



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA  
ROSARIO, ARGENTINA  
2025

Políticas de salud dirigidas a la atención temprana, una mirada desde la  
fonoaudiología.

ALUMNA:

González, Micaela

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. en Fonoaudiología Isaías, Ana Clara

Ensayo presentado por:

González, Micaela.....  
.....

Con la supervisión de:

Lic. en Fonoaudiología Isaías, Ana Clara.....  
.....

Aprobado por:

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

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

Legajo: G-1975/5

## **Agradecimientos**

*A mis familiares y amigos/as que me acompañaron y contuvieron durante este proceso.*

*A los/as docentes por los conocimientos compartidos a lo largo de estos años de formación y, en especial, a la Licenciada Isaías Ana Clara por acompañar con tanto cariño y dedicación este trabajo final.*

*A la facultad y la educación pública por abrirme las puertas sin condición y permitirme alcanzar el sueño de estudiar una carrera universitaria.*

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>Problematización .....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>9</b>
<b>Desarrollo .....</b>	<b>10</b>
Capítulo 1 .....	10
Desarrollo de la comunicación durante los primeros 3 años de vida. ....	10
Capítulo 2 .....	19
Políticas y programas que protegen los derechos de las infancias. ....	19
Capítulo 3 .....	266
El Sistema de Salud Argentino .....	266
<b>Conclusiones.....</b>	<b>377</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>40</b>

## **Resumen**

El presente ensayo busca reflexionar acerca de la importancia de las políticas de salud dirigidas a la atención temprana desde el punto de vista de la Fonoaudiología.

A partir de la información planteada por diversos/as autores/as, normas nacionales y provinciales, se piensa el rol de la fonoaudiología en el Sistema de Salud, en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), enfatizando la importancia de las actividades de promoción y prevención de la salud, con el objetivo de concientizar a la población y a los demás profesionales para el seguimiento de los hitos del desarrollo del lenguaje durante los primeros 3 años de vida, y, de esta manera, lograr una consulta y/o derivación oportuna e intervenir lo más tempranamente posible para prevenir la instalación de la patología o mitigar los efectos de la misma.

Se resalta, por un lado, la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud, brindando apoyo y sostén a las familias para el desarrollo de infancias saludables, y, por otro lado, la participación de los profesionales de la Fonoaudiología en la planificación y aplicación de políticas para mejorar la salud y la calidad de vida de las infancias.

En ese sentido, es indispensable el trabajo interdisciplinario e intersectorial para brindar la atención adecuada a las necesidades propias de la población y la comunidad, contemplando al sujeto de forma integral, teniendo en consideración los diversos aspectos que lo atraviesan y determinan su salud.

## **Palabras clave**

Políticas de salud - Atención temprana - Derecho a la salud - Fonoaudiología - Trabajo interdisciplinario.

## Introducción

La salud es un derecho humano fundamental enunciado en la Ley 26061 de “Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes”, la cual enuncia: Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. (Ley 26061, 2005, art. 14).

La salud como derecho está estrechamente vinculada a las políticas públicas, ya que las mismas constituyen una herramienta clave para lograr la equidad dentro de la sociedad, modificando las desigualdades que genera el mercado. Las políticas públicas establecen la respuesta del Estado frente a las problemáticas sociales, y pueden incluir la adjudicación de presupuesto o la participación administrativa únicamente. (Ballerini et. al., 2020).

Las políticas públicas que apuntan a la atención temprana son de vital importancia debido a que los primeros 3 años de vida son el mayor momento de desarrollo y aprendizajes que servirán para el resto de la vida. En relación a esto, UNICEF (2019) sostiene que la primer infancia es la etapa en la que se construyen los cimientos para el desarrollo integral, por lo cual es necesario intervenir de forma temprana y oportuna a través de un trabajo interdisciplinario e intersectorial, que abarca el campo salud, educación, cuidado y crianza.

Se abordarán las diferentes etapas del desarrollo de la comunicación y el lenguaje durante dicho período, para visibilizar la posibilidad de detectar dificultades en la comunicación desde edades tempranas, incluso antes de la adquisición del lenguaje verbal.

Luego se hará un recorrido por algunas de las normas y tratados que existen actualmente para proteger los derechos de las infancias y el rol de los profesionales de la fonoaudiología en la puesta en práctica de las mismas, en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), para la prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de las alteraciones de la salud que podrían presentar los/as niños/as, para, de esta forma, mejorar su pronóstico y por ende su calidad de vida.

Asimismo se pone énfasis en la responsabilidad del Estado en la decisión política de garantizar el derecho a la salud, dado el contexto socio-histórico actual, en el que observan recortes importantes en el campo de la salud, con el consiguiente desfinanciamiento de políticas de salud, lo cual podría generar consecuencias desfavorables para la sociedad entera

y, en especial, para las infancias.

## **Problematización**

Dado que la fonoaudiología es una disciplina que interviene en la atención temprana, de acuerdo a lo expuesto en la Ley 27568 de ejercicio profesional de la fonoaudiología (2020), la cual declara que algunas de sus incumbencias son:

a) Actividades de promoción de la salud; b) Profilaxis en el área de audición, voz, lenguaje, habla, fonoestomatología e intervención temprana; c) Prevención, detección, evaluación clínica e instrumental y diagnóstico de las áreas de: voz, habla, lenguaje, intervención temprana, audición y vestibular y fonoestomatología en disfunciones estomatognáticas, disgnacias, trastornos deglutorios, disfagias, desórdenes alimentarios; y todas aquellas que el avance científico permita identificar.

(Artículo 6).

En el presente ensayo interesa reflexionar sobre el rol de la fonoaudiología en los diferentes niveles de atención de salud de la ciudad de Rosario y destacar la necesidad de gestionar y sostener políticas públicas vinculadas a las necesidades de la comunidad.

Asimismo resulta relevante destacar la importancia de las estrategias de promoción y prevención de la salud, como herramientas fundamentales para la detección temprana de posibles dificultades en la comunicación y el lenguaje en los primeros 3 años de vida.

## **Objetivos**

- Analizar las políticas públicas en salud dirigidas al cuidado de la primera infancia.
- Resaltar la importancia de las estrategias de promoción y prevención de salud en el territorio argentino.
- Reflexionar acerca del rol de la fonoaudiología en cada nivel de atención de salud en relación al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de la población de 0 a 3 años de vida.

## **Desarrollo**

### **Capítulo 1**

#### **Desarrollo de la comunicación durante los primeros 3 años de vida.**

La comunicación humana es un proceso vinculatorio, mediante el cual se comparten pensamientos, información, conocimientos, experiencias, entre dos interlocutores o más. La adquisición del lenguaje constituye una herramienta fundamental para la comunicación y para el proceso de subjetivación. A lo largo de este capítulo se abordarán las diferentes teorías que explican los períodos que atraviesa el/la niño/a, desde la etapa preverbal hasta la etapa verbal que se desarrolla durante los primeros 3 años de vida.

De acuerdo a Maggio (2021), se entiende como comunicación al proceso a través del cual se comparte información o significaciones intencionadas dentro de una relación humana determinada. Por su parte Haller (2011) sostiene que la comunicación y el lenguaje considerado como un todo, posibilita la constitución de la persona, debido a que se trata de una función específicamente humana. La comunicación es resultado de una manifestación comportamental de la persona compuesta por diversas dimensiones que actúan como variables interdependientes dentro de ese sistema funcional.

Según lo expuesto por Maggio (2021), el desarrollo comunicativo está compuesto por dos etapas: una pre lingüística o preverbal, en la cual el niño aprende a comunicarse sin contar con lenguaje, y luego la etapa verbal, en la que progresivamente se desarrolla el aprendizaje de las primeras palabras, las frases simples, las frases más elaboradas, hasta finalmente poder narrar y mantener una conversación fluida aproximadamente de los cinco años de edad.

Así mismo, dicha autora sostiene que las habilidades prelingüísticas se pueden analizar desde dos perspectivas diferentes: una de ellas es el análisis propuesto por la teoría cognitiva y la otra las teorías interaccionistas. En el primer caso, la atención se centra en los procesos cognitivos requeridos para el inicio de la comunicación, y en el segundo caso, el interés radica en analizar los contextos y la interacción comunicativa, así como también el comportamiento de padres e hijos durante el intercambio.

