



Escuela Universitaria
de Tecnología Médica



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Fonoaudiología y APS: nuevos desafíos

Monografía final

Claudia Britos



Tutor: Lic. Fga. Rosario Gutiérrez
Diciembre 2009

Escuela Universitaria de Tecnología Médica,
Hospital de Clínicas piso 3 y 19, Avda. Italia s/n
Teléfono: +598 24871323
Montevideo - Uruguay

CENUR Litoral Norte Sede Paysandú
Florida 1065
Teléfono: +598 47222291 int. 2128
Paysandú - Uruguay

Centro Universitario Regional del Este
Ruta Nº9, intersección con ruta Nº15
Teléfono: +598 4472 7001
Rocha - Uruguay

Agradecimientos

A Itanú, por tanta luz...

A Leo, por tanto amor y tanta paciencia...

A Silvia, por ser y por estar...

A Julieta, por el camino compartido...

A mi tutora, por tanta generosidad...

A Fundación Chamangá por ayudarme a alcanzar la meta...

INDICE

INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	4
Objetivo fundamental	4
Objetivos secundarios	4
CAPÍTULO 1 PARADIGMAS DE SALUD	5
1.1 “Ausencia de enfermedad” o “modelo ideal”	5
1.2 “Completo bienestar”	6
1.3 “Desarrollo de la máxima potencialidad del ser humano, en su contexto”	7
1.4 APS	10
1.5 Paradigma de salud en la actualidad en Uruguay	15
CAPÍTULO 2	
PERFIL DEL FONOAUDIÓLOGO SEGÚN EL PARADIGMA DE SALUD	20
2.1 A modo de historia	20
Nacimiento de la Licenciatura en Fonoaudiología en el Uruguay	20
2.2 De perfiles y paradigmas	22
2.2.1 Paradigma tradicional	22
2.2.2 Nuevos paradigmas	23
2.3 Fonoaudiólogo como agente de salud	27
CAPÍTULO 3 EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN LA EDUCACIÓN	31
3.1 Promoción de la salud en el ámbito escolar	31
3.2 Prevención en el ámbito escolar	33
3.3 Enfoque de riesgo	35
3.4 El fonoaudiólogo en el ámbito escolar	38
3.5 Fonoaudiología y educación en el mundo	40
CAPÍTULO 4 INCURSIONES DE LA FONOAUDIOLOGIA EN EL URUGUAY	43
4.1 Entrevista a Lic.Valdeolivas	43
4.2 Experiencia Paso Carrasco	44
4.3 Proyecto APEX-Cerro	44
4.4 Proyecto Inter-In	45
4.4 Experiencia en la Escuela N°276	46
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES	50
Bibliografía	53

INTRODUCCION

En el año 2008 en la Escuela N° 276, se realizó una intervención desde un equipo integrado por estudiantes de fonoaudiología y de psicomotricidad en el marco del proyecto de Extensión Universitaria de la Escuela de Tecnología Médica.

En el contexto de tal intervención nos enfrentamos a la realidad de encontrarnos carentes de marcos teóricos que encuadren la intervención fonoaudiológica en la educación, desde un enfoque de la Atención Primaria de la Salud (APS) y de modelos que nos orienten en dicha intervención.

Si bien se han llevado a cabo diversas experiencias, las mismas han sido aisladas y no suficientemente sistematizadas. Aunque valiosas, no tienen un desarrollo teórico ni un marco que establezca paradigmas claros que le den coherencia y cohesión a dichas prácticas.

Este trabajo intenta hacer un aporte tendiente a establecer marcos teóricos que posibiliten una búsqueda de coherencia entre los paradigmas y la práctica fonoaudiológica en el marco de la APS. La Atención Primaria de la Salud es una estrategia fundamental ya que es una política económica, efectiva y esencial.

En la actualidad en nuestro país ha comenzado a funcionar un nuevo “Sistema Integrado de Salud” que se rige por los principios básicos de la APS. Necesariamente la fonoaudiología debería ejercer su práctica desde este encuadre.

Para poder visualizar el rol del fonoaudiólogo, desde el enfoque de APS, y su articulación con los demás integrantes del equipo, con los que trabaja en el ámbito de la educación, es necesario revisar algunos conceptos.

Es así que en el capítulo 1 revisaremos algunos de los paradigmas de salud de mayor relevancia y los aspectos más significativos de la APS. En el capítulo 2 abordaremos el perfil del fonoaudiólogo en relación a los antiguos y nuevos paradigmas de salud. En el capítulo 3 se hará una aproximación al rol de la fonoaudiología en el área de la educación y en el capítulo 4 se relatarán algunas experiencias llevadas a cabo en nuestro medio. En el capítulo 5, a modo de conclusión, en base a los marcos teóricos revisados se construirá un cuadro comparativo que englobe los modelos de salud de mayor relevancia y el perfil fonoaudiológico acorde a cada uno de ellos.

OBJETIVOS

Objetivo fundamental

Fundamentar la importancia del encuadre desde la APS en la intervención fonoaudiológica en el ámbito de la educación intentando establecer una coherencia entre los modelos teóricos y la práctica.

Para alcanzar este objetivo principal desarrollaremos los siguientes objetivos particulares:

Objetivos secundarios

- Realizar una revisión de los modelos de salud de mayor relevancia en la actualidad.
- Describir las dimensiones que abarca la Atención Primaria de la Salud.
- Revisar el perfil del fonoaudiólogo y relacionarlo con los modelos de salud revisados.
- Fundamentar la importancia del encuadre en APS desde la intervención fonoaudiológica.
- Fundamentar la presencia del fonoaudiólogo en la educación.
- Describir algunas experiencias de la fonoaudiología en la educación en el Uruguay.
- Aportar un modelo de intervención fonoaudiológica en el ámbito de la educación.

CAPÍTULO 1

PARADIGMAS DE SALUD

Paradigmas de salud

Los paradigmas de salud han ido variando con el correr de los años y estas variaciones responden al contexto histórico en el cual surgen, reflejando los valores y conocimientos imperantes en dicho momento. A continuación revisaré los paradigmas de salud de mayor relevancia.

1.1 “Ausencia de enfermedad” o “modelo ideal”

El paradigma de salud que rigió hasta entrado el siglo XX conceptualizaba la salud por la negativa, es decir la salud era considerada como la ausencia de enfermedad. (Etchebarne, 2002:38).

Este paradigma tiene una concepción unicausal: la pérdida de la salud.

Esta es una concepción a predominio biológico, donde el énfasis se centra fundamentalmente en lo orgánico, y la enfermedad se transforma en el eje del sistema sanitario, los servicios apuntan fundamentalmente al tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Orozco (2006:11) retoma el concepto de Hofmann de “*modelo ideal: salud como ausencia de enfermedad*” y plantea que es el modelo más sencillo de salud.

El modelo ideal es el prevalente entre los profesionales de la salud. Las enfermedades son desarreglos de las estructuras o las funciones de algunas partes del cuerpo humano. En ausencia de estos desarreglos, la situación es de salud. Se cree que un manual de anatomía o psicología es una imagen de la salud humana. La normalidad es la ausencia de alteraciones...

El modelo ideal presupone que la salud y la enfermedad son dos conceptos excluyentes y exhaustivos. (Ob.cit.:13)

...Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es “el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”, mientras enfermedad se refiere a la “alteración más o menos grave de la salud”. (Ob.cit.:10)

Dentro de la concepción de salud de éste primer paradigma se encuadra el “Modelo Médico Hegemónico” elaborado por el antropólogo Eduardo Menéndez, el mismo según diferentes autores, se mantiene vigente, aunque en crisis. (Barri, H. 2006; Navarra, G. 2005)

Las siguientes constituyen algunas de las características que hacen a este modelo de salud:

Biologismo; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia; concepción de salud como normalidad estadística.

Eficacia pragmática: práctica curativa basada en la eliminación del síntoma. Relación médico-paciente asimétrica: subordinación social y técnica del paciente, que detenta un "saber equivocado".

Medicalización de problemas.

Racionalidad científica como criterio de legitimidad y de exclusión de otros modelos.

Concepción mecanicista del ser humano: Separación entre las partes y el todo: mente/cuerpo; individuo/sociedad. Búsqueda de certidumbres y verdades absolutas.

Concepción de causalidad lineal.

Subvaloración de la subjetividad. (Prada, C., 2006)

El concepto clave de este modelo es "*la ausencia de enfermedad*", en el mismo la enfermedad es entendida como "*resultado de factores orgánicos, como desviación, ruptura del orden.*", y existe un "*enfoque organicista y atomístico de las enfermedades: el enfermo es un órgano*".

Por último, dentro del paradigma de "modelo ideal de salud" se encuadra la teoría biologicista. Etchebarne (2002:38) plantea que:

Una de las últimas teorías vinculadas a esta concepción es la biologicista, en la cual tanto los órganos, las células, su funcionamiento, pueden medirse; un proceso es patológico cuando sobrepasa en ciertos límites las medidas establecidas como normales. A esto se agrega que una vez identificada la causa, la misma se trata y el individuo vuelve a su estado de salud previo (extirpar el órgano o sector del mismo, aliviar el dolor, etc.).

1.2 "Completo bienestar"

A partir de la segunda mitad del siglo XX comenzaron a surgir conceptualizaciones de salud que trascendían la concepción unicausal centrada en lo orgánico.

Dentro de este nuevo paradigma se destacaron las conceptualizaciones que elaboraron Dubos en 1956 y Herbert Dunn en 1950 (Orozco, 2006:10). René Dubos propone una concepción de salud bidimensional, en la cual es tenido en cuenta el plano orgánico y el plano mental: "*Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado*". (Ob.cit.:10)

En 1950 Herbert Dunn presentó un nuevo concepto que concebía una triple dimensión de la salud en la cual se ponían en juego lo orgánico, lo psicológico y lo social. (Ob.cit.:10)

Orosco (Ob.cit.:10) plantea que

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos "normativa" de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

A pesar de las innovaciones conceptuales que aportaba esta nueva concepción de salud recibió muchas críticas,

Se la consideró como idealista por parecer más una declaración de principios que una definición; utópica: es muy difícil pensar en alguien que goce de "un completo estado de bienestar"; ahistórica: desconoce la influencia de las diferentes realidades históricas en la conceptualización de la salud; estática: considera personas sanas solamente a aquellas que gozan de un completo bienestar sin considerar diferentes grados de salud; e inoperante porque equipara bienestar a salud, siendo ésta una percepción subjetiva y personal. (Etchebarne, Ob.cit.:39)

Orozco agrega que:

Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado – incluso aunque no sea personalmente - por la tiranía, la injusticia, la desigualdad, o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano. (Ob. Cit.:10)

1.3 “Desarrollo de la máxima potencialidad del ser humano, en su contexto”

La anterior concepción de salud generó diferentes críticas y adhesiones y desde esa época se han desarrollado distintos conceptos de salud que tratan de acercarse a la compleja realidad, englobando no sólo las dimensiones referidas en esa primera conceptualización de la OMS, sino enfocando al

individuo como un ser social inmerso en un medio determinado, en constante cambio, donde los factores sociales, culturales, políticos y económicos incidirán directamente sobre su salud y la de su comunidad.

Etchebarne (2001:39) toma el concepto de salud de Bergonzoli (1994) quien plantea:

Durante el último cuarto de siglo, se habla de salud ya no como parte de un continuo en donde en un extremo está la salud y en el otro la enfermedad, sino como el resultado armónico de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos las mejores posibilidades políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingreso, de empleo, de recreación y participación social, entre otras, para que individual y colectivamente desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar.

En nuestro país también se han elaborado conceptos sobre la salud, que atienden los diferentes aspectos que hacen a esta condición, entre otros La Concertación Nacional Programática en 1985 elaboró un documento en el que expone:

...el derecho a la salud no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente; como el derecho a la libertad o la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad. El derecho a la salud implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, a la vestimenta, al descanso y la recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales. (Etchebarne, 2001:40)

Las conceptualizaciones sobre la salud fueron evolucionando con el correr del tiempo, estableciéndose una nueva concepción de “proceso salud-enfermedad”, ya que teniendo en cuenta la diversidad de aspectos que encierra el término “salud” es muy difícil hablar de un completo estado de salud. Nadie está totalmente sano ni totalmente enfermo, es más abarcativo hablar en términos del proceso salud-enfermedad.

