



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**ACCIONES DEL FONOAUDIÓLOGO(A)
EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD (APS); LA TEORÍA
FRENTE A LA PRÁCTICA.**

Ludwing Bernart Carreño Patiño
Fonoaudiólogo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Especialización en Administración en Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia

2018

Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS); la teoría frente a la práctica.

Ludwing Bernart Carreño Patiño

Trabajo Final II

Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a): Rosa Helena Flórez Mosquera

Codirectora: Prof. Silvia Raquel Rodríguez Montoya

Línea de Investigación:

Atención Primaria de Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá D.C., Colombia

2018

«Se justifica vivir si el mundo es un poco mejor, cuando uno muera, como resultado de su trabajo y esfuerzo. Vivir simplemente para gozar es una legítima ambición animal. Pero para el ser humano, para el Homo Sapiens, es contentarse con muy poco. Para distinguirnos de los demás animales, para justificar nuestro paso por la tierra, hay que ambicionar metas superiores al solo goce de la vida. La fijación de metas distingue a unos hombres de otros. Y aquí lo más importante no es alcanzar dichas metas, sino luchar por ellas».

Héctor Abad Gómez

“Quizá esté equivocado, porque yo me equivoco mucho; pero lo digo como lo pienso”

Pepe Mujica

Agradecimientos

Agradecimientos especiales a mis profesores en esta etapa de vida, colegas, amigos y
a Dios, creador de mi familia, que en suma, son todas las cosas
de mi universo....

Resumen

El fonoaudiólogo es el profesional de la salud con competencia en la comunicación humana y la deglución. Históricamente ha sido encasillado a la prestación de servicios de rehabilitación individuales, razón por la que resulta importante determinar y comparar las acciones que lleva a cabo y el nivel en que logra desarrollarlas, en el marco de la atención primaria de salud (APS), según el soporte teórico, confrontado con pasadas experiencias de estos profesionales en programas de APS. Se propone una investigación mixta, exploratoria retrospectiva, en dos fases, combinando una revisión de literatura junto a un componente cualitativo, con un grupo focal de fonoaudiólogos de Bogotá que desarrollaron acciones de APS en el programa “territorios saludables” (2012 – 2016). Para analizar la información se emplea el análisis de contenido. Los resultados y conclusiones señalan la línea asistencial y administrativa como niveles donde el fonoaudiólogo logra desarrollar diferentes acciones. En este punto, las concepciones, acciones y percepciones desde la práctica son reduccionistas y en otros casos complementarias a lo que propone la literatura. Urge la necesidad de abrir espacios formativos y laborales para la inclusión de estos profesionales, no solamente en el plano asistencial, sino, en el análisis y construcción de políticas que apunten hacia una Atención Primaria de Salud realmente renovada.

Palabras clave: Atención Primaria de salud, Salud pública, Trastornos de la Comunicación, Fonoaudiología, Rehabilitación. (DeCS)

Abstract

The speech and language pathologist is the health professional with competence in human communication and swallowing. Historically, it has been classified as providing individual rehabilitation services, which is why it is important to determine and compare the actions it carries out and the level at which it is able to develop them, within the framework of Primary Health Care (PHC), the theoretical support, confronted with past experiences of these professionals in PHC programs. A mixed, retrospective exploratory research is proposed, in two phases, combining a literature review with a qualitative component, with a focal group of speech and language pathologist from Bogotá who developed PHC actions in the "Territorios Saludables" program (2012-2016). Content analysis is used for analyze the information, . The results and conclusions indicate the care and administrative line as levels where the speech therapist manages to develop different actions. At this point, the conceptions, actions and perceptions from the practice are reductionist and in other cases complementary to what the literature proposes. There is an urgent need to open training and employment spaces for the inclusion of these professionals, not only in the care setting, but also in the analysis and construction of policies that point towards a truly renewed Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care, Public health, Communication disorders, Speech, Language and Hearing Sciences, Rehabilitation. (DeCS)

Contenido

Resumen	Pág. V
Lista de Tablas	X
Introducción	XIII
1. Justificación	15
2. Objetivos	18
2.1 Objetivo General	18
2.2 Objetivos específicos	18
3. Problema de Investigación	19
3.1. Antecedentes	21
4. Marco teórico	23
4.1. Atención Primaria de Salud (APS) en Colombia	23
4.2. Rehabilitación Basada en la Comunidad	25
4.2.1. Experiencia Bogotá “Territorios saludables”	26
4.3. APS y Fonoaudiología	28
5. Metodología	30
6. Consideraciones éticas	32
7. Resultados	34
7.1. Resultados Primera Fase	34
7.1.1. Política	34
7.1.2. Formación	35
7.1.3. Acciones	36
7.1.4. Impresiones	37

7.1.5. Incidencia	38
7.2. Resultados Segunda Fase	38
7.2.1 Definición de APS.	38
7.2.2 Cargos y funciones.	39
7.2.3 Acciones.	39
7.2.4 Impresiones.	42
7.2.4.1. Impresiones por parte de la comunidad	42
7.2.4.2. Impresiones por parte de los profesionales	43
7.2.5 Experiencia	44
7.3. Conclusiones de la Comparación de Resultados Primera y Segunda Fase	45
8. Conclusiones y recomendaciones	54
8.1. Conclusiones	54
8.2. Recomendaciones	57
Anexo A: Cuadro de selección de artículos	58
Anexo B: Cuadro análisis de contenido	71
Anexo C: Instrumento.	75
Anexo D: Transcripción de entrevistas	76
Anexo E: Consentimiento informado	86
Bibliografía	87

Lista de tablas

Pág.