Siguiendo con Magio (2021), desde el enfoque interaccionista, el lenguaje oral es la herramienta de comunicación más evolucionada y superior en el desarrollo humano. Pero antes de adquirir esta habilidad, existen ciertos procesos que son necesarios para acceder a esta función. Es decir, un/a niño/a puede decir las primeras palabras alrededor de los 12 o 18

meses; sin embargo, sus habilidades de comunicación se desarrollan mucho antes de comenzar a hablar.

El desarrollo de los aspectos emocionales está relacionado de manera estrecha con la evolución de la comunicación que ocurre desde etapas tempranas. En relación a esto, Trevarthen (citado por Aizpún et al., 2013) sostiene que los bebés, desde etapas muy tempranas, muestran ciertas habilidades de “sintonía” y “armonización” con las personas que los rodean. La “sintonía” se observa tanto en la modalidad visual como auditiva, debido a la preferencia de los estímulos redondeados, móviles, estructurados y brillantes, que hacen referencia a la cara humana, y a la preferencia de estímulos con longitud y frecuencia de onda propios de la voz humana. La “armonización” se observa en las respuestas diferenciadas a las personas y objetos que les interesan, con las personas se manifiesta con movimientos que se focalizan en la zona expresiva de la cara que suelen acompañar con sonidos, mientras que las conductas orientadas a los objetos, consisten en abrir y cerrar la mano.

Estas afirmaciones provienen de investigaciones que advierten la posibilidad de acceder al mundo interno de los demás desde etapas tempranas y el hecho de que las primeras interacciones son la base para las formas más complejas de comunicación, y están presentes en los niños a partir del año de vida.

Trevarthen (como se citó en Aizpún et al., 2013) propone que las expresiones de los bebés son especulares o complementarias a las de los adultos con los que se relacionan. Es decir, que la característica principal de estas interacciones tempranas es que son acciones que no se definen por sí mismas, sino que requieren ser completadas por la acción del otro.

En esta misma línea, se puede decir que el desarrollo de la comunicación depende de la emergencia y combinación de distintas habilidades. Los predilectos de la comunicación son: contacto visual, protoconversaciones, atención conjunta, gestos y recepción auditiva del habla en la etapa preverbal. (Maggio, 2021).

Por su parte Bates y cols. (como se citó en Haller et al., 2011) sostienen que la comunicación temprana emerge en tres períodos: perlocutivo, ilocutivo y locutivo.

- Período Perlocutorio Temprano (0 a 4 meses): en el cual las conductas del niño son principalmente reflejas y están dirigidas por sus necesidades internas o en respuesta a eventos externos. Los estímulos visuales y auditivos modifican su conducta.

El niño comienza a responder de forma selectiva a la estimulación de sus cuidadores o del entorno gracias a la habituación que se produce al presentar repetidamente el mismo estímulo.

Hacia los dos meses de edad, puede demostrar preferencia por mirar patrones complejos como los gestos faciales; y a los cuatro meses el niño comienza a usar la mirada para iniciar, mantener y concluir los intercambios con los otros. Hacia el final de este período, a través de la mirada, sonrisa y vocalización, el niño puede mantener ciclos rítmicos de atención y no atención durante interacciones cara a cara con el adulto. Como se mencionó anteriormente, Maggio (2021) considera al contacto visual como uno de los predictores de la comunicación, ya que a los 4 meses el niño logra mantener los ojos alineados y realizar el seguimiento de los objetos en todas las direcciones.

Siguiendo con Bates y cols., las habilidades de alcanzar y agarrar objetos están en pleno ejercicio, por lo que éstos se convierten en el principal foco de atención del niño. (Haller et al., 2011)

En cuanto al sistema auditivo, a partir del primer mes de vida, el niño comienza a discriminar entre sonidos del habla. Hacia los dos meses responde a la estimulación vocal, demostrándolo mediante la calma, disminución o cese de la actividad; alrededor de los tres meses de edad, empieza a vocalizar reproduciendo sonidos nasales y similares a vocales.

La madurez del mecanismo del habla del niño está relacionado directamente con la cantidad de sonidos que puede producir.

Es importante aclarar que las vocalizaciones que logra el niño durante esta etapa aún no comunican deseos o necesidades.

- Período Perlocutorio Tardío (4 a 8 meses): la característica principal de las conductas comunicativas de esta etapa es la *intención*. Estas conductas, según Bates (citada en Haller et al., 2011) define como: “*señales conductuales con meta orientada*” (p. 69).

El niño empieza a buscar participar en interacciones u obtener ciertas conductas de los adultos a partir del uso intencional de sus sonidos.

Comienzan a aparecer los turnos en las interacciones niño/adulto y las emisiones cumplen la función de llamado.

Esto coincide con otro de los predilectos propuestos por Maggio (2021), las protoconversaciones. Ella sostiene que entre los tres y cuatro meses, se producen intercambios llamados protoconversaciones, debido al parecido con los componentes no lingüísticos de las conversaciones de los adultos. El aspecto más característico de

este tipo de interacciones es la toma de turnos, es decir, cuando un participante habla, el otro espera su turno, y luego se invierten los roles.

En relación a lo expuesto, Trevarthen (como se citó en Maggio, 2021) propuso dos modos a través de los cuales los bebés se involucran intersubjetivamente con sus figuras de crianza: **intersubjetividad primaria y secundaria**. El primer término se refiere a los intercambios e interacciones tempranas que se dan entre la mamá y el bebé durante los 2 y los 9 meses de vida, las cuales están regulados temporal y emocionalmente.

Según Trevarthen (como se citó en Aizpún et al., 2013) el ingreso a la intersubjetividad ocurre a partir del momento en que la madre busca la mirada de su hijo, y comienza a atribuir cierta intencionalidad a los movimientos, a las miradas, y a los gorjeos que este produce. El niño, por su parte, percibe el tono emocional de su madre e intenta imitarla vocalizando. La entrada del niño en esa secuencia de interacciones con su madre, es posible ya que el bebé percibe que los gestos y las expresiones de la misma están cargados de intención.

Es decir que para que se produzcan esos intercambios, el infante debe percibir al otro como un sujeto intencional y con capacidad para interpretar significantes. A su vez, estas interacciones primitivas de acceso a las experiencias internas de otros son necesarias para lograr desarrollar formas más complejas y cognitivas que les permitan explicar y predecir la conducta de los demás en edades más avanzadas. (Aizpún et al., 2013).

Continuando con Bates y cols., el niño logra actuar de forma más intencional gracias al crecimiento favorecido por la evolución sensorial y motriz. (Haller et al., 2011). Es decir que, el pequeño experimenta sobre las propiedades físicas de su ambiente, a medida que comienza a manipular de manera diferenciada los objetos.

La exploración de los objetos, le permite descubrir poco a poco las funciones de los mismos y establecer las primeras asociaciones significante-significado, además comienza a realizar sonidos (gritos, chillidos, vocalizaciones, etc.) para llamar la atención del adulto.

Si bien su conducta es intencional, aún resulta difícil para el bebé pedir ayuda al adulto para resolver algún problema con un objeto.

La agudeza visual continúa madurando, llegando a estar dentro del rango de visión adulta normal entre los 6 a 12 meses.

En el sexto mes, logra dar respuestas diferentes según la expresión facial, por ejemplo: el niño puede finalizar una interacción cara a cara, si la expresión facial del cuidador, no es la que él espera.

Comienza a aparecer una segunda línea de observación de la mirada. Cuando el niño está comprometido cara a cara con su cuidador, y este mira el objeto, el niño seguirá la mirada del adulto, y mirará al objeto.

- *Período Ilocutorio Temprano (8 a 12 meses)*: en este período el niño es consciente de su potencial para controlar al adulto.

Utiliza de forma intencional los gestos o vocalizaciones para dirigir la atención del adulto hacia lo que desea. El término **intersubjetividad secundaria** fue elegido por Trevarthen para describir las situaciones que surgen entre los 9 y los 12 meses en las que el bebé puede combinar los actos práxicos, como por ejemplo: señalar, mostrar, dar, tomar objetos, entre otros; y los actos interpersonales como sonreír, vocalizar, mirar a la cara del otro y extender los brazos hacia el adulto. (Maggio, 2021).

