemáticas de Salud. Dada la distribución de diagnósticos presentada en los diferentes nodos de la Provincia se piensa que deberían implementarse modificaciones en los modelos de atención, es decir, en el modo en que se organizan los recursos materiales y humanos en un Sistema de Salud, sus niveles de atención; perfil de competencias, con el objeto de contribuir al mayor nivel de Salud de las personas. También sería importante modificar los servicios, e incorporar nuevos conocimientos y tecnologías que posibiliten su abordaje de problemáticas actuales. Por su parte, para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel será necesaria la

transferencia gradual y sostenida de capacidades de diagnóstico y tratamiento que antes sólo se hacían en niveles más especializados (OPS, 2017). Esto implica ampliar en calidad y cantidad los equipos humanos, así como transformar las competencias profesionales para que sean capaces de aumentar la resolutiveidad. Los/as profesionales tienden a ser cada vez más flexibles entre sí lo que produce la necesidad de que existan generalistas en las diferentes disciplinas y que se vayan especificando según las áreas a modo de satisfacer las problemáticas actuales.

Lo planteado nos generó el interés de conocer cuáles son los **servicios de salud** con los que comparte diagnóstico el profesional de la fonoaudiología, con qué disciplinas potencialmente podría constituir equipos de trabajo más frecuentemente, y cómo se distribuyen los diagnósticos según los servicios. En base al análisis de los datos se observó que la distribución de diagnósticos que se vinculan al ejercicio de la Fonoaudiología presenta el mayor registro en el servicio de Fonoaudiología (ver tabla 2) como es de esperarse. Los servicios que también intervienen son el servicio de salud mental, psicopedagogía, ORL, terapia ocupacional, kinesiología, seguido de neurología, clínica médica, y en menor medida se registraron en otros servicios, pediatría, guardia y emergencias, fisiatría, odontología, estimulación temprana, neonatología y por último enfermería.

En el presente estudio, nos resultó interesante conocer qué sucede específicamente en el **Servicio de Fonoaudiología** (ver gráfico 13) y se pudo afirmar que los diagnósticos más destacados son: trastorno específico de la pronunciación (30,27%), seguido de trastorno del lenguaje expresivo (19,95%), hipoacusia (12,03%), luego trastornos de la recepción del lenguaje, otros trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje (seseo), trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, trastorno específico de la lectura, respiración con la boca, trastorno generalizado del desarrollo, y en menor medida retraso mental, autismo, disfagia, fisura labio-alveolo-palatina, disfonía, tartamudez y síndrome de Down, mientras que los demás diagnósticos en estudio presentaron menor incidencia.

La prevalencia del trastorno específico de la pronunciación observado en el servicio de fonoaudiología, tanto en el presente estudio, como en los precedentes, especialmente en el de Brollo y Campra (2008) y el de Gómez (2015), muestran la necesidad de seguir formándose en el área habla y/o fonoestomatología, pero también refleja la urgencia de aumentar los cargos en Salud Pública, a modo de cubrir la demanda que continúa incrementándose con el paso del tiempo.

En cuanto a las disciplinas con las que la fonoaudiología se relaciona se puede testificar que, si bien la mayor parte de los diagnósticos son ingresados al servicio de fonoaudiología, hay algunos que se destacan en otros servicios, como ser el caso de dislexia y alexia que predomina en el servicio de estimulación temprana, encargada de la detección precoz y abordaje de trastornos del neurodesarrollo desde un enfoque interdisciplinario (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.), o el caso de trastorno específico de la lectura y trastorno del desarrollo de las habilidades escolares que preponderan en el servicio de psicopedagogía, siendo que éste se especializa en las alteraciones del aprendizaje escolar, del rendimiento intelectual y de los procesos cognitivos (Villarreal, s.f.). Asimismo, es el caso de trastornos hiperkinéticos, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental y autismo que presentan mayor registro en el servicio de salud Mental, el cual se encarga del abordaje del psiquismo humano, las conductas, problemas afectivo-emocionales, alteraciones de la personalidad, adaptación del sujeto al medio y trastornos de inteligencia y pensamiento (Villarreal, s.f.). respiración con la boca, anquiloglosia y otras alteraciones de la voz y las no especificadas se destacan en el servicio de ORL, que se ocupa de las investigaciones clínicas infantiles de audición, fonación y alteraciones respiratorias y en patologías en el adulto (Villarreal, s.f.); por su parte afonía es el diagnóstico que más nos llama la atención, ya que predomina en el servicio de guardia y emergencias, en el que se reciben urgencias y/o emergencias con riesgo de vida inminente, donde los pacientes pueden ser ambulatorios o de internación, la patología puede ser aguda y de gravedad moderada o severa (Ministerio de Salud de la Republica Argentina, 2001). Finalmente, la parálisis cerebral se destaca en el servicio de kinesiología, el cual investiga las funciones motoras y compromisos musculares, encargándose de la rehabilitación funcional (Villarreal, s.f.). Lo que nos permite reflexionar sobre la imposibilidad de recortar la mirada a una única perspectiva. Entendiendo la necesidad que habita entre los profesionales de la Salud de trabajar en interdisciplina, donde cada uno desde su especialización, se nutre del trabajo del otro para lograr un abordaje de calidad.

Nos detendremos a hacer una observación sobre el diagnóstico anquiloglosia, debido a que no se presentó ningún registro en el servicio de fonoaudiología durante el transcurso de los dos años de estudio. El 100% de los ingresos se evidencian en los demás servicios, destacándose en ORL. Es importante resaltar esto, ya que la fonoaudiología es una disciplina que se encarga del tratamiento foniátrico pre y postquirúrgico de la anquiloglosia (Rosas Ortiz et.al, 2009), inquieta pensar en que los abordajes no son todos integrales y de calidad como los soñamos, y genera

incertidumbre conocer qué pudo ocurrir con esos 58 casos registrados de anquiloglosia, ¿pudieron recibir atención fonoaudiológica?, ¿faltó derivación?, ¿Insuficientes plazas en los efectores públicos?, ¿Escases de profesionales formados en el área fonoestomatología específicamente en rehabilitación de frenillo lingual alterado?, etc.

Siguiendo con la misma línea de discusión, en el caso de respiración con la boca, se observa que, si bien prevalece en el servicio de ORL, los registros son bastante parejos con el servicio de fonoaudiología por lo que se podría pensar en la posibilidad de que se esté presentando un abordaje integral, donde el ORL se encarga del tratamiento orgánico y el fonoaudiólogo de rehabilitar la función. Esto nos permite pensar que las disciplinas que conforman equipos de trabajo necesitan sostener espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que demanda la intervención y los aportes de las distintas profesiones desde una relación horizontal, confluyéndose sin sobreponerse una a la otra. De este modo, la **interdisciplina** es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro de saberes (Carballeda, 2018). Es así, que los y las profesionales, sin dejar de lado sus especialidades, intervienen de manera conjunta un mismo objeto de estudio. Cabe aclarar que, según la problemática a abordar, el profesional de la fonoaudiología integrará distintos equipos de trabajo con distintas disciplinas.

Tal como se concluyó en el estudio realizado por Brollo y Campra (2008), si bien las profesionales fonoaudiólogas que trabajan en los Centros de Atención Primaria (CAP) de la Municipalidad de Rosario manifestaron trabajar en equipo interdisciplinario, expresaron presentar dificultades como la falta de disponibilidad horaria, la no coincidencia de horario entre los integrantes del equipo, la rotación permanente de profesionales dentro del CAP, además de experimentar dificultades de intercambio de información con profesionales cuando derivan pacientes a otros CAP, lo que nos lleva a reflexionar sobre la importancia del trabajo interdisciplinario, pero que además se pueda establecer una comunicación fluida y permanente no sólo entre los profesionales de la Salud sino también con la familia del paciente, y las instituciones a las que asista, y se logre generar un compromiso colectivo hacia el objetivo común que los acontece. De este modo, se puede pensar que las/os profesionales de la fonoaudiología deberían estar presentes en todos los efectores de Salud de diferentes niveles de complejidad dependientes del Estado, y la clave de su labor sea el trabajo en interdisciplina.

Siguiendo con esta línea de pensamiento, se agrega que, para implementar equipos interdisciplinarios exitosos, se requiere problematizar y resolver cuestiones relacionadas con la identidad, el poder, el estatus y los roles que tradicionalmente tienen las profesiones de la Salud y de cómo ellas pueden adaptarse dinámica y flexiblemente a los requerimientos organizacionales para responder de manera efectiva a las necesidades de Salud. En estas cuestiones, juegan construcciones sociales relacionadas con prestigio, género y poder, además de otros aspectos como liderazgo, capacidades asociativas y de aprendizaje, a modo de constituir equipos que se adecuen y respondan con altos desempeños. En función de lo expresado, la definición y reglamentación de perfiles y responsabilidades profesionales, debe alinearse a mejorar la capacidad de los equipos interdisciplinarios ante las necesidades de Salud de personas y de las comunidades, comprendiendo que ello requiere de la generación de espacios de diálogo que contribuyan a superar resistencias y el estatus quo (OPS, 2017).