Etchebarne (2001:41) plantea:

La salud no puede ser definida como “absoluta”. Es una situación orgánica dinámica de equilibrio ecológico, en el que entran en juego todos los aspectos del individuo; lo social, lo físico y lo psicológico y el medio en el que vive. Este equilibrio exige satisfacer determinadas necesidades fundamentales del individuo insertándose a un medio complejo en constante transformación. Desde ese punto de vista vemos a los seres humanos como

miembros activos de un proceso dinámico de salud enfermedad, donde podrán desarrollar sus potencialidades de individuos y comunidades...

Canetti y Da Luz (2002:72) nos presentan el planteo que la OPS realiza en 1992 “...no es posible definir teóricamente un nivel aceptable de salud, ya que cada grupo y cada individuo adopta, dentro de su dominio, aquél que mejor se ajusta a sus aspiraciones y realidades concretas...”, y en esta observación vemos el grado de subjetividad que encierra el concepto de salud, y continúa “...salud/enfermedad es un concepto construido colectiva y socialmente. El concepto obedece a una lógica compleja en la que se articulan visiones sociales e individuales para producir la imagen de lo que es deseable. El proceso salud/enfermedad no es patrimonio de la biología y de la clínica, trasciende esos límites y se integra en la dimensión social.”

Todas estas conceptualizaciones apuntan a una visión integral del individuo, siendo el proceso de salud-enfermedad el resultado de la compleja y dinámica interrelación de los múltiples aspectos que hacen a la vida del ser humano.

Las concepciones sobre la salud que se encuadran dentro del tercer paradigma son muy variadas pero todas coinciden en considerar al ser humano desde una perspectiva integral y multidimensional. Plantea Orozco (Ob.cit.:11):

Un examen de las distintas concepciones prevalentes de la salud no debería dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el Xè Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana: “La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa”. Se puede entender “autónoma” como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término “solidaria”, mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.

Llevar al plano de la práctica estas concepciones de salud resultó muy difícil, es así que dada la situación mundial de la salud en 1977, donde no existía equidad en el acceso a la misma y “más de la mitad de la población en el mundo no recibía una atención en salud adecuada” (OMS, 2003:4) la OMS definió una política de salud que llamó “Salud para todos en el año 2000”.

En 1978 se llevó a cabo en la ciudad de Alma Ata una conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, en la que participaron 134 países y 67 organismos internacionales, allí se determinó que era necesario una nueva estrategia que permitiera hacer posible la meta de “Salud para todos en el año 2000”, y se elaboró la Declaración de Alma Ata donde se define la Atención Primaria de la Salud (APS) como esa

nueva estrategia, “*constituyendo desde entonces, la piedra angular en la reorientación y reestructuración de muchos sistemas de Salud*” (OMS,2003:3)

1.4 APS

Es así que surge la APS como una herramienta esencial para instaurar el tercer paradigma de salud y dada la relevancia de la misma desarrollaré a continuación los aspectos más destacables de esta política de salud que nació hace treinta años.

En la definición original se declara la APS como:

...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS)

En la misma conferencia se establecieron cuatro requisitos básicos para la APS (OMS, 2003:1)

- i) accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud;*
- ii) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario;*
- iii) acción intersectorial por la salud, y*
- iv) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.*

“*La década del setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los esfuerzos nacionales para ampliar el acceso a los servicios de salud*” expone la OPS en un artículo elaborado veinticinco años después de la declaración de Alma Ata y agrega “*Así nació la APS, como una política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó la crisis de accesibilidad, principal signo de una crisis mayor, la de los sistemas de salud.*”

Es así que en el primer principio queda establecida la equidad en el acceso a la salud como uno de los pilares fundamentales de la APS. Etchebarne (2001:77) plantea que

Lejos de representar una “medicina para pobres” (...) al proponer equidad en el acceso a los servicios esenciales está de alguna manera priorizando la atención de los sectores más

desfavorecidos. Sin embargo las acciones no se limitan a estos sectores, implicando, en todo caso, una ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Esta ampliación de cobertura lleva implícita tres aspectos fundamentales: mejorar el acceso y la utilización de los servicios, aumentar la disponibilidad real o relativa de recursos (reorganización, racionalización, redistribución) y poner en marcha un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades de la población.

Canetti y Da Luz (2002:76) destacan la importancia del segundo principio al plantear que:

El cambio fundamental introducido por la APS es la inclusión de la población en los procesos de toma de decisiones e implementación de los planes y políticas de salud, asumiendo una activa responsabilidad en el autocuidado de su salud. La población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.

Etchebarne (2001:76) cita la declaración que realiza en nuestro país, en 1985, el Ministerio de Salud Pública refrendando la Declaración de Alma Ata:

El Derecho a la Salud, no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata y por tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente; como el derecho a la libertad o a la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad.

En cuanto al tercer principio, Etchebarne (2001:77) expone que una de las premisas bajo la cual se propone esta nueva estrategia queda planteada en el Art. VII, 4 de la conferencia, en el cual se establece que: (la APS) *“Necesita la participación intersectorial: sanitaria, agricultura y zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda y obras públicas, comunicaciones.”*

En relación con éste punto Canetti y Da Luz (2002:76) plantean que:

El abordaje a la problemática de la salud es forzosamente intersectorial ya que la salud es un fenómeno complejo y multidimensional. La aproximación al mismo no puede realizarse desde la perspectiva limitada de una única disciplina y de un sector exclusivo. Es indispensable abordarlo a partir de un modelo teórico transdisciplinario que permita crear las condiciones para una comprensión más real del fenómeno y que contemple todas sus dimensiones (...)

En referencia al cuarto principio planteado en la Conferencia, las mismas autoras (Ob.cit.:78) plantean que *“el desarrollo de tecnologías apropiadas”* constituye una de las características relevantes de la APS, y que:

La situación económica de Latinoamérica, incluido nuestro país, obliga cada vez más a encontrar tecnologías que sean adecuadas a sus necesidades, a sus condiciones y a sus recursos. Estas tecnologías (...) deben ser simples, de fácil accesibilidad y aceptadas por la población con buen impacto (...)

Cuando se piensa en términos de acceso de servicios de salud por parte de grandes masas de población, se vuelve necesario elevar la capacidad operativa de los recursos de tal modo que las tecnologías utilizadas generen realmente el impacto esperado y aseguren mecanismos de accesibilidad y equidad. Ello no significa negar el valor de los avances tecnológicos sino asegurar que sus beneficios lleguen a toda la población y no queden restringidos a aquellos que acceden fácilmente al sistema sanitario (...)

A 25 años de la Declaración de Alma Ata la OPS manifestaba:

La definición original de APS la planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud, así como también un nivel de atención de servicios de salud. En las Américas, la atención primaria de salud fue adoptada y adaptada por cada país de acuerdo a sus propias realidades y condiciones sanitarias y socioeconómicas. Bajo esta perspectiva, numerosos países han concebido la APS como un nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud. Otros la interpretaron exclusivamente como una herramienta de justicia social: la posibilidad de brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, sin acceso a los servicios, proceso que se denominó "APS selectiva". Pero la visión prevalente en la Región es clara y categórica: APS no es un paquete de "intervención limitado para la gente pobre", sino la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayores coberturas y equidad.

...En las Américas, la APS se constituyó en una experiencia pionera de desarrollo de políticas de salud y marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública. La APS, al plantear un cambio en el modelo de prestación de servicios, se anticipó a los procesos de reforma sectorial emprendidos en la década de los noventa. También los países utilizaron la estrategia como marco para el desarrollo de recursos humanos en salud. Por otra parte, la APS priorizó la promoción de la salud, reivindicando el carácter anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria y desmedicalizando la salud pública.

La promoción de la salud se convirtió en una estrategia básica para llevar a cabo las metas de la APS, en 1986 se realizó la Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Ottawa y allí es elaborado el documento conocido como la Carta de Ottawa, en el cual se acuerdan los principios básicos de la promoción de la salud:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OMS, 1986:1)

A partir de la elaboración de este documento la OMS plantea que

La promoción de salud ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social. Ha demostrado ser capaz de abordar difíciles problemas sanitarios sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida. La promoción de la salud es un enfoque técnico y político para trabajar con distintos sectores y mejorar la calidad de vida. (MSP, OPS 2006:10)

En agosto de 2005 se firma la Carta de Bangkok de promoción de la salud en el mundo globalizado. En este nuevo documento se retoman las líneas de acción de la Carta de Ottawa,

Se insiste en que “la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.” (MSP, OPS 2006:12)

Es así que queda definida la promoción de la salud como un pilar fundamental de la APS, “*la salud es un bien muy preciado y como tal debe ser promocionada. Promoción en salud es orientar y llevar hacia todo aquello que es básico y fundamental para que exista salud.*” (Alberti, Fabeyro, Bonino, 1995:3)

Las políticas de promoción de salud se enmarcarán dentro del primer nivel de atención. Los niveles de atención han sido definidos como “...una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población” (Etchebarne, 2001:79) y se determinaron tres niveles.

Dentro del primer nivel de atención se llevarán a cabo actividades que “... se dirigen fundamentalmente a preservar la salud de su población, por medio de las acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los problemas más frecuentes y cuya resolución es posible con los recursos más simples...” (Canetti y Da Luz, 2002:74)

En el Proyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud se plantea el alcance de cada nivel de atención:

Artículo 32°.- El primer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.-

Artículo 33°.- El segundo nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.

Artículo 34°.- El tercer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización. (www.msp.gub.uy SNIS Exposición de motivos 2007)

Los tres niveles de atención se interrelacionan y trabajan en forma coordinada “...con el objeto de racionalizar la atención médica y proporcionar el volumen y calidad de las actividades de acuerdo a las necesidades de la población” (Canetti y Da Luz, 2002:74)

Por último y en relación con la conceptualización de “niveles de atención” cabe mencionar la existencia de Los niveles de Prevención. En La conferencia de Alma Ata quedan planteadas en el marco de la definición de APS las acciones que la misma deberá llevar a cabo:

(...) Sus acciones corresponden a:

a) prevención primaria: promoción y protección de salud;

- b) prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento oportuno y*
- c) prevención terciaria: limitación de la incapacidad y rehabilitación, aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad. (Canetti y Da Luz, 2002:76)*

Es así que la promoción de la salud se convierte en un enfoque, una estrategia y una función que constituye la base tanto del primer nivel de atención como de los tres niveles de prevención, una herramienta fundamental para llevar a cabo con éxito los objetivos de la APS.

En el capítulo 3 del presente trabajo retomaré el concepto de promoción de la salud desde la perspectiva de la promoción de la salud en el ámbito escolar.

Por último realizaré una revisión del paradigma de salud vigente en nuestro país.

1.5 Paradigma de salud en la actualidad en Uruguay

En nuestro país se está llevando a cabo una reforma en el sistema de salud, a partir del 2008 se ha comenzado a instrumentar paulatinamente el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Buglioli y Lazarov (Etchebarne, 2002:65) planteaban con respecto al anterior sistema de salud:

La atención médica en Uruguay se brinda a través de un grupo de instituciones de origen, característica y objeto diferentes, con un grado mínimo o inexistente de coordinación, complementación y regionalización. Gran parte de las acciones de atención médica no cumplen con los requisitos básicos –humana, oportuna, integral, universal, continua, accesible, completa y eficiente- y es frecuente que al tiempo que se superponen actividades queden sectores importantes sin cobertura. Paradojalmente se mantiene signos de inequidad, mientras aumentan los gastos en atención médica.

En la Exposición de Motivos SNIS (Ob.cit.: 2) se plantea con respecto al anterior sistema de salud:

Una preocupación sanitaria centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles, completa un marco altamente disfuncional al

ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud y aconseja la urgente instrumentación de una reforma cuyas bases sean legalmente definidas, conjuntamente con las responsabilidades de las autoridades a cargo de llevarla a cabo.

La reforma de salud que lleva adelante el actual gobierno nacional toma como punto de partida el concepto de salud elaborado por Villar y Capote:

“La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social.”

Dentro del documento Exposición de Motivos SNIS (Ob.cit.:3) quedan establecidos los objetivos del nuevo Sistema de Salud:

Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinaria y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.