Esto demuestra que los bebés además de tener preferencia y sintonización con los estímulos de origen social también presentan sistemas expresivos que les permiten responder armónicamente frente a los mismos. Si bien en un principio estas expresiones no son intencionadas, ni intencionales ni metonímicas, gracias a la interpretación, la significación y el sentido otorgados por los adultos que se relacionan con el bebé, progresivamente lograrán fines específicos, con contenido y se podrán realizar utilizando signos arbitrarios, llegando a ser intencionadas, intencionales y metonímicas, características propias de los símbolos y del lenguaje. (Aizpún et. al., 2013).

En este período surge el uso de gestos reguladores, deícticos (señalamiento) y expresivos. Despliegue de funciones interactiva, reguladora y personal.

- **Gestos protoimperativos**: el niño le otorga un valor intencional al adulto como un medio para conseguir un determinado fin.
- **Gestos protodeclarativos**: el niño desarrolla conductas que demuestran una meta social de atención compartida con el adulto.

Maggio (2021) propone que desde estadios muy tempranos se utilizan los gestos protoimperativos como recursos activos para satisfacer las necesidades individuales. Luego, con la protodeclaración se evidencian los primeros intentos de compartir con otros el interés por un objeto o una situación, y después van apareciendo los gestos asociados a acciones específicas, como saludar, llamar, festejar, etc.

En este período se produce el desarrollo de la “atención conjunta”, considerada por Maggio (2021) como otro precursor de la comunicación. Según Carpenter y Tomasello (citados por Maggio, 2021) “la atención conjunta es el proceso que permite compartir la atención con otra persona sobre un determinado objeto o evento, utilizando el contacto visual” (p. 47-48). La atención conjunta, es una habilidad triádica que incluye a dos personas y un objeto o evento externo a la pareja. (Maggio, 2021).

Alrededor de los diez meses inicia la decodificación de las primeras palabras, es decir la comprensión verbal. En relación a esto, Maggio (2021) sostiene que en el transcurso del primer año, el niño aprende a identificar sonidos del idioma en el que está inmerso. Dicho proceso puede estar relacionado íntimamente con el modo en que las madres hablan a sus hijos en esta etapa. El uso del “habla maternal” o **motherese**, está caracterizado por el uso de frases cortas, articuladas correctamente y simples en relación a la sintaxis y el contenido. Son frases bien estructuradas gramaticalmente e incluyen variedad de oraciones tanto interrogativas como imperativas. Otro aspecto particular del habla maternal es que el adulto realiza adaptaciones en sus expresiones de acuerdo a la evolución del niño.

Período Ilocutorio Tardío (12 a 14 meses): las señales del niño se modifican mediante un proceso de convencionalización.

Estas señales se convierten en los *gestos convencionales* y las *protopalabras*.

Bates (como se citó en Haller et al., 2011) define a las señales convencionales como: “gestos cuya función y forma son reconocidos por ambos participantes de la comunicación” (p 70).

Entre los 10 y los 13 meses de edad se puede registrar el uso de gestos convencionales como mostrar, señalar, agitar y dar.

Las **protopalabras** son expresiones que se parecen a las palabras (Haller et al., 2011). Se dividen en tres tipos:

- 1) Protopalabras usadas con una acción determinada, como por ejemplo, el niño usa siempre la expresión “ete” mientras señala para referirse a un objeto.
- 2) Protopalabras usadas para describir o representar a un objeto o evento en varios contextos, por ejemplo: el niño cada vez que ve animales en dibujos o en vivo dice “gauh”.
- 3) Protopalabras usadas como un acto o ritual, que si bien es parte de una actividad, no es representativo de la misma. Por ejemplo: el niño emite el

sonido “mmm” que escuchó a los adultos hacer cuando terminan de comer algo.

Gracias al proceso de convencionalización de los gestos y protopalabras, las conductas comunicativas de los niños se vuelven cada vez más claras y progresivamente pueden ser interpretadas sin depender del contexto.

Período Locutorio (a partir de los 14/15 meses): período en el cual “comienza a desarrollarse el habla como expresión oral del lenguaje en construcción” (Haller et al., 2011, p. 70).

Las primeras palabras del niño traducen los gestos que utilizaba anteriormente y el significado está relacionado con el ambiente y el contexto que lo rodea.

Debido a que las primeras palabras cumplen más de una función, se produce la extensión de las funciones comunicativas, por ejemplo: el niño dice “papa” cuando quiere comer algo o cada vez que ve algún alimento.

A medida que el léxico y la comprensión del niño se desarrollan, empieza a responder preguntas y sus respuestas están relacionadas principalmente con nombres de personas y objetos.

La generalización de las palabras a nuevas situaciones es un indicador de comunicación simbólica.

Este período evoluciona con el uso de recursos simbólicos, que logran representar el objeto o evento sin la necesidad de que ocurra dicho evento o que el referente, ya sea la persona o el objeto, esté presente.

Maggio (2021), por su parte, desarrolla esta etapa de acuerdo a los diferentes aspectos que conforman el lenguaje:

- *El desarrollo léxico*: las primeras palabras que el niño produce cumplen la función de designar, expresarse y ordenar. Para lograr aprender palabras nuevas, es necesario conocer los objetos y los acontecimientos del medio. Por lo tanto el vocabulario con el que cuenta el niño se enriquece a medida que aumenta dicho conocimiento.

Las primeras palabras que adquiere un niño se relacionan con sus centros de interés, y generalmente se vinculan con palabras funcionales; luego, en una segunda etapa, adquiere los nombres de los objetos simples del entorno asociados con su interés. (Bloom et al., 1993).

En esta primera etapa, el niño aprende palabras que no están relacionadas semánticamente, como palabras sociales, de localización, de movimiento; pero tras

iniciar el proceso de explosión léxica, es capaz de aprender palabras que pertenecen a una misma categoría semántica. (Maggio, 2021).

- *El desarrollo fonológico*: el bebé atraviesa diferentes etapas de balbuceo y progresivamente se acerca a la forma de los sonidos del idioma de la comunidad a la que pertenece. Luego existe un supuesto silencio que antecede a la producción de las primeras palabras, lo cual indica el pasaje del período prelingüístico al lingüístico. (Maggio, 2021).

Hasta los 3 años, los niños suelen cometer “errores” o procesos de simplificación que, en general, no alteran la inteligibilidad del lenguaje, es decir, que aunque aún no logren todos los sonidos, se entiende lo que quieren decir. (Moreno Ríos, 2009).

- *El desarrollo morfosintáctico*: alrededor de los 2 y 3 años, los niños aprenden a combinar dos o más palabras.

Un momento relevante durante la adquisición del lenguaje es la aparición de la frase gramatical, cuyos elementos esenciales son:

- **Entonación**: es la que permite diferenciar si la producción del niño es una frase afirmativa, interrogativa o una demanda.
- **Sobregeneralización**: entre los 2 y 3 años los niños tienden a aplicar las reglas gramaticales a elementos lingüísticos equivocados, lo cual puede deberse a la imitación de la forma utilizada por el adulto.
- **Flexiones o desinencias**: son elementos variables que se agregan a la raíz de las palabras y pueden provocar cambios de significado.
- **El orden de las palabras**: el cual determina el sentido de la frase. Por lo general, un enunciado tiene la estructura sujeto - verbo - completo objeto (SVO) y el niño lo aprende rápidamente. (Maggio, 2021).

Según Vázquez y Fernández (como se citó en Maggio, 2021) el desarrollo morfosintáctico ocurre en etapas, en primer lugar, se produce la construcción de la holofrase, la cual consiste en una palabra aislada, con intencionalidad, que gracias a su relación con el contexto se logra interpretar como una expresión completa.

Hacia los 18 - 24 meses, los niños empiezan a secuenciar las expresiones aisladas, utilizan artículos determinados e indeterminados, y verbos en infinitivo o en formas pseudoimperativas.

Entre los 24 - 30 meses, comienzan a estructurar frases de tres elementos que aún tienen características telegráficas. Se amplía el repertorio gramatical, se agregan los pronombres posesivos como “mio-tuyo” y los artículos acompañan al nombre.

A los 30 - 36 meses, utilizan cuatro elementos o más para estructurar las frases, aumenta el uso de preposiciones, de artículos determinados y de adverbios (de lugar, de tiempo y de modo), emplean pronombres personales y los marcadores de género y número son utilizados de forma más frecuente.