Estas cuestiones mencionadas, nos remiten a pensar en la manera en que se efectúan los registros desde los sistemas de Salud públicos, y reflexionar sobre si existe perspectiva de género. Es aquí donde la inquietud se focalizó en conocer cuál es la distribución de los diagnósticos según las características que presentan los pacientes en cuanto a la **edad** y **género**. De tal análisis, se observa que la **edad** que prevalece en los registros de dichos diagnósticos es de 5 a 9 años, seguida de 10 a 14 años, luego de 15 a 49 años, y en menor medida edades menores a 2 años (ver Gráfico 15). Predominando el género masculino por sobre el femenino, y en menor número se registró la categoría sin identificación (ver Gráfico 14). Esto coincide con los resultados obtenidos en el estudio efectuado por Gómez (2015), donde la mayor cantidad de pacientes ingresados abarcó las edades de 4, 5 y 6 años, predominando el género masculino por sobre el femenino, en cambio, en la investigación realizada por Brollo y Campra (2008) encontró que la atención fonoaudiológica prevalece en edades más tempranas, de 0 a 2 años, seguido de 3 a 7 años y de 8 a 12 años, y en menor medida pacientes de mayor edad. Distinto es el caso del estudio realizado por Almeida y Pichioni (2021) donde se investigó pacientes con un diagnóstico específico como es el perfil de pacientes con ACV con pedido de interconsulta fonoaudiológica; en tal entidad, las edades encontradas con mayor frecuencia fueron de más de 71 años, seguida de 51 a 70 años, y en menor medida, menos de 50 años. Y en cuanto al género, el masculino también prevalece por sobre el femenino. Se puede inferir entonces que, al efectuar un estudio generalizado de diagnósticos de intervención fonoaudiológica, las edades que prevalecen son de 5 a 9 años, por lo que lleva a

deducir que las alteraciones del lenguaje y la comunicación son detectadas y tratadas en edades de ingreso escolar, tales como son el trastorno específico de la pronunciación, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno del desarrollo de las habilidades escolares y retraso mental (ver Gráfico 16), mientras que al estudiar qué ocurre con un diagnóstico específico, se cuenta de antemano con el conocimiento del rango etario en que se presenta con más frecuencia, como es el caso del ACV, que prevalece en edad adulta.

En tanto, en relación al género, cabe aclarar que en los estudios precedentes las categorías fueron femenino y masculino, prevaleciendo en todos los casos el género masculino por sobre otro, lo que coincide con la presente investigación, más allá de agregar la categoría sin identificación, referida a aquellas personas que no se sienten identificadas con las antes mencionadas, o bien que no se contó con dicha información al momento de ingresar el registro al SICAP. En nuestro estudio se pudo evidenciar una prevalencia significativa del género femenino en dos de los diagnósticos, tal es el caso de Disfonía y Afonía, predominando éstas en edades de 15 a 49 años y > 50 años, lo cual podría estar relacionado a la ocupación de estas pacientes, podría pensarse en que utilizan la voz como herramienta de trabajo, aunque no hayan datos sobre eso, queda abierta la hipótesis, pudiendo relacionarse el diagnóstico con la edad, el género y la ocupación, lo que continuaría reflejando el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad, manifestando que hay profesiones u oficios encargados a la mujer, y otros destinados al hombre.

Siguiendo con la información que se pudo recabar, se puede pensar también en la existencia de una relación significativa entre el diagnóstico, la edad y el género, pero que aún queda mucho por investigar. En relación a los trastornos mentales en población infantil (tal es el caso del autismo, trastorno generalizado del desarrollo, trastornos hipercinéticos, retardo mental, entre otros), la incidencia es poco conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica, por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos, y por el uso de varias clasificaciones criteriosales taxonómicas. A ello se agrega la complejidad a la hora de evaluar, diagnosticar y tratar a dicha población, tanto por su menor desarrollo y madurez general como por las alteraciones en su lenguaje. En este sentido, estudiar los trastornos que se dan en la infancia y adolescencia, y poder detectarlos tempranamente es muy significativo debido al impacto que tienen en el rendimiento académico, de allí la importancia de conocer su incidencia (Navarro-Pardo et al., 2012).

El posicionamiento desde una perspectiva que abarque la totalidad del **ciclo vital**, que posibilite estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura, permitiría identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida, logrando reconocer y explorar los determinantes sociales y su impacto en la Salud de la población (OMS, 2000). En este sentido, es que el/la profesional de la fonoaudiología debe ser autocrítico en su labor, y a la hora de abordar al paciente debe contemplarlo en su integridad, no sólo en relación a su etapa de crecimiento y desarrollo, y al proceso biológico que lo caracterice. Cabe destacar que la situación de Salud guarda relación con los procesos más generales de las sociedades, el desarrollo de sus fuerzas productivas, de sus formas de organizar la producción y distribución de bienes y servicios y de sus formas de organización política, y con los procesos demográficos y ecológicos de largo plazo, lo cual no debe dejar de tenerse en cuenta (Castellanos, 1992).

Por otro lado, en cuanto a los debates sobre temas relacionados al **género**, es significativo destacar que es la sociedad, la que fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, y de lo que supone que es “propio” de cada uno; de esta manera, la cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. Por consiguiente, la cultura adquiere diferentes formas a través del tiempo y del espacio, y que la diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y las sociedades que componen la humanidad. No obstante, es importante que se tenga en cuenta el respeto por las diferencias y la inclusión de la diversidad de manera que se puedan crear estrategias a partir de políticas públicas que favorezcan la participación de todas/os/xs en la sociedad y su plena realización personal (UNESCO, 2001). Sin embargo, en los sistemas de Salud Pública en la actualidad, se continúan utilizando sistemas binarios de género, quedando por fuera otras posibilidades, lo que nos lleva a pensar ¿Cómo es el proceso de registro de los pacientes en relación a las características de género? ¿Se registran a través de los datos que proporciona el DNI? ¿Será según la apreciación del profesional al ver al paciente enfrente, o es que se le pregunta con qué género se autopercebe? ¿O en realidad no pasa por el profesional, sino por las características del formulario del sistema administrativo que no contempla las diversidades? Queda el interrogante abierto, con el deseo de seguir profundizando en estudios sobre el tema, a modo de posibilitar la inclusión de categorías de género en la cual todxs puedan sentirse identificadxs. En este sentido, la atención en Salud se ve afectada cuando se presume que todas las

personas son heterosexuales, suponiendo que se identifican con el mismo género que le fue asignado al nacer. En relación a ello, las personas pueden rectificar el registro del sexo y/o cambiar el nombre cuando éste no coincida con la identidad de género autopercebida (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2012). En función de ello, los trabajadores y trabajadoras de Salud deben tener un trato respetuoso con las identidades diversas de género que se puedan encontrar en la atención de la Salud realizando el llamado a la persona con el nombre o pronombre elegido en base a sus vivencias, lo cual es un derecho, y no puede ser vulnerado por nuestras creencias personales, religiosas o culturales.

Es de vital importancia comenzar a concientizar nuestras prácticas profesionales, y sobre todo en el ámbito de la Salud Pública debemos capacitarnos en perspectiva de género para cambiar nuestro enfoque hacia uno más igualitario, que conduzca a la reducción de desigualdades de género y de violencia contra la mujer, además de adquirir herramientas para detectar y comprender las injusticias y denunciar las formas de violencia y/o discriminación que surjan. Por otra parte, el Sistema de Salud es un lugar de posible detección de situaciones de violencia, debido a que las violencias por motivos de género impactan en la Salud de las personas con múltiples consecuencias. Por lo tanto, no sólo es importante la formación en género para detectar y/o prevenir situaciones de violencia, sino también para abordarlas de manera integral (Provincia de Santa Fe, 2022).

Finalmente podemos concluir que en esta investigación encontramos un campo muy fértil y poco estudiado, donde cada análisis de los datos abría innumerables posibilidades. Sería importante poder profundizarlas y conocer el impacto de la Pandemia Covid-19 para observar cómo influyó sobre las variables enunciadas.

Limitaciones Surgidas

- En líneas generales no se han presentado grandes obstáculos. Lo que ha resultado ser un desafío fue la selección de diagnósticos que serían utilizados para este estudio, ya que al solicitar los datos registrados al Departamento de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe referidos al servicio de fonoaudiología, nos requirieron que enviemos un listado de códigos correspondiente a los diagnósticos que fueran de nuestro interés investigar, lo cual se dificultó ya que no teníamos conocimiento sobre el total de diagnósticos que ingresan anualmente al servicio de fonoaudiología. Lo que generó la

necesidad de recurrir al Manual Cie-10 versión 2020, vigente en ese momento y seleccionar a nuestro criterio cuales serían los posibles diagnósticos que podrían ser de utilidad, por lo que hubo varios diagnósticos que quedaron por fuera de dicha selección.

- El hecho de que la carga de datos al SICAP sea realizada por cada servicio de Salud de cada efector de la Provincia resultó una limitación que porta el dato, debido a que no contamos con información sobre el criterio utilizado para la carga, ni quien se encargó de dicha tarea.
- Otra limitación encontrada fue dada a la hora de definir las variables a investigar, debido a la magnitud de datos con los que se contaba y a las infinitas posibilidades de estudio que se presentaron. Por otro lado, al momento de analizar tal volumen de datos, resultó ser de gran complejidad, por lo que fue necesario crear una tabla dinámica que facilite su análisis.

Sugerencias

- Resultaría interesante seguir ampliando las investigaciones referidas al servicio de fonoaudiología en los sistemas de Salud Pública, a modo de favorecer el desarrollo de prácticas cada vez más equitativas, que conduzcan a la plena participación de la comunidad.
- Se puede utilizar esta tesina para la realización de estudios referidos a algún diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología que sea de interés, teniendo en cuenta para eso, investigaciones previas realizadas por estudiantes de la Lic. En Fonoaudiología.

