

## **PARTE II**

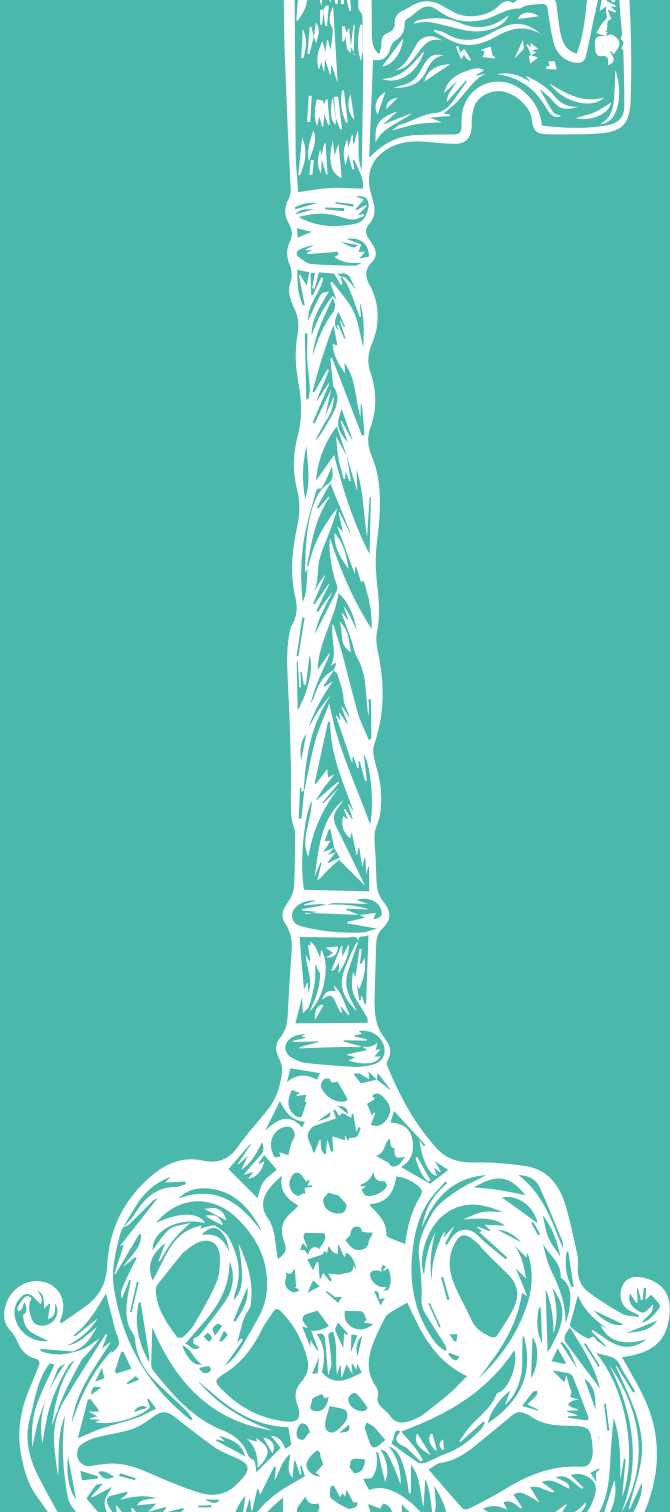
### **Intervenciones fonoaudiológicas para la promoción de la salud**



*«Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedad son unas pobres causas.»*

**Ramón Carrillo**





## El derecho a la salud. Una mirada desde la fonoaudiología

**Julia Bertone**

*“El derecho a ser iguales cuando la diferencia inferioriza, pero el derecho a ser diferentes cuando la homogeneidad descaracteriza”.*

*Boaventura de Sousa Santos*

**C**oncebir a la salud como un derecho humano fundamental trasciende el derecho a la asistencia sanitaria e implica pensarla dinámicamente en el interjuego de todos los procesos que la determinan y no como un concepto aislado y estático. Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el acceso al sistema sanitario, constituyen los determinantes sociales de la salud (DSS) más importantes (OMS, 2011). En este sentido, el Dr. Floreal Ferrara (como se citó en Ferrandini, 2011) solía definir a la salud como “la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida”. Es necesario modificar esas condiciones para estar saludables, este compromiso es colectivo y el Estado cumple un rol fundamental en él.

Castellanos (1992) denomina condiciones de vida al conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar de cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad. Dentro de estas condiciones se pueden diferenciar cuatro dimensiones: biológicas, ecológicas, culturales y económicas. Las acciones de salud y bienestar actúan sobre estas dimensiones para reducir el riesgo de enfermar y de morir en una comunidad. La complejidad de los procesos de salud-enfermedad hace evidente la necesidad de interpretarlos como fenómenos colectivos en los que no hay posibilidad de separar dichas dimensiones.