Entre los 36 - 42 meses, las oraciones se vuelven más extensas y se observa el fenómeno de la recursividad, que implica el uso excesivo de los nexos como “y”, “que”, “o”. Progresivamente se incorporan distintas formas del pasado, los adverbios de negación y las formas interrogativas. (Aizpún et al., 2013).

- *El desarrollo pragmático* consiste en el uso social del lenguaje y está compuesto por diversas variables. Es el nivel del lenguaje que tiene mayor relación con aspectos externos al código lingüístico. Para abordarlo, no basta con referirse al lenguaje verbal, sino que también es necesario tener en cuenta al no verbal. Si bien las personas suelen utilizar al lenguaje como herramienta primordial para transmitir sus intenciones, no significa que sea la única. Al hablar acompañan las palabras con gestos, expresiones faciales y entonaciones de acuerdo a cada situación o estado de ánimo. (Maggio, 2021).

Para llevar a cabo el procesamiento pragmático se incluyen datos del lenguaje oral y la información paraverbal que aportan el interlocutor y el contexto situacional.

Entonces, de acuerdo al recorrido teórico hecho, se puede decir que la comunicación comienza mucho antes de poder hablar, y es necesario concientizar sobre los hitos del desarrollo de la comunicación y lenguaje durante los primeros 3 años de vida, considerado como un período crucial debido a la variedad de procesos que se producen tanto verbales como pre-verbales y subjetivos, tanto a familiares como a los demás profesionales que intervienen en el desarrollo del niño/a para favorecer la consulta y/o derivación oportuna para poder intervenir de forma temprana.

## Capítulo 2

### Políticas y programas que protegen los derechos de las infancias.

Para comenzar a desarrollar las distintas políticas y programas destinados a proteger a las infancias, se considera importante recordar, en primer lugar, lo planteado en la Declaración de los derechos del niño (1959), la cual en su principio número 2 propone que el niño gozará de protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, brindados por la ley y por otros medios, para que se pueda desarrollar de forma integral, física, mental, moral, espiritual y socialmente de forma saludable y en condiciones de libertad y dignidad. Siempre considerando fundamentalmente el interés superior del niño. Además, en el principio número 4, expone que el mismo debe gozar de los beneficios de la seguridad social. El niño tiene derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; por lo cual deberán proporcionarse, a él y a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tiene derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Luego, la Convención sobre los derechos del niño (1989), en su artículo 18 sostiene que los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para que puedan desempeñar sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y procurarán la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

El Artículo 24 de dicha Convención habla sobre el derecho a la salud y el rol del Estado, allí se propone que Los Estados Partes reconocen que el niño tiene derecho a gozar del nivel más alto posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Plantea que los mismos adoptarán medidas apropiadas para:

- Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada;
- Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular las familias y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los mismos, las ventajas

de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

- Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. (Convención sobre los derechos del niño, 1989).

Además, en el artículo 27, se describe el rol de las personas encargadas de las infancias, sosteniendo que les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. A su vez menciona que los Estados Partes, tomarán las medidas apropiadas para apoyar a las personas responsables del niño/a a dar efectividad a este derecho y, de ser necesario, brindarán asistencia material y programas de apoyo respecto a la nutrición, la vestimenta y la vivienda. (Convención sobre los derechos del niño, 1989).

A nivel nacional, la Ley 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, (2005), en su Artículo 4 plantea que las políticas públicas de la niñez y adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes;
- b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, con el objetivo de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia;
- c) Gestión articulada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente;
- d) Promoción de redes intersectoriales locales;
- e) Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para asegurar la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Resulta interesante resaltar los artículos 6 y 7 de la ley, los cuales destacan, por un lado, la importancia de la participación comunitaria, ya que la Comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes. Y, por otro lado, la responsabilidad familiar. La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y efectivo ejercicio de sus derechos y garantías.

Por lo tanto el padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos y los Organismos del Estado deben garantizar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad.

En el Artículo 14 se aborda el Derecho a la salud. Los Organismos del Estado deben garantizar:

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen, siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. (Ley 26.061, 2005, art. 14).

Por su parte, la Ley 26.279 “Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido. Alcances. Prestaciones obligatorias. Constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Especialistas en Pesquisa Neonatal. Propósito. Funciones del Ministerio de Salud”, en su artículo 1 expone que a todo niño/a al nacer en la República Argentina se le practicarán las evaluaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactocemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis; siendo obligatoria su realización y seguimiento en todos los establecimientos de la República en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos/as. Y en

su artículo 5 describe las funciones del Ministerio de Salud de la Nación, algunas de ellas son:

- a) Desarrollar actividades de difusión dirigidas a toda la población sobre las características y riesgo de las enfermedades, como así también las conductas y acciones que se pueden llevar a cabo para su prevención y control y los servicios de atención a los que pueden recurrir con el objetivo de promover el conocimiento y la participación comunitaria y social en el tema;
- b) Propiciar el desarrollo de prestaciones integrales que incluyan actividades de prevención, detección, diagnóstico precoz, referencia, contrarreferencia, asistencia y seguimiento según los requerimientos particulares de cada caso;
- c) Coordinar con las autoridades sanitarias y educativas de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la realización de campañas de educación y prevención, destinadas a concientizar a la población sobre la importancia de realización de estudios diagnósticos tempranos, la asistencia oportuna y apoyo a las familias, y también la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario entre los equipos de salud y educación, para lograr una atención integrada de la persona, aunando criterios y saberes;
- d) Administrar y coordinar los aspectos científicos de la pesquisa, normatizando el tratamiento y seguimiento que se va a aplicar para garantizar su efectividad;
- e) Establecer Redes de Derivación en forma sostenida, con el objetivo de implementar estimulación temprana, terapéuticas de rehabilitación, y equipamiento, a fin de mantener una comunicación fluida entre quienes realizaron el diagnóstico, el médico de referencia y quienes llevarán a cabo el o los tratamientos correspondientes. (Ley 26.279, 2007).

Otra normativa interesante es la ley 25.415 “Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia”, sancionada en el año 2001, la cual en su artículo 1 declara que todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento oportuno en caso de necesitarlo. Plantea la obligatoriedad de la realización de los estudios a todo recién nacido, antes del tercer mes de vida.

Dicha ley, en el artículo 3 propone que las obras sociales y asociaciones de obras sociales deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, y las mismas quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio dispuesto

por Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud, incluyendo la provisión de audífonos, prótesis auditivas y la rehabilitación fonoaudiológica. (Ley 25.415, 2001).

Dentro de las medidas de protección de las infancias se encuentra el Decreto 574/2016 “Plan Nacional de Primera Infancia”, el mismo, de acuerdo a lo declarado en su artículo 1, es una herramienta para garantizar el desarrollo integral de niños y niñas de 45 días a 4 años de edad inclusive, que se encuentren en situación de vulnerabilidad social con la intención de favorecer la promoción y protección de sus derechos.

Este plan tiene como objetivos, la promoción y fortalecimiento de espacios de cuidado y abordaje integral de niñas y niños en su primera infancia, que garanticen una adecuada y saludable nutrición, así como la estimulación temprana y promoción de la salud, propiciando condiciones de participación activa tanto en el ámbito familiar como comunitario que faciliten el proceso de crianza y desarrollo de niños y niñas, promoviendo el fortalecimiento intrafamiliar y comunitario.

Por último, la Ley Nacional 27611 de “Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia”, sancionada en el año 2021, también conocida como “Ley 1000 días”, tiene como objetivo fortalecer el cuidado integral de la salud y la vida de las personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia.

Las disposiciones y políticas públicas establecidas en esta ley son complementarias y se enmarcan en las establecidas en la Ley 26061 de “Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes” y la Ley 26485 de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres”.

Se establecen como principios rectores que se suman a los establecidos en las leyes mencionadas, los siguientes:

- Atención integral de la salud de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y niñas hasta los tres años de edad;
- Articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres años de edad;
- Simplificación de los trámites para el acceso a los derechos de la seguridad social;
- Diseño de políticas públicas que proporcionen la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud;
- Respeto irrestricto del interés superior del niño y de la niña y del principio de autonomía progresiva;
- Respeto a la autonomía de las mujeres y otras personas gestantes;

- Respeto a la identidad de género de las personas;
- Acceso a la información y a la capacitación para el ejercicio de sus derechos;
- Atención especializada de acuerdo con la interseccionalidad de los derechos y vulneraciones de estos. (Ley Nacional 27611, 2021).