Referencias Bibliográficas

- Abelló, P. (2010). *Presbiacusia: exploración e intervención. reflexiones y pautas de actuación*. Barcelona, España: Elsevier. Obtenido de <https://booksmedicos.org/presbiacusia-exploracion-e-intervencion-reflexiones-y-pautas-de-actuacion-1a-edicion/#more-117407>
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Obtenido de https://docs.google.com/file/d/0BzaR5JaaCG-_MGI4M2ZmZWUtMzlmZS00ZDExLWE5MDYtNDc4ZGVhNDMxYzh/edit?resourcekey=0-ERam1fDs3YIV6WdoaFJP3w
- Almeida, A., y Pichioni, V. (2021). *Estudio descriptivo acerca del perfil del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) con pedido de interconsulta al área de fonoaudiología internado en el Hospital San Martín de la ciudad de Paraná, Entre Ríos*. (Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario). Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/22422/TF2199-AlmeidaA-PichioniV-2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Ardila, A., Arocho-Illantín, J., Lobos, E., Rodríguez-Irizarry, W. (Eds.). (2015). Anartria. En *Diccionario de Neuropsicología*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/268926205_Diccionario_de_Neuropsicologia/link/547bd48e0cf2a961e489c69c/download
- Arregui Martínez, A., y Gasteiz, V. (1997). *Síndrome de Down: necesidades educativas y desarrollo del lenguaje*. Obtenido de https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_esc_inclusiva/es_def/adjuntos/especiales/110012c_Doc_EJ_sindrome_down_c.pdf
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2016). Tipo, grado y configuración de la pérdida de audición. *Serie informativa de audiología*. Obtenido de <https://www.asha.org/siteassets/ais/tipo-grado-y-configuracion-de-la-perdida-de-audicion.pdf>
- ASHA. (s.f.). El cáncer laríngeo [Entrada de Blog]. Obtenido de <https://www.asha.org/public/speech/spanish/el-cancer-laringeo/>
- ASHA. (s.f.). Nódulos y Pólipos de las cuerdas vocales [Entrada de Blog]. Obtenido de <https://www.asha.org/public/speech/spanish/nodulos-y-polipos-de-las-cuerdas-vocales>
- Asociación Civil Forum Infancias. (18 de agosto de 2022). Las etiquetas y las masrcas como formas de violencia [Entrada de Blog]. Obtenido de <http://foruminfancias.com.ar/las-etiquetas-y-las-marcas-como-formas-de-violencia/>

- Azoaga, J. E., Bello, J. A., Citrinovitz, J., Derman, B., & Frutos, W. M. (1979). *Los retardos del lenguaje en el niño*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Barragán-Bechara, J. C., Rianio-Casallas, M. I., Martínez, M. (2012). Redes integradas de servicios de Salud: Hacia la construcción de un concepto. *Unviveersidad y Salud*, 14(2). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200008
- Bartual Pastor, J. (1988). *Sordomudez: pasado, presente y futuro. Discurso de apertura del curso académico 1988 – 89* (Monografía, Universidad de Cádiz). Obtenido de <https://tiendaeditorial.uca.es/es/catalogo-de-venta/2570-sordomudez-pasado-presente-y-futuro.html>
- Bertone, J. (2021). El derecho a la salud. Una mirada desde la fonoaudiología. En A. C. Isaias, M. C. Campra, N. Agut, J. Bertone, F. Felice, y L. Francesconi, *Fonoaudiología: intervenciones y prácticas posibles* (pp. 65-70). Rosario, Argentina: Fervil impresos.
- Blasco Tamarit, E. (2006). Apraxia del habla: Presentación de un caso clínico. Obtenido de [https://www.uv.es/perla/1\[01\].BlascoTamarit.pdf](https://www.uv.es/perla/1[01].BlascoTamarit.pdf)
- Bobath, K. (1982). *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral* (2 ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Boletín Oficial de la República Argentina. (27 de octubre de 2020). *Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología* [Ley 27568]. Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>
- Brollo, E. M., & Campra, M. C. (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* (Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario). Obtenido de https://www.google.com/url?sa=j&url=https%3A%2F%2Frehip.unr.edu.ar%2Fbitstream%2Fhandle%2F2133%2F22922%2FTF1679-BrolloEMI-CampraMC-2007.pdf%3Fsequence%3D3%26isAllowed%3Dy&uct=1634215172&usq=nJpccyr2_hTK-3dePDVdZ_rjyac.&source=meet
- Cáceres Toledo, M., Márquez Fernández, M., Pérez Nellar, J., & Cáceres Toledo, O. (1998). Alexia pura: presentación de un caso. Nota clínica. *Revista de neurología*, 26(152), 615-618. Obtenido de <https://neurologia.com/articulo/98027>
- Carballeda, A. J. (2018). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Obtenido de https://www.edumargen.org/docs/2018/curso58/unid02/apunte02_02.pdf
- Casadiago, W., Sanabria, M., Zerpa, N., Qirós, O., Flores, Y., & Qirós, O. J. (2000). Terapia miofuncional en pacientes respiradores bucales. Revisión bibliográfica. *Revista*

Latinoamericana de ortodoncia y odontología. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-12/>

Castellanos, P. L. (1992). Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. *I Congreso Iberoamericano de epidemiología*. Granada.

Clínica Universidad de Navarra. (Ed). (s.f.). En *Diccionario médico*: edad. Obtenido de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad#:~:text=Lapso%20de%20tiempo%20que%20transcurre,hasta%20e1%20momento%20de%20referencia.>

Colegio de fonoaudiólogos de la provincia de Santa Fe 2da circunscripción . (1987). *Ley de ejercicio profesional de la fonoaudiología N° 9981*. Obtenido de https://www.colfono.org.ar/archivos/ley_de_ejercicio_profesional.pdf

Díaz-Cuéllar , S., Yokoyama-Rebollar , E., y Del CasTill, R. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta pediátrica* . Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/315480415_Genomica_del_sindrome_de_Down

Domingo , J. J. (mayo de 2001). *Disfagia: problemas de deglución* (Vol. 15). Elsevier. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13013455>

Escorcia-Hernández, L. (febrero de 2015). La edad biológica vs la edad cronológica: reflexiones para la antropología física. México. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2015/enero/0724835/0724835.pdf>

Farías, P. (2007). *Ejercicios que restauran la función vocal* (1 ed.). Buenos Aires: Akadia.

Fe, G. d. (s.f.). Obtenido de <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>

Gantier, L. (2022). La dislexia: una cuestión neuropsicológica y neuroeducativa. *Revista de difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 23(23), 127-148. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071-081X2022000100007&script=sci_arttext

Geromini, N. G. (2006). La exploración diagnóstica del paciente afásico. *Adina Rosario*. Recuperado el 19 de junio de 2022, de <https://adinarosario.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/D189exploracion-diagnostica-afasicos.pdf>

Gobierno de la provincia de Santa Fe. (2008). *Plan Estratégico Provincial Santa Fe: cinco regiones, una sola provincia*. Santa Fe. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP_parte_1.pdf

- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (2008). *Plan Estratégico Provincial Santa Fe: cinco regiones, una sola provincia*. Obtenido de santafe.gov.ar:
https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP_parte_1.pdf
- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (s.f.). *Estimación a partir de los datos definitivos del Censo Nacional Población, Hogares y Viviendas 2010*. Obtenido de santafe.gov.ar:
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Economia/Secretaria-de-Planificacion-y-Politica-Economica/Direccion-Provincial-del-Instituto-Provincial-de-Estadistica-y-Censos-de-la-Provincia-de-Santa-Fe/ESTADISTICAS/Censos/Pob>
- Gobierno de la provincia de Santa Fe. (s.f.). *Red de atención en salud*. Obtenido de
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Estimación a partir de los datos definitivos del Censo Nacional Población, Hogares y Viviendas 2010*. Obtenido de
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Economia/Secretaria-de-Planificacion-y-Politica-Economica/Direccion-Provincial-del-Instituto-Provincial-de-Estadistica-y-Censos-de-la-Provincia-de-Santa-Fe/ESTADISTICAS/Censos/Pob>
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Accesos a sistemas de la red*. Obtenido de santafe.gov.ar:
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114772/\(subtema\)/114567](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114772/(subtema)/114567)
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Centro de rehabilitación integral del niño y la familia*. Obtenido de santafe.gov.ar:
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149240/\(subtema\)/114560](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149240/(subtema)/114560)
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Organización del sistema*. Obtenido de
<https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>
- Gobierno Nacional de la República Argentina. (Septiembre de 1997). *Salud. Ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de Servicios para la Salud*. Obtenido de
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud.pdf>
- Gómez, F. A. (2018). *Tratamiento fonoaudiológico en Atención Primaria de Salud. (Tesis de grado, Universidad Faosta)*. Obtenido de
http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/1641/1/Gomez_FO_2018.pdf
- González Poggioli, N., Regueiro Villarin, S., & Vazquez Barro, J. C. (s.f.). *Tumores benignos de la laringe*. En s.f., *Libro virtual de formación en ORL* (pág. 1). Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20otraqueo-bronquial/107%20-%20TUMORES%20BENIGNOS%20DE%20LARINGE.pdf

- Hernández-Cortez, E. (2017). Laringoespasma vieja complicación: nuevos tratamientos. *Revista Anestesia en México*, 29(3), 16-25. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29n3/2448-8771-am-29-03-16.pdf>
- Kummer, A. W. (1 de Febrero de 2006). *Trastornos de resonancia y emisiones nasales: evaluación y tratamiento mediante procedimientos de "baja tecnología" y "sin tecnología"*. Obtenido de <https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.ftr1.11022006.4>
- Kurtzbart, A. (18 de agosto de 2022). *Asociación Civil Forum Infancias*. Obtenido de <http://foruminfancias.com.ar/las-etiquetas-y-las-marcas-como-formas-de-violencia/>
- Lamas, M. (1998). “La violencia del sexismo”. México. Obtenido de https://mujeres.uocra.org/wp-content/uploads/2021/10/La-violencia-del-sexismo_Lamas_Marta_191_198.pdf
- Le Huche, & Allali. (2004). *La Voz*. Tomo 3. Patología de origen orgánico. Barcelona, España: Masson.
- Legislatura de la Provincia de Santa Fe. (19 de Diciembre de 2005). Ley 12501: Regulación del Ejercicio de la Enfermería. Santa Fe, Argentina. Obtenido de <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/221609/1157757/file/Ley%20N%C2%BA%2012501-%20Regulaci%C3%B3n%20del%20ejercicio%20de%20la%20enfermer%C3%ADa.pdf>
- Machado Goyano Mac-Kay, A., & valles Gonzalez, B. (2018). Fonoaudiología y Derechos Humanos. *Casus*, 3 (2), 117 - 122. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536895>
- Ministerio de Educación . (16 de Abril de 2020). Resolución 161/2020. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/228013/2020042>
- Ministerio de Igualdad, Género y Diveridad de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). Ley Micaela para el Personal de Salud.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (23 de mayo de 2012). Artículo 3. Identidad de género [Ley 26743]. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm#:~:text=Toda%20persona%20podr%C3%A1%20solicitar%20la,su%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20autopercebida>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (5 de Diciembre de 2012). Efectores provinciales de atención primaria [Resolución 2319/2012]. Obtenido de <https://e-legis-ar.msar.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/20852.html>