También quedan planteados cuáles serán los cambios necesarios que permitirán instrumentar dichos objetivos:

Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles:

a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención

b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios

c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las

enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos.

En las Bases Jurídicas de la Reforma Ley de Presupuesto N° 17930 Art. 264. Inciso 12 se plantea que el

Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.

Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público –privado y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes. (MSP, 2006:6)

Dentro de este nuevo sistema de salud nacional es que se crea, desde la Facultad de Medicina, el Instituto de Atención Primaria de Salud

La Universidad debe ser capaz de acompañar, y si es posible de impulsar estos cambios de forma progresiva, fortaleciendo la formación de recursos humanos en Salud acordes al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, enmarcado en los principios de esta estrategia.(...) (Facultad de Medicina, IAPS, 2006:5)

La actual reorientación del Sistema Sanitario Nacional camina en dirección de considerar la salud como el objetivo esencial del sistema, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, junto con los principios de universalidad, continuidad, integralidad, equidad, calidad ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social y administración democrática, sustentan los proyectos de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. El Ministerio de Salud Pública ha expresado en su documento “El primer nivel de atención en el sistema de salud”: “...el mismo constituye el instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación de la situación de salud en nuestro país”. Creemos que de una vez en nuestro país debemos reivindicar la APS como la estrategia

que impulse los cambios tanto del modelo de atención como del sistema de salud” (Ob cit.:5)

...Por lo tanto, y reafirmando la estrategia de APS y sus principios, surge desde la Facultad de Medicina, la necesidad de encontrar una manera de organizar de forma coordinada los servicios docentes y de atención a la Salud del primer nivel de atención, que logre sumar y multiplicar esfuerzos en pro de la Salud de la población. (Ob cit.:8)

En suma, la propuesta de creación de un Instituto de Atención Primaria de Salud marca el inicio de una de discusión constructiva acerca de la integración del proceso asistencial – académico de diferentes Instituciones y profesiones que trabajan en el primer nivel, basados en los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Deberá analizarse y consolidar un entendimiento común acerca de lo que es la Atención Primaria de Salud para poder trabajar en equipo y asegurar la atención integral de la población.

También deberán considerarse los aspectos comunitarios " más allá de la localización del servicio, considerando también la salud de la población como una responsabilidad de AP. Para ello la epidemiología y la promoción de salud (más allá de la promoción de salud individual o familiar) tienen que ser desarrolladas y ser una parte integral de las funciones y desarrollo del Instituto. (Ob.cit.:14)

De esta manera queda definido el nuevo paradigma de salud en nuestro país y se trazan los caminos que transitaremos los profesionales de la salud, los docentes, la comunidad toda.

Las prácticas preceden a los paradigmas, los que sirven de guía a la transformación y a la generación de nuevas prácticas en una búsqueda de coherencia permanente. Nunca hay una coherencia absoluta entre paradigmas y acciones. Se trata de una construcción y una búsqueda constante de coherencia en un proceso dialéctico y dinámico.

Desde el Estado se adopta un encuadre que coincide ampliamente con los principios del tercer paradigma de salud que revisamos, podríamos decir que, por el momento, rige un nuevo paradigma de salud pero actuamos desde el viejo paradigma que jerarquiza el tratamiento de la enfermedad.

Será tarea de la sociedad en su conjunto efectuar un proceso en las prácticas que implique comenzar a adoptar las bases del nuevo paradigma, ya que el derecho a la salud “*es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente; como el derecho a la libertad o a la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad.*” (Etchebarne, 2001:76)

Es ante este reposicionamiento frente al proceso de salud enfermedad, desde una perspectiva integral y multidimensional, que revisaré el rol del fonoaudiólogo, apuntando al papel que podemos y tenemos el imperativo ético de jugar dentro del marco de la APS. En el próximo capítulo, realizaremos una aproximación general, dada la vastedad del tema, para luego poner el énfasis en el rol del fonoaudiólogo en el área de la educación desde la APS.

CAPÍTULO 2

PERFIL DEL FONOAUDIÓLOGO SEGÚN EL PARADIGMA DE SALUD

2.1 A modo de historia

Como vimos en el capítulo anterior los paradigmas de salud han ido evolucionando hacia concepciones integrales y multidimensionales. De la misma manera el perfil del fonoaudiólogo ha seguido el camino trazado por los modelos imperantes. En el Uruguay desde la creación de la fonoaudiología dentro del marco de la “Escuela del Colaborador del Médico” hasta el día de hoy, tanto los contenidos académicos como el ejercicio de la práctica, se han modificado significativamente, pero si bien rigen nuevos paradigmas en algunos aspectos aún actuamos desde los antiguos. Adaptar la práctica al encuadre teórico no siempre es fácil, aún queda mucho camino por recorrer.

Nacimiento de la Licenciatura en Fonoaudiología en el Uruguay

Resulta interesante revisar el nacimiento y el desarrollo de la fonoaudiología en nuestro país ya que estos sucesos nos permitirán comprender el perfil que la misma asumió en un primer momento y como ha ido adaptando sus contenidos y los marcos conceptuales a la luz de las nuevas teorías y de las demandas de la salud y la educación.

Si nos remontamos en la historia encontramos datos que nos indican que ya desde finales de siglo XIX comienzan a vislumbrarse en nuestro medio los primeros contenidos relacionados estrechamente con la fonoaudiología:

En 1880, debido a la demanda que había en todos los temas relacionados a sordos en el país, se publica por primera vez la revista uruguaya "El maestro", con temas asociados a la fonoaudiología.

En 1910, se fundó el "Instituto Nacional de Sordos mudos del Uruguay", el cual años mas tarde paso a llamarse "Escuela de Fonoaudiología". (www.upe.edu.uy, 2009)

Pero no es hasta el año 1956 que comienza la formación universitaria:

El primer curso de Fonoaudiología surgió en el año 1956, iniciado por el Dr. P.Regules (profesor de la cátedra de O.R.L.) acompañado por la Escuela de Auxiliares de médicos del Hospital de Clínicas y por el Instituto de Neurología.

El curso tenía una duración de 6 meses, en donde hubo un ingreso de 56 alumnos, concurrieron 38 y pudieron egresar 8 alumnos con el título de "Auxiliar en Técnico para el Médico".

..."El objetivo inicial de aquel curso, fue formar personas idóneas en fonoaudiología, que

ayudaran a extender el radio de acción terapéutica y diagnóstica, hacia áreas relativamente nuevas en la otorrinolaringología y para cuyo desempeño el médico, no disponía de tiempo". (Fuente citada)

Así es como surge la fonoaudiología a nivel de la Universidad de la República, con el fin de colaborar con el trabajo del médico, teniendo como principales objetos de estudio la voz y la audición, respetando la raíz etimológica de la palabra. Estas áreas fueron abarcando en su campo de estudio y tratamiento nuevos contenidos que pertenecen al terreno de la fonoaudiología pero que en un futuro se desarrollarían como áreas independientes ya que el encuadre teórico y los contenidos así lo demandarían.

En un boletín de A.DE F.U. de 1984 se plantea que:

“La Fonoaudiología es la disciplina que se dedica al estudio y tratamiento de las patologías de la voz y del lenguaje y al estudio del oído desde el punto de vista audiométrico, denominándose estas áreas: FONIATRÍA Y AUDIOMETRÍA respectivamente”.

Y más adelante dice

“FONIATRÍA: Comprende los trastornos de la voz y el lenguaje

AUDIOMETRÍA: Mide la capacidad auditiva y la inteligibilidad del sujeto.” (Gutiérrez-Valdeolivas: 1999).

Y es así que se diferencia dentro de la fonoaudiología el área de Lenguaje como un área que tiene contenidos de estudio que se separan del terreno de la foniatría y un marco teórico que toma conocimientos de otras disciplinas afines como la lingüística, la psicología, la neuropsicología, las ciencias de la educación (entre otras).

...En sus inicios el objeto de estudio era exclusivamente el mecanismo de entrada y salida del mensaje, pero el mensaje no le pertenecía, ni en cuanto a su forma ni en cuanto a su contenido ni en cuanto a la circunstancia o contexto en que se establecía. Por tanto la Fonoaudiología no se ocupaba de la comunicación sino de lo que se encontraba en la periferia de la misma. Elementos indispensables, por cierto, si nos referimos a la comunicación oral, elementos sin los cuales, la comunicación oral no puede establecerse, pues queda sin mecanismos concretos que la viabilicen, pero que no conforman a la comunicación misma. (Gutiérrez-Valdeolivas, Ob.cit.)

Posteriormente surgirá el área de Fonoestomatología, la que desarrollará sus contenidos diferenciándose del área de la Voz.

Hoy en día fonoaudiología cuenta con cuatro áreas de estudio que se diferencian claramente pero que a su vez se interrelacionan. Será objeto de discusión si existe una visión holística del paciente o se realiza un abordaje del individuo desde las diferentes áreas de estudio de esta disciplina, sin alcanzar una visión integral del mismo.

Así como han ido adecuándose los contenidos y los marcos conceptuales ha ido evolucionando la intervención fonoaudiológica, desde un enfoque predominantemente técnico a un abordaje del paciente más terapéutico, desde un ejercicio individual a una práctica desde la interdisciplina cuando así lo requiere el caso.

A continuación revisaré el perfil del fonoaudiólogo actuando desde “*el paradigma tradicional*” y la actuación desde los “*nuevos paradigmas*”, observando qué características del ejercicio actual de esta disciplina se identifican en mayor o menor medida con uno u otro de los modelos teóricos revisados.

2.2 De perfiles y paradigmas

2.2.1 Paradigma tradicional

Este paradigma se caracteriza por una concepción a predominio biológico, donde el énfasis se centra fundamentalmente en lo orgánico, y la enfermedad se transforma en el eje del sistema sanitario, los servicios apuntan fundamentalmente al tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es así que dentro del encuadre de este paradigma nos encontramos con el fonoaudiólogo actuando desde un rol predominantemente técnico, dentro de “*corrientes tecnológicas basadas en el déficit y en las modificaciones de las conductas verbales a través de la ejercitación, con ejercicios progresivos de dificultad creciente donde el reeducador asume el rol de corrector y modelo a imitar*” (Gutiérrez-Valdeolivas Ob.cit.) y desde la teoría reeducativa, la que “*se basa en el entrenamiento de cierto número de funciones consideradas deficitarias*” (Dubois, 1985:26). El tratamiento básicamente es conductista (estímulo-recompensa) y muchas veces apunta a generar hábitos sin que los contenidos pasen por el tamiz de la reflexión o el paciente pueda “*apropiarse*”¹ de esos nuevos contenidos.

¹ Alicia Fernández propone el proceso de aprendizaje como un proceso de apropiación del conocimiento, donde el aprendiente se apropia del objeto de conocimiento reinventándolo. (Fernández, Alicia 199 cap 1)

En el marco de este paradigma se ejerce desde una postura biologicista, que se centra sobre todo en el síntoma, el cual es abordado desde “el área que le compete”, realizando una lectura cuantitativa de los test, dirigiendo el tratamiento a la normalización, apuntando a que el paciente alcance la media esperada para su condición, dejando de lado el contexto en el que se encuentra inmerso el paciente, obviando los aspectos familiares, sociales, y culturales.

El abordaje es sobre todo desde la práctica individual, el contacto más estrecho es con el médico que ha derivado al paciente o con aquellos profesionales con los que se realice interconsulta, es común que el fonoaudiólogo integre equipos multidisciplinarios en los que no se practique la interdisciplina.

2.2.2 Nuevos paradigmas

Las concepciones sobre la salud que se encuadran dentro del tercer paradigma son muy variadas pero todas coinciden en considerar al ser humano desde una perspectiva integral y multidimensional, constituyendo el proceso de salud-enfermedad el resultado de la compleja y dinámica interrelación de los múltiples aspectos que hacen a la vida del ser humano.

Dentro de este paradigma la salud representa el desarrollo de la máxima potencialidad del ser humano en armonía con su medio.

El fonoaudiólogo que ejerce dentro de este paradigma lo hará desde una línea de abordaje primordialmente terapéutica, a partir de la cual se propicia la actividad estructurante, donde se busca una construcción y/o reconstrucción de la función en forma interactiva y no a través de la enseñanza de patrones establecidos, donde los procesos toman relevancia frente a los resultados y teorías tales como la de “Zona de Desarrollo Proximal” de Vygotsky, la de “Andamiaje” de Bruner y la de “Asimilación y acomodación” de Piaget resultan herramientas valiosísimas para el ejercicio de la práctica ya que son “teorías que subrayan la posición activa del sujeto en el proceso de apropiarse, transformándose a sí mismo y transformando su entorno” (Martínez y Col., 2004:58).