En el capítulo 4 establece que la autoridad de aplicación deberá diseñar un modelo de atención y cuidado integral de la salud específico y adecuado para cada etapa del embarazo y hasta los tres años de edad, desde la perspectiva del derecho a la salud integral y teniendo en cuenta las particularidades territoriales de todo el país. A su vez sostiene que el modelo de atención debe incluir de forma transversal a los tres subsectores que integran el sistema de salud y articular con otros organismos públicos competentes en la materia. (Ley 27611, 2021).

Bajo el marco de “1000 días” el Ministerio de Salud de la Nación se propone una «Política Integral para la Prematurez», con perspectiva de derechos, diversidad e intersectorialidad y con enfoque de cursos de vida. Esta política integral ha comenzado a plasmarse mediante acuerdos regionales para planes operativos, nuevas adquisiciones para el fortalecimiento de servicios y organización de consensos y guías para sus distintos componentes.

De esta manera surge la “Guía de Práctica Clínica Nacional para el Seguimiento de niños y niñas con antecedente de prematurez” (2023).

El propósito de esta guía es poder disminuir la variabilidad de la práctica clínica, poniendo a disposición de los usuarios la evidencia científica para orientar la toma de las mejores decisiones. El objetivo es proponer recomendaciones basadas en la evidencia para el seguimiento de los niños y niñas nacidos prematuros, abarcando los distintos niveles de complejidad y considerando la atención primaria de la salud como eje para el cuidado integral de la salud.

En Argentina, el total de nacimientos ha descendido durante los últimos años, sin embargo la tasa de nacimientos prematuros aumentó un 11% en la última década. Según los últimos datos oficiales disponibles, en 2019, 9 de cada 100 personas nacieron antes del término del embarazo. (Ministerio de Salud, 2023, p. 4).

Dicha guía parte de la idea de que para mejorar los indicadores en el país, es fundamental trabajar por la equidad, por lo cual se debe garantizar el cuidado de la niñez desde el momento del embarazo, asegurando el acceso de las personas gestantes a los

controles, planificando que los nacimientos ocurran en maternidades adecuadas según riesgos y organizando el seguimiento a largo plazo de las y los recién nacidos prematuramente.

Con esta herramienta se busca llegar a un acuerdo sobre prácticas imprescindibles para el cuidado integral de personas que han nacido en serias desventajas con respecto a los recién nacidos de término, y así poder avanzar hacia la implementación de programas de seguimiento fundados en valores de equidad y solidaridad para garantizar el acceso a la salud de calidad, para lograr que más niños y niñas nacidos/as prematuramente sobrevivan, prosperen y alcancen su máximo potencial de desarrollo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, desde la perspectiva del derecho a la salud integral, se considera que la atención temprana es primordial para poder brindar a las niñeces los cuidados adecuados para que crezcan y se desarrollen de forma integral, respetando sus intereses, tiempos y necesidades, tanto individuales como colectivas. Además permite prevenir o detectar tempranamente diferentes patologías y, de esta manera, abordarlas a tiempo y evitar dificultades mayores o atenuar los efectos de las mismas. La atención temprana implica reconocer la importancia de la función de las familias en la crianza y sostén de las infancias y, por lo tanto, acompañar y sostener estas familias para que puedan ejercer su responsabilidad de la mejor manera posible, ya que la relación de apego que se genera en esta etapa de la vida de las infancias es el cimiento para su desarrollo posterior. Asimismo, es importante resaltar que es un compromiso de los organismos estatales generar respuestas de acompañamiento y apoyo, para que no sean sólo las familias las que cumplen dicho rol, sino que se plantee una respuesta comunitaria y en red a dichas problemáticas.

## Capítulo 3

### El Sistema de Salud Argentino

Se define como Sistema de Salud al conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos y la capacidad instalada se organizan, mediante un proceso administrativo y de una tecnología médica, para brindar prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada, para cubrir la demanda de la comunidad a un costo acorde a los fondos que están disponibles. (Manzanilla, 1989).

En relación a esto, Acuña y Chudnovsky (2002) sostienen que “el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado” (p. 4).

El *sector 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 a toda la población. Su distribución geográfica es muy amplia y abarca zonas que no son consideradas como rentables por el sector privado. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

El *sector de Obras sociales*: conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Si bien en Argentina existen muchas instituciones, se observa una concentración de los beneficiarios y de los recursos en un número reducido de Obras Sociales.

El *sector privado*: este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, según Santhia (2000) está compuesto por profesionales que brindan servicios de manera independiente, por las instituciones asistenciales privadas y las entidades de medicina prepaga.

En cuanto a la caracterización de dicho sistema, Acuña y Chudnovsky (2002) proponen que la primera cuestión que surge al abordar el área salud, tiene que ver con la heterogeneidad presente en su interior, dado que la fragmentación de las instituciones que lo componen constituye su rasgo distintivo. A su vez, la falta de coordinación y articulación dificulta la conformación de un “sistema formal” de salud e interfiere en el uso eficiente de recursos y la equidad en su cobertura.

Además resaltan que a la falta de integración entre los distintos subsistemas se agrega que, dentro de cada uno de ellos, también existen serios niveles de fragmentación. En el subsector público, tradicionalmente se ha observado la falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en relación al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, los recursos financieros por afiliado y la modalidad de operación.

Dicha fragmentación genera, como consecuencia, acceso inequitativo de la población a similares prestaciones.

Según González García y Torres (2010), Se requiere una participación activa del Estado, a través del establecimiento de normas de equidad en la distribución y el acceso, para proteger un derecho como la salud, debido no sólo a sus características sociales, sino, principalmente, por las fallas particulares que enfrentaría el sistema en caso de estar librado a las leyes del mercado.

En Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA (Consejo Federal de Salud).

Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

### **Atención Primaria de la Salud. Rol de la fonoaudiología.**

La Declaración de Alma-Ata (1978) define a la Atención Primaria de la Salud (APS) como:

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos prácticos y tecnologías científicamente fundados, y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Art. VI).

Según dicha declaración, la APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud enfermedad-atención de las personas y del conjunto social a través de la asistencia, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

La atención primaria forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye el núcleo principal, como del 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 lo más posible la atención de salud al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer eslabón de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta estrategia se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad e incluye los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, por lo menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; además conlleva la participación, del sector sanitario, y de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, y requiere los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor provecho posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la participación activa de la comunidad. (Declaración de Alma-Ata, 1978).

De acuerdo al Decreto 522/13, Resolución 1932/15 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, los principales valores que caracteriza la estrategia de APS son:

- i. Universalidad: toda persona tiene derecho a la salud sin importar sus medios económicos;
- ii. Equidad: como respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia;
- iii. Integralidad: resolución de los problemas de salud de la comunidad, incluyendo tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en

el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar;

- iv. Accesibilidad: posibilidad de utilizar los servicios de forma sencilla y oportuna. La accesibilidad presenta dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar dónde las personas viven), de transporte (camino, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios) y culturales (costumbres, conocimiento, etc.);
- v. Gratuidad: es la ausencia de pago directo por el uso de los servicios;
- vi. Calidad: garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta y también que se presta de manera correcta según las normas que se definen de acuerdo a criterios científicos y posibilidades económicas en un determinado tiempo y lugar. En relación a esto, no siempre lo más moderno o lo más caro es lo más adecuado.

Es importante resaltar que la estrategia de APS no es exclusiva de un centro de salud (primer nivel de atención), ni de determinadas enfermedades, sino que pone el foco en el ciudadano y la población con el propósito de garantizar el Derecho a la Salud.

En concordancia con esto, Rovere (2006) sostiene que los derechos sociales, como el derecho a la salud, no deben reafirmarse bajo la lógica de un Estado donante de estos servicios sino desde la perspectiva de construcción de ciudadanía. La ciudadanía se conforma si hay derechos, pero también son necesarios los sujetos, de forma que la sociedad vigile y reaccione si existe una violación de estos derechos.

El derecho a la salud no es algo que simplemente se defiende, sino que se construye y se conquista (Rovere, 2006). Siguiendo esta misma línea, la declaración de Alma Ata (1978), plantea que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (punto IV).