A través del estudio de los determinantes sociales de la salud, puede explicarse la mayor parte de las inequidades, es decir, las diferencias injustas y evitables que se observan en las sociedades respecto de la situación sanitaria.

Como agentes de salud, los/las profesionales de la fonoaudiología corremos el riesgo producir y reproducir inequidades en la atención, lo cual nos invita a revisar las propias prácticas y reflexionar acerca de las acciones (promoción, prevención, detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento) que se realizan o se omiten en el ejercicio profesional cotidiano y que generan mayores desigualdades en la atención de la salud. También, podemos vislumbrar hacia el interior de la formación de grado cuáles son las herramientas para ejercer la profesión con las que cuentan quienes egresan, bregando siempre por el derecho a la salud en los diferentes ámbitos de intervención.

Cabe preguntarnos, entonces: ¿alcanza sólo el aprendizaje de las tecnologías semiblandas y duras para abordar las problemáticas actuales de la salud, desde un enfoque que contemple los determinantes sociales? Teniendo en cuenta lo antedicho, es necesario empezar a incluir otras herramientas fundamentales que permitan el trabajo dentro de los equipos interdisciplinarios, como así también abordar las complejidades de cada sujeto.

Al respecto, Merhy (como se citó en Herrmann, 2019) plantea que “buena parte de las herramientas que los trabajadores y trabajadoras disponemos para abordar las desigualdades en la atención de la salud son aquellas comprendidas entre las tecnologías ‘semiblandas’, y muy especialmente las ‘blandas’, como el alojamiento y la capacidad de escucha” (p.8). Los aspectos vinculares intersubjetivos son ejes transversales que atraviesan todo el proceso de atención, desde la asistencia hasta la planificación y la toma de decisiones en salud, en las cuales la comprensión y contención de las comunidades es indispensable. Si pensamos en el abordaje de la comunicación, la palabra se pone en juego, pero también todo el cuerpo. Es decir, los lenguajes verbal y no verbal son esenciales en el encuentro donde se produce el vínculo.

Entonces ¿es posible hoy detenerse en las formas de comunicar para lograr actos más humanizados en salud en tiempos de tanta vulnerabilidad? La palabra adquiere un valor singular cuando proviene del discurso de los/as profesionales de la salud. Nesler (citado en Dijk, 1999) sostiene que “(...) los receptores tienden a aceptar las creencias (conocimientos y opiniones) transmitidas por el discurso de las fuentes que consideran autorizadas, fidedignas o creíbles, tales como los académicos, los expertos, los profesionales o los medios de confianza” (p.29).

Desde la fonoaudiología, hay mucho para aportar acerca de los modos de comunicar. Es fundamental explicar que, al modificar el registro lingüístico, se logran interacciones comunicativas más empáticas. En el encuentro que se produce en cada proceso de atención y que se construye intersubjetivamente, es importante contemplar la historia de cada sujeto, su

contexto, sus padecimientos, miedos, incertidumbres y, de este modo, dar una respuesta más afectuosa desde un lugar de cuidado que tranquilice y alivie.

Persisten aún en las diferentes disciplinas relacionadas con la atención sanitaria y con una fuerte legitimación de muchos sectores sociales, el modelo médico hegemónico y el paradigma tradicional de la salud, desde una mirada que hace énfasis en la enfermedad y en las tecnologías duras y semiblandas. Desde este posicionamiento, se pretende atender la enfermedad, concibiendo al sujeto como un paciente descontextualizado de su medio. Esto se sostiene en las intervenciones de diferentes disciplinas y en los espacios de formación, aunque estas concepciones se encuentran en proceso de transformación. La fonoaudiología, como disciplina de la salud, no es ajena a esto y se podría deducir que su *habitus* está determinado por ciertas características que hacen a las representaciones sociales de la profesión, las cuales tienden a la asistencia y su especificidad. Asimismo, se podría decir que –dentro del campo de la salud constituido por actores que juegan diferentes roles– los/as profesionales de la fonoaudiología debemos asumir el desafío de conquistar nuevos espacios en los equipos de salud.

En la Argentina, el derecho a la salud se encuentra enunciado en la Constitución Nacional. Es clasificado como un derecho de segunda generación, siendo su función garantizar condiciones de vida dignas para todas las personas y defender el valor de igualdad. Los tres niveles del Estado –Nacional, Provincial y Municipal– deben velar e intervenir para que el derecho a la salud se garantice, mediante la gestión de políticas que tiendan a la equidad. Ahora bien, más allá de la existencia de políticas públicas de salud, suponer que este derecho está garantizado no alcanza: debe construirse y conquistarse con sujetos concretos. Es por ello que el Estado no debe intervenir desde una lógica donante de servicios, porque el derecho a la salud se relaciona con la construcción de ciudadanía, y la misma se conforma si hay derechos pero también con sujetos que reaccionen frente a la violación de los mismos y breguen por su cumplimiento (Rovere, 2006). Ello implica pensar a la salud de forma dinámica y determinada por diferentes procesos. Es necesario un Estado flexible, que esté presente en el territorio, en permanente vínculo con la población y las organizaciones sociales, que conozca las diferentes realidades y necesidades, para tomar decisiones y desarrollar acciones que tiendan a la participación social.