Desde la práctica psicomotriz podrían tomarse las reflexiones de Calmels (2001:87) que encuadran muy bien el ejercicio del fonoaudiólogo desde este paradigma:

No existen carencias por falta de estímulos, sino por la ausencia de vínculos estimulantes. No se trata de tener sino de sostener, no se trata de tacto sino de contacto. ...apunta a la habilitación y no a la habilidad, ya que el aprendizaje de la destreza no es garantía de habilitación. No busca el entrenamiento en una habilidad para estar

“habilitado en”, sino estar “habilitado para”, que acceda a la funcionalidad del acto y no a la mera acción.

Otra característica de este perfil sería la visión holística² del paciente, donde la percepción del todo va más allá de la suma de las partes, hay una visión integrada desde las diferentes áreas, una visión integral del paciente que enriquece el diagnóstico, el tratamiento, la intervención toda.

Dentro de esta postura holística el síntoma será contextualizado en la realidad del paciente y desde una perspectiva que atiende la multicausalidad del mismo.

Dubois (1985:20) plantea con respecto al síntoma:

Incluso en las perturbaciones orgánicas el síntoma adquiere un sentido para el individuo, se inscribe en una dinámica afectiva, está ahí como objeto de discurso, centro de interés, traducción a veces única y privilegiada de la existencia de un niño que sin él, tendría la sensación de no existir.

La Facultad de Medicina otorga al fonoaudiólogo la aptitud para ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, es así que el fonoaudiólogo puede participar en diferentes equipos dependiendo del área y del tipo de patología, podrá integrar equipos neuropsicológicos, psicopedagógicos, audiológicos, perinatales, laboratorios de voz, etc. y en muchas ocasiones el fonoaudiólogo tendrá un rol de bisagra, articulando entre los diferentes actores de los mencionados equipos ya que su formación es pertinente a diversos campos de la medicina y la educación.

Canetti y Da Luz (2002: 89) proponen que

El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población. Los miembros del equipo interactúan produciendo un desplazamiento del foco de atención, que de estar centrado en la disciplina misma pasa a estar determinado por los problemas de estudio. El resultado es un servicio conjunto sin límites disciplinario lo cual no significa la pérdida de identidad y especificidad propia de cada disciplina.

² “La holística se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo por separado.” (monografias.com)

Es en este marco de interdisciplinariedad que el fonoaudiólogo ejerce su tarea desde el tercer paradigma.

Contrastándose al modelo anterior la lectura cualitativa toma un papel relevante, a la vez que complementario de la lectura de las estadísticas, las que no pierden su importancia.

Los test son una herramienta potente en cuanto conozcamos sus potencialidades al tiempo que sus limitaciones.

Dubois (1985:26) manifiesta:

No es que demos a los test un valor irrefutable, al contrario conocemos sus límites, que a veces rozan el absurdo... Sin embargo son un instrumento de base necesario para tratar de razonar de manera objetiva situando nuestras perspectivas, evidentemente, más allá de una medida que haría del ser humano un objeto matematizable.

Desde esta concepción de la fonoaudiología los objetivos del tratamiento no pasan sólo por la solución del síntoma sino que van más allá, “*el Fonoaudiólogo no apunta a la ‘normalización’, es decir, a lograr que el individuo acceda a un desarrollo estándar, sino al logro de un desarrollo, de los aspectos que a la Fonoaudiología le competen, acorde a las posibilidades del paciente y a sus necesidades, en vinculación con las exigencias del medio al que pertenece.*” (Gutiérrez-Valdeolivas, Ob.cit.)

Dentro de este tercer paradigma el fonoaudiólogo actuará desde el encuadre teórico de la APS, con todo lo que ello significa. La prevención, la promoción y la intervención oportuna serán funciones relevantes que hacen a la tarea del fonoaudiólogo en su ejercicio en la comunidad, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.

El Instituto de APS de la Facultad de Medicina plantea:

*Los aspectos del proceso Salud – enfermedad que tienen que ver con la Atención Primaria de Salud, deben ser jerarquizados por **todas las disciplinas** (...) Por lo tanto, y afianzando el modelo de trabajo interdisciplinario, es imprescindible que las especialidades médicas y otros profesionales de la Salud orienten o jerarquicen en sus programas de formación de postgrados los aspectos concernientes a la atención Primaria de Salud, y coordinen sus prácticas en beneficio de la Salud de la población.*
(Facultad de Medicina, IAPS, 2006:16)

La descripción del perfil del fonoaudiólogo que realiza la Facultad de Medicina tiene en cuenta este aspecto y especifica:

El Licenciado en Fonoaudiología realiza las siguientes actividades:

... Acciones de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de las distintas áreas de la Fonoaudiología. (EUTM)

Sería importante incluir en esta descripción, en cuanto a las funciones que competen a la APS, el ámbito de la educación.

En otros países de Latinoamérica la descripción de la práctica fonoaudiológica se encuadra más en los principios de la APS, podemos citar como ejemplos los casos de Colombia y de Chile.

La universidad Nacional de Colombia plantea como objetivo:

Preparar Fonoaudiólogos capaces de prestar servicios que tiendan a optimizar los procesos comunicativos normales y a restaurar los procesos comunicativos desordenados de individuos y grupos humanos con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

El profesional en fonoaudiología está en capacidad de:

(a) Prestar servicios de promoción, prevención, evaluación/diagnóstico, intervención, terapéutica, consejería y asesoría, tanto a grupos sociales en riesgo de desarrollar alteraciones de la comunicación, como a individuos de todos los grupos etáreos con o sin desórdenes manifiestos en sus procesos comunicativos del lenguaje, del habla y de la audición

(b) Desarrollar investigación y ejecutar labores administrativas en los sectores de la salud y de la educación.

La fonoaudiología esta en la capacidad de responder a necesidades relacionadas con el bienestar comunicativo en los siguientes ámbitos; salud, salud ocupacional, educación, seguridad social en riesgos profesionales, justicia e inclusión social de las personas con discapacidades. El desempeño del fonoaudiólogos es reconocido en la política y en la legislación colombiana.

Por ejemplo, necesidades nacionales en el campo de la inclusión social de las personas con discapacidades se pueden formular de la siguiente manera: mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad, por medio de la prevención, así como atendiendo al fortalecimiento y ampliación de los servicios ya existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura. (Medicina.unal:12)

...Formar investigadores y gestores sociales (...) con: (a) visión de equidad y mejoramiento de la calidad de la educación, (b) perspectiva transdisciplinaria y (c) énfasis en la realidad cultural, política y económica de la educación colombiana (...) (Medicina.unal:14)

La Universidad Autónoma de Chile también propone una descripción que se encuadra dentro de los principales lineamientos de la APS:

El Fonoaudiólogo formado en la Universidad Autónoma de Chile es un profesional de la Salud con conocimientos, habilidades y destrezas que le permiten intervenir acertada y oportunamente en el plano educativo, clínico y/o estético de las funciones lingüísticas y de comunicación en individuos o grupos con una actitud humanista basada en la ética, de acuerdo a las necesidades del entorno y del país, permitiéndole así participar activamente en su desarrollo.

Su formación lo faculta para ofrecer una atención fonoaudiológica integral a las personas en todo su ciclo vital, tanto en su condición de población sana, en riesgo o enferma, trabajando a través de las estrategias de promoción de estilos de vida saludable, prevención, educación y rehabilitación.

Su área de desempeño se encuentra orientada a la intervención en trastornos del lenguaje y la comunicación, de la audición y el equilibrio, de la voz y del habla en todas las edades en que estos se presenten, así como en el desarrollo de habilidades comunicativas eficaces.

Está en condiciones de participar en actividades de gestión, administración, docencia e investigación, formando parte de los diversos tipos de equipos de trabajo.

A partir del enfoque del fonoaudiólogo actuando desde el encuadre de APS desarrollaré dos facetas de esta disciplina que no se contraponen y que por el contrario, se fusionan conformando una encrucijada, dos aristas de un mismo perfil: el fonoaudiólogo como agente de salud y el fonoaudiólogo en la educación, instaurándose de esta manera el perfil terapéutico-educativo.

2.3 Fonoaudiólogo como agente de salud

Boado de Landaboure plantea: “*Si entendemos que agente, según la definición de la Real Academia Española de la Lengua, es aquella persona o cosa que provoca un efecto sobre otro, es indiscutible que agente ya sea de salud o enfermedad somos casi todos*”. (Salvador.edu.ar)

Desde la perspectiva de la APS “*el papel del agente de salud se concibe más como dinamizador social, una especie de catalizador de acciones de amplia base comunitaria en una concepción intersectorial.*” (Medicina.unal)

La función de un/una agente de salud integral debería ser articular a la comunidad las dimensiones de lo integral, a partir de experiencias concretas.

Los agentes dedicados a la salud integral, entonces, ejercerían una función social-educativa de estimular, apoyar, acompañar, fortalecer, desafiar y retroalimentar al pueblo, agrupando en su proceso de conquistar y beneficiarse de los derechos fundamentales de la salud. (Organización Kairos, 2008)

Retomando el significado del término *agente*, la *Real Academia Española de la Lengua* lo define como “*Que obra o tiene virtud de obrar*”, es así que se convierte en agente de salud quien *obra* por la salud, potencialmente *todos* podemos ser agentes de salud, todos en nuestra vida cotidiana podemos contribuir con nuestras acciones a una vida más saludable y a un aumento en la calidad de vida.

Todo aquel que promueve hábitos de vida saludables se transforma en agente de salud.

Desde la fonoaudiología podemos actuar pasivamente, en los diferentes niveles, como agentes de salud, porque queda implícito en nuestro rol, actuando predominantemente desde un perfil que se encuadra dentro del paradigma tradicional o podemos actuar activamente desde el encuadre de los nuevos paradigmas, promoviendo y fortaleciendo los hábitos de vida saludables.

Weinstein (1978:46) plantea que “*La salud se puede definir en forma muy simple como conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo*” y que “*la actividad en salud necesita explicitar planos, formular modelos multidimensionales*” (Ob.cit.:49) y describe algunas posibles dimensiones de la salud:

Capacidad vital, capacidad de goce, de comunicación, la creatividad, la capacidad de autocrítica y crítica, la autonomía, la solidaridad, la capacidad prospectiva y de integración. (Ob.cit.:56)

Entendemos que la salud de la persona va mucho más allá de la simple ausencia de enfermedad y se desprende de esta conceptualización que la capacidad de comunicación constituye un aspecto que hace a la salud integral del individuo.

El fonoaudiólogo como terapeuta de la comunicación se transforma en agente de salud activo al preservar y promover la “salud comunicativa”.

La Universidad de Colombia “Universia Colombia” introduce en la descripción del alcance de la Fonoaudiología el concepto de “salud comunicativa”:

Los programas de formación académica en Fonoaudiología estudian la fundamentación teórica y metodológica de la comunicación humana y sus desordenes; la promoción de la salud comunicativa (es decir, la sana y eficaz comunicación entre personas); así como de

la prevención y rehabilitación de las discapacidades y desórdenes de la comunicación, abarcando audición, habla y lenguaje.

Interpretan y generan la información epidemiológica de la discapacidad y de los factores protectores y de riesgo asociados a la salud comunicativa.

Si bien escapa a los objetivos del presente trabajo profundizar en el rol del fonoaudiólogo dentro del marco de la APS en cada una de las áreas que conforman su campo de ejercicio, enfatizamos que se trata de conceptos abarcativos que implican a la fonoaudiología en su conjunto. Me acotaré a la función del fonoaudiólogo dentro del ámbito educativo y más específicamente a su rol dentro de la escuela desde el área de lenguaje ya que la práctica en la escuela N° 276 fue hecha en esa área. Cualquier intervención que se lleve a cabo debería hacerse desde las distintas áreas de un modo integral.