Ministerio de Salud de la Republica Argentina. (25 de abril de 2001). Salud pública -- Norma de organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales -- Aprobación -- Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Ministerio de Salud de la República Argentina. (s.f.). *Area de neonatología*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/neonatologia>

Ministerio de salud de la República Argentina. (s.f.). *Clasificación internacional de enfermedades*. Obtenido de [argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar): <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/hospitales/clasificacion-internacional-enfermedades#:~:text=10a%20Revisi%C3%B3n-,La%20C.I.E.,alternativas%20que%20se%20han%20probado>

Ministerio de salud de la Republica Argentina. (s.f.). *Clinica Medica - medicina interna*. Obtenido de [argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar): <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsommer/especialidades/clinica-medica#:~:text=La%20medicina%20interna%20es%20la,afectan%20sus%20%C3%B3rganos%20y%20sistemas>

Ministerio de Salud y Acción Social. (25 de Marzo de 1999). *[Resolución 252-99]*. Obtenido de <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20252-99%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf>

Montenegro, D., & Herrmann, J. (2019). *La clínica y la gestión de la medicina general*. Obtenido de https://www.academia.edu/45100082/Los_determinantes_y_las_desigualdades_sociales_de_la_salud_Posible_marco_para_revisar_las_barreras_de_acceso_a_los_servicios_de_salud_1

Mura, S. (2009). *la dinámica articuladora: método de trabajo, técnicas y ejercicios para mejorar y corregir, la articulación de la palabra hablada*. Rosario, Argentina: Corpus.

Navarro-Pardo, E., Meléndez-Moral, J. C., Sales-Galán, A., & Sancerni-Beitia, M. D. (julio-septiembre de 2012). Desarrollo Infantil y Adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377- 383. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723439006.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69401/WHO_NMh_HPS_00.2_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Obtenido de paho.org: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf
- OPS. (1992). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica. OPS.
- OPS. (2010). *Redes integradas del servicio de salud*. Obtenido de paho.org: https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf
- OPS. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. *I*, 13. Obtenido de paho.org: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34027/9789507101281_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS. (2018). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10° ed., Vol. 1). Washington, D.C. Obtenido de https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen1-2018.pdf
- Pearson, M. R. (2017). (Paidós, Ed.) Obtenido de https://www.studocu.com/es-ar/document/pontificia-universidad-catolica-argentina-santa-maria-de-los-buenos-aires/evaluacion-psicopedagogica/dislexia-una-forma-diferente-de-leer-maria-rufina-pearson/21401877
- Pradolini, V. A. (2015). *La formación de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional: valoración cualitativa de los graduados de la Escuela Superior de Sanidad, Universidad Nacional del Litoral*. Santa Fe, Santa Fe, Argentina. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/821/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Provincia de Santa Fe. (2022). Ley Micaela para el personal de salud modulo I. Enfoque de género y diversidad. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/iaf/genero-y-diversidad/ley-micaela#:~:text=La%20Ley%2027499%20fue%20promulgada,y%20Judicial%20de%201a%20Naci%C3%B3n
- Quishpi Palacios, L. K., & Pérez Buestan, A. J. (2022). *Actividades logopédicas, ambientes de aprendizaje lúdico y desarrollo del lenguaje en un estudiante con síndrome de Down*. Ecuador. Obtenido de http://repositorio.unae.edu.ec/bitstream/56000/2466/1/Actividades%20logop%C3%A9dicas%20as%20ambientes%20de%20aprendizaje%20l%C3%ADdico%20y%20desarrollo%20

del%20lenguaje%20en%20un%20estudiante%20con%20s%C3%ADndrome%20de%20Down%20~1.pdf

Rosas Ortiz, G., González-Magaña F. y González-López, B. (2009). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od092g.pdf>

Rovere, M. (2006). *Redes en Salud; los grupos, las instituciones, la comunidad* (segunda ed.). Córdoba: El Agora. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>

Santhía, M. A. (2000). *Atencion médica: aspectos conceptuales*. (Cátedra de Medicina preventiva y social) Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

Seguí Gomez, M., Toledo Atucha, E., y Jimenez Moleón, J. J. (2013). *Sistema de salud modelos*. España: Elsevier. Obtenido de http://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf

Signorelli, G. (2013). Reordenando el territorio: el cao de la regionalización en la Provincia de Santa Fe, Argentina - 2008 - 2011. *Quid 16*(especial), 145-161. Obtenido de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/quid16/article/viewFile/1147/1035>

Soprano, A. M. (2001). *"La hora de juego" lingüística: Disfasias. Afasias. Autismo. Evaluación. Orientación*. Buenos Aires, Argentina: Lumiere.

Tarducci, M., & Zelarallán, M. (2006). *Nuevas historias: géneros, convenciones e instituciones*. Buenos Aires: Las Juanas Editora. Obtenido de https://www.academia.edu/8136355/_Nuevas_historias_g%C3%A9neros_convenciones_e_instituciones_En_Demarcos_de_Isla_e_Isnardi_comps_Equis_La_igualdad_y_la_diversidad_de_g%C3%A9nero_desde_los_primeros_a%C3%B1os_Buenos_Aires_Las_Juanas_Editora

Terris, M. (1989). *La epidemiología y el liderazgo en salud pública*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32637/8358.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNESCO. (2001). *Declaracion mundial de la diversidad cultural*. París. Obtenido de <https://www.educ.ar/app/files/repositorio/html/22/12/ce9c7d3c-5f53-4920-8afd-2547a2fa3c45/14435/data/2e9f5840-c853-11e0-82e0-e7f760fda940/anexo2.htm>

Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnosticos se escriben con lapiz*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Noveduc *academica.edu*. Obtenido de

https://www.academia.edu/41935584/En_la_infancia_los_diagnosticos_se_escriben_con_lapiz_Gisela_Untoiglich

Vignolo, J., Vaccarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna*, 33(1). Obtenido de scielo.edu.uy: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Villarreal, S. (s.f.). *La interdisciplinariedad en el equipo de salud* (Módulo I, Cátedra introducción a la fonoaudiología). Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

Villarreal, S. (s.f.). *Las profesiones* (Módulo I, Cátedra introducción a la fonoaudiología). Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

ANEXO

ANEXO I
NOTA



Miércoles 1 de Diciembre de 2021
Rosario, Argentina

Mg Luciana Vidal,
Directora Provincial de Estadísticas de la Salud.
Ministerio de Salud de Santa Fe:

Nos dirigimos a Ud a los fines de solicitar información estadística dado que nos encontramos trabajando en el cambio curricular de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR.

Es de fundamental importancia conocer las patologías prevalentes y la demanda de atención en el Subsector Público de Salud, a los fines de reorientar la formación pre-profesional.

La información sería referida a los códigos de prácticas fonoaudiológicas que describimos en el formulario adjunto, realizadas en los efectores públicos de la Provincia de Santa Fe durante el periodo 2018 - 2020 (de ser posible)

Nos sería de mucha utilidad que los datos estén discriminados por periodo-año, nivel de atención (primero, segundo, tercero) por nivel de gestión (provincial/ municipal) y por rango etario.

Desde ya muchísimas gracias

Lic. María Carolina CAMBRA
DIRECTORA
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGIA
FAC. DE Cs. MÉDICAS - U.N.R.

Ma Carolina Campra
Dir. Escuela de Fonoaudiología

Prof. Mgr. SUSANA VILLARREAL
SECRETARIA ACADÉMICA
FACULTAD de Cs. MÉDICAS - U.N.R.

Susana Villarreal
Sec. Académica FCM

Damián Lerman
Vicedecano FCM



FORMULARIO: Solicitud de Información Sanitaria

La Información provista por el Ministerio se enmarca en la Ley 25.326 (Protección de los Datos Personales) y en el Decreto 0692/2009 (Acceso a la información pública).

En caso de considerar que algunos de los siguientes puntos no apliquen a su solicitud, justifique.

De ser necesario se pedirá al solicitante ampliación de la solicitud.

El solicitante deberá explicitar en su trabajo: i) la fuente de Información; ii) la autorización ministerial por el uso de datos (conferida por este acto); y iii) y deslindar al ministerio por la Interpretación de los mismos.

La solicitud deberá cursarse a: informacionparalagestion@santafe.gov.ar

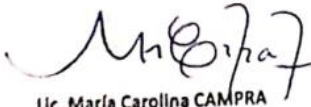
FECHA SOLICITUD: 16 NOVIEMBRE 2021


DATOS DEL SOLICITANTE


- Nombre y Apellido: Lic. María Carolina Campra
- DNI Nº: 28058464
- Domicilio: Santa Fe 3100
- Localidad: Rosario
- Correo electrónico: direccionescuelafonoaudiologia@gmail.com
- TE: 0341 5938881

DATOS SITUACIÓN SOLICITUD

- Motivo de la solicitud: Adecuación Curricular de la Escuela de Fonoaudiología
- Fundamentación breve de la solicitud:
Es de fundamental importancia conocer las patologías prevalentes y la demanda de atención en el subsector público, a los fines de reorientar la formación pre-profesional.
- Institución de pertenencia del solicitante: Escuela de Fonoaudiología - Facultad de Ciencias Médicas - UNR
- Secretaría Académica de la FCM: Susana Villarreal
- Directora de la Licenciatura en Fonoaudiología: María Carolina Campra
✓ Tel./Cel./e-mail: direccionescuelafonoaudiologia@gmail.com
- Adjunto al mail el aval Institucional de la unidad académica: Facultad de Ciencias Médicas de la UNR


Lic. María Carolina CAMBRA
DIRECTORA
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
FAC. DE Cs. MÉDICAS - U.N.R.
Directora de la Escuela de Fonoaudiología


Prof. Mgr. SUSANA VILLARREAL
SECRETARIA ACADÉMICA
FACULTAD DE Cs. MÉDICAS - U.N.R.
Secretaría Académica FCM


Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas

INFORMACIÓN SOLICITADA

- Detalle de la Información solicitada (si necesita más espacio puede agregar una hoja)