[Tabla 1:](#) Conclusiones de la Comparación de resultados; teoría frente a la práctica. 45

Lista de Símbolos y abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>APS</i>	Atención Primaria de Salud
<i>PAIS</i>	Política de Atención Integral en Salud (Colombia)
<i>MIAS</i>	Modelos Integrales de Atención en Salud (Colombia)
<i>RIAS</i>	Rutas Integrales de Atención en Salud (Colombia)
<i>RLCPD</i>	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
<i>PCD</i>	Personas en Condición de Discapacidad
<i>RBC</i>	Rehabilitación Basada en la Comunidad
<i>AVAD</i>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<i>AVD</i>	Años Vividos con Discapacidad
<i>AVISAS</i>	Años de Vida Saludable perdidos Anualmente
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OIT</i>	Organización Internacional del trabajo
<i>ASHA</i>	American Speech-Language-Hearing Association
<i>F</i>	Fonoaudiólogo(a)

Introducción

El presente proyecto investigativo intenta dilucidar las acciones que lleva a cabo el fonoaudiólogo en escenarios de salud pública y propiamente en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La Atención Primaria de Salud, es ya reconocida en el mundo como la “nueva” estrategia a utilizar en los diferentes sistemas de salud, para lograr disminuir las brechas e inequidades entre la población y los servicios de salud, sobre todo en materia de acceso, continuidad, atenciones integrales, integradas y más cercanas a la población, y por supuesto, un gasto de bolsillo asequible al usuario. Por su parte, el fonoaudiólogo poco a poco ha llegado a ganarse un lugar como profesional imprescindible dentro del sector salud en el contexto clínico, empero, con la entrada de la estrategia de APS, urge a cada uno de los profesionales de la salud, movilizarse a diversos escenarios, de cierto modo abandonados, y proponer desde sus conocimientos y formación, acciones que tengan como finalidad el aumento de la calidad de vida de su población y la búsqueda del tan anhelado completo bienestar físico, mental y social.

El trabajo final presentado al lector, plantea en primera instancia su pertinencia y justificación, a partir de la revisión de fuentes estadísticas en materia de discapacidad, que sustentan el gran número de habitantes que actualmente presentan limitaciones discapacitantes, enmarcadas dentro del objeto de estudio del fonoaudiólogo. También demuestra, cómo la literatura y las nuevas investigaciones, sugieren la necesidad de que los profesionales de la salud, con conocimientos concretos tanto biomédicos, como de las ciencias humanas, donde tiene partida este profesional, desarrollen nuevas habilidades y competencias que den solución a los problemas emergentes de salud, no sólo físicos, sino también, el actuar sobre los diferentes determinantes sociales de la salud.

Posteriormente, se ofrece un resumido marco teórico sobre el panorama histórico de la Atención Primaria de Salud y su relación con Colombia y la fonoaudiología. Se describen sus inicios en el país, su encuadre con los ejes normativos propios, las leyes y normas que han contribuido *grosso modo*, en estas últimas décadas a incorporar esta estrategia en las diferentes políticas y modelos del sistema de salud, las experiencias exitosas y de gran acogida por parte de la población en programas diferenciales, con nuevas denominaciones (Rehabilitación Basada en la Comunidad), pero con similares principios, dirigidos a poblaciones vulnerables, como es el caso de las personas con discapacidad. También se realiza un recuento de los dominios, competencias y habilidades del profesional de fonoaudiología que consiguen argumentar su valor en los espacios de salud pública y en la estrategia de APS.

Finalmente, mediante una revisión documental y una serie de entrevistas, se obtienen resultados organizados en categorías de análisis que logran responder a la pregunta de investigación y desarrollan cada uno de los objetivos previstos. Así, se hilan a través de una secuencia lógica y argumentativa, las diferentes conclusiones y recomendaciones que apoyan la importancia de este profesional en la estrategia de APS, en sus diferentes líneas de operación y la necesidad de nuevas investigaciones en el tema.

1. Justificación

La atención primaria en salud (APS) se ofrece como una de las grandes soluciones y reformas que intentan reducir o eliminar las principales deficiencias comunes en la prestación de los servicios de salud y a las que apuntan los países en vía de desarrollo (1, 2, 3, 4). El país actualmente intenta consolidar una política de atención integral en salud, recogiendo los principios de la APS, a esta política la ha denominado PAIS (5), que ofrece las directrices, estrategias, modelos (MIAS) y rutas (RIAS). No obstante, la APS ha intentado integrarse en el sistema de salud colombiano en otras políticas públicas en salud, que buscan ofrecer elementos de primera mano para la comunidad a través de los profesionales de la salud, en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en grupos específicos, como es el caso de la primera infancia (6), la vejez (7) y/o la población en condición de discapacidad (8).

La priorización de servicios hace parte del enfoque que intenta dar respuestas a las necesidades “más importantes” en salud pública, sin embargo, dejar de lado el papel que juega en la calidad de vida de la población una atención integral, intentar llevar resultados mucho más sencillos de cuantificar e interesarse sólo por las enfermedades que cuentan con apoyo financiero, y donde se dejan de lado las personas que no encajan con las prioridades de esos programas (1), logran aumentar las altas brechas de inequidad en salud y segmentar el servicio aún más para la población. No obstante, con objeto de fundamentar la pertinencia de la investigación, se encuentran datos estimativos de la Organización mundial de la salud, donde establece que el 12% de la población total de un país puede estar en situación de discapacidad (9). La discapacidad en Colombia, según el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD, a noviembre de 2017 (10), contaba con un total de 1.342.222 Personas en

condición de discapacidad (PCD) registradas y localizadas, que corresponden tan sólo al 2.6% de la población total, es decir que de cada 100 colombianos al menos 3 tienen algún tipo de discapacidad.