En este sentido, Rovere (2006) considera que la atención primaria de la salud (APS) es fundamental para que el derecho a la salud se concrete, y es indispensable que los diferentes actores involucrados tengan acceso a participar de las estrategias de promoción y prevención. Menciona que detrás del derecho a la salud existen por lo menos tres juegos de equidades:

equidad en la atención, equidad en la distribución de los riesgos y equidad en la distribución del saber y del poder. Esta última hace referencia al poder que otorga el acceso a la información y al conocimiento por parte de la población. Se trata de una categoría que excede al sector salud y remite a la imprescindible participación social. Por eso, es necesario brindar información pertinente para que la comunidad sea protagonista. Los individuos que integran una comunidad, según la OMS, deben dejar de ser objetos pasivos de atención, para convertirse en actores principales con toma de decisión y responsabilidad sobre su propia salud, actuando ante la realidad mediante medidas de prevención y promoción.

No es posible dejar de lado el trabajo en y con las comunidades. La importancia de conocer las particularidades de cada grupo poblacional y sus necesidades permite un abordaje que trasciende los límites del consultorio. Es decir, se debe considerar a los sujetos que solicitan un turno pero también acercarse a la comunidad, para llegar a quienes todavía no han podido hacerlo. Es imprescindible actuar no sólo desde las singularidades sino también desde las necesidades colectivas, teniendo en cuenta que brindar atención a las poblaciones es mucho más complejo que atender a la suma de los individuos que la integran.

El poder decisorio informado de las propias comunidades, de acuerdo con Rovere (2013), es una dimensión muchas veces desalentada por los/as profesionales de la salud en general. Se registra cierto temor y desvalorización de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades para participar activamente en la resolución de problemas. De este modo, elementos fundamentales de la concepción de la APS y la participación social se dejan de lado, cuando son claves para la sustentabilidad de los resultados o para encontrar mejores respuestas social y culturalmente aceptadas, y técnicamente ajustadas. La participación social es un derecho inalienable. Es un deber del sector salud facilitarla y propiciarla.

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.

En este sentido, es importante que la Universidad promueva contenidos curriculares integrales que contemplen todo el proceso de atención fonoaudiológica. Se entiende que la formación de grado es un cimiento



fundamental para el aprendizaje de saberes y herramientas prácticas, con un enfoque tendiente a concebir a la salud como un derecho, desde la complejidad y el compromiso que esto implica. Desde la práctica docente, se hace necesaria la reflexión acerca de la concepción de salud en general y de la salud fonoaudiológica en particular como derechos humanos. Además, es fundamental pensar acerca del rol que ocupa la fonoaudiología en los efectores de salud y equipos interdisciplinarios en los diferentes niveles de atención y su inserción en los ámbitos de intervención, algunos ya explorados y otros que aún aguardan su participación. Cabe también repensar qué profesionales de la fonoaudiología necesita la sociedad hoy.

Es imprescindible que los/as profesionales de los servicios de salud tiendan a la equidad en la atención, pero que a su vez respeten las diferencias, con el objetivo de contemplar las diversas poblaciones, para que sepan que tienen efectivamente “el derecho a ser iguales y también tienen el derecho a ser diferentes” (Rovere, 2013, p.11)..Asimismo, la fonoaudiología tiene el desafío de habitar nuevos espacios, de cumplir nuevos roles, promoviendo la comunicación desde todos sus aspectos mediante el desarrollo de estrategias de intervención que atiendan a la salud de las personas y la comunidad.

La complejidad de las sociedades y la multiplicidad de factores que hacen al proceso de salud-enfermedad determinan la necesidad del trabajo interdisciplinario e intersectorial e invitan a repensar el rol fonoaudiológico en diferentes ámbitos que trascienden a la salud y la educación.

La situación sanitaria mundial que estamos atravesando, en el contexto de la pandemia por Coronavirus, permite vislumbrar la importancia de la fonoaudiología en los equipos de salud en los diferentes efectores, cada uno con sus características particulares, pero cumpliendo un rol esencial. Desde estos espacios logrados, existe un nuevo horizonte. Es necesario continuar participando activamente para que la salud siga siendo un derecho humano fundamental.

## **Referencias bibliográficas**

Bourdieu, P. (2002). “Algunas propiedades de los campos”. En *Campo de poder, campo intelectual*. Bs. As.: Montessor. P. 128

Castellanos, P. (1992). *Perfiles de salud y condiciones de vida. Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en Latinoamérica*. Presentado en el I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada, España.