Datos sobre las patologías y trastornos de las áreas correspondientes a la Fonoaudiología, específicamente sobre los siguientes códigos:

D020 Carcinoma in situ de la laringe
D141 Tumor benigno de la laringe

F700 Retraso mental leve, con deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F701 Retraso mental leve c/deterioro significativo del comportamiento
F708 Retraso mental leve con otros deterioros del comportamiento
F709 Retraso mental leve con deterioro del comportamiento de grado no especificado
F719 Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento de grado no especificado
F790 Retraso mental, no especificado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F791 Retraso mental, no especificado del comportamiento, deterioro significativo del comportamiento
F799 Retraso mental, no especificado, con deterioro del comportamiento no especificado

F800 Trastornos específicos de la pronunciación
F801 Trastorno del lenguaje expresivo
F802 Trastorno de la recepción del lenguaje
F803 Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)
F808 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
F810 Trastorno específico de la lectura
F818 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares
F819 Trastornos del desarrollo de las habilidades escolares
F840 Autismo en la niñez
F841 Autismo atípico
F845 Síndrome de Asperger
F848 Otros trastornos generalizados del desarrollo
F849 Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado

- F900 Perturbación de la actividad y de la atención
- F901 Trastorno hiperkinético de la conducta
- F908 Otros trastornos hiperkinéticos
- F909 Trastorno hiperkinético, no especificado
- F985 Tartamudez (espasmofemia)

- G800 Parálisis cerebral espástica
- G804 Parálisis cerebral atáxica
- G808 Otros tipos de parálisis cerebral infantil
- G809 Parálisis cerebral infantil, sin otra especificación

- H900 Hipoacusia conductiva bilateral
- H901 Hipoacusia conductiva, unilateral con audición irrestricta contralateral
- H902 Hipoacusia conductiva, sin otra especificación
- H903 Hipoacusia neurosensorial bilateral
- H904 Hipoacusia neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral
- H905 Hipoacusia neurosensorial, sin otra especificación
- H906 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral
- H907 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral con audición irrestricta contralateral
- H908 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, no especificada
- H910 Hipoacusia ototóxica
- H911 Presbiacusia
- H912 Hipoacusia súbita idiopática
- H913 Sordomudez, no clasificada en otra parte
- H918 Otras hipoacusias especificadas
- H919 Hipoacusia, no especificada

- J380 Parálisis de las cuerdas vocales y de la laringe
- J381 Pólipo de las cuerdas vocales y de la laringe
- J384 Edema de laringe
- J385 Espasmo laríngeo
- J386 Estenosis laríngea
- J387 Otras enfermedades de la laringe

- Q318 Otras malformaciones congénitas de la laringe
- Q319 Malformación congénita de la laringe, no especificada
- Q351 Fisura del paladar duro
- Q353 Fisura del paladar blando
- Q355 Fisura del paladar duro y del paladar blando
- Q359 Fisura del paladar, sin otra especificación
- Q360 Labio leporino, bilateral
- Q369 Labio leporino, unilateral
- Q370 Fisura del paladar duro con labio leporino bilateral
- Q371 Fisura del paladar duro con labio leporino unilateral
- Q372 Fisura del paladar blando con labio leporino bilateral

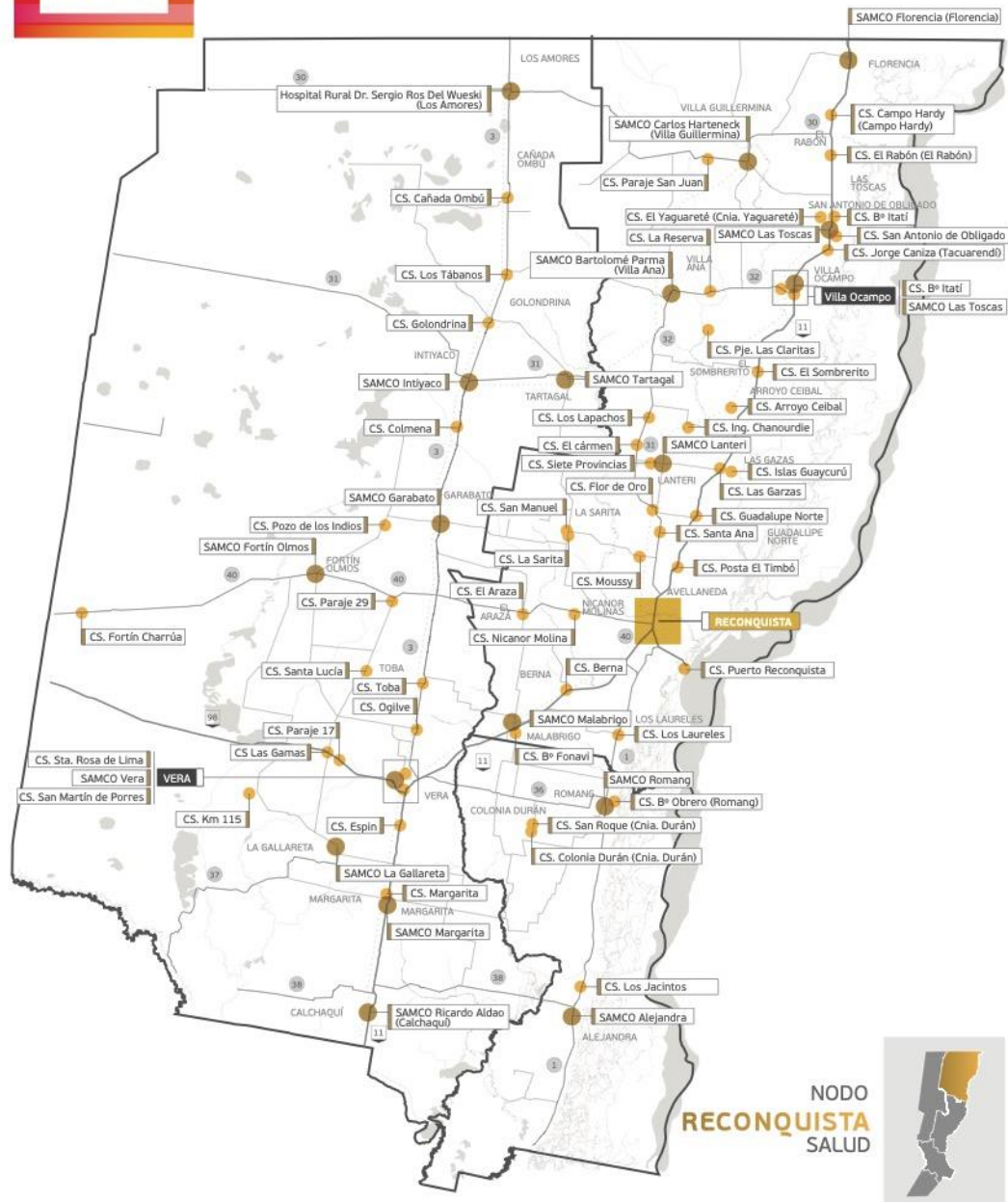
Q373 Fisura del paladar blando con labio leporino unilateral
Q374 Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino bilateral
Q375 Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino unilateral
Q378 Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
Q379 Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
Q381 Anquiloglosia
Q900 Trisomía 21, por falta de disyunción meiótica
Q901 Trisomía 21, mosaico (por falta de disyunción mitótica)
Q902 Trisomía 21, por translocación
Q909 Síndrome de Down, no especificado

R065 Respiración con la boca
R13X Disfagia
R463 Hiperactividad
R478 Otras alteraciones del habla y las no especificadas
R470 Disfasia y afasia
R471 Disartria y anártria
R480 Dislexia y alexia
R482 Apraxia
R490 Disfonía
R491 Afonía
R492 Hipernasalidad e hipernasalidad
R498 Otras alteraciones de la voz y las no especificadas
R638 Otros síntomas y signos concernientes a la alimentación y a la ingestión de líquidos

Z011 Examen de oídos y de la audición
Z020 Examen para admisión a instituciones educativas
Z021 Examen preempleo
Z135 Examen de pesquisa especial para trastornos del ojo y del oído
Z461 Prueba y ajuste de audífonos
Z930 Traqueostomía
Z962 Presencia de implantes óticos y auditivos
Z963 Presencia de laringe artificial
Z974 Presencia de audífono externo

- Período: 2018 – 2019 - 2020
- Nivel de desagregación de la información solicitada:
 - ✓ Provincia: Santa Fe
 - ✓ Departamento: Rosario
 - ✓ Localidad: Rosario
 - ✓ Efector: Públicos