Al desagregar los datos sobre la discapacidad, tomando como punto divisorio las alteraciones que más afectan a las personas, se encontró que el 34% de las PCD refieren mayores dificultades en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguido por las alteraciones del sistema nervioso que oscilan en el 25% de los casos. Las discapacidades de mayor relevancia y más tácitamente identificables para los fonoaudiólogos ocuparon el cuarto y quinto puesto, siendo éstas, las alteraciones del oído, y la voz y el habla, con 5.36% y 5.18% respectivamente. Sin embargo la comunicación humana, según Cuervo (11), requiere de procesos como la cognición, el lenguaje, el habla y la audición, procesos interdependientes y estrechamente relacionados. Autores como Vigotsky (12), mencionan la importancia que tienen los procesos neurológicos, en el desarrollo de habilidades lingüísticas y comunicativas, esenciales en el desarrollo personal y social del individuo y en su participación con el medio. En consecuencia, el porcentaje total de personas con discapacidad, de competencia profesional del fonoaudiólogo, se aproximaría al 35% de las PCD, superando las alteraciones físicas y de la movilidad.

El Ministerio de salud y protección social intentó definir los lineamientos nacionales para una rehabilitación basada en la comunidad (RBC) (13), donde acogía ciertas dinámicas propias de la APS (14), con una acción conjunta e integrada para prestar atención y orientaciones en salud a las personas en condición de discapacidad, sus familias y comunidades. En estas políticas, lineamientos y referentes, resulta trascendental la inclusión del profesional de fonoaudiología, para su formulación, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que se traduzca en resultados efectivos, aumentando el cumplimiento de los objetivos trazados, tal como lo señala la resolución 518 del 2015 del Ministerio de Salud en su artículo 18 (15), logrando así, que se refleje directamente el aumento de calidad de vida de la población con estos trastornos o con la posibilidad de adquirirlos, garantizando el goce efectivo del derecho a un bienestar en

salud, en este orden de ideas, un bienestar comunicativo (11), siendo representativo aún más, en las personas bajo condiciones especiales y de vulnerabilidad, donde son más visibles las brechas de inequidad y desigualdad, con dificultades crecientes en el acceso a estos servicios de salud, repercutiendo en el desmedro todavía más significativo de su calidad de vida, la de sus familias y comunidades.

Recientemente, ha empezado a visibilizarse la comunicación como un derecho fundamental humano (16-20), enunciado por primera vez en el artículo 19 de la declaración universal de los derechos humanos. El derecho a la comunicación afecta y transversaliza otros derechos, como en el caso del derecho a la salud. Bajo esta cadena lógica, ambos son inseparables, esto debido a que la vulneración del primero, desencadena carga de enfermedad en la población, entendida como los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años vividos con discapacidad (AVD), años de vida saludable perdidos anualmente (AVISAS), consecuentemente aumentando los riesgos que pueden llegar a afectar al individuo en las esferas personal, familiar y social (21), ya otras investigaciones han hecho su parte, arrojando la importancia de la comunicación humana en la educación y los procesos de aprendizaje (11, 22, 23, 24, 25) y en el ámbito laboral (26-31), lo que representa un aumento al costo país (32).

Finalmente, la OMS (1) ha entendido la importancia de la participación de profesionales con “aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados” para alcanzar un desarrollo óptimo de la atención primaria de salud. Justo allí es donde logra incorporarse el profesional de fonoaudiología, siendo éste, el encargado y experto en la comunicación humana (11) y en los procesos asociados, como en el caso de la deglución, por su conexidad con el sistema estomatognático y el sistema vestibular, por su cercanía con el sistema auditivo, dando así, soluciones y respuestas a los problemas crecientes de salud en la población relacionados con su objeto de estudio.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Comparar las acciones que lleva a cabo el fonoaudiólogo(a) y el nivel en que logra desarrollarlas, en el marco de la atención primaria de salud (APS), según el soporte teórico, confrontado con pasadas experiencias prácticas de un equipo interdisciplinar de fonoaudiólogos en la ciudad de Bogotá en el periodo 2012 - 2016.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las acciones del fonoaudiólogo en el marco de la APS desde los diferentes referentes conceptuales y las experiencias prácticas de un equipo interdisciplinar en la ciudad de Bogotá en el periodo 2012 - 2016.
- Indicar la línea o nivel estratégico de desarrollo de estas acciones.
- Comparar y mencionar los puntos de confluencia y divergencia entre lo que se dice (teoría) y lo que se hace (práctica) de estas acciones previamente identificadas.
- Sugerir a partir de la reflexión sobre los resultados, el alcance, las necesidades de la práctica fonoaudiológica y los niveles estratégicos de operativización del fonoaudiólogo en el marco de Atención Primaria de Salud.

3. Problema de Investigación

La presente investigación que tiene por objeto describir y comparar los abordajes desde la atención primaria de salud por parte de los fonoaudiólogos inmersos en los escenarios de salud pública, ubicados en la estrategia de atención primaria de salud, mediante el análisis de estudios investigativos en la misma materia, políticas públicas colombianas y una aproximación a su práctica, en experiencias pasadas, se ofrece al lector como un punto de vista crítico, sobre la importancia que se da a los procesos comunicativos y por ende al bienestar y salud comunicativo de la población colombiana. Este estudio intenta menoscabar en las actuales directrices que tienen las políticas de atención en salud a diferentes grupos sociales, donde tiene competencia el profesional de fonoaudiología. De este modo, visibiliza la importancia que tiene este profesional en el desarrollo de marcos estratégicos y líneas de acción que brinden atenciones de salud en todas las esferas y procesos del individuo, entendido éste como un ser social que se desarrolla en comunidad y donde esta participación está mediada por la comunicación.

Los profesionales encargados de la comunicación humana son los fonoaudiólogos (11). No obstante, estos profesionales históricamente han sido encasillados dentro del marco de la rehabilitación, siendo proveedores de servicios clínicos individuales (33). Pese a que la ley 376 de 1997 (34) establece la fonoaudiología en Colombia como una profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico que presta servicios relacionados con su objeto de estudio, como son los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo tanto del individuo, como en los grupos humanos de las poblaciones, y que así mismo, esta ley hace énfasis en que uno de los campos generales de trabajo de este grupo de

profesionales, incluye la gerencia de servicios fonoaudiológicos en los sectores de la salud, la educación, el trabajo, las comunicaciones, el bienestar y la comunidad, y que de igual manera, plantea la importancia del fonoaudiólogo en el diseño, ejecución, dirección y control de programas enfocados en la prevención, promoción, diagnóstico, intervención, rehabilitación, asesoría y consultoría sobre los servicios propios de su objeto de estudio, dirigidos tanto a individuos, como a grupos y poblaciones con y sin desórdenes de comunicación y que además, proyecta su relevancia en la asesoría, para el diseño, ejecución y dirección en los campos y áreas donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la Fonoaudiología sea requerido y/o conveniente al beneficio social. Generalmente, lo que se observa, es que a este profesional no se le tiene en cuenta en el diseño y formulación de intervenciones para la comunidad en materia de prevención de los desórdenes de la comunicación y promoción de la salud comunicativa (21).