Ferrandini, D. (Noviembre de 2011). <http://www.heroinas.net/>. Recuperado el 10 de Noviembre de 2020, de <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>

Herrmann, J. M. (2019). “Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud. Posible marco para revisar las barreras de acceso a los servicios de salud”. En F. A. -FAMG-*La clínica y la gestión de la medicina general. El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud.*

López, O.; Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud”. *ALAMES. Medicina Social*, Vol. 3, N° 4.

OMS. (2011). *Declaración Política sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro.

Rovere, M. (2006). *Redes en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud*”. *Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Córdoba: El Ágora.

Rovere, M. (2013). “La pediatría y la construcción social de la infancia. Análisis y perspectivas”. Recuperado en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752013000300009&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000300009&lang=pt)

Terenzi Seixas, Clarissa y Merhy, Emerson Elias y Staevie Baduy, Rossana y Slomp Junior, Helvo. (2016). “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil”. *Salud Colectiva*. Recuperado en: [Thttps://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/](https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/113-123/)

Van Dijk, T. A. (1999). “El análisis crítico del discurso”. *Anthropos* (186), 23-36.

### **Datos de la autora**

*Julia Bertone es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR), Docente Universitaria para la Educación Secundaria y Superior (UAI) y Maestranda en Salud Pública*

*(Instituto Juan Lazarte CEI, UNR). Docente de la materia Introducción a la Salud Pública (Escuela de Fonoaudiología, FCM, UNR). Docente de una materia electiva (Escuela de Medicina FCM, UNR). Integrante de proyectos de investigación y extensión universitaria. Co-Directora de curso de posgrado (FCM, UNR).*

## **Intervenciones fonoaudiológicas para el cuidado de la comunidad**

**Celina Jasinski**

**T**rabajar formando parte de equipos interdisciplinarios, dentro de lo que se denomina la Atención Primaria de la Salud (APS), implica un posicionamiento diverso y dinámico, que debe tomar en cuenta conceptos acerca de la salud desde una perspectiva integral. Además, es necesaria una mirada diferente en relación al abordaje de la comunicación humana. En la práctica, queda en evidencia que la lógica asistencialista y las dinámicas de trabajo individual necesitan reformularse para dar respuesta a la amplia y variada demanda que se observa en nuestra disciplina.

Por otra parte, resulta fundamental, para poder pensar cualquier estrategia de abordaje, conocer la comunidad particular en la que pretendemos llevar a cabo nuestra práctica, en otras palabras, “caminar el barrio” como solemos decir. Si no conocemos las características de la población en cuestión y si no intentamos, al menos, comprender su particular forma de habitar y entender el mundo, difícilmente logremos generar las herramientas adecuadas. Las prácticas necesitan ser significativas en cada comunidad, para impactar en el sujeto y su familia, que muchas veces se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, no solo socio-económica, sino también cultural y subjetiva.

Si bien estas premisas deben considerarse en cualquier forma de abordaje, el contexto particular en el que se encuentran nuestros pacientes y la desajustada proporción entre la cantidad de consultas y la carga horaria de los/as profesionales vuelven imprescindible la implementación de recursos acordes. De los 51 centros de atención primaria de la salud municipales, que se encuentran en nuestra ciudad, solo la mitad (25) cuenta con la asistencia de colegas. Esta tarea es llevada a cabo por nueve compañeras, por lo cual se debe trabajar con una modalidad matricial, asistiendo semanalmente a entre tres y cuatro centros de salud.

Muchos de los casos para los cuales somos convocadas ameritan instancias terapéuticas individuales. Es muy importante poder hacer

algún tipo de intervención en las diferentes problemáticas que presenta la población. Es por ello que vamos diseñando *artesanamente*, como enuncia la compañera Micaela Fagioli (2020), diferentes formas de acompañar a la comunidad, en un trabajo interdisciplinario con los/as integrantes de los equipos de cada efector. Dentro de estas estrategias, que se van construyendo dialécticamente con los/as compañeros/as y la comunidad, sostenemos que la realización de talleres debiera ser la herramienta privilegiada en este nivel de atención. Si bien los talleres son gestados colectivamente, y se reconoce la importancia de nuestra mirada disciplinar, la participación de profesionales de la fonoaudiología en ellos –a largo plazo y de forma periódica– es controversial en muchos casos. En primera instancia, porque al disponer de pocas horas en cada uno de los centros de salud, los equipos sienten una especie de “pérdida” en la atención de pacientes en consultorio. Por otra parte, nuestra formación está orientada fuertemente a la práctica en sesiones individuales, por lo cual, para la implementación de estas estrategias, necesitamos valernos de recursos diferentes. Es decir, implica un cambio de paradigma y también modificar las representaciones sociales de la fonoaudiología intra e interdisciplinariamente.