ANEXO II
NODOS



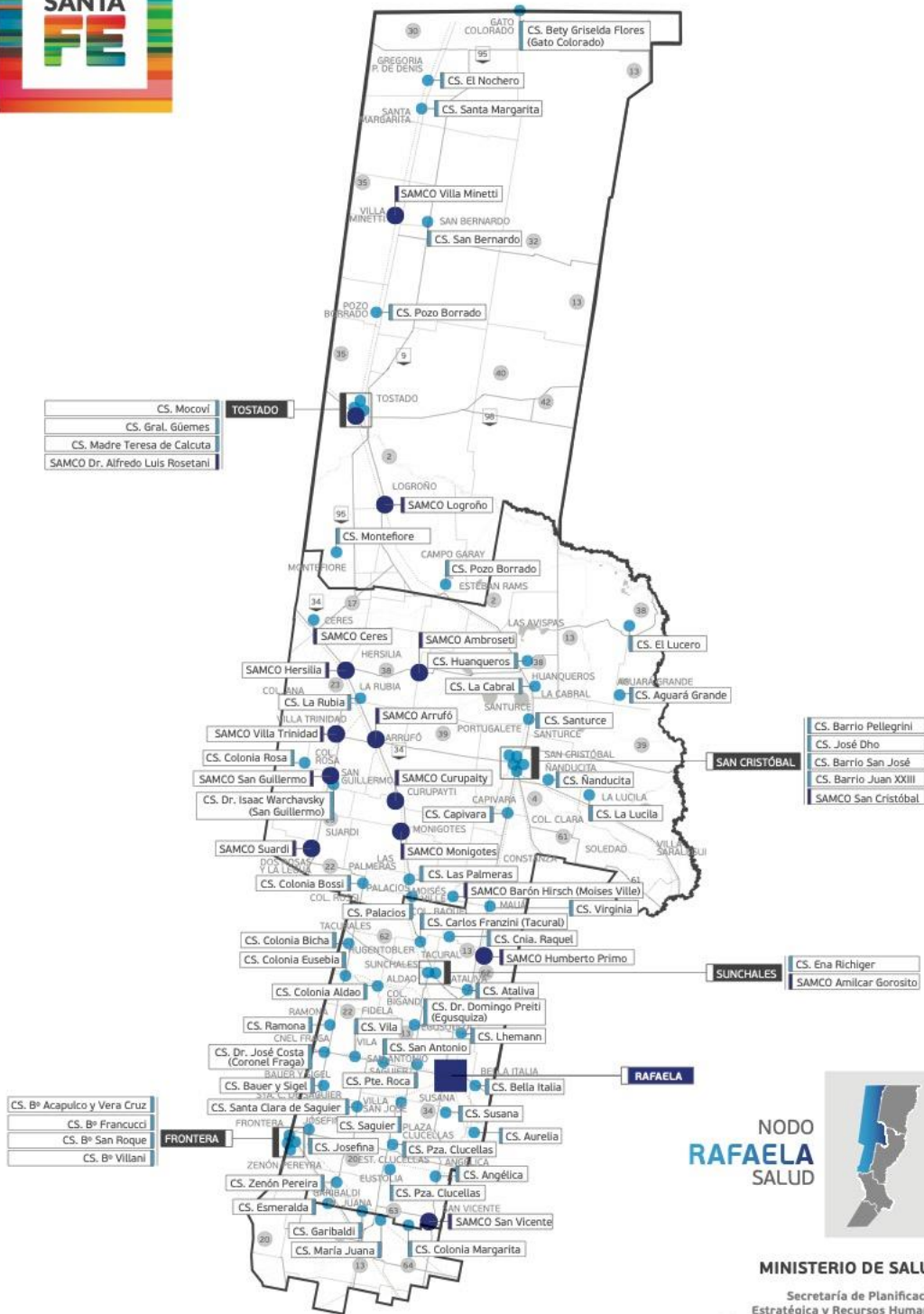
**NODO
RECONQUISTA
SALUD**

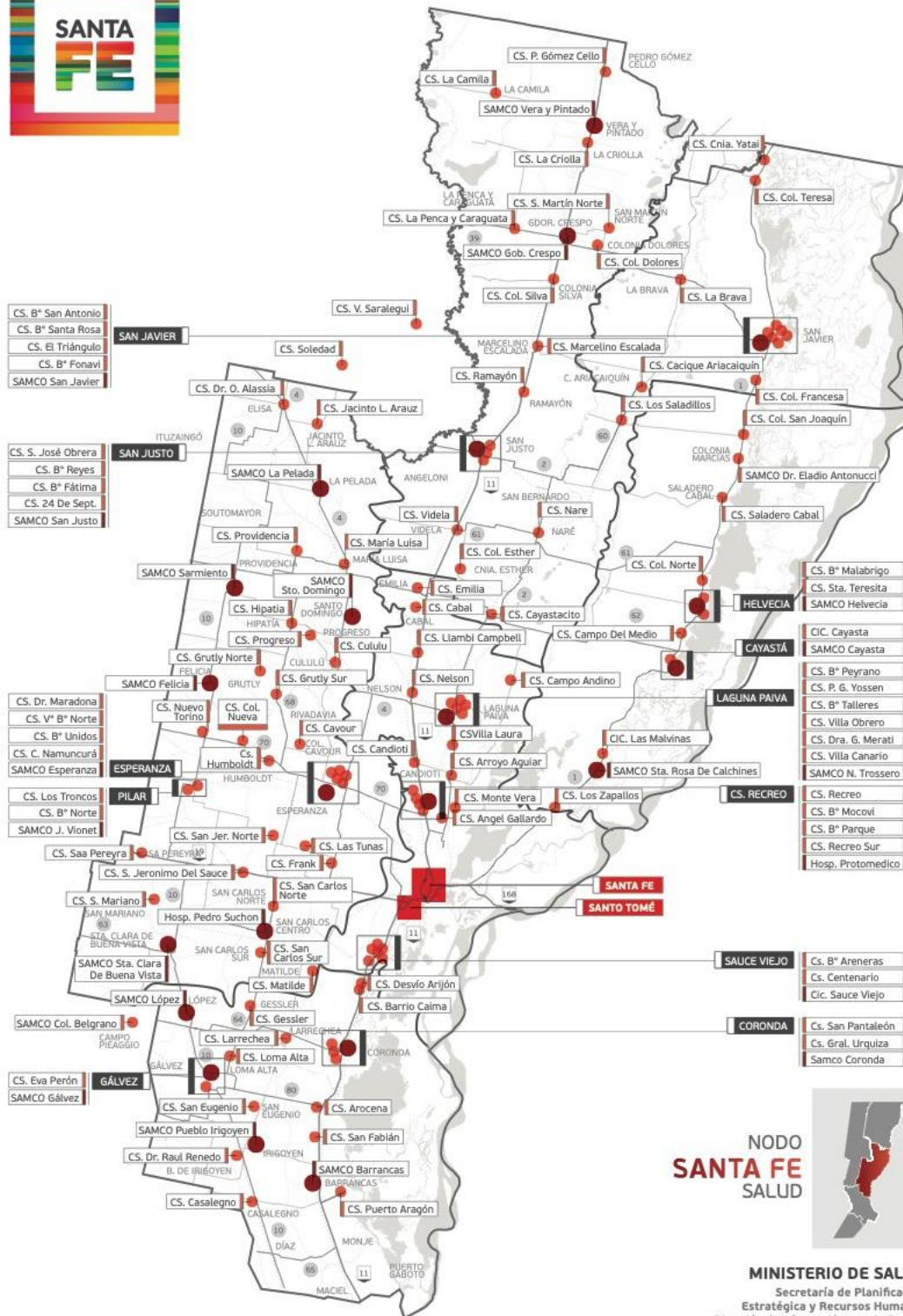
MINISTERIO DE SALUD

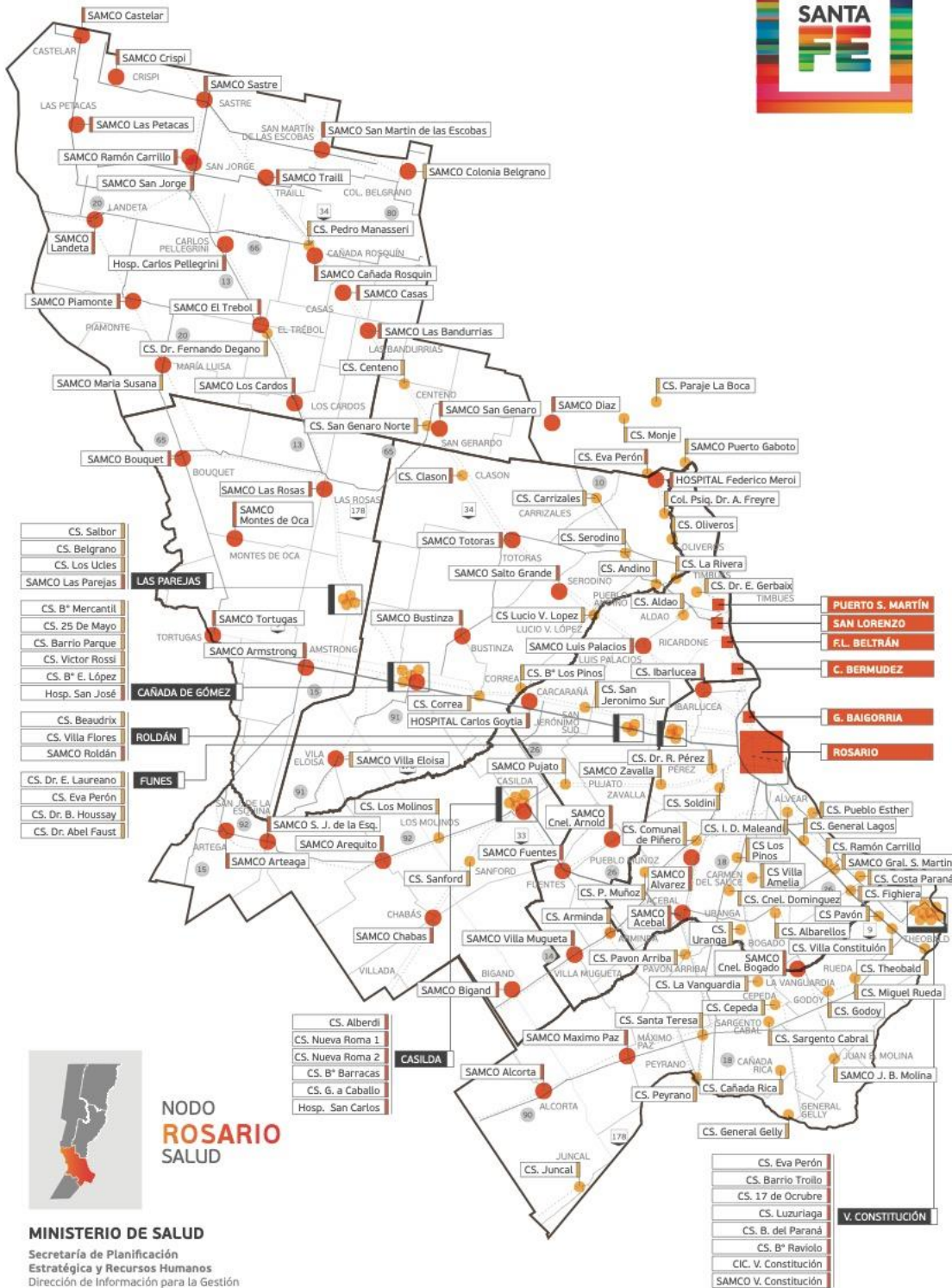
Secretaría de Planificación
Estratégica y Recursos Humanos
Dirección de Información para la Gestión