Cabe señalar que en la intersección que se produce entre el ámbito de la salud y la educación, los fonoaudiólogos, como terapeutas de la comunicación, nos convertimos necesariamente en agentes de salud. Nos dice Boado de Landaboure:

¡Que el encuentro de todos los pueblos sea en la tarea de educar cumpliendo la misión de humanizar, con la esperanza de lograr la tan ansiada salud y transformación del mundo de la vida! Entonces sí podremos decir: ¡hemos cumplido la misión de ser verdaderos agentes de salud! (Fuente citada)

En el próximo capítulo se revisará el rol del fonoaudiólogo en la educación desde el encuadre de la APS.

Se retomarán las reflexiones que quedaron planteadas en el primer capítulo. Allí explicitábamos: “Las prácticas preceden a los paradigmas, los que sirven de guía a la transformación y a la generación de nuevas prácticas en una búsqueda de coherencia permanente. Nunca hay una coherencia absoluta entre paradigmas y acciones. Se trata de una construcción y una búsqueda constante en un proceso dialéctico y dinámico.”

En la actualidad el ejercicio de la fonoaudiología en nuestro país toma características de uno y otro paradigma.

A lo largo de la historia, tanto los contenidos como los marcos conceptuales, se han ido adecuando a los modelos vigentes, en la actualidad conviven en la práctica las viejas

concepciones y los criterios más modernos. La construcción de un ejercicio efectivo de nuestra praxis requiere que tomemos lo mejor de uno y otro.

Gutiérrez y Valdeolivas (Obra inédita, 1999) plantean:

La aplicación de metodologías y técnicas predeterminadas es una práctica frecuente en la Fonoaudiología. No obstante es necesario destacar que en el área de Lenguaje la aplicación de técnicas predeterminadas cada vez es menos frecuente, dado el viraje conceptual que ha sufrido en las últimas décadas. El abordaje del paciente y su trastorno implica la necesidad de proclamar la acción terapéutica, más que como un método, como propuestas y estrategias de trabajo, que surgen de una multiplicidad de factores en juego que son siempre particulares y únicos. Por tanto al pasar la creación a un plano de preponderancia asume características de arte más que de técnica.

En la aplicación concreta la Fonoaudiología es en gran parte un arte. Si hubiera una oposición entre arte y ciencia diríamos que es un arte que parte de contenidos científicos. Pero no existe tal oposición, aunque sí hay una distinción. Al igual que el médico, el fonoaudiólogo, a partir de los datos extraídos de las ciencias, actúa frente a cada paciente integrando el material científico y convirtiéndolo en usos nuevos y antes imprevistos. No obstante es necesario aclarar que existen algunos aspectos de la Fonoaudiología en los cuales si bien lo antes dicho está presente los aspectos técnicos tienen una relevancia significativa como por ejemplo en el uso de aparatos y ejercitaciones mecánicas muchas veces indispensables. Creemos necesario reiterar en este punto que esto presenta variabilidades de a cuerdo a la diversidad de prácticas y posturas.

CAPÍTULO 3

EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN LA EDUCACIÓN

3.1 Promoción de la salud en el ámbito escolar

En el capítulo I revisamos los conceptos de APS y de promoción de la salud y vimos que la promoción de la salud se convierte en un enfoque, una estrategia y una función que constituye la base tanto del primer nivel de atención como de los tres niveles de prevención, una herramienta fundamental para llevar a cabo con éxito los objetivos de la APS.

Uno de los principios básicos que hace a la APS es el concepto de acción intersectorial por la salud, Canetti y Da Luz (2002:76) plantean que:

El abordaje a la problemática de la salud es forzosamente intersectorial ya que la salud es un fenómeno complejo y multidimensional. La aproximación al mismo no puede realizarse desde la perspectiva limitada de una única disciplina y de un sector exclusivo. Es indispensable abordarlo a partir de un modelo teórico transdisciplinario que permita crear las condiciones para una comprensión más real del fenómeno y que contemple todas sus dimensiones (...)

Como vimos en el capítulo anterior La Facultad de Medicina otorga al fonoaudiólogo la aptitud para ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, y en muchas ocasiones el fonoaudiólogo tendrá un rol de bisagra, articulando entre los diferentes actores de los mencionados equipos ya que su formación es pertinente a diversos campos de la medicina y la educación.

Es en la línea de trabajo intersectorial y transdisciplinario, que surge en nuestro país, en el año 2008, el Proyecto Interin, “*Proyecto intersectorial de atención para el desarrollo y el aprendizaje, la promoción de derechos y el fortalecimiento de las instituciones educativas*”.

Dicho programa jerarquiza el trabajo intersectorial y la promoción de conductas saludables para así alcanzar sus objetivos:

En materia de estrategias para una atención adecuada al desarrollo infantil y los procesos de enseñanza aprendizaje, se impone una concepción integral, multirreferencial e intersectorial, que jerarquice no sólo el diagnóstico precoz sino una permanente promoción de conductas saludables para el niño y su familia. Estas tareas son competencias de distintos sectores: salud, educación, ámbito social y comunitario, que

deberían aunar sus esfuerzos, en particular en cada territorio, para potenciarlos y racionalizarlos (redes).

De esta manera se constituye una relación privilegiada (y obligada) entre la educación y la salud, sectores que siempre han estado estrechamente vinculados. En referencia González (1999:7) plantea:

*El reconocer la interdependencia dinámica de la salud y la educación, como se potencian y mejoran sus logros hace entender la necesidad de establecer bases de coordinación que perduren y lograr alianzas que estrechen aún más los vínculos a través de un trabajo intersectorial y multidisciplinario que mejore la calidad de vida de la comunidad educativa con una amplia participación de todos sus actores. (...)
Esta alianza permite además llevar a la práctica la equidad, tan indispensable para las naciones democráticas, donde la igualdad de acceso a las oportunidades en educación y salud se vuelve un medio y un fin de las mismas.*

La escuela se transforma en el lugar germinal en el cual llevar a cabo la educación para la salud y la prevención de la enfermedad y los alcances de la fonoaudiología no escapan a las necesidades de la comunidad volviéndose imperante que salgamos del consultorio a trabajar en la escuela. La OPS determina algunos lineamientos generales que hacen a la intervención de los profesionales de la salud en el marco de las escuelas promotoras de salud:

La investigación en educación para la salud en el ámbito escolar es fundamental para adecuar la planificación de las acciones y luego poder determinar alcances e impactos. 'Estas investigaciones deberían centrarse en los siguientes temas:

- diagnóstico de la situación de salud de las comunidades, de los sistemas educativos y sanitarios y de las condiciones de salud de los niños y adolescentes.*
- desarrollo de instrumentos que permitan trazar un diagnóstico rápido de los comportamientos de riesgo según su grupo de edad.*
- estudio del impacto de las acciones desplegadas. El seguimiento, evaluación y difusión de la información constituyen elementos a los que es necesario prestarles especial atención. Es necesario crear mecanismos de monitoreo de las acciones emprendidas; así como evaluar la formación, el proceso y el impacto para readecuar la marcha del programa en desarrollo.'* (González 1999:13)

Quedan establecidas en estos lineamientos, las premisas que deberían regir la intervención del fonoaudiólogo en el ámbito de la educación.

En cuanto a los niveles de atención que determina la APS podemos enmarcar nuestra praxis en la escuela dentro de la descripción del primer nivel:

Artículo 32°.- El primer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.- (MSP, SNIS)

Desde una política de APS es esencial que exista una articulación eficaz entre los diferentes niveles de atención, si bien actuaremos desde las premisas del primer nivel es fundamental poder derivar aquellos casos que así lo requieran al nivel correspondiente. Los tres niveles de atención deben trabajar en forma coordinada “...con el objeto de racionalizar la atención médica y proporcionar el volumen y calidad de las actividades de acuerdo a las necesidades de la población” (Canetti y Da Luz, 2002:74)

En este momento una de las principales inquietudes de docentes y técnicos que trabajan en esta intersección entre la educación y la salud pública radica en la falta de articulación con el nivel terciario por ausencia de recursos.

La limitación que experimentan los docentes y los profesionales de la salud que se enfrentan a diario con la detección de problemas de aprendizaje de diversa índole caracterizados por dificultades lingüísticas, psicomotrices y/o psicopedagógicas, frecuentemente asociadas a alteraciones comportamentales, radica fundamentalmente en la ausencia de servicios públicos que trasciendan la etapa diagnóstica y ofrezcan atención especializada interdisciplinaria que abarque todas las áreas en juego. (Proyecto Interin, 2008)

En el capítulo 4 se describirán algunas acciones que se han llevado a cabo en nuestro medio, entre ellas el referido Proyecto Interin.

3.2 Prevención en el ámbito escolar

Maldonado y Arévalo en su artículo “El Rol del psicólogo en el Gabinete Psicopedagógico: Entre Salud y Educación” (espaciologopédico.com, 2006) enfocan muchos de los principios que rigen también el trabajo del fonoaudiólogo en el contexto educativo. Estos autores toman del

“Reglamento de Funcionamiento de Gabinetes Psicopedagógicos para Establecimientos del Nivel Medio” la descripción de la prevención dentro del ámbito de la educación:

Prevenir: en educación es advertir con anticipación situaciones que pueden obstaculizar el favorable desarrollo de los procesos de enseñanza – aprendizaje, con el fin de adoptar las medidas necesarias para hacer frente a los sucesos que se prevén.

Prevenir orientando: *La combinación de ambos términos, permite definir el accionar dentro de la comunidad educativa, porque prioriza la orientación dentro de los distintos modos de abordaje que pueden realizarse desde la prevención.*

Prevenir orientando abarca una gama de acciones que tienden a fortalecer y preservar situaciones educativas favorables y prevenir aquellas que las obstaculizan, para contribuir a la transformación de la escuela, en una institución dedicada al desarrollo de sus miembros y en la que solo no se transmita, sino que se genere la posibilidad de pensar y sentir para lograr un actuar integrado.

Dentro del mismo Reglamento quedan definidos los distintos niveles de prevención en el ámbito de la educación: primaria, secundaria y terciaria.

*a) **Prevención Primaria:** Abarca el conjunto de acciones que permiten mantener las condiciones óptimas de aprendizaje, y aquellas que tienden a controlar la aparición de factores perturbadores.*

*b) **Prevención Secundaria:** Se refiere al conjunto de procedimientos que coadyuvan para que no se agrave las dificultades ya existentes.*

*c) **Prevención Terciaria:** No se realiza en las instituciones educativas porque se trata específicamente de un abordaje terapéutico con el fin de reducir conflictos e intentar que no se reinstauren como un estado permanente a través de cursos específicos y generales. El abordaje preventivo en la institución escolar, se realiza desde las prevención primaria y secundaria, ambos niveles de prevención pueden estar dirigidos, tanto al sujeto como al contexto.*

La detección precoz, la orientación al sujeto, la familia y la institución educativa en los niveles de aprendizaje, posibilitan buscar el tratamiento si fuese necesario, derivándolo a lugares adecuados para la asistencia.

La prevención es una problemática de toda la sociedad, por eso es necesaria la coordinación con otros organismos estatales o privados que la amplíen y la favorezcan en sus distintos niveles.

La descripción de los niveles de prevención enfocados hacia el quehacer del psicólogo comparte muchas de las premisas que hacen a nuestro propio accionar.

Esencialmente coincidimos en los dos primeros niveles de prevención, en cuanto al tercer nivel, desde la fonoaudiología podemos intervenir por ejemplo en la adecuación curricular de aquellos niños que presentan patología del lenguaje, ya sea esta primaria o secundaria.

En el primer capítulo del presente trabajo revisamos la descripción de los niveles de prevención que fueron planteados en La Conferencia de Alma Ata. En ella quedan expuestos los cometidos que deberíamos llevar a cabo en la Escuela:

- a) prevención primaria: promoción y protección de salud;*
- b) prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento oportuno y*
- c) prevención terciaria: limitación de la incapacidad y rehabilitación, aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad. (Canetti y Da Luz, 2002:76)*

Es desde la perspectiva de la prevención que el “Enfoque de riesgo” cobra relevancia al momento de planificar cualquier intervención.

3.3 Enfoque de riesgo

La OPS señala que el enfoque de riesgo es *“un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.”* (Canetti, Da Luz, 2002:85)

No se trata de un método igualitario sino que su finalidad es la atención equitativa: que se vean atendidas las necesidades de quienes más lo necesitan.