El desarrollo de un país está profundamente ligado al nivel de salud de su población. internacionalmente se observa mediante diferentes indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y en el incremento en la calidad de vida. Los desórdenes de la comunicación humana, así como otras alteraciones asociadas que competen al fonoaudiólogo, tienen un alto impacto de forma directa en la calidad de vida de las personas. El tratamiento oportuno y la prevención de estos desórdenes significaría un aumento en estos estándares y una disminución en los AVAD, AVD y AVISAS. Por lo que, siguiendo la lógica argumentativa, la inclusión de profesionales expertos en estos campos de conocimiento que logren orientar planes hacia la prevención de la enfermedad, promoción de la salud comunicativa, mitigación y tratamiento de las diversas alteraciones en la comunicación, previstos en planes y políticas, favorecen el desarrollo del país.

Así pues, debido a la formación que se ofrece a estos profesionales (35) y a las opciones u oportunidades que se les brindan fuera del contexto clínico, el fonoaudiólogo patina al discernir y definir las acciones y nuevas líneas estratégicas en las que debería estar incluido, propias de su profesión, en salud pública y en las estrategias de atención

primaria en salud, y de esta manera, no logra reconocer que cuenta con las competencias y habilidades (36) para participar y liderar de manera activa, procesos por el bienestar social y aumento de la calidad de vida de las personas.

3.1. Antecedentes

Al realizar una primera aproximación de búsqueda de documentación en bases de datos de medline, pubmed y google académico, sin limitar el tiempo y con el uso de descriptores ligados más hacia la comprensión y el tratamiento de los desórdenes de competencia del fonoaudiólogo en APS, se encuentran 3 problemas sustanciales:

1. La comunicación humana dentro del contexto de la APS es entendida como una serie de procesos segmentados, razón de que no se ofrezcan atenciones, ni se orienten acciones de forma integral. La comunicación humana, en sí, más allá de la anatomofisiología, es un proceso interactivo y social, una necesidad fundamental, que está determinada por los diversos factores, biológicos, sociales y culturales, los cuales deben ser abordados conjuntamente. Dicho esto, en esta primera aproximación, con el uso de descriptores ligados a la competencia del profesional de fonoaudiología, se encuentran 2 artículos con los descriptores [Atención primaria en salud[Title] OR atención primaria AND Comunicación humana OR comunicación], o en inglés [Primary health care OR Primary care AND Communication OR Human communication] (33, 37). Se obtienen más resultados que se adecúan al objeto de búsqueda utilizando otros descriptores que segmentan la comunicación en diferentes procesos [Atención primaria en salud[Title] OR atención primaria AND lenguaje (35, 38 - 48); Atención primaria en salud[Title] OR atención primaria AND habla OR voz (38, 49 - 51); Atención primaria en salud[Title] OR atención primaria AND audición OR audiología (52 - 65), o en inglés [Primary health care OR Primary care AND Language; Primary

health care OR Primary care AND speech OR voice; Primary health care OR Primary care AND Hearing OR Audiology;]

2. En la gran mayoría de las investigaciones se observa una baja participación y liderazgo de los fonoaudiólogos(as), encontrándose tan sólo un poco menos del 40% (35, 45, 47, 48, 52, 62) en contraste con la gran mayoría de proyectos de investigación que lideran especialidades médicas (38, 40, 41, 43, 44, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 64), enfermería (42, 46, 65) e inclusive ingeniería (39), que superan el 50% de las investigaciones revisadas.
3. Desde la misma profesión se plantea la inconformidad y necesidad de incluir al fonoaudiólogo(a) en líneas estratégicas en la atención primaria, así como establecer las acciones necesarias para desarrollarse profesionalmente en el campo de la salud pública (35, 66, 67)

Con este soporte teórico, la investigación busca abordar el problema subyacente, intentando en principio, definir las diferentes acciones (intervenciones, actividades, servicios, etc.) del fonoaudiólogo en la comunidad en el marco de la atención primaria de salud (APS) y su lugar estratégico, ofreciendo un análisis comparativo entre lo que se dice y lo que realmente se logra hacer, por ello la pregunta que orienta la investigación es:

- ¿Cuáles son las acciones que lleva a cabo el fonoaudiólogo y en qué nivel estratégico logra desarrollarlas en el marco de la atención primaria de salud (APS), según soporte teórico y práctico?

4. Marco teórico

4.1. Atención Primaria de Salud (APS) en Colombia

Desde la promulgación de un nuevo modelo de atención de salud en la conferencia de Alma-Ata en 1978 (68), en las décadas siguientes, países han adherido esta experiencia mediante reformas a sus sistemas de salud, que han y siguen mostrando resultados en efectividad y potencialidad en el tiempo, logrando reducir las disparidades en salud, mejorando la eficiencia del gasto en salud, mostrando resultados positivos en aumento de cobertura y servicios eficaces, e introduciendo importantes innovaciones en los modelos de atención y gestión en salud. En América latina pueden ser analizados los casos de Cuba con su Medicina General Integral; Costa Rica y sus Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS); Brasil con el Sistema Único de Salud (SUS) y los Programas de Salud Familiar (PSF); Chile con su APS municipalizada y sus Centros de Salud Familiar (CESFAM); Venezuela con los Programas de Barrio Adentro; Argentina con los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), y la propuesta de transformación con enfoque de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) del Sistema de Salud Boliviano (69).