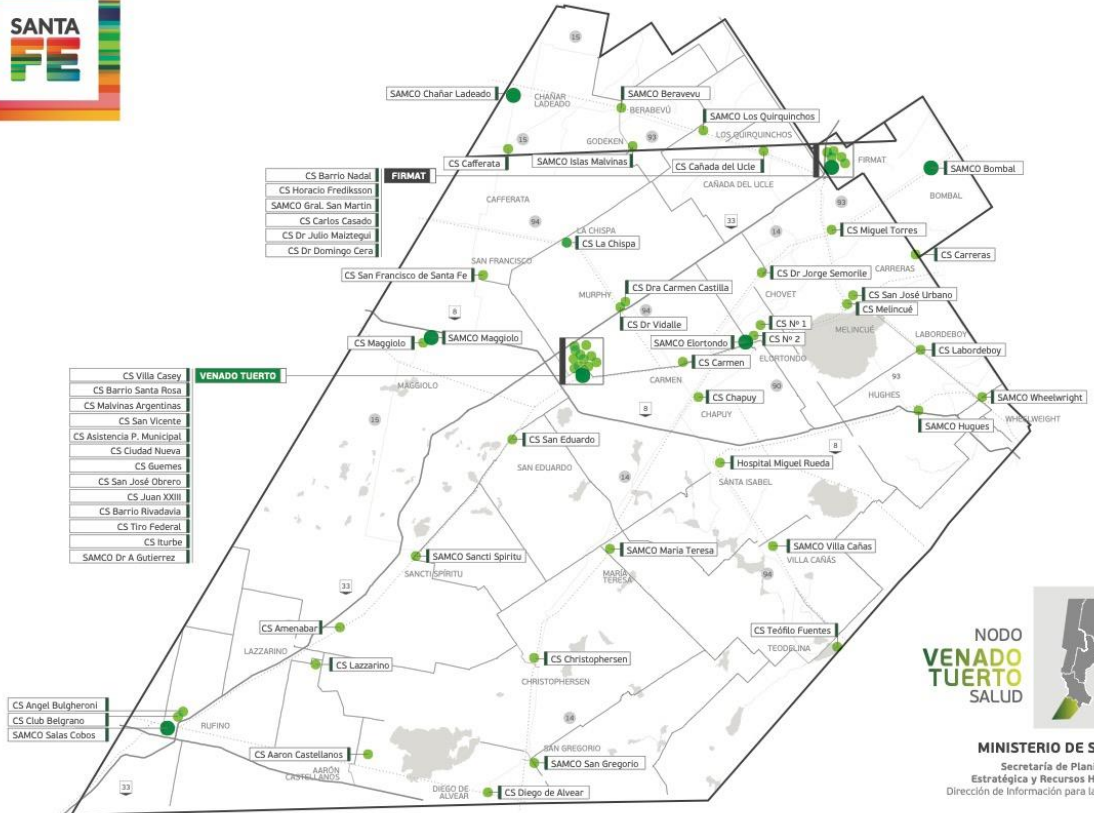
²¹ Para mayor información, visitar página web Gobierno de la Provincia de Santa Fe, mapas georreferenciales:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/213249>









NODO
VENADO
TUERTO
SALUD



MINISTERIO DE SALUD
Secretaría de Planificación
Estratégica y Recursos Humanos
Dirección de Información para la Gestión

ANEXO III
TABLAS

Tabla 1

Distribución de Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según las áreas de la comunicación humana en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante los años 2018-2019.

Área de la comunicación humana	Total por área	%	Diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Cantidad	% s/área
Lenguaje	59318	31,1%	Trastorno del lenguaje expresivo	19638	33,1%
			Trastorno de la recepción del lenguaje	7030	11,9%
			Afasia adquirida con epilepsia	166	0,3%
			Disfasia y Afasia	1035	1,7%
			Dislexia y Alexia	815	1,4%
			Apraxia	171	0,3%
			Trastorno específico de la lectura	6553	11,0%
			Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	18959	32,0%
Habla y/o Fonoestomatología	50330	26,4%	Trastornos hipercinéticos	4951	8,3%
			Trastorno específico de la pronunciación	29696	59,0%
			Otros trastornos del Desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	5214	10,4%
			Tartamudez (espasmofemia)	1186	2,4%
			Respiración con la boca	5338	10,6%
			Disfagia	3625	7,2%
			Disartria y Anartria	726	1,4%
			Otras alteraciones del habla y las no especificadas	555	1,1%
			Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	746	1,5%
			Fisura labio-alveolo-palatina	3186	6,3%
Voz	4043	2,1%	Anquiloglosia	58	0,1%
			Disfonía	3382	83,7%
			Afonía	197	4,9%
			Hipernasalidad e hiponasalidad	24	0,6%
			Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	73	1,8%
			Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	367	9,1%
Audición y/o Vestibular	22098	11,6%	Hipoacusia	21983	99,5%
			Sordomudez no clasificada en otra parte	115	0,5%
Intersección	54701	28,7%	Trastorno generalizado del desarrollo	7186	13,1%
			Retraso mental	23249	42,5%
			Autismo	5834	10,7%
			Parálisis cerebral	14243	26,0%
			Síndrome de Down	4189	7,7%
Total general				190490	100,0%

Tabla 2

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los nodos en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Nodo										Total General
	Reconquista		Rafaela		Santa Fe		Rosario		Venado Tuerto		
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	
Trastorno del lenguaje expresivo	50	0,4%	2070	13,6%	3479	5,6%	12781	13,4%	1258	20,0%	19638
Trastorno de la recepción del lenguaje	18	0,2%	136	0,9%	1513	2,4%	4928	5,2%	435	6,9%	7030
Afasia adquirida con epilepsia	2	0,0%	3	0,0%	2	0,0%	159	0,2%	0	0%	166
Disfasia y Afasia	57	0,5%	80	0,5%	232	0,4%	666	0,7%	0	0%	1035
Dislexia y Alexia	56	0,5%	12	0,1%	97	0,2%	244	0,3%	406	6,5%	815
Trastorno específico de la lectura	2039	18,2%	244	1,6%	2015	3,2%	2247	2,4%	8	0,1%	6553
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	1158	10,3%	1408	9,3%	6731	10,8%	8730	9,1%	932	14,8%	18959
Trastornos hipercinéticos	72	0,7%	606	4%	2037	3,3%	2087	2,2%	149	2,3%	4951
Apraxia	0	0%	8	0,1%	69	0,1%	94	0,1%	0	0%	171
Trastorno específico de la pronunciación	1843	16,5%	1907	12,5%	5839	9,4%	19052	20,0%	1055	16,8%	29696
Otros trastornos del Desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	71	0,6%	891	5,9%	1674	2,7%	2538	2,7%	40	0,6%	5214
Tartamudez (espasmofemia)	87	0,8%	81	0,5%	122	0,2%	848	0,9%	48	0,8%	1186
Respiración con la boca	32	0,3%	382	2,5%	1640	2,6%	3122	3,3%	162	2,6%	5338
Disfagia	164	1,5%	233	1,5%	848	1,4%	2259	2,4%	121	1,9%	3625
Disartria y Anartria	43	0,4%	25	0,2%	72	0,1%	576	0,6%	10	0,2%	726
Otras alteraciones del habla y las no especificadas	17	0,2%	256	1,7%	69	0,1%	210	0,2%	3	0,0%	555
Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	11	0,1%	10	0,1%	61	0,1%	663	0,7%	1	0,0%	746
Fisura labio-alveolo-palatina	256	2,3%	93	0,6%	578	0,9%	2245	2,4%	14	0,2%	3186
Anquiloglosia	4	0,0%	16	0,1%	10	0,0%	26	0,0%	2	0,0%	58
Disfonía	104	0,9%	250	1,6%	545	0,9%	2216	2,3%	267	4,2%	3382
Afonía	20	0,2%	17	0,1%	92	0,1%	38	0,0%	30	0,5%	197
Hipernasalidad e hiponasalidad	0	0%	0	0%	2	0,0%	16	0,0%	6	0,1%	24

Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	2	0,0%	1	0,0%	31	0,0%	38	0,0%	1	0,0%	73
Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	100	0,9%	10	0,1%	99	0,2%	141	0,1%	17	0,3%	367
Hipoacusia	976	8,7%	1152	7,6%	9992	16,0%	9576	10,0%	287	4,6%	21983
Sordomudez no clasificada en otra parte	3	0,0%	1	0,0%	9	0,0%	16	0,0%	86	1,4%	115
Trastorno generalizado del desarrollo	97	0,9%	576	3,8%	3048	4,9%	3196	3,3%	269	4,3%	7186
Retraso mental	2467	22,0%	1225	8,0%	9797	15,7%	9189	9,6%	571	9,1%	23249
Autismo	264	2,4%	614	4,0%	1642	2,6%	3296	3,5%	18	0,3%	5834
Parálisis cerebral	928	8,3%	2561	16,8%	7895	12,7%	2797	2,9%	62	1,0%	14243
Síndrome de Down	252	2,3%	352	2,3%	2078	3,3%	1480	1,6%	27	0,4%	4189
Total por nodo	11193	100,0%	15220	100,0%	62318	100,0%	95474	100,0%	6285	100,0%	190490
% general	6%	6%	8%	8%	33%	33%	50%	50%	3%	3%	100%