Retomando lo planteado por el Decreto 522/13, Resolución 1932/15, en la provincia desde el año 2007 se inició un proceso de Reforma del Estado. En ese marco la misma es dividida en cinco regiones que comparten rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos. En cada una de las regiones se identifican nodos de distribución de capacidades, información y recursos. En general se localizan en la ciudad más importante de la región la cual le otorga el nombre.

El principal objetivo de la regionalización es facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, lo cual implica transferir poder a un lugar más cercano a donde las personas habitan, en el que los funcionarios y trabajadores establecen una relación directa con la comunidad.

Un desafío de este proceso, según el Decreto 522/13, Resolución 1932/15, es respetar la diversidad de cada región sin perder un proyecto de unidad provincial. El diálogo constituye una herramienta fundamental para alcanzar este objetivo, para lograr acuerdos de concertación entre el Estado y la Sociedad Civil. Y las asambleas participativas mediante las que se elabora el Plan Estratégico Provincial son un instrumento para ello.

La descentralización, entonces, requiere del diálogo entre todos los actores involucrados: responsables centrales del ministerio, autoridades hospitalarias, actores locales estratégicos (líderes, representantes de la sociedad civil, vecinalistas, usuarios, entre otros), de modo que se potencie la capacidad de gestión y resolución de problemas del sistema de salud en todos los niveles.

En cada Región se ubican las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud y su oficina regional, a la que se denomina Nodos de Salud. Además, cada región cuenta con al menos un establecimiento de salud de alta complejidad técnica.

El Nodo de salud es un actor indispensable en el proceso de descentralización, encargado de mediar entre las necesidades de salud de un territorio dado y los recursos del Estado para atenderlas.

Tomando lo planteado por Dabas y Perrone (como se citó en Dabas et al., 2010), los nodos son los núcleos que forman la red entre los cuales se establecen los vínculos. Se refiere a los actores sociales (personas, grupos, organizaciones), capaces de transformar activamente su entorno y, a su vez, transformarse a sí mismos.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para lograr objetivos comunes. Constituye una modalidad organizativa y de gestión que eligen los miembros de esa vinculación cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones. (Dabas et al., 2010).

De acuerdo a Rovere (2006), en la ciudad de Rosario, entre las concepciones que fueron utilizadas para definir la Atención Primaria de la Salud (APS) pueden mencionarse, como algunos hitos, los siguientes: · APS es considerada como una filosofía para la acción y una estrategia y no sólo el primer nivel de atención, para la reorganización de los recursos integrados en un sistema regionalizado . · El grupo técnico-profesional que formula el enfoque y diseña la propuesta de APS la define como un conjunto de acciones de baja complejidad tecnológica, con énfasis en la promoción y protección de la salud y en la

atención médica básica, determinadas mediante estudios socio - epidemiológicos y con una participación activa de la comunidad durante el proceso. (Asociación Médica de Rosario, citada por Rovere, 2006).

Otro de los hitos es que el centro de salud es concebido como eje del sistema y el sistema es entendido como una red. Se constituyeron “equipos de referencia” que incluye a un médico clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero, con población a cargo que se diferencia del concepto de médicos de cabecera, porque ponen el foco en el paciente ambulatorio y en su autonomía como sujeto. Esto se complementó con un proceso de “adscripción”, que no consiste en una asignación burocrática de un listado a un profesional, sino que, en cambio, se va construyendo desde el vínculo.

Los demás profesionales (psicólogos, trabajador social, odontólogo, toco ginecólogo) “operaban desde una organización matricial. Estos equipos cumplieron un rol de “agencia”, en relación a garantizar un vínculo longitudinal con los otros niveles de atención” (Rovere, 2006, p. 17).

Con respecto al rol del Fonoaudiólogo dentro del equipo de salud, según la resolución 252/1999 Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales, se define a la Fonoaudiología como:

Una disciplina científica cuyo objeto de estudio es la comunicación humana y sus manifestaciones en trastornos de la voz, la audición y el lenguaje. Su objetivo es la prevención, terapéutica y rehabilitación de sus disturbios, cuyas causas son disfunciones o enfermedades que impiden, perturban o discapacitan el desarrollo de las funciones tanto de la vida vegetativa como de la vida de relación para la comunicación humana, el aprendizaje y el trabajo. (p. 6).

En relación a esto, en la Ley nacional N° 27568 de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología (2020), se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología las actividades de promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación mediante procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en relación a las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología (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 el desarrollo de las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje.

Dicha ley, declara que algunas de sus incumbencias son:

a) Actividades de promoción de la salud; b) Profilaxis en el área de audición, voz, lenguaje, habla, fonoestomatología e intervención temprana; c) Prevención, detección, evaluación clínica e instrumental y diagnóstico de las áreas de: voz, habla, lenguaje, intervención temprana, audición y vestibular y fonoestomatología en disfunciones estomatognáticas, disgnacias, trastornos deglutorios, disfagias, desórdenes alimentarios; y todas aquellas que el avance científico permita identificar.

(Ley 27568, 2020, art. 6).

Resulta interesante resaltar que la resolución 252/1999 plantea a la Fonoaudiología desde una perspectiva preventiva e integral, que no sólo se ocupa de las alteraciones de la comunicación humana, sino de la salud en general, a través de las interdisciplinas bio-psico-sociales. Se hace hincapié en el entramado interdisciplinario que está implícito en la disciplina y que la habilita para trabajar en distintos ámbitos (salud, educación y rehabilitación).

De acuerdo a esta norma, se considera ejercicio profesional de la Fonoaudiología a las siguientes actividades:

a) La detección, intervención temprana y diagnóstico fonoaudiológico, la recuperación y terapéutica de los trastornos de la comunicación humana relacionados con las áreas de: voz, habla, lenguaje, fonoestomatología, audición, función vestibular, selección y equipamiento protésico auditivo en pacientes que cuentan con un diagnóstico otológico.

Evaluación de las manifestaciones clínicas y su expresión sintomatológica para la caracterización de los trastornos de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo) vinculados con las alteraciones del lenguaje en diversas entidades nosológicas.

Derivación a distintas especialidades con el propósito de complementar el diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico.

b) Acciones de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de los límites de su competencia, que derivan de los

siguientes títulos habilitantes: Fonoaudiólogos Universitarios, Licenciados en Fonoaudiología y Doctores en Fonoaudiología.

- c) Docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, diagnóstico, asesoramiento y auditoría de incumbencia fonoaudiológica; la ejecución de tareas relacionadas con los conocimientos requeridos para las acciones enunciadas anteriormente, que se apliquen a actividades de índole sanitaria, social y/o educacional y las de carácter laboral-jurídico-pericial inclusive.

Dentro de los establecimientos asistenciales, Fonoaudiología forma parte de un sector dentro de la modalidad operativa “Diagnóstico y Tratamiento”, cuya actividad consiste en acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, educación y epidemiología en relación con los diversos servicios del hospital y se desarrolla con pacientes de todos los grupos etarios: neonatos, lactantes, niños, adolescentes, adultos y gerontes que pudieran presentar patología fonoaudiológica. (Res 252/ 1999).

Según la resolución Ministerial 282/94 existen tres niveles de riesgo para los establecimientos asistenciales:

- Nivel I: constituye la puerta de entrada a la red de servicios. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, atención de la demanda espontánea, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población e interacción para atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explícitos de referencia o contrarreferencia.
- Nivel II: puede constituir la puerta de entrada al sistema. Desarrolla las mismas acciones que en el nivel anterior e incorpora un mayor nivel de resolución para los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.
- Nivel III: raramente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede llevar a cabo acciones de bajo y medio riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto por el recurso humano capacitado como por el recurso tecnológico disponible.

El /la profesional de la Fonoaudiología integrante del equipo de salud requerido para el Nivel I debería estar capacitado para cubrir las siguientes funciones:

- Promoción, protección y diagnóstico temprano de trastornos fonoaudiológicos. Participar en el programa general de promoción y protección de la salud integrando programas específicos vinculados con las áreas fonoaudiológicas: voz, audición,

lenguaje y fonoestomatología. Instrumentar programas de detección temprana de alteraciones fonoaudiológicas.