En este sentido, es interesante profundizar sobre la intervención en los “Talleres de Desarrollo Infantil Oportuno”, gestados por el Gabinete de Desarrollo Infantil de la Municipalidad de Rosario. Estos talleres se llevan a cabo, intersectorialmente, en todos los centros de salud municipales de la ciudad de Rosario y centros de convivencia barrial. Asisten duplas y/o triplas, conformadas por niñas y niños de 0 a 3 años junto con sus cuidadores/as. Entre los profesionales, se encuentran pediatras, médicos/as generalistas, psicólogos/as, enfermeros/as y docentes. La presencia de profesionales de nuestra rama no se da en la mayoría de los espacios. Nuestra participación, en algunos de ellos, es el resultado del trabajo y la reflexión con los equipos de salud acerca de la importancia de que nuestras intervenciones sean *in situ*, espontáneas y oportunas, para acompañar el desarrollo comunicativo y lingüístico de las niñas y los niños que allí asisten. Es relevante mencionar que los pacientes, que son derivados a estos espacios, presentan cierta vulnerabilidad o un desafío en el desarrollo, generalmente, en la comunicación y el lenguaje, por lo cual la intervención desde nuestra disciplina es más que necesaria y, además, configura un enriquecimiento para el taller y un avance dentro de la historia del quehacer fonoaudiológico dentro de la salud pública, especialmente en la atención primaria de la salud (APS).

A partir de las experiencias vivenciadas en los talleres de dos de los centros de salud en los que trabajo, me resulta oportuno remarcar dos aspectos muy interesantes que en estas dinámicas se generan, y que sería fundamental

poder multiplicar y compartir para generar más y mejores prácticas. El primero radica en el valor que aporta a la construcción del vínculo. El encuentro que en este marco sucede favorece no solo la periodicidad que toda actividad conlleva sino también una forma de acercamiento diferente a las indicaciones de salud. En este sentido, una especie de cotidianidad que se instala permite ajustar los modos y los momentos de intervención por parte de los/as profesionales y, en el caso de los/as pacientes, ayuda a tomar las sugerencias y apropiarse de ellas para luego generalizarlas. Tal como lo plantea De Sousa Campos (2003), la “construcción de vínculo es un recurso terapéutico”. Participar activamente en el taller nos permite a los/as profesionales manejar un registro lingüístico más cercano con los sujetos, necesario para realizar las intervenciones precisas que requiere el abordaje de la comunicación. Esto, sumado a la fortaleza del vínculo que así se genera, permite acciones más sutiles y contextualizadas, que pueden ser interiorizadas de otra manera por los/as usuarios/as.

Además, hemos podido comprobar que muchas de las intervenciones realizadas en este dispositivo de carácter grupal cobran legitimidad en el ámbito comunitario. Los/as cuidadores/as están atentos/as a las indicaciones que los/as profesionales hacen a otras díadas y, con el correr del tiempo, se sienten habilitados a dar su parecer, ofrecer propuestas, contar sus experiencias y evocar algunas devoluciones que recibieron de sus terapeutas. Con respecto a este punto, se genera una dinámica más que interesante, porque en muchos casos los/as cuidadores/as se sostienen y estimulan entre sí. El cuidado de las niñas y los niños adquiere una lógica “de tribu”, donde cada persona no solo se responsabiliza del cuidado de su hijo/a, sino que también colabora con la crianza de los demás.

Nuevamente, tomando prestadas las palabras de Campo Sousa (2003), se puede plantear que “estimular la capacidad de las personas para enfrentar los problemas a partir de las condiciones de vida (...) involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud (...) considerar a cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad es el desafío de cada encuentro”. El formato de taller no es la única herramienta, pero sí es una de las más adecuadas. A partir de su implementación, ponemos en juego diferentes estrategias planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el trabajo en atención primaria, como son la intersectorialidad y la participación comunitaria, entre otras.

No debemos perder de vista la importancia de modificar el perfil profesional, desde la formación de grado, brindar herramientas a los/as graduados/as desde diferentes perspectivas para el abordaje en ámbitos

públicos y privados, que atiendan a las características de la sociedad actual. Pero, además, es fundamental promover la creación de nuevos cargos públicos en el área de fonoaudiología, para que cada profesional pueda llevar a cabo estrategias conociendo en profundidad a la comunidad y abordando las problemáticas comunicativas desde diferentes formas de intervención, en relación a las características de sus pacientes y sus dificultades. Solo de esta manera estaremos garantizando realmente el derecho a la salud.

Si logramos, con nuestras prácticas, generar y fortalecer vínculos que legitimen logros en el ámbito comunitario, podremos arribar a un abordaje más eficiente en términos de calidad y cantidad de personas a las que se hace extensivo. De este modo, lograremos empoderar a las poblaciones para que puedan reconocer y construir sus propios parámetros de comunicación saludable.