Tabla 3

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los servicios de Salud en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Servicio	Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología																					
	Trastorno del lenguaje expresivo		Trastorno de la recepción del lenguaje		Afasia adquirida con epilepsia		Disfasia y Afasia		Dislexia y Alexia		Apraxia		Trastorno específico de la lectura		Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares		Trastornos hipercinéticos		Trastorno específico de la pronunciación		Otros trastornos del Desarrollo habla y del lenguaje (seseo)	
	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%
Fonoaudiología	18354	93,5%	6648	94,6%	154	92,8%	855	82,6%	182	22,3%	160	93,6%	2498	38,1%	3591	18,9%	58	1,2%	27844	93,8%	4508	86,5%
Clínica Médica	82	0,4%	7	0,1%	5	3,0%	26	2,5%	31	3,8%	0	0,0%	14	0,2%	348	1,8%	129	2,6%	87	0,3%	166	3,2%
Enfermería	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Estimulación Temprana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	240	29,4%	0	0,0%	2	0,0%	177	0,9%	0	0,0%	30	0,1%	59	1,1%
Fisiatría	11	0,1%	4	0,1%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	3	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	6	0,1%
Guardia y Emergencias	1	0,0%	1	0,0%	1	0,6%	17	1,6%	4	0,5%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,0%	7	0,1%	11	0,0%	0	0,0%
Kinesioterapia	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	0,1%	1	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Neonatología	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Neurología	38	0,2%	97	1,4%	3	1,8%	7	0,7%	17	2,1%	0	0,0%	400	6,1%	815	4,3%	608	12,3%	280	0,9%	39	0,7%
Odonotología	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
ORL	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	560	1,9%	3	0,1%
Pediatría	138	0,7%	10	0,1%	0	0,0%	16	1,5%	15	1,8%	1	0,6%	13	0,2%	805	4,2%	123	2,5%	94	0,3%	133	2,6%
Salud Mental	144	0,7%	43	0,6%	1	0,6%	0	0,0%	12	1,5%	0	0,0%	431	6,6%	4976	26,2%	2927	59,1%	253	0,9%	126	2,4%
Psicopedagogía	207	1,1%	73	1,0%	1	0,6%	0	0,0%	227	27,9%	0	0,0%	2981	45,5%	6607	34,8%	724	14,6%	78	0,3%	34	0,7%
Terapia ocupacional	519	2,6%	134	1,9%	0	0,0%	7	0,7%	32	3,9%	8	4,7%	191	2,9%	953	5,0%	356	7,2%	396	1,3%	77	1,5%
Otros	142	0,7%	13	0,2%	1	0,6%	95	9,2%	50	6,1%	0	0,0%	22	0,3%	666	3,5%	15	0,3%	58	0,2%	59	1,1%
Total	19638	100,0%	7030	100,0%	166	100,0%	1035	100,0%	815	100,0%	171	100,0%	6553	100,0%	18959	100,0%	4951	100,0%	29696	100,0%	5214	100,0%

Tabla 4

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los servicios de Salud en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Servicio	Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología																					
	Tartamudez		Respiración con la boca		Disfagia		Disartria y Anartria		Otras alteraciones del habla y las no especificadas		Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos		Fisura labio-alveolo-palatina		Anquiloglosia		Disfonia		Afonía		Hipernasalidad e hiponasalidad	
	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%
Fonoaudiología	1062	89,5%	2351	44,0%	1499	41,4%	617	85,0%	301	54,2%	381	51,1%	1379	43,3%	0	0,0%	1098	32,5%	15	7,6%	20	83,3%
Clínica Médica	26	2,2%	80	1,5%	825	22,8%	30	4,1%	101	18,2%	104	13,9%	54	1,7%	8	13,8%	892	26,4%	73	37,1%	3	12,5%
Enfermería	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	7	3,6%	0	0,0%
Estimulación Temprana	5	0,4%	4	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Fisiatría	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	3	0,5%	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Guardia y Emergencias	0	0,0%	22	0,4%	516	14,2%	35	4,8%	6	1,1%	31	4,2%	16	0,5%	0	0,0%	381	11,3%	76	38,6%	0	0,0%
Kinesiología	0	0,0%	0	0,0%	376	10,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	8	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Neonatología	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	30	0,9%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Neurología	4	0,3%	1	0,0%	5	0,1%	18	2,5%	6	1,1%	0	0,0%	3	0,1%	0	0,0%	3	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Odonotología	0	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	10	1,8%	0	0,0%	1142	35,8%	5	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ORL	0	0,0%	2576	48,3%	67	1,8%	2	0,3%	8	1,4%	0	0,0%	7	0,2%	17	29,3%	873	25,8%	1	0,5%	1	4,2%
Pediatría	20	1,7%	193	3,6%	28	0,8%	3	0,4%	69	12,4%	67	9,0%	46	1,4%	13	22,4%	78	2,3%	24	12,2%	0	0,0%
Salud Mental	37	3,1%	0	0,0%	2	0,1%	3	0,4%	8	1,4%	1	0,1%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Psicopedagogía	0	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	33	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Terapia ocupacional	31	2,6%	11	0,2%	3	0,1%	11	1,5%	41	7,4%	1	0,1%	5	0,2%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Otros	1	0,1%	96	1,8%	298	8,2%	7	1,0%	1	0,2%	159	21,3%	466	14,6%	14	24,1%	44	1,3%	1	0,5%	0	0,0%
Total	1186	100,0%	5338	100,0%	3625	100,0%	726	100,0%	555	100,0%	746	100,0%	3186	100,0%	58	100,0%	3382	100,0%	197	100,0%	24	100,0%

Tabla 5

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según los servicios de Salud en los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Servicio	Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología																	
	Otras alteraciones de la voz y las no especificadas		Aletaciones de la laringe y de las cuerdas vocales		Hipoacusia		Sordomudez no clasificada en otra parte		Trastorno generalizado del desarrollo		Retraso mental		Autismo		Parálisis cerebral		Síndrome de Down	
	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%
Fonoaudiología	21	28,8%	119	32,4%	11067	50,3%	91	79,1%	2032	28,3%	1792	7,7%	1588	27,2%	665	4,7%	1033	24,7%
Clínica Médica	18	24,7%	55	15,0%	1590	7,2%	12	10,4%	124	1,7%	1232	5,3%	134	2,3%	439	3,1%	260	6,2%
Enfermería	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	16	0,1%	0	0,0%	10	0,1%	1	0,0%
Estimulación Temprana	0	0,0%	0	0,0%	7	0,0%	0	0,0%	24	0,3%	70	0,3%	8	0,1%	19	0,1%	128	3,1%
Fisiatría	0	0,0%	0	0,0%	5	0,0%	0	0,0%	42	0,6%	84	0,4%	68	1,2%	917	6,4%	82	2,0%
Guardia y Emergencias	3	4,1%	40	10,9%	239	1,1%	0	0,0%	13	0,2%	323	1,4%	5	0,1%	79	0,6%	8	0,2%
Kinesiología	0	0,0%	0	0,0%	7	0,0%	0	0,0%	18	0,3%	495	2,1%	13	0,2%	6169	43,3%	396	9,5%
Neonatología	0	0,0%	11	3,0%	9	0,0%	0	0,0%	6	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	53	0,4%	71	1,7%
Neurología	0	0,0%	2	0,5%	44	0,2%	0	0,0%	267	3,7%	3022	13,0%	1059	18,2%	551	3,9%	127	3,0%
Odonotología	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
ORL	28	38,4%	26	7,1%	8219	37,4%	10	8,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Pediatría	3	4,1%	22	6,0%	286	1,3%	1	0,9%	142	2,0%	313	1,3%	145	2,5%	239	1,7%	507	12,1%
Salud Mental	0	0,0%	0	0,0%	30	0,1%	0	0,0%	2352	32,7%	10327	44,4%	1913	32,8%	186	1,3%	186	4,4%
Psicopedagogía	0	0,0%	0	0,0%	97	0,4%	0	0,0%	314	4,4%	3802	16,4%	258	4,4%	46	0,3%	103	2,5%
Terapia ocupacional	0	0,0%	0	0,0%	63	0,3%	1	0,9%	1780	24,8%	1284	5,5%	591	10,1%	3772	26,5%	988	23,6%
Otros	0	0,0%	92	25,1%	319	1,5%	0	0,0%	69	1,0%	489	2,1%	51	0,9%	1096	7,7%	295	7,0%
Total	73	100,0%	367	100,0%	21983	100,0%	115	100,0%	7186	100,0%	23249	100,0%	5834	100,0%	14243	100,0%	4189	100,0%

Tabla 6

Distribución de diagnósticos vinculados al ejercicio profesional de la fonoaudiología según el género de los Pacientes de los efectores públicos de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el año 2018-2019.

Diagnóstico vinculado al ejercicio profesional de la fonoaudiología	Género			Total
	Masculino	Femenino	S/identificar	
Trastorno del lenguaje expresivo	13470	6168	0	19638
Trastorno de la recepción del lenguaje	4537	2493	0	7030
Afasia adquirida con epilepsia	105	61	0	166
Disfasia y Afasia	682	353	0	1035
Dislexia y Alexia	615	200	0	815
Apraxia	76	95	0	171
Trastorno específico de la lectura	3806	2739	8	6553
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	12388	6563	8	18959
Trastornos hipercinéticos	4037	910	4	4951
Trastorno específico de la pronunciación	19219	10473	4	29696
Otros trastornos del Desarrollo del habla y del lenguaje (seseo)	3531	1683	0	5214
Tartamudez (espasmofemia)	863	323	0	1186
Respiración con la boca	2926	2408	4	5338
Disfagia	1755	1865	5	3625
Disartria y Anartria	501	224	1	726
Otras alteraciones del habla y las no especificadas	294	261	0	555
Otros signos y síntomas de la alimentación y a la ingestión de líquidos	353	392	1	746
Fisura labio-alveolo-palatina	1938	1248	0	3186
Anquiloglosia	43	15	0	58
Disfonía	1156	2222	4	3382
Afonía	48	149	0	197
Hipernasalidad e hiponasalidad	14	10	0	24
Otras alteraciones de la voz y las no especificadas	41	32	0	73
Alteraciones de la laringe y de las cuerdas vocales	232	134	0	367
Hipoacusia	11068	10876	39	21983
Sordomudez no clasificada en otra parte	59	56	0	115
Trastorno generalizado del desarrollo	5890	1296	0	7186
Retraso mental	14315	8905	29	23249
Autismo	4669	1152	13	5834
Parálisis cerebral	7916	6278	49	14243
Síndrome de Down	2245	1944	0	4189
Total	118792	71528	169	190490
%	62,36%	37,55%	0,09%	100,00%