En la década de los años 80's, Colombia empieza a tomar partida con la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), con la creación de programas contando con aportes y cooperación de la comunidad internacional y erigiendo una normativa bajo los pilares de la estrategia, como el decreto 1216 de 1989, que rescató la participación de la comunidad a partir de la creación de comités de participación comunitaria. Al ser éste cuestionado por desconocer la organización popular existente, se ve modificado por el

decreto 1416 de 1990 transformando los mencionados comités en asociaciones de usuarios, participantes en juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicio de salud del estado. Más adelante la Ley 10 de 1990, acoge los pilares de la APS con la inclusión de la participación ciudadana y comunitaria con el fin de mejorar las condiciones de salud de las personas que las componen. Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 y bajo la idea de aseguramiento, que se estructura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se dispone de estrategias colectivas para la salud, inicialmente creando el Plan de Atención Básica (PAB) modificado por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007 e incorporando el enfoque de determinantes de la Salud bajo la Ley 1122 del 2007, que Reforma a la Ley 100 (70). Pero, no fue sino hasta la entrada en vigencia de Ley 1438 de 2011 del congreso de la república que reforma el SGSSS y cuyo objetivo es:

“[...] El fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país [...]” (71)

Que empieza a visibilizarse la Atención Primaria de salud, como aquella estrategia que transforma los modelos de salud del país y deja de concebirse como simples programas institucionales, que limitan resultados integrales.

Finalmente, tras la sentencia de la Corte Constitucional T 760 (72) y posterior llegada de la Ley 1751 de 2015 (73) (Ley Estatutaria de la Salud) que tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, comienza a visibilizarse la salud como un derecho fundamental. Su garantía en población con discapacidad es uno de los grandes retos de la aplicación real de esta ley. A la par, la estrategia PAIS (5) constituida en el año 2016, intenta adecuarse al modelo actual que

promueve el acceso a servicios de salud integrados e integrales, con un enfoque diferencial, que aumentan consecuentemente la calidad de vida de los individuos y sus comunidades, respondiendo al llamado de la Ley Estatutaria de la Salud, actuando sobre los determinantes sociales de la salud a través de redes y rutas integradas de servicios de salud incorporadas en los modelos integrales de atención en salud de la estrategia PAIS (5), que facilitan y garantizan el acceso, la oportunidad y la continuidad de las atenciones propias del derecho a la salud.

Recientemente, el Ministerio de salud y protección social intento definir los lineamientos nacionales para una rehabilitación basada en la comunidad (RBC) (74), estrategia que recoge los mismos principios que la APS, reconocida y promulgada por la OMS en la década de los 80's, y adoptada por el continente latinoamericano en el mismo periodo de tiempo. Ésta tiene como finalidad garantizar los derechos no sólo a las personas en condición de discapacidad, sino también a sus cuidadores, familias y comunidades, brindando elementos de empoderamiento, para resolver situaciones propias de su contexto y con ello visibilizar un aumento en su calidad de vida.

4.2. Rehabilitación Basada en la Comunidad

La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) desde la visión conjunta de la OMS, la OIT y la UNESCO, “es una estrategia que tiene lugar dentro del desarrollo comunal general para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión social de las Personas con Discapacidad” (74).

La APS y la RBC, confluyen en una relación, en cuanto que, ambas estrategias se encuentran en sus principios, propósitos, metodología y forma de operar, complementándose e integrándose en las respuestas a las necesidades de la población con discapacidad (75). Para Vásquez (76), “la RBC, en el contexto de la Atención Primaria, en su esencia no es un servicio, es estrategia de acción que integra a salud, a organizaciones de la comunidad y personas, buscando diferentes vías e instrumentos

para la equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.”

La RBC llega a Colombia en la década de los 80's con experiencias reportadas en localidades de Bogotá. También surgen propuestas desde la academia, con universidades en el Valle del Cauca, realizando prácticas comunitarias de los programas académicos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, y desde la asociación de rehabilitadores del hospital San Juan de Dios y las asociaciones del Valle y Caldas. Posteriormente, logra expandirse a lo largo del territorio, con experiencias piloto en el norte y occidente del país. Finalmente, la RBC ha logrado consolidarse en el centro del territorio colombiano, denominándose “Nodo Centro”. Con el paso del tiempo se ha constituido a través de normativas distritales, tal es el caso de la Resolución 002 de marzo de 1979 la cual contribuyó a implementar servicios de rehabilitación primaria (77), el Acuerdo 016 de 1994, que creó el Consejo Distrital de Discapacidad y que logro avazar en su conceptualización (78) y el decreto 470 de 2007 de la Alcaldía Mayor (79), donde se establece y adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital 2007- 2020. Actualmente, Bogotá experimenta un momento de transición, marcada por el protagonismo de la APS que ha impulsando la estrategia de RBC hacia respuestas más integrales y resolutivas (74). A través de programas, incluidos en los planes de desarrollo de los periodos de las alcaldías, han logrado posicionarse modelos de atención estratégicos y equitativos en salud, con base a los conocimientos ya adquiridos y a las experiencias, aciertos y desaciertos. También, fruto de estos años, se ha logrado observar falencias en la capacidad institucional de respuesta ante la demanda de servicios y la falta de profesionales, así como desde la academia, la ausencia de currículos que formen profesionales integrales en estas áreas.