Las personas que presenten alteraciones en alguna de dichas áreas serán derivados al establecimiento que cuente con los recursos humanos y el equipamiento adecuado para corroborar el diagnóstico fonoaudiológico y, si es necesario, ingresar en un plan de tratamiento y seguimiento que se deberá llevar a cabo en algunos de los establecimientos de la red fonoaudiológica.

- Atención y tratamiento de la demanda derivada y espontánea de morbilidad percibida.
- Atención de la demanda derivada y espontánea de servicios preventivos y controles de salud.
- Atención e internación domiciliaria. Participación del Fonoaudiólogo en equipos interdisciplinarios de internación domiciliaria en los casos que se requiera.
- Pesquisa de la demanda oculta.

Además, el/la fonoaudiólogo/a integrante del equipo de salud debería ser competente para:

- Orientar y/o derivar pacientes en caso necesario.
- Investigación y docencia con enfoque epidemiológico, en torno a la problemática del nivel.
- Educar para la salud y estimular la participación comunitaria en el marco de la estrategia de Atención Primaria.

Para el Nivel II, el/la fonoaudiólogo/a integrante del equipo de salud debe estar capacitado/a para:

- Atención de consultas vinculadas con la demanda espontánea o internación en el mismo nivel e interconsulta con los otros niveles en relación con los diferentes servicios del establecimiento.
- Diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico de bajo y mediano riesgo, con la tecnología correspondiente.
- Brindar soporte a la red de Fonoaudiología para el cumplimiento de los compromisos del sistema de salud con los programas propios del Nivel I y III. Mecanismos de referencia y contrareferencia con el Nivel I y III.
- Atención de pacientes con internación en las diferentes especialidades que puedan presentar alteraciones fonoaudiológicas o para precisar diagnóstico, ver efectos secundarios en el uso de drogas.

- Investigación y docencia con enfoque epidemiológico sobre las problemáticas propias del Nivel y en apoyo del Nivel I y III.

Los servicios de fonoaudiología que funcionen en establecimientos de Nivel III deberán responder a la demanda de interconsulta que el establecimiento requiera en cualquiera de los 3 niveles.

Es importante resaltar lo propuesto por Piccoli y cols. (1992), quienes plantean que la concurrencia de los/as fonoaudiólogos/as a los Centros de Salud puede ser beneficioso para la demanda espontánea, programada e inducida. En la demanda espontánea deben dedicarse a la prevención del 2º y 3º nivel de atención (rehabilitación). Pero además, el/la fonoaudiólogo/a, como parte del equipo interdisciplinario interviene en la prevención primaria, mediante actividades de promoción de los planes de educación para la salud, cuidados de la voz, audición, lenguaje, entre otros.

Ginghini (2021) propone que la APS presenta características que permiten la integración de profesionales y no profesionales en el desarrollo del trabajo en equipo, siempre apuntando a un modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria.

La autora manifiesta que se debe incluir a la fonoaudiología, porque es esencial para la red de atención, la cual además de acompañar a los niños que presentan diferentes problemáticas y a sus familias, también considera fundamental brindar respuestas a las demandas de su entorno. “Comenzar a entender estos espacios como prioritarios constituye la garantía de la atención oportuna e integral y del seguimiento de pacientes con alta vulnerabilidad sanitaria y, en la mayoría de los casos, alta vulnerabilidad social” (Ginghini, 2021, p. 80).

En concordancia con lo planteado, Bertone (2021) sostiene que “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” (p. 68). Para que esto sea posible, los/as fonoaudiólogos/as deberían estar presentes en los efectores de salud que dependen del Estado con el objetivo de garantizar a toda la población el acceso en los tres niveles de atención de salud.

Asimismo, dicha autora señala que la fonoaudiología tiene el desafío de ocupar otros espacios, de cumplir nuevos roles, promoviendo la comunicación desde todos sus aspectos a través de la aplicación de estrategias de intervención que atiendan a la salud de las personas y la comunidad. Debido a la complejidad de las sociedades y a los múltiples factores que conforman el proceso de salud-enfermedad se hace evidente la importancia del trabajo

interdisciplinario e intersectorial y la necesidad de repensar el rol fonoaudiológico en diversos ámbitos que trascienden a la salud y la educación.

En este sentido, Mundani (2021) afirma que fortalecer, a las familias, mediante un abordaje interdisciplinario desde una perspectiva de clínica ampliada, para que puedan acompañar y sostener la crianza de sus niñas y niños, haciendo hincapié en la promoción y prevención de la salud como derecho, permite dirigirse hacia infancias saludables a través de la participación ciudadana y de esta manera cumplir con el objetivo fundamental de nuestra profesión: la atención de la salud.

## Conclusiones

Luego del análisis de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta lo propuesto por los/as diferentes autores/as, se puede concluir que durante los primeros 3 años de vida tienen lugar determinados hitos fundantes en relación al desarrollo de la comunicación y el lenguaje que están íntimamente vinculados al desarrollo afectivo y emocional del bebé. La interacción temprana que se crea entre el bebé y los adultos de referencia es primordial para el desarrollo comunicativo y afectivo del mismo, y, en caso de que surja alguna dificultad en estos aspectos, el/la fonoaudiólogo/a es el/la profesional indicado/a para detectarla y actuar en consecuencia. Dicha intervención puede consistir, por ejemplo, en una derivación oportuna, un acompañamiento a la familia o, en caso de ser necesario, una intervención directa con el/la niño/a, para prevenir la instalación de la patología, favorecer la detección temprana y realizar el tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico para el paciente.

Dicho esto, se considera que la fonoaudiología es esencial en la red de atención en el marco de Atención Primaria de la Salud (APS) debido a la posibilidad de actuar de manera temprana en la vida de las personas y a la amplia gama de acciones que puede llevar a cabo, entre las cuales interesa resaltar: las actividades de promoción y prevención, dirigidas al cuidado de la salud en general y la comunicación en particular, haciendo hincapié en el seguimiento de los hitos del desarrollo del lenguaje y la comunicación en etapas vitales, desde el nacimiento hasta los primeros 3 años de vida; y la pesquisa de la demanda oculta, debido a que, muchas veces, al no haber suficiente concientización sobre las problemáticas de incumbencia fonoaudiológica, se dificulta la llegada de los usuarios a la consulta espontánea. Lo cual pone en evidencia la necesidad de la participación de los profesionales de la fonoaudiología en la APS.

Como se propone en las diferentes normas y tratados mencionados a lo largo del capítulo 2, los niños y las niñas tienen derecho a la salud integral, lo cual implica abordar todos los aspectos que afectan su salud desde etapas tempranas, haciendo énfasis en el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud (APS), ya que según la Ley 27611 (2021) los primeros 1000 días constituyen un período primordial de la vida, debido a los efectos profundos que tiene en la salud integral de las personas tanto en el presente como en el futuro. Por lo cual se establecen prácticas de prevención y protección desde una mirada integral que obliga a dialogar, intercambiar saberes, a vincularnos mejor para generar entornos más amorosos para las niñeces y de esta manera garantizar su bienestar.

Asimismo, es fundamental brindar la información pertinente a las familias para incluirlas como participantes activos en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de la salud de sus hijos/as, ofreciéndoles la contención necesaria, debido a que al compartir más tiempo con los/as niños/as, pueden ser los primeros en detectar los signos o síntomas que requieren atención profesional. (Riberi, 2022). Como enuncia la Ley 26.061 de “Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, (2005), el padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en el cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos y los Organismos del Estado deben garantizar políticas, programas y asistencia apropiados para que los mismos puedan asumir de forma adecuada esta responsabilidad.

Por lo tanto es necesario contar con un Estado que garantice el derecho a la salud, que gestione y sostenga las políticas públicas destinadas a proteger a las infancias, brindando todo lo que las leyes nacionales y tratados internacionales establecen, para un desarrollo saludable de las infancias, para que haya una distribución equitativa y acceso universal al sistema de salud. Resulta imprescindible la coordinación de las autoridades sanitarias y educativas de las provincias para la realización de campañas de educación y prevención para concientizar sobre la realización de estudios diagnósticos tempranos, la asistencia oportuna y el apoyo familiar, así como el establecimiento de redes de derivación de forma sostenida para mantener una comunicación fluida entre los/as profesionales que intervienen en las diferentes etapas del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de la salud. Como profesionales integrantes de los equipos de salud, es nuestra responsabilidad también participar en la planificación, gestión y aplicación de estas políticas, programas y acciones con el objetivo de ser cada vez más profesionales ocupando el territorio, sobre todo en los efectores públicos, y lograr cubrir la demanda propia de cada comunidad en los tres niveles de complejidad de manera articulada, brindar la atención adecuada según sus necesidades, favorecer la participación comunitaria y mejorar la calidad de vida de la población.