En referencia a esto León (Etchevarne, 2001:180) plantea que

El enfoque de riesgo es un método que se basa en la observación que no todas las personas, las familias y las comunidades, tienen la misma necesidad de atención a la salud; esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de los individuos o grupos, discriminando en función del principio de justicia distributiva que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad, siendo por tanto un enfoque equitativo y no igualitario.

Canetti y Da Luz (Ob.cit.:85) plantean que el enfoque de riesgo es una herramienta que parte de los siguientes supuestos:

- 1) los distintos grupos humanos están expuestos a diferentes problemas de salud, lo cual se mide en términos de riesgo (probabilidad de tener un daño a la salud específico),*
- 2) dentro de un mismo grupo no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o ver afectada su salud sino que algunos individuos tienen una probabilidad incrementada de afectación,*
- 3) la vulnerabilidad de quienes tienen mayor probabilidad de enfermar, o por el contrario la resistencia de aquellos en los que el riesgo es menor, es atribuible a características o condiciones particulares, que pueden ser identificadas con mayor o menor precisión y que se han designado con el nombre de factores de riesgo (cuando aumentan el riesgo) o factores de protección (cuando disminuyen el riesgo).*

Con respecto a los factores de riesgo León (Ob.cit.:180) manifiesta:

Si bien la atención primaria es aplicable a toda la población, su objetivo central es la satisfacción de las necesidades básicas de los grupos postergados y marginados.

Los factores de riesgo que condicionan y determinan esos problemas son de carácter biológico, de ambiente físico, socio-económico, cultural y político.

Desde esta perspectiva el concepto y uso de la noción de factores de riesgo trasciende su connotación biológica orientada fundamentalmente hacia las conductas clínicas, siendo el primer uso sustantivo la identificación de una gama de condicionantes sociales, económicas, culturales y ambientales que los integran.

Y discrimina tres etapas en relación al diseño, la evaluación y la instrumentación de la estrategia que coinciden ampliamente con los lineamientos que plantea la OPS para la intervención de los profesionales de la salud en el marco de las escuelas promotoras de salud:

- a) Una etapa inicial que comprende la identificación y definición de los problemas de salud considerados como prioridad principal, y la realización de estudios epidemiológicos que relacionen dicha prioridad con los presentes factores de riesgo.*
- b) Una segunda etapa de planificación y organización de las acciones relacionadas con la prevención del problema de salud prioritario (intervención sobre los factores de riesgo).*

c) Una etapa final donde se evalúa la efectividad de las intervenciones sobre los daños y/o factores de riesgo.

En el año 1999 ANEP presenta el “Estudio del lenguaje en los niños de cuatro años del Uruguay” en el cual se adopta la metodología del Enfoque de Riesgo y se identifican cuales son los principales factores que inciden en las competencias lingüísticas de los niños de 4 años inscriptos en centros de educación pública del Uruguay. Sobre el mismo manifiesta R. Gutiérrez, quien participó en su elaboración:

El estudio del lenguaje de los niños de cuatro años del Uruguay da cuenta de que las diferencias socioeconómicas y culturales producen diferencias en el desarrollo del lenguaje de los niños tanto en los aspectos formales como pragmáticos. Produce además una predominancia de las funciones emotiva y apelativa y un escaso desarrollo de la función metalingüística. Estos resultados estadísticos poblacionales son acordes a estudios posteriores de grupos y casos en profundidad que hemos desarrollado y demuestran que la condición de pobreza triplica la posibilidad de presentar un “daño” en el desarrollo del lenguaje.

De acuerdo a dichos estudios, el lenguaje de los niños que crecen en ambientes poco letrados frecuentemente se caracteriza por un desarrollo escaso de los contenidos, las formas y los usos del lenguaje, Un uso predominante de las primeras funciones del lenguaje: emotiva y apelativa y dificultades importantes en el acceso a la función metalingüística. (Gutiérrez, 2009 Obra inédita)

Este estudio resulta un gran aporte para las posibles intervenciones que se planifiquen desde la fonoaudiología en el ámbito de la Educación Pública ya que identificó los factores de riesgo de mayor significación y qué población está expuesta a ellos, así como también factores de protección significativos.

Este conocimiento previo nos permitirá elaborar estrategias de intervención adecuadas.

En este estudio quedó claramente demostrado que la pobreza es el principal factor de riesgo para el desarrollo de las competencias lingüísticas de los niños y si consideramos el hecho de que el alarmante porcentaje del 49,5 % de la población infantil (UNICEF, 2006) vive en la pobreza queda poco por decir y mucho por hacer.

El Enfoque de riesgo se convierte en una herramienta esencial en la elaboración de los planes de intervención que atiendan esta situación ya que nos permite adaptarnos a las necesidades reales

de aquellos a los que van dirigidos los mismos. Este enfoque “*pasa a ser un instrumento que abre el camino a intervenciones preventivas y terapéuticas capaces de transformar los obstáculos en oportunidades.*” (E. Martínez y col. Ob.cit.:175)

3.4 El fonoaudiólogo en el ámbito escolar

Diversas concepciones que sustentan las prácticas actuales de promoción de la salud en la educación

Maldonado y Arévalo (Ob.cit.) opinan que

El Paradigma pedagógico moderno plantea el aprendizaje como algo significativo para el educando, útil para su vida cotidiana. La escuela, debe, en este esquema, complementarse con otras instituciones formadoras como la familia. La escuela debe brindar capital social, es decir, “el conjunto de normas de cooperación y solidaridad culturalmente sostenido y compartido por una comunidad”, y dotar a sus miembros de capital cultural, es decir, “el conjunto de destrezas eficaces que le permiten a una persona conseguir sus objetivos en la comunidad en que vive” en este marco la escuela no esta diseñada solo para transmitir conocimientos y cultura, sino habilidades para la vida.

En el Proyecto Interín se plantea que:

La institución educativa resulta uno de los contextos imprescindibles para el desarrollo del sujeto en determinadas edades. En general la “inadaptación” en este contexto se vincula a “problemas de aprendizaje” y “de conducta”, desde un punto de vista clínico, que deben ser comprendidos como la resultante de la interrelación de factores aportados por el niño, la familia, el contexto sociocultural y la institución escolar.

Si todos los niños tienen derecho a la educación esto se traduce en que la educación que ofrecen las instituciones debe adecuarse a las necesidades y potencialidades de todos los niños. Los que presentan estas complejidades en su adaptación escolar requieren de abordajes complejos que atañen a múltiples disciplinas e instituciones responsables de garantizar el derecho a la educación.

Es aquí donde los fonoaudiólogos tenemos mucho para aportar y es desde el encuadre de la APS que debemos insertarnos en la comunidad, trabajando desde ella y para ella, aportando, desde

nuestro perfil, estrategias que potencien el trabajo que la escuela ya realiza y elaborando planes que atiendan las necesidades reales de nuestros niños, sus docentes, la comunidad toda.

Desde hace mucho tiempo la preocupación se centra en el alto índice de fracaso escolar que sufren nuestros niños. Manifestaba Nelly Leites en el año 1998 (Martínez y Col., 2004:16)

El problema de la repetición, asociado a otros, es el flagelo de nuestra escuela pública, porque muestra las disparidades y contradicciones de un sistema que históricamente sustentó la equidad en la cobertura y el currículo único.

La repetición en primer año es un fenómeno instalado en nuestras escuelas de contextos sociales deficitarios. (...)

Actualmente estas escuelas (en las que la tasa de repetición es entre el 20% y el 50%), se convierten, a causa de este fracaso, en semilleros de falsas discapacidades.

Desde mediados de siglo se han implementado diferentes medidas y políticas que buscan dar una solución eficaz a esta problemática sin lograr hasta el momento resultados significativos.

Cuando se configura una situación de “fracaso escolar colectivo”, se requiere un abordaje con dispositivos que contemplen el mayor nivel de complejidad posible. Esto es: con acciones en la comunidad, con el niño, la niña o grupo de niños y niñas, las familias, los centros educativos, los docentes y sus estrategias de enseñanza y los equipos interdisciplinarios que operan con estas poblaciones. (Interin)

En las bases para la implementación de la ENIA “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030” (2008) se plantea que

Junto a las familias, el sistema educativo es el principal agente de socialización, transmisión cultural y transferencia de recursos. Sin mejora de la calidad de la educación, será difícil la sostenibilidad social, demográfica y democrática del país. Debe avanzarse hacia proyectos educativos adecuados a la población a la que se dirigen, tiempos pedagógicos flexibles y compatibles con las nuevas realidades familiares y sociales; centros a escala humana, que permitan una educación personalizada; formación en equipos multidisciplinarios, que contribuyan a analizar y encarar distintas problemáticas que surjan en los centros educativos; evaluaciones que permitan aprender a partir de la experiencia, realimentar y mejorar el proyecto.

Es en esta realidad que se contextualiza la necesidad del ingreso de la fonoaudiología al campo de la educación primaria en nuestro país.

Si bien en el presente trabajo se está abordando la intervención fonoaudiológica, en el ámbito de la educación, desde el área del lenguaje, no podemos dejar de mencionar la importancia que tienen los screening auditivos y la detección de niños respiradores bucales dado el impacto que tienen en la vida del niño los déficits auditivos y respiratorios.

3.5 Fonoaudiología y educación en el mundo

En los últimos años, en diferentes países del mundo, ha tomado relevancia la integración del fonoaudiólogo en el ámbito de la educación, y es así que encontramos con mayor frecuencia la presencia de este especialista trabajando en dicho contexto. Países como España, Chile, Colombia, Argentina, entre otros, incluyen en el plantel técnico de sus centros educativos al fonoaudiólogo.

M. Espeleta plantea:

Reflexionar acerca de la estrecha relación que existe entre la función lingüística y el aprendizaje escolar implica la observación analítica desde el área de la Salud. En esta virtual superposición de las mencionadas áreas, se origina una zona de intersección transitable desde la clínica y que requiere de un conocimiento de cómo el lenguaje se constituye en la base fundacional de las acciones que tienen lugar en el ámbito escolar. (espaciologopedico.com, 2002)

J. M. Vila argumenta en favor de la presencia del fonoaudiólogo en el contexto escolar:

Las dificultades del lenguaje en los niños deben ser abordadas por los profesionales más especializados, en el entorno más normalizado posible. Los logopedas, actuando en franca cooperación con maestros, fisioterapeutas y psicólogos, aportan su conocimiento y habilidad para adquirir y mejorar el lenguaje y así facilitar el aprendizaje escolar y su integración en la sociedad. La escuela debe promover que los niños y niñas progresen en todos los ámbitos y hasta el nivel más alto de sus posibilidades. La escuela inclusiva tiene este cometido y debe contar con todos los profesionales y servicios de soporte para esta misión.

Los logopedas, con la formación complementaria que sea necesaria, son los profesionales adecuados para que la escuela inclusiva ayude a los alumnos a poseer un

lenguaje suficiente para comunicarse, aprender, pensar y sentirse miembros activos de la comunidad.(sindicat.net)

A. Civit I Canales, decana del Col · legi de Logopedes de Catalunya manifiesta:

Muchas cosas han cambiado en la escuela. Actualmente se da cabida a diversos especialistas que años atrás hubiera sido impensable que pudieran ejercer su profesión dentro del ámbito escolar (por ejemplo, los fisioterapeutas). Por ello, en el Col · legi de Logopedes de Catalunya, pensamos que el diplomado en logopedia ha de estar en el ámbito escolar y debe ser, también, uno de los profesionales que entren en la escuela como especialistas. (...)

Los referentes de uso de la lengua están cambiando y nuestros escolares aprenden el uso del lenguaje en unos contextos ricos de imágenes visuales pero con un lenguaje lineal y simplificado. El lenguaje participa en la construcción emocional del ser humano y es un instrumento del civismo, por eso los problemas de lenguaje traen aparejados otros problemas, como la poca capacidad de relacionarse. Quien no tiene lenguaje no aprende y quien tiene un lenguaje empobrecido aprende con dificultades. Parte del fracaso escolar es un fracaso en el dominio del lenguaje. Por ello creemos que el papel del logopeda en la escuela es crucial.