4.2.1. Experiencia Bogotá “Territorios saludables”

El gobierno Distrital en el periodo comprendido entre el año 2012 y 2016, asumió el reto de proyectar a la ciudad como una “Bogotá Humana” (80), donde se garantizara el goce

efectivo de los derechos humanos, incluyendo la salud como derecho fundamental, con el objetivo de promover la calidad de vida de las personas, y contribuir con ello en la resolución de los problemas de salud en Bogotá, se propuso profundizar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), utilizando un enfoque familiar, comunitario (80) y diferencial (81), así como, mediante un modelo de atención integral a las personas y familias, actuando sobre los diferentes determinantes de la salud, desde su ámbito familiar y colectivo en el territorio. Fue de esta manera, que al usar los fundamentos de salud pública, de promoción de la calidad de vida, prevención de la enfermedad, atención humanizada y sobre todo el trabajo de empoderar a la comunidad, volviéndola participativa en su salud, el distrito capital, logró una serie de resultados positivos en cada uno de los territorios establecidos (82), así como el posicionamiento de la estrategia APS como red humana, social, científica y política que sigue abriendo oportunidades resolutorias, en este caso desde la salud urbana, como modelo basado en un pacto social que se sustenta en la responsabilidad compartida, participación inclusiva y gobernanza representativa de todos los sectores de la sociedad (81).

Fue por ello que, tras la información generada desde las acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), en experiencias pasadas, la alcaldía de Bogotá consideró que la problemática central de la población con discapacidad (personas con discapacidad, familias, cuidadores/as), consistía en la continuidad de la inequidad, barreras físicas, actitudinales y comunicativas, que sólo logran segregar y afectar su reconocimiento como seres integrales, desmejorando el acceso a oportunidades para desarrollar capacidades, la vulneración de sus derechos en salud, educación, productividad y participación social (81), por lo que, el uso de estrategias de atención en salud que logren llevar a un acercamiento de los servicios de salud a la población en su propio territorio a través de servicios intra y extramurales (casas, colegios, jardines infantiles, instituciones de protección y en general en los sitios donde habitan las comunidades en los barrios de las diferentes localidades del Distrito Capital) y mediante equipos de respuesta inicial y complementaria logra impactar y romper con las barreras de acceso y discriminación (80).

4.3. APS y Fonoaudiología

Los fonoaudiólogos (as) son los profesionales quienes dedican su práctica profesional en las áreas de la comunicación humana (11) y deglución a lo largo de todo el ciclo vital (80). Históricamente, estos profesionales han sido encasillados en el marco de la rehabilitación, siendo proveedores de servicios clínicos individuales (33). No obstante, los fonoaudiólogos son profesionales autónomos, proveedores de servicios de atención primaria en trastornos que lleguen a afectar la producción del habla, fluidez, lenguaje, cognición, voz, resonancia, alimentación, deglución y audición (80). La ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) (83) detalla el marco de los 5 dominios propios de la práctica profesional del fonoaudiólogo (Abogacía, supervisión, educación, administración/liderazgo e investigación) y los 8 servicios que se conectan con tales dominios (colaboración, consejería, prevención y promoción, detección temprana, evaluación, tratamiento, observancia de las tecnologías en salud propias de su competencia, y los servicios en las poblaciones y sistemas de salud, mejorando la salud y educación de las comunidades, así como, aumentando la efectividad y eficiencia de sus servicios, reduciendo el costo de atención para los sistemas de salud). Por su parte, la Ley 376 de 1997 (34) establece la fonoaudiología en Colombia como “una profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico que presta servicios relacionados con su objeto de estudio tanto del individuo, como en los grupos humanos de las poblaciones”. Esta ley hace énfasis en que uno de los campos generales de trabajo de este grupo de profesionales, incluye la gerencia de servicios en los sectores de la salud, la educación, el trabajo, las comunicaciones, el bienestar y la comunidad. Deriva de ello la importancia del fonoaudiólogo en el diseño, ejecución, dirección y control de programas enfocados en la prevención, promoción, diagnóstico, intervención, rehabilitación, asesoría y consultoría sobre los servicios propios de su objeto de estudio, dirigidos tanto a individuos, como a grupos y poblaciones con y sin desórdenes de comunicación y en las áreas donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la Fonoaudiología sea requerido y/o conveniente al beneficio

social. Como se observa, internacional y en el contexto nacional, el fonoaudiólogo es determinante tanto para la atención de individuos, como de colectividades.

Sin embargo, lo más frecuente, es que este profesional no sea tomado en cuenta en el diseño y formulación de intervenciones para la comunidad en materia de prevención de los desórdenes de la comunicación y promoción de la salud comunicativa (21). Esto debido en gran parte a la formación que se ofrece a estos profesionales (35) que no incluyen currículos formativos en salud pública y en líneas administrativas, que se adapten al panorama actual y que busquen resolver necesidades fonoaudiológicas de las poblaciones, junto a la falta de oportunidades que se les brindan fuera del contexto clínico, así como el desconocimiento de competencias, habilidades y de su accionar diferencial en las diferentes líneas estratégicas a las que está llamado, en salud pública y en las estrategias de atención primaria en salud (36, 83).

5. Metodología

El presente proyecto investigativo es mixto, de tipo exploratorio retrospectivo. Combina una revisión documental con un componente cualitativo. Se llevará a cabo mediante un diseño explicativo secuencial, donde se recogen en primera instancia datos orientados por la pregunta de investigación y seguidamente, se recogen los datos cualitativos. Con base en el análisis y categorías formadas por los datos obtenidos en la revisión de fuentes secundarias, se busca explicar a través de ellos, las respuestas cualitativas a partir de una comparación.

Se propone una revisión en 2 fases. La primera fase consiste en una revisión conceptual de fuentes secundarias (artículos científicos, documentos técnicos, política públicas y marcos normativos), sin límite de tiempo, en idioma español e inglés, en bases de datos, (Pubmed, Medline, Science direct y el buscador académico de Google Scholar), con los términos (“Atención primaria * *” OR “Primer nivel *” OR “Rehabilitación bas* comuni*” AND “Fonoaudiología” OR “logopedia” OR “terapia de lenguaje”; “Primary health *” AND “Speech language therapy OR Speech language *”). Se establecen categorías de análisis según los resultados.

La segunda fase de la investigación, realiza una búsqueda de fonoaudiólogos(as) que hubiesen participado en programas de APS del distrito capital Bogotá. Tras la revisión de sus perfiles laborales y la experiencia como fonoaudiólogos en escenarios de salud pública, se intenta organizar un grupo focal que reuniera características similares en términos de lugar, periodo de tiempo y programa similar de trabajo, donde desarrollaran sus actividades en el marco de la APS. Se encuentran 6 fonoaudiólogas de un total de 10 hojas de vida recibidas, que participaron y laboraron para el distrito en el

programa “Territorios Saludables” en el periodo comprendido entre 2012 y 2016, desempeñando labores como profesionales. Sin embargo, en el transcurso de la investigación, sólo fue posible recuperar muestras de grabación de 4 profesionales en entrevistas individuales, esto debido a sus cargos y ocupaciones actuales, donde les resultó imposible llegar a un acuerdo de tiempo con el investigador, para realizar las entrevistas.

Se realizan entrevistas semiestructuradas a cada uno de los participantes (Véase Anexo C: Instrumento). Las categorías y preguntas de las entrevistas, se crean por medio del método de ensayo y error (trial and error method), proceso en que el investigador se mueve continuamente entre el marco teórico de la investigación y los datos que obtiene, contrastando la utilidad de las categorías provisionales que ha creado y modificándolas según los nuevos resultados que arrojan los datos. Se propone un análisis de las entrevistas, mediante la metodología de análisis de contenido de tipo descriptivo, buscando como objetivo principal, la descripción del contenido, vista desde su fondo, tratando como unidad de contexto las frases que encierran una idea (84). Finalmente, se realiza un cuadro comparativo de la información de fuentes primarias y secundarias (tabla 1).

6. Consideraciones éticas

Este estudio cumple con los principios éticos de investigación reglamentados nacionalmente (resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud) e internacionalmente con la Declaración de Helsinki en 1964, revisada en Tokio en 1975, Venecia 1983, Hong-Kong 1989 y otras revisiones en la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, en Octubre de 1996; y en la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, en Octubre del año 2000, así como la declaración de Singapur de 2010. De acuerdo al Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud., es una investigación con riesgo menor que el mínimo, clasificado como categoría **(a)**.

De acuerdo al Artículo 12, el investigador principal se compromete a suspender la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud y para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

DISPOSICIONES VIGENTES

1. La investigación atenderá los principios éticos universales de inocuidad de la observación, optimización del beneficio para la población objeto del estudio y justicia en la selección de las personas que harán parte de él.
2. Los participantes que cumplan los criterios de inclusión serán informados claramente sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación y su derecho a rehusarse a participar o retirarse del mismo cuando así se desee, decisión que será aceptada y respetada por el grupo investigador. Cabe aclarar que ninguno de ellos representa a sus instituciones actuales.

3. Todas las personas que acepten participar en el estudio deberán firmar la hoja de información y el consentimiento informado elaborado para tal fin, de acuerdo a lo dispuesto en la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual considera este tipo de investigación como de riesgo mínimo (Véase Anexo E: Consentimiento informado).
4. Durante los diferentes procesos de la investigación, la presentación de informes y las publicaciones que ésta genere, se protegerá el anonimato y el derecho a la intimidad de todos los participantes.
5. Ninguna información suministrada por los participantes será utilizada en contra de su voluntad o sin su autorización. Las grabaciones realizadas estarán guardadas en disco duro por un año, a partir de la fecha de producción, luego serán eliminadas por completo de la unidad principal. Las muestras de habla, incluidas en la transcripción de entrevistas, guardarán el anonimato de los participantes, usando tan sólo un código tipificador.
6. No se expondrá a los usuarios ni a los investigadores a situaciones que atenten contra su honor, su intimidad, su integridad o sus valores.
7. Los resultados del estudio sólo se comunicarán en forma global a las autoridades competentes y a la comunidad científica a través de los medios usuales de difusión de esta información.
8. De cualquier manera, los resultados de la investigación no podrán ser utilizados para la discriminación, señalamiento o menoscabo de los participantes o de los investigadores.
9. El informe final del estudio incluirá una discusión en la que se hará alusión a los principales aportes que la investigación produzca para el conocimiento local del tema, y de acuerdo con los resultados obtenidos, se propondrán sugerencias y recomendaciones.
10. La publicación y difusión de resultados se atenderá estrictamente a los hallazgos encontrados.
11. Todo el personal que participa en el desarrollo de la investigación es de reconocida idoneidad y honestidad, incluyendo todos los involucrados desde la planeación del proyecto hasta su ejecución.

7. Resultados

El autor reconoce las diferencias conceptuales entre la atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel. La Atención Primaria de Salud es una estrategia, eje formador de políticas y orientaciones conceptuales en los modelos de atención en salud, actuando en los diferentes niveles de atención en la prestación de servicios de salud, con elementos propios de la prevención, primaria, secundaria y terciaria, y en promoción de la salud. En el mismo orden, las acciones en los primeros niveles asistenciales, así como las que tiene en cuenta la atención primaria como puerta de entrada al sistema, integran en gran medida el diverso accionar de los profesionales de la salud en las diferentes líneas (85, 86). La investigación intenta fundamentar el accionar del fonoaudiólogo en líneas primarias de atención, así:

7.1. Resultados Primera Fase

7.1.1. Política

Otro aspecto a resaltar es la importancia del fonoaudiólogo como agente político, participando activamente en la construcción de políticas (87, 88) en la gestión de modelos de atención integrales (88, 89), en el empoderamiento de familias en acciones de prevención y promoción (90) y demostrando su importancia en los equipos básicos de apoyo (91) rompiendo el esquema tradicional asistencialista (88, 92). Sin embargo, también resulta necesario completar acciones en todo el país, con objetivos y acciones diferenciadas según las características de la población y construyendo redes comunitarias sólidas (92, 93). Para ello, es fundamental el compromiso con el aporte económico, formativo, logístico (inclusión real de las personas con discapacidad a

programas laborales y educativos) y social (empoderamiento y concientización de la población sobre la discapacidad) (92, 93).