Acercarnos a estos objetivos implica aprender a cuidar a la comunidad desde adentro, con un conocimiento profundo y verdadero del contexto en el que trabajamos. Es decir, comprometiéndonos en nuestra tarea y con la población, para acompañarla, mejorar y promover su salud comunicativa. Porque este es el fin mismo de nuestra presencia en el primer nivel de atención de la salud.

### **Referencias bibliográficas**

Castellanos, P.L. (octubre de 1992) “Perfiles de salud y condiciones de vida. Una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en Latinoamérica.” I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada, España.

De Sousa Campos, G.W. (2003) “Reflexiones sobre la clínica en equipo de salud de la familia”, *Investigación en Salud*, Vol. 6 N° 1 y 2, Publicación Científica de la Secretaría de la Salud Pública Municipal, Rosario.

Fagioli, M. (2020) Conversatorio “Fonoaudiología y Salud Pública”. <https://michaelafagioli.fofic.wixsite.com/website/post/fonoaudiolog%C3%ADa-y-salud-p%C3%ABlica>

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*. Córdoba: El Angora.

### **Datos de la autora**

*Celina Jasinski es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra Introducción a la Salud Pública y Auxiliar*

*Docente en la cátedra Patologías y Terapéutica Fonoaudiológica en la Discapacidad Auditiva de Escuela de Fonoaudiología (Facultad de Ciencias Médicas, UNR). En el ejercicio de la profesión, se desempeña en centros de salud de atención primaria de la Municipalidad de Rosario.*

## Las intervenciones fonoaudiológicas en la atención primaria de la salud

**María Fernanda Ginghami**

**E**n los centros de salud se utilizan diferentes estrategias de atención, se trata de adecuar la práctica clínica a las características de los equipos y a la población del lugar. La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) está basada en la participación de la comunidad en el territorio, espacio apropiado para desarrollar dispositivos creativos. Intentaré entonces iniciar un breve recorrido por algunas de las intervenciones que se llevaron y se llevan a cabo en la ciudad de Rosario.

El punto de partida es el año 2006, con un Proyecto de Presupuesto Participativo elegido por la población del Distrito Noroeste: “Por el futuro de niños y niñas”. Se trataba de talleres a cargo de un equipo interdisciplinario, formado por fonoaudiólogos y especialistas en estimulación, que abordaban distintas problemáticas en todos los centros de salud del distrito. La misión de estos proyectos era generar acciones y políticas concretas con y desde la comunidad e impulsar el cambio en la participación de las distintas problemáticas que atraviesan.

La administración municipal otorga una asignación presupuestaria específica al Presupuesto Participativo, para ser ejecutada por las distintas secretarías. El mecanismo de trabajo está basado en la elaboración de proyectos sociales y urbanos, proyectos que encuentran su origen en el planteo de las necesidades y demandas que los vecinos y las vecinas manifiestan durante el desarrollo de las asambleas barriales. Más tarde, son los miembros integrantes de cada Consejo Participativo de Distrito los encargados de transformar, en un trabajo conjunto con el personal técnico y administrativo de la Municipalidad, aquellas propuestas y necesidades generales en proyectos concretos, que finalmente son presentados a los vecinos para su elección definitiva. La implementación de este canal de participación permite entablar una relación cercana con la ciudadanía y analizar en profundidad las problemáticas de los diferentes barrios. Es un proceso de planificación conjunta que comprende el encuentro, el diálogo y el debate que fortalecen el entramado social.



En este contexto, se puso en marcha el taller de acompañamiento del crecimiento y desarrollo de niñas y niños menores de tres años, que se realizó en los centros de salud del distrito Noroeste: Roque Coulin, Débora Ferrandini, Henry Dunant, Ceferino Namuncurá, Emaús y el Policlínico San Martín. Así, la teoría se convirtió en práctica, un proyecto plasmado en un escrito se concretó en el encuentro con los equipos de trabajo y las poblaciones a cargo.

Este dispositivo intentó abordar, con una mirada integral, esta etapa fundamental de la vida de un niño. A través de este espacio se propuso alcanzar los objetivos de prevenir, detectar y atender problemáticas del neurodesarrollo, fortalecer el vínculo madre-hijo, promover la autonomía de las madres en el acompañamiento de los niños respetando la diversidad cultural, para integrar la misma como recurso genuino y efectivizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Pero, ¿qué es un taller? El taller es un espacio de trabajo, reflexión, investigación, confrontación, juego y creación, donde se combina y articula el trabajo individual y personalizado con la tarea grupal y/o comunitaria. El uso del dispositivo taller permitió incluir médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, enfermeros y otros profesionales, para impedir la fragmentación del niño en aspectos psicológicos, sociales, neurológicos, de la comunicación, etc. Además, posibilitó la observación *in situ* del modo de relación de la mamá con el niño y las posibles intervenciones, que en ese espacio se generan, tanto por los profesionales como por el intercambio de saberes entre las madres. Esta modalidad no pretendió aumentar las tareas de los trabajadores de los equipos, sino redireccionar la utilización del tiempo de trabajo y la capacidad del recurso disponible hacia actividades de mayor impacto en la población, contando con el respaldo de un equipo interdisciplinario en el ámbito laboral.