Respetando el trabajo que se ha hecho hasta el momento y fomentando el modelo inclusivo, creemos que el logopeda diplomado también está preparado para actuar en el ámbito educativo, tanto privado como público, fortaleciendo los enlaces comunicativos de los niños, asesorando a los maestros para poder trabajar dentro del aula y proporcionando estrategias que favorezcan la adquisición de los aprendizajes y el intercambio social. (sindicat.net)

Así como se plantea la necesidad del fonoaudiólogo en el equipo de técnicos que actúan dentro de la educación no dejan de vislumbrarse algunas trabas que dificultan su integración armoniosa al mismo. La Fonoaudióloga colombiana B. Alvarez (2006) relata como vivencian en su país la integración del referido profesional al ámbito de la educación:

El conflicto clínico vs. el educativo continúa marcando las interacciones entre maestros y fonoaudiólogos. Para solucionar los efectos de este conflicto en el trabajo de desarrollar formas de ofrecer servicios acordes a las necesidades de la escuela, se han

generado nuevos modelos de intervención. Estos modelos han llevado a los fonoaudiólogos a salir de un pequeño salón dedicado a la terapia para ‘mostrarse’ ante el maestro, en clase y en reuniones de asesoramiento. Aún así, las barreras para la interacción anidan en el imaginario que se han formado unos de otros.

El profesor continúa pensando que el discurso del fonoaudiólogo es muy clínico para la escuela, que su status de clínico/médico considerado superior al del maestro es amenazante, y que no sabe lo suficiente del currículo y de lo que pasa en el aula como para brindarles asesoría. Por su parte, el fonoaudiólogo, tradicionalmente, se ha mostrado como un asesor directivo, ejerciendo un rol de mando sobre el maestro y considerándolo menos experto profesionalmente. Aunque las nuevas generaciones de maestros y fonoaudiólogos se esfuerzan por el acercamiento, los viejos imaginarios siguen vigentes. Dichos imaginarios, determinan las actuaciones de los participantes de la reunión, el ambiente y las características de la misma.

Sería muy interesante reflexionar sobre cuánto de este relato coincide o no con lo que sucede en nuestro propio medio.

Creo que en esta nueva era en la cual comienza a ingresar la fonoaudiología a la Escuela tenemos la posibilidad de elaborar un nuevo vínculo con los maestros y otros técnicos, compartiendo herramientas, teóricas y prácticas, nutriéndonos todos de la interdisciplina.

CAPÍTULO 4

INCURSIONES DE LA FONOAUDIOLOGIA EN EL URUGUAY

Desde hace algunos años se vienen llevando a cabo en nuestro país diversos acercamientos de la Fonoaudiología a la educación.

Entre otras experiencias citaremos la llevada a cabo por la Lic. Carmen Valdeolivas, desde el Área de Lenguaje de la Carrera de Fonoaudiología. También nos referiremos brevemente a la valiosísima experiencia docente asistencial, llevada a cabo en Paso Carrasco, al trabajo realizado en el proyecto de extensión universitaria APEX-Cerro y revisaremos algunos aspectos del actual Proyecto Interín para luego describir el modelo de intervención fonoaudiológico que surge a partir del trabajo realizado en la Escuela N°276.

4.1 Entrevista a Lic. Valdeolivas

En abril del corriente año realizamos una entrevista a Carmen Valdeolivas Lic. Fga., en ese momento a cargo del Área de Lenguaje de la Carrera de Fonoaudiología.

Desde dicha área ha llevado a cabo diversas experiencias en el ámbito de la educación inicial y primaria. Entre ellas nos relató la experiencia llevada a cabo en los años 2004 y 2005 en dos CAIF de la Ciudad de la Costa donde se realizó cobertura diagnóstica del perfil lingüístico de esos niños, talleres con madres y talleres con adolescentes embarazadas. También se llevó a cabo un estudio comparativo de los niveles lingüístico y comunicativo entre la población de dichos CAIF con un jardín privado.

Realizó talleres de lenguaje con educadores en centros diurnos del INAU, donde se analizó la función del lenguaje como mediador.

A nivel de educación primaria se coordinó con la Dra. Colino del Departamento de Diagnóstico de dicha institución, el ingreso de la Carrera de Fonoaudiología a la escuela Sanguinetti, donde se realizó práctica de diagnóstico, estudio de adquisición del lenguaje escrito y entrevistas con padres, sobre todo para derivación.

A nivel de educación primaria se trabajó también en la Escuela N° 111, en la Escuela de Capurro y en la Escuela de Abacú y Avda. Italia, realizando estudio de lenguaje (en 1er año y jardineras y de la evolución de la adquisición del lenguaje escrito y su vinculación con el lenguaje oral).

4.2 Experiencia Paso Carrasco

Recogimos el relato de la Lic. Fga. Laura Peirano de su pasaje por “Paso Carrasco”, en la década de los 90’. La intervención era llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, que contaba con Asistente Social, Fonoaudióloga, Psicóloga y estudiantes de fonoaudiología.

“Los estudiantes iban con una frecuencia de una o dos veces por semana, bajo la supervisión de Dita Pollak que era docente de Lenguaje. Los niños se iban a buscar a la Escuela de la Cicsa que quedaba a dos cuadras, siempre comenzaban con los de jardinera, se los evaluaba a todos y aquellos que presentaban trastorno del lenguaje eran atendidos bajo la supervisión de Dita y si en primero existía alguno que la maestra advirtiera que tenía dificultades, también se atendía.”

Nos relató que fue una experiencia muy enriquecedora tanto por el trabajo en equipo como por la práctica “que ayudaba a los niños y a los estudiantes”.

4.3 Proyecto APEX-Cerro

La Lic. Fga. Rosario Gutiérrez nos relató la experiencia realizada en el año 1985 en el proyecto de Extensión Universitaria APEX-Cerro, liderado, en aquel momento, por el Dr. Carlevaro.

El Programa "APEX-Cerro" es un programa universitario que tiene como objetivos generales promover la inserción de la Universidad en el ámbito comunitario - como espacio educacional formal - aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la conjunción de las funciones universitarias: el aprendizaje unido al servicio, la extensión y la investigación; de la conjunción de los diferentes profesionales y de la conjunción de la Universidad con las otras instituciones con las que comparte objetivos. (UDELAR)

En el marco de éste encuadre la Carrera de Fonoaudiología participó en un equipo neuropsicológico que trabajaba conjuntamente con diversos agentes de la comunidad: maestros, directores, titiriteros. Desde allí se realizaron investigaciones sobre el desarrollo de niños escolares y se trabajó sobre las dificultades de aprendizaje y conducta, temas de vital importancia ya desde ese entonces.

Se llevaron a cabo talleres en jardineras de las escuelas de la zona, se trabajó con los padres y se generó una modalidad de intervención integral e interdisciplinaria a la que se le llamó “La casa del farol”, una instancia en la que se formó la redacción de una revista en la cual trabajaban los miembros del equipo, los niños y los padres de las escuelas de la zona.

También se realizó Screening auditivo con audiómetro a los niños de los primeros años de las escuelas de las zonas. El mismo fue realizado por las fonoaudiólogas Verónica Bettosini, Rita Quevedo y Liliana Clerichetti.

4.4 Proyecto Inter-In

En marzo del corriente año comenzaron a funcionar en nuestro país los Equipos Inter-In. Los mismos cuentan con la participación de fonoaudiólogos integrando los equipos interdisciplinarios, los cuales cumplen funciones relacionadas directamente con el encuadre teórico que venimos revisando: desde su especificidad aportan a dichos equipos tanto estudios de casos individuales como de poblaciones escolares. Estos estudios hechos en forma interdisciplinaria resultan abarcativos tanto por las diversas áreas evaluadas como por el número de niños estudiados. De este modo buscan identificar diferentes perfiles que vinculan los aspectos psicolingüísticos, psicomotrices y psicosociales. Del mismo modo y a partir de estos perfiles permite identificar la necesidad de intervenciones específicas y adecuadas.

En este marco los fonoaudiólogos intervienen en el ámbito escolar realizando talleres de estimulación de habilidades metalingüísticas fundamentales para la adquisición de la lecto-escritura, talleres con maestros, talleres con padres, derivación oportuna y tratamiento.

Dentro del Proyecto intersectorial de atención para el desarrollo y el aprendizaje y con la conjunción de esfuerzos del Consejo de Educación Primaria (CEP), ASSE, INAU y el Programa Infamilia del MIDES, se crea este proyecto piloto denominado: “Centros Inter-In”.

Los Centros Inter-In tienen como objetivo específico fortalecer el vínculo familia/escuela/comunidad, y brindar atención interdisciplinaria de carácter socio-terapéuticoeducativo- interinstitucional a niños, niñas y sus familias, que presentan situaciones de vulnerabilidad o daño en su desarrollo, que condicionan los procesos de socialización y adaptación al contexto escolar, y que no pueden resolverse exclusivamente a través de estrategias escolares.

Este proyecto coordina acciones con el objetivo de brindar soluciones específicas a la detección de diversos problemas de aprendizaje caracterizados por dificultades lingüísticas, psicomotrices y/o psicopedagógicas, frecuentemente asociadas a alteraciones comportamentales de niños que se encuentran en etapa de educación inicial y primaria. Esta problemática obedece a múltiples causas y por tanto merece diferentes abordajes de especialización.

El “rezago escolar” es un indicador que muestra cómo determinada población de nuestro país no logra una adecuada adaptación a las instituciones educativas, al tiempo que las instituciones educativas no logran ofrecer una educación acorde a las necesidades y potencialidades de estos niños.

Las evidencias aún demuestran la existencia de niños con problemas de aprendizaje sistemáticos, para los cuales los servicios existentes resultan incompletos. Como ejemplo cabe mencionar que un 77.4% de los niños que participan del Programa Maestros Comunitarios (PMC) logran promover su año lectivo, resultado que si bien es muy bueno y ha experimentado sensibles incrementos a lo largo de su implementación, también evidencia un entorno de un 25% de niños participantes que no logra promover.

Si bien el proyecto está pensado para implementarse en todo el país, en su primera fase, se desarrollarán tres centros en Montevideo y dos en el área metropolitana, que atiendan un total de al menos 25 escuelas (cinco escuelas cada uno), con una capacidad de abordaje de promoción, prevención y fortalecimiento de la acción educativa escolar de aproximadamente 5.000 niños, y de atención individualizada de al menos 500 niños al año.

Estos Centros cuentan con un equipo interdisciplinario formado por un psicomotricista, psicólogo, psiquiatra infantil (los aportará ASSE), dos maestros, un fonoaudiólogo (aporte de ANEP/CEP), un operador social (aporte de INAU) y un ayudante en administración (Infamilia-MIDES).

Esta experiencia busca colaborar ante la limitación que experimentan los docentes y los profesionales de la salud que se enfrentan a diario con la detección de problemas de aprendizaje de diversa índole. Hasta el momento, no se cuenta con servicios públicos que trasciendan la etapa diagnóstica y ofrezcan atención especializada interdisciplinaria. (fuente:www.sociedaduruguay.org/2009/01)

4.4 Experiencia en la Escuela N°276

Propuesta de un modelo de intervención fonoaudiológica

Durante los años 2005 y 2006 se llevó adelante en la Escuela N°276, del barrio de Tres Ombúes de Montevideo, el proyecto: “Lenguaje, Género y Educación en una Escuela perteneciente a un barrio de exclusión y pobreza. Proyecto de investigación-intervención”.

Dicho proyecto fue llevado a cabo por la Lic. Rosario Gutiérrez, el Lic. Leonardo Peluso y colaboradores. En el mismo participaron durante el año 2006 estudiantes de Fonoaudiología de las generaciones 2002 y 2003.

En esta investigación se partió de la diferenciación entre carencia en el lenguaje y lenguaje diferente, diferenciación que distingue radicalmente las modalidades de abordaje que se hacen ante los niños que, en el escenario escolar, no hablan, hablan menos que los demás niños o lo hacen de un modo diferente o distorsionado. Todas estas características fueron englobadas bajo el término “*problemáticas lingüísticas y comunicacionales*”. (Compilación Martins, 2006:39).

En aquel momento los objetivos giraban en torno al trabajo sobre los desniveles lingüísticos de los niños que ingresan a la escuela y que obstaculizan los procesos de aprendizaje de la lectoescritura. Para abordar esta problemática se implementó una sala de lenguaje para los niños de 4, 5 y 6 años, se generaron instancias formativas, de consulta y de orientación para maestros y un espacio para los padres que tenía un doble objetivo, fortalecer el vínculo padres-hijos en lo referente a la estimulación del lenguaje del niño en el ambiente familiar, y por otro lado se realizaron talleres con una fuerte perspectiva de género.