Además, es necesario lograr una mayor interdisciplinariedad e intersectorialidad, en relación a aspectos de atención temprana, para abordar de manera integral e integrada a cada sujeto a través de la información, la capacitación y el trabajo en equipo para lograr fortalecer los espacios de cuidado, propiciando condiciones de participación activa tanto familiar como comunitaria que faciliten el proceso de crianza y desarrollo promoviendo el fortalecimiento intrafamiliar y comunitario.

“Como profesionales fonoaudiólogos/as, podemos intervenir y aportar en estos espacios interdisciplinarios como donantes de nuestros saberes y herramientas terapéuticas, que permitirán promover y ampliar ese campo dialógico que se abre, a veces de forma natural y otras veces no tanto, entre el cuidador/a y el niño/a. Un diálogo de gestos, miradas, caricias, lenguaje, que permitirá a esos niños y niñas adentrarse en el universo de la representación.” (Mundani, 2021, p. 98).

Para finalizar, continuando con las reflexiones de la autora, se considera indispensable que los profesionales generemos cada vez más espacios de debate, intercambio y reflexión, sobre la clínica con niños y niñas, desde una mirada crítica, integral y con un enfoque de derechos humanos. Esto requiere que la universidad, como productora de conocimientos, permanezca en contacto con la sociedad de la que forma parte, para conocer sus problemáticas actuales y revisar las teorías, modos de acción y dispositivos que se aplican para, de esta forma, mantener actualizadas a las disciplinas que se encargan del abordaje a las infancias.

## Referencias

- Acuña, C.H. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Aizpún, A., Boullón, M., Dudok, M., Kibrick, L., Maggio, M., Maiocchi, A. y Vazquez Fernández, P. (2013). *Enfoque neurolingüístico de los trastornos del lenguaje infantil*. Buenos Aires, Akadia.
- Ballerini, A., Figueras, L. y Del Carlo, C. (2020). *¿Es la salud un derecho? Políticas públicas en tiempos de neoliberalismo*. *Revista de Psicología*, 19 (1), 32-47. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe048>.
- Bertone, J. (2021). El derecho a la salud. Una mirada desde la fonoaudiología. En Isaías, A.C., Felice, M.F., Campra, M.C., Agut, N., Bertone, J. & Francesconi, L. (Eds), *Fonoaudiología: Intervenciones y prácticas posibles*. (pp. 65-70). Fervil Impresos.
- Bloom, L., Tinker, E. y Margulis, C. (1993). *The words children learn: Evidence against a noun bias in early vocabularies*. *Cognitive Development*. [https://www.academia.edu/22933844/The\\_words\\_children\\_learn\\_Evidence\\_against\\_a\\_noun\\_bias\\_in\\_early\\_vocabularies](https://www.academia.edu/22933844/The_words_children_learn_Evidence_against_a_noun_bias_in_early_vocabularies).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>.
- Dabas, E., Casserly, P. y Lemus, J. D. (2010). *Posgrado en salud social y comunitaria. Programa Médicos Comunitarios, Módulo 9: Salud y redes*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. <https://iah.msar.gov.ar/doc/Documento173.pdf>.

- Declaración de los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1959.  
<https://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>.
- Decreto 574/2016. Plan Nacional de Primera Infancia. (12 de abril de 2016).  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/143465/20160412>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). *Políticas públicas de Primera Infancia: un camino prioritario*.  
<https://www.unicef.org/argentina/media/6811/file>.
- Ginghini, M. F. (2021). Las intervenciones fonoaudiológicas en la atención primaria de la salud. En Isaías, A. C., Felice, M. F., Campra, M. C., Agut, N., Bertone, J y Francesconi, L. (Eds), *Fonoaudiología: intervenciones y prácticas posibles*. (pp. 76-81). Fervil Impresos.
- González García, G. y Rossen, M. (2010). *Posgrado en salud social y comunitaria. Programa Médicos Comunitarios, Módulo 5: Políticas de Salud*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de La Nación. <https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento176.pdf>.
- Haller, L., Gallastegui, M., Barrionuevo, M. y Groupon, D. (2011). *Neuropsicolingüística - Evaluación y tratamiento*. Buenos Aires, Akadia.
- Ley 14221, Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. (13 de diciembre 2023). <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=2023/2023-12-15ley14221-2023.html>.
- Ley 25415, Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia. (3 de mayo de 2001). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/66860/texto>.
- Ley 26061, Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (28 de septiembre de 2005).

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>.

Ley 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido. Alcances. Prestaciones obligatorias. Constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Especialistas en Pesquisa Neonatal. Propósito. Funciones del Ministerio de Salud. (8 de agosto de 2007).

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131902/norma.htm>.

Ley 27568, Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. (27 de octubre de 2020). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27568-343561/texto>.

Ley 27611, Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. (15 de enero de 2021). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-346233/texto>.

Maggio, V. (2021). *Comunicación y lenguaje en la infancia*. Buenos Aires, Paidós.

Manzanilla, L. (1989). *Salud para todos... en Venezuela*. Volumen I. Caracas, Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.

Ministerio de Salud (2023). *Guía de Práctica Clínica Nacional para el Seguimiento de niños y niñas con antecedente de prematurez*.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/390000-394999/393072/res3707.pdf>.

Moreno Ríos, S. (2009), *Psicología del desarrollo cognitivo y adquisición del lenguaje*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Mundani, C. (2021). La fonoaudiología en el cuidado de los derechos de las infancias. Aportes desde una práctica fonoaudiológica intersectorial e

interdisciplinaria. En Isaías, A.C., Felice, M.F., Campra, M.C., Agut, N., Bertone, J. & Francesconi, L. (Eds), *Fonoaudiología: Intervenciones y prácticas posibles*. (pp. 94-99). Fervil Impresos.

Organización Mundial de la Salud (1978) Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR. Ginebra.

Piccoli, A., Derman, B., Menguez Lauberer, M. y Herrera Castresana, T. (1992). *Atención Primaria de la Salud*. Revista de la Asociación Argentina de Logopedia, Foniatría y Audiología [ASALFA]. Buenos Aires.

Resolución 252/1999. Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Fonoaudiología en los Establecimientos Asistenciales. (25 de marzo de 1999). [https://www.asalfa.org.ar/web/wp-content/uploads/2021/06/DocConsulta/norma\\_organizacion\\_y\\_funcionamiento\\_del\\_area\\_de\\_fonoaudiologia\\_en\\_servicios\\_asistenciales.pdf](https://www.asalfa.org.ar/web/wp-content/uploads/2021/06/DocConsulta/norma_organizacion_y_funcionamiento_del_area_de_fonoaudiologia_en_servicios_asistenciales.pdf).

Resolución Ministerial 282/94. Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales. (15 de abril 1994). <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33364/172112/file>.

Resolución 1932 (2015). [Junta de Escalafonamiento. Ministerio de Salud - Santa Fe] Salud Pública, Conceptos básicos y Generales para aspirantes a puestos de ingreso al escalafón de suplencias e ingreso. <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>.

Riberi, L. (2022). *Motivo de consulta y agentes de derivación en niños de 0 a 4 años que estuvieron en tratamiento modalidad taller centrado en la familia, en el Servicio de*

*Fonoaudiología del Hospital de Niños Zona Norte durante los años 2015 – 2019*

[Ensayo de Licenciatura en Fonoaudiología, Universidad Nacional de Rosario].

- Rovere, M. (2006). El fortalecimiento de la atención primaria. En *Una ciudad modelo en salud pública* (pp. 14-18). El Ágora.  
[https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia\\_Salud\\_Rosario.pdf](https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf).
- Rovere, M. (2006). Redes en el Marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. En *Redes en salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad* (pp. 18- 27). El Ágora.  
<https://elagoraasociacioncivil.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/05/redes-en-salud.pdf>.
- Santhiá, M. (1998). Atención Médica: Aspectos conceptuales. Ficha de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Secretaría de material de estudios. Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas. Rosario.