Buscamos espacios físicos lo suficientemente amplios para colocar colchonetas en el piso, donde los niños jugaran con sus mamás y otros pares. A su vez, se pretendió que las madres pudieran intercambiar saberes y prácticas entre sí, y con los profesionales. Estos observaron en acto el desarrollo psicomotriz, el lenguaje, la visión, la audición, como así también el contacto libidinal del niño con su madre, fundamental en la constitución subjetiva. Esto no implicó que se dejara de lado las tradicionales prácticas de control de crecimiento y desarrollo (peso, talla, vacunación y detección de patologías), sino que amplió las mismas, para que fueran integradas con otros aspectos centrales del desarrollo. El espacio no sólo operó en la ejecución diagnóstica, sino también en las proyecciones terapéuticas.

Si bien el tiempo de los proyectos de Presupuesto Participativo es aco-

tado, el impacto logrado por esta intensa actividad en edades tempranas permitió visibilizar la necesidad de continuar e incorporar a la fonoaudiología como parte de los equipos de trabajo. Surgieron además otras propuestas en cada lugar: talleres para embarazadas, evaluación de niñas y niños que concurren a los Centros Crecer (ahora denominados Centros de Convivencia Barrial), charlas informativas compartidas con las familias, participación en las huertas y en los talleres de juego.

Hasta allí fue el camino recorrido y compartido con mi querida compañera, Rita María Sileo. Poco a poco se redistribuyeron los lugares donde cada una seguiría con su tarea. Esta decisión fue consensuada entre los jefes de los centros de salud, la Dirección de Centros de Salud y quienes integramos los equipos interdisciplinarios.

Las problemáticas de la infancia y las demandas de cada centro de salud convocan siempre a la elaboración de estrategias diferentes por fuera de la clínica en el consultorio. Es así como el Centro de Salud Emaús definió, en ese momento, un espacio de trabajo interdisciplinario e interinstitucional de evaluación en el proceso de enseñanza-aprendizaje con las escuelas del barrio. Pasamos de la derivación a la construcción, el acercamiento a algunas de las escuelas abrió la posibilidad de construir el problema en conjunto, desmontando la idea de la existencia de un especialista que sabe sobre cómo intervenir ante una problemática. Trabajamos con espacios de intervención que involucraban a los diferentes actores participantes: familia, escuelas y otras instituciones barriales, además de diseñar redes interinstitucionales para un abordaje integral de las situaciones planteadas.

Dentro de las estrategias realizadas, desarrollamos reuniones periódicas con docentes, entrevistas interdisciplinarias y actividades grupales con los padres de niños y niñas derivados de las escuelas, la evaluación y el tratamiento en cada caso, como así también reuniones con equipos de la red interinstitucional según la especificidad de la problemática.

En el período 2009-2010 una pandemia ingresó a la Argentina, el virus de influenza A (H1N1), que despertó gran temor en el mundo. La epidemia de gripe pasó a considerarse pandemia, anunciada por la Organización Mundial de la Salud. Las atenciones se vieron afectadas, mientras que el abordaje exigió la planificación, organización y participación de todos para dar respuesta a las necesidades de salud generadas por la emergencia sanitaria de esos años. Las estructuras del primer nivel y sus equipos de atención jugaron un valioso papel en la respuesta integral que se le brindó a la comunidad.

El año 2016 marcó otro momento importante en este recorrido, con la incorporación de nuevas colegas a la atención primaria de la salud. Se redireccionó el trabajo fonoaudiológico, lo que determinó para mí un nuevo co-

mienzo, esta vez en el distrito Oeste. Con la mirada centrada en la población infantil, expuesta a una compleja problemática y en el marco de una política universal para las Infancias, se elaboró un proyecto que proponía entrelazar acciones que se venían desplegando con una propuesta más amplia de abordaje del desarrollo, priorizando nuevamente a menores de tres años.

Se organizó un nuevo dispositivo a nivel territorial, conformado por equipos interdisciplinarios e intersectoriales, un trabajo articulado entre centros de salud y centros de convivencia barrial, que contó con el apoyo de la Secretaría de Cultura y Educación. Estos dispositivos fueron localizados en lugares estratégicos de la ciudad y con otros efectores, instituciones y organizaciones sociales vinculadas al tema. Las actividades específicas comprendieron la presentación de situaciones, entrevistas, espacios de recepción, espacios de juego con fines terapéuticos apelando a la clínica ampliada, con la participación de niños y adultos coordinados por los equipos interdisciplinarios; seguimiento; formación y acompañamiento a los equipos intervinientes.

Con la llegada del año 2020 aparece en escena una nueva pandemia por el Covid-19, que irrumpe de manera abrupta nuestro quehacer cotidiano, pero que nos obliga sin lugar a dudas a re-construir. Nuestro trabajo se pone de manifiesto en otras tareas. Es difícil explicar cuál es realmente nuestra función en la comunidad, en el territorio, estar a disposición para las estrategias que implementa cada efector. Se hace imprescindible volver a pensar el concepto de agentes de salud con todo lo que eso implica. También, valorar el trabajo en equipo, hacer con otros, con amor, compromiso y responsabilidad.

Esta situación convoca una vez más a revisar los modos de intervención en tiempos de nuevos desafíos y aprendizajes. Las estrategias territoriales implican contener a la población, generar nuevos instrumentos de atención, orientación y acompañamiento; facilitar la tarea en los equipos de salud, dar respuesta a las demandas de las personas que siguen acercándose de manera presencial o virtual a través de las redes sociales para solicitar asistencia, capacitarse e introducir nuevas herramientas de comunicación.

Desde nuestra práctica, sabemos que comunicar es compartir, es hacer a otro partícipe. La comunicación permite el encuentro de miradas, gestos, rostros, palabras. La palabra es vínculo, es diálogo entre dos. Con la palabra se calma, se cuenta, se informa, y una información dada de una manera o de otra es muy importante en estos tiempos.

Entonces, ¿qué hacer en los centros de salud? No hay una sola respuesta, porque la actividad va cambiando día a día, los equipos se siguen transformando, las funciones se siguen construyendo. Por su significativa presencia en la comunidad y su interrelación con otras instituciones, el primer nivel de atención constituye el punto inicial del sistema en las acciones de salud

pública para contener o responder. Es el ordenador de la atención en los servicios y del seguimiento en la comunidad, cuando se mantienen eficientes coordinaciones con otros niveles de complejidad articulados en red.

Pensemos ahora en todas las acciones que se realizan desde la fonoaudiología: sesiones individuales, actividades grupales, visitas domiciliarias, consejerías, articulación en red, diagnóstico participativo, trabajo intersectorial, trabajo interinstitucional, promoción, prevención y clínica ampliada. Empecemos a sentirnos facilitadores comunitarios, gestores de redes de comunicación.

La APS tiene características que permiten la integración de profesionales y no profesionales en el desarrollo del trabajo en equipo, pensando siempre en un modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria. Estas acciones deben incluir a la fonoaudiología, porque es esencial para la red de atención, la cual no solo implica acompañar a los niños que presentan diferentes problemáticas y a sus familias, sino también es fundamental dar 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.

Invita a la reflexión una cita de Albert Einstein (s/f): “No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo. La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos. Es en la crisis donde nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias”. El contexto actual plantea la necesidad de construir nuevas conceptualizaciones acerca de la atención primaria y la salud comunitaria, y de la implementación de estrategias novedosas, resignificadas de hecho, a partir de las propias crisis.

## Referencias bibliográficas

Federación Argentina de Medicina General. (2020). *Re-Organización del Primer Nivel de Atención ante la pandemia de Coronavirus Argentina 2020*. En: <http://www.famg.org.ar/index.php/institucional/grupos-de-trabajo/142-noticias/720-propuesta-de-reorganizacion-del-primer-nivel-ante-el-covid-19>

Municipalidad de Rosario. (2009). *El presupuesto participativo en rosario. Una apuesta renovada al experimentalismo democrático*. En: [https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca\\_pp/pp\\_rosario\\_una\\_apuesta\\_renovadora.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/pp_rosario_una_apuesta_renovadora.pdf)

Municipalidad de Rosario. (2013). *Desarrollo Infantil. Promoción e Intervención Oportuna. Diseño de estrategias y acompañamiento a los grupos*

*poblacionales y a los equipos territoriales.* Rosario, Secretaría de Promoción Social, Secretaría de Salud Pública. Borrador

Rovere, M. (1999) *Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

### **Datos de la autora**

*María Fernanda Ginghini es Licenciada en Fonoaudiología (FCM, UNR). Docente de la cátedra Lenguaje y Aprendizaje Normal e integrante del equipo de investigación Fonoaudiología Social y Comunitaria (Escuela de Fonoaudiología, FCM. UNR). Integrante de Equipos de Salud en los Centros de Atención Primaria Dr. David Staffieri, Dr. Esteban Maradona y Jean Henry Dunant (Municipalidad de Rosario) y del equipo de Desarrollo Infantil Centro de Salud Dr. David Staffieri/CCB Oeste.*