7.1.2. Formación

En los temas referentes a la formación del talento humano, para el desarrollo y ejecución de estas acciones, se encuentran desafíos con respecto a la enseñanza de la APS en relación a las concepciones y prácticas pedagógicas en los cursos de Fonoaudiología (91, 94), sólo cuando se reconoce las necesidades y características de la población (95), logra fundamentar su accionar (96). Se observa una fragilidad en la apropiación teórica, práctica (97) y pedagógica (94), donde el fonoaudiólogo debería estar altamente capacitado (67). Los fonoaudiólogos siguen fragmentando la idea de comunicación unidos al criterio social y concepciones sociales (96), visto esto como el conocimiento en nuevas áreas muy poco exploradas y con bajo desempeño (98). El fonoaudiólogo debe repensar su práctica en la perspectiva de atención primaria, con características únicas y específicas (96).

De igual manera, pese a que los fonoaudiólogos demuestran satisfacción con su profesión, se sienten menospreciados con respecto a otros profesionales de salud. (96) un dato curioso radica en que su relación es inversa en la distribución de fonoaudiólogos en el sistema público de salud con respecto a la población, por lo que la reflexión sobre la importancia de los profesionales de Fonoaudiología puede ser un instrumento importante para mejorar la organización de la oferta de estos profesionales para la población (99).

La acciones del fonoaudiólogo en atención primaria en salud están ligadas a un modelo preventista (96), no obstante, no siempre estas acciones son aplicadas (97).

Urge la necesidad de crear educación posgraduada para estos profesionales que brinde soluciones en los escenarios familiares, hospitalarios, educativos y públicos (92,100). La experiencia y la adhesión a la práctica de estos profesionales garantizan más éxito en logros a mediano y largo plazo (95).

7.1.3. Acciones

En la revisión de literatura se encuentran acciones concebidas dentro de:

- Promoción (66, 101, 102, 91, 103) con el fortalecimiento de hábitos que favorezcan un óptimo desarrollo del lenguaje y la alimentación, que incluyan a la familia (104,105,106,67) y el contexto (107,66).
- Prevención (66,35,67) detección e identificación (tamizaje) (108,109,103) temprana de desórdenes de la comunicación y en deglución (lactancia), así como intervenciones tempranas en niños y en familias. Prevención de complicaciones secundarias (mayor grado de discapacidad) (110,109,107) disminuir el avance del desorden (106) y ofrecer un seguimiento (111).
- Actividades interdisciplinarias de prevención, promoción (66,112,113,67) y sensibilización de problemas conexos con la generación o complicación de los desórdenes, incluyendo algunos que no siempre son tenidos en consideración (acufenos) (115) trastornos fonoaudiológicos en la lepra (116) y otros que toman importancia en atención primaria como la disfagia (87), debido a su alta incidencia.
- Actividades en el sector educativo (66,35,103,91, 95) asesoría, consultoría, apoyo y ejecución de acciones de prevención y promoción, que pueden incluir al cuerpo docente, asesorando detecciones tempranas (117) mitigando o eliminando efectos de exclusión y fracaso escolar (116)
- Acciones más allá de lo asistencial (95,67) Abogacía, asistencia técnica, apoyo técnico, acciones de articulación de la red y las acciones de gestión del trabajo, incluso labores administrativas, como los trámites de entrada a los servicios de salud (91)

Estas acciones aclaran la necesidad de la participación del fonoaudiólogo según el contexto (107), teniendo en cuenta el ciclo vital (110,111,106) , estructurantes (35,91), cuidado y crianza, alimentación, educación inicial, recreación, ejercicio de ciudadanía y

participación, nuevas tecnología en salud (110,111), ocupación (118) en las situaciones de vulnerabilidad (116) y según las características del territorio y disponibilidad (95)

Es necesario en igual medida avanzar, reconocer las limitaciones y perfeccionar dichas acciones (105), ofreciendo un seguimiento (111), actualizando los instrumentos de medida y valoración, ofreciendo programas integrales de estimulación (119) eliminando el tradicionalismo y la fragmentación de la atención (sólo lenguaje y audición) (107), y capacitando a otros actores que desconocen el trabajo del fonoaudiólogo (120).

7.1.4. Impresiones

Otra categoría de análisis que surgió tras la revisión, fue acerca de las percepciones o impresiones que generan estas acciones tanto en la comunidad, como en otros profesionales de apoyo del equipo interdisciplinario, e incluso en la propia autopercepción del fonoaudiólogo.

- Según lo hallado en revisión documental, el fonoaudiólogo se percibe en las acciones que ejecuta en el contexto comunitario, como un “guía”(121), educador (122) de los usuarios, como miembro de equipos interdisciplinarios (121,122) y como conocedor del contexto biopsicosocial del individuo.
- Según lo expresado por agentes comunitarios en los documentos revisados, el fonoaudiólogo enriquece sus experiencias con la comunidad y son de una importante necesidad, para ampliar conocimientos en aspectos generalmente no abordados (120, 123). Por otro lado, la no presencia de fonoaudiólogos implica un desconocimiento de los desórdenes a tratar de competencia de estos profesionales, lo que avalaría una atención integral (120, 123)
- Con respecto a otros profesionales de la salud, la participación en un equipo interdisciplinario, el fonoaudiólogo es esencial para ofrecer un diagnóstico, atención y rehabilitación oportunas que pueden marcar la diferencia en su efectividad (113). Cada profesional concibe el tema de rehabilitación según su

formación; el fonoaudiólogo aporta una filosofía y una práctica que intenta alcanzar altos niveles de desempeño funcional en la comunidad (124)

7.1.5. Incidencia

Tras realizar la revisión, se fundamenta el accionar del fonoaudiólogo demostrando la alta incidencia de desórdenes propios de su quehacer. En la niñez, es donde más se encuentran alteraciones y recurrencia a los servicios, en temas que tienen que ver con el