En mayo del 2008 comenzamos a trabajar nuevamente en dicha escuela, retomando la línea de lo realizado en los años anteriores.

El equipo de trabajo estuvo integrado por la Lic. Rosario Gutiérrez, y los estudiantes de fonoaudiología Ana Laura Silvera, Rodrigo Magnone, Ximena Silveira y Claudia Britos.

A partir de la experiencia realizada se elaboró el siguiente modelo de intervención.

El siguiente intenta ser un modelo de trabajo que implica la participación de la Fonoaudiología en el ámbito escolar. Nuestra expectativa es que pueda servir además, de modelo para la participación de equipos interdisciplinarios con una conformación abarcativa que incluya tanto los perfiles pedagógicos y psicopedagógicos como psicológicos, psicomotrices y del trabajo social. Lo dicho implica entonces, que no se trata de una propuesta de intervención del equipo en el aula, sino de un equipo que al tiempo que colabora con el maestro lo incluye, siendo esto último relevante en todas las etapas.

Etapas

1. Conocimiento del problema

Si bien esta etapa la ubicamos en un primer momento del trabajo, la misma atraviesa todas las instancias, es una etapa permanente. La maestra aporta en todas los

momentos, el conocimiento que tiene del grupo y de las singularidades de los niños. Aporta documentos tales como ficha acumulativa y otros registros.

Otro acercamiento es la **observación de los grupos**. La misma se realiza con pautas precisas que colaboran en la observación de los aspectos interactivos, de la calidad de la interacción, de la expresividad y de los aspectos formales del lenguaje poniendo especial énfasis en los aspectos fonológicos.

En los niños de los grupos de cuatro y cinco años se aplican **pruebas de tamizaje** que permiten detectar aquellos niños que presentan algún tipo de desnivel cognitivo lingüístico. Con los niños de primer año que se encuentran recursando o que presentan importantes dificultades en el desempeño curricular se efectúa un **estudio en profundidad**.

Los resultados de las observaciones, de las pruebas predictivas y/o de tamizaje y de los estudios en profundidad son trabajados en **ateneos** en los que participan maestros y técnicos. Se plantean posibles soluciones y se instrumentan los pasos a seguir.

2. Acciones terapéutico- educativas

Las acciones terapéutico- educativas se llevan adelante a través de tres tipos de talleres que les hemos llamado: “A mi medida”; “Uno a uno” y “El taller del espejito”

“**A mi medida**” El objetivo de este taller es el de propiciar el desarrollo del lenguaje en sus diversos niveles y funciones: **desarrollo fonético fonológico, morfosintáctico, léxico semántico y pragmático**. Su nombre deriva de que se trata de generar un micro mundo a la medida del niño, un escenario de juguete en el que se pueda efectuar juego simbólico y de roles: casitas, policlínica, carpintería, peluquería, almacén etc. En este taller las acciones y actitudes de los adultos (maestros y/o técnicos) responden a lineamientos precisos en un interjuego de simetrías y asimetrías con el niño. Su participación varía a “la medida” de los niños, pasando de un papel protagónico a uno secundario de acuerdo a los procesos y a los desempeños de los niños en el juego.

“**El taller del espejito**” Su nombre deriva de que los niños trabajan con un espejito cada uno en el que se miran, miran sus bocas, sus lenguas, se miran al producir sonidos, al hablar, al gritar etc. Por otra parte dado que su objetivo principal es propiciar la función metalingüística, implica a los procesos de la descentración necesarios para verse, ver su lenguaje y manipularlo. Descontando que la lectura y la

escritura emergente se trabaja en clase, mediante lectura diaria de libros, manejo de las diversas funciones de la lectura, generación de necesidades de material escrito, Etc. En este taller se trabaja la conciencia fonológica, la conciencia semántica, sintáctica y pragmática

*En el “Uno a Uno” se atiende a los niños que en el grupo no logran integrarse tanto por **aspectos vinculares, cognitivos o lingüísticos**. Es necesario ayudarlos individualmente para que luego jueguen en las actividades estructuradas de clase o de taller.*

3. Aportes a la escuela

Finalmente este modelo de trabajo deja como aportes a la escuela:

- *Lo trabajado en los ateneos interdisciplinarios y en los espacios formativos que se puedan generar fuera del horario escolar,*
- *la generación de grupos de estudio con los maestros que deseen participar y de un blog interactivo*
- *el aporte de pruebas predictivas de rendimiento en lectura y escritura y*
- *los materiales específicos necesarios para la realización de los Talleres del Espejito para que los mismos sean integrados al aula en dinámicas interactivas con los otros grupos reorganizando para los talleres a los niños de acuerdo a sus necesidades y posibilidades. (Gutiérrez, 2009 Obra inédita)*

Estas son sólo algunas de las experiencias que se han llevado a cabo en nuestro país.

En la introducción del presente trabajo planteábamos la gran importancia de las mismas. “Si bien son muy valiosas, han sido aisladas y no suficientemente sistematizadas y carecen de un desarrollo teórico y un marco que establezca paradigmas claros que le den coherencia y cohesión a dichas prácticas.”

En el siguiente capítulo y a modo de conclusión, elaboraremos un cuadro comparativo que englobará los modelos de salud de mayor relevancia y el perfil fonoaudiológico acorde a cada uno de ellos.

CAPÍTULO 5
CONCLUSIONES

	Paradigmas tradicionales	Nuevos paradigmas
Conceptualización	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción a predominio biologicista, centrada fundamentalmente en lo orgánico. • Concepción unicausal: enfermedad como pérdida de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción integral y multidimensional del proceso de salud-enfermedad en un contexto social cultural y sanitario específico. • La salud representa el desarrollo de la máxima potencialidad del ser humano en armonía con su medio.
Perfil del Fonoaudiólogo/a	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnólogo de la comunicación humana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente de salud activo al preservar y promover la “salud comunicativa”.
Abordaje	<ul style="list-style-type: none"> • Centrado sobre todo en el síntoma. • Rol predominantemente técnico. • La intervención apunta fundamentalmente al tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrado en las necesidades y posibilidades. • Abordaje primordialmente terapéutico- educativo. • La intervención se enmarca en el encuadre teórico desde la APS: prevención, promoción e intervención oportuna.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento apunta a la “normalización”. 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapéutica apunta al desarrollo máximo de las potencialidades en un marco de armonía con el entorno.
Metodologías	<ul style="list-style-type: none"> • El abordaje es sobre todo desde la práctica individual o desde equipos multidisciplinares. • Estrategias fragmentadas, desde el área de competencia. • Estrategias de atención centradas fundamentalmente en la sintomatología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se privilegia el abordaje inter y transdisciplinario. • Estrategias integradas desde las diferentes áreas en juego. • El síntoma es contextualizado en la realidad del paciente y desde una perspectiva que atiende la multicausalidad del mismo.

Como vimos en capítulos anteriores “Las prácticas preceden a los paradigmas, los cuales sirven de guía a la transformación y a la generación de nuevas prácticas en una búsqueda de coherencia permanente. Nunca existe una coherencia absoluta entre paradigmas y acciones. Se trata de una construcción y una búsqueda constante en un proceso dialéctico y dinámico. En la actualidad el ejercicio de la fonoaudiología en nuestro país toma características de uno y otro paradigma. A lo largo de la historia, tanto los contenidos como los marcos conceptuales, se han ido adecuando a los modelos vigentes. Actualmente conviven en la práctica las viejas concepciones y los criterios más modernos. La construcción de un ejercicio efectivo de nuestra praxis requiere que tomemos lo mejor de uno y otro.”

Si bien desde el ámbito académico se promueven los nuevos paradigmas, no ha sido posible instrumentar un espacio específico dentro de la carrera que forme en APS

Cierto es que están dadas las condiciones y las intenciones. Aún falta la instrumentación desde la E.U.T.M y desde la carrera de fonoaudiología que haga posible un encuadre formal y sistemático del ejercicio fonoaudiológico desde la APS.

Es una expresión de deseo que este trabajo monográfico resulte un aporte a dichos fines, como un elemento más hacia la construcción de un nuevo perfil fonoaudiológico.

Bibliografía

- **Alvarez, B.** (2006) <http://www.urosario.edu.co>
- **Barri, Horacio** (2006) www.emancipacionsye.com.ar/paradigmas_que_rigen_el_modelo_de_salud
- **Calmels, Daniel** (2001) **Cuerpo y saber**, Ediciones Novedades Educativas, Argentina, 3ª edición
- **Canetti, A. y Da Luz, S.** (2002) **Enseñanza Universitaria en el Ámbito Comunitario**, Montevideo
- **Civit I Canales, A.** <http://www.sindicat.net/n.php?n=8513>
- **Dubois, Geneviève.** (1985) **El niño y su terapeuta del Lenguaje**. Ed. Masson. Barcelona
- **E.U.T.M.** <http://www.eutm.fmed.edu.uy/Carreras/PERFIL/Perffonaudiologia.htm>
- **ENIA “Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030”** (2008) Uruguay
- **Espeleta, Marta** (2002) http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?palabra=FONOAUDIOLOGIA&Id_articulo=194
- **Etchebarne, L.** (2001) **Medicina Preventiva y Social**, Oficina del Libro FEFMUR, Uruguay
- **Facultad de Medicina,** (2006) **Instituto de Atención Primaria de Salud** (Versión PDF)
- **Fernández, Alicia** (2000) **Poner en juego el saber** Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires
- **Gutiérrez, R. ; Valdeolivas, C.** (1999) Inédito
- **Gutiérrez, Rosario** (2009) Obra inédita
- **Maldonado, Jorge y Arévalo, Gabriela** (2006) www.espaciologopedico.com
- **Martínez, E. y Col.** (2004) **El Fracaso Escolar: Un enfoque preventivo** UDELAR, Uruguay
- **Martins P.**(compilador) 2006 **“Pensar la escuela más allá del contexto”**, cap 3 **Gutiérrez R., Peluso L.** Editorial Psicolibros, Waslala, Uruguay
- **MSP, OPS** (2006) **Hacia una Política Pública de Promoción de la Salud basada en Comunidades Productivas y Saludables** (Versión PDF)
- **MSP,** (2006) **Reunión de gerentes de OPS/OMS** (Versión PDF)
- **Navarra, Gabriela** (2005) www.cosulpharma.com/articulos.asp?id=43
- **OMS** (1986) www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf
- **OMS** (2003) 55.a sesión del Comité regional de la OPS – OMS, EUA
- **OPS** www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm
- **Organización Kairós** (2008) <http://www.kairos.org.ar/articuloderevistaiym.php?ID=1411>
- **Orozco Africano, J.M.** (2006) **Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena** Edición electrónica.
- **Prada, C.** (2006) Socioantro2.blogspot.com
- **Proyecto IN-TERIN** (2008) MIDES, INAU, ASSE, ANEP Uruguay
- **SNIS Exposición de motivos** (2007) www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx

- **Temas de salud VII. MSP Promoción de la salud en las escuelas.** (1999) **González Sobera, Mario** Artículo “Hacia escuelas promotoras de salud: apostando a la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras”
Montevideo
- **Temas de salud IV MSP** (1995) **Alberti, Sofía; Fabeiro, Graciela; Bonino, Cristina** Artículo “Educación para la salud en educación primaria”
Montevideo
- **UDELAR** (2009)<http://www.universidad.edu.uy/ensenanza/apex.php>
- **UNICEF**
[www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Observatorio_2006_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Observatorio_2006_(1).pdf)
- **Universia Colombia**, <http://www.universia.net.co/conoce-tu-carrera/ciencias-de-la-salud/fonoaudiologia.html> 2006
- **Universidad Autónoma de Chile**
http://www.uautonoma.cl/prontus_autonoma/site/artic/20080930/pags/20080930110331.html
- **Universidad Nacional de Colombia**
<http://www.medicina.unal.edu.co/Pregrado/Fono/ProPreFonoaudiologia>.
- **upe.edu.uy** (2009)
- **Vila, J. M.** <http://www.sindicat.net/n.php?n=8513>
- **Weinstein, Luis** (1978) **Salud y Autogestión.** Ed. Nordan Comunidad.
Montevideo
- **www.monografias.com**
- **www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-4-05.htm**
- **www.sociedaduruguay.org/2009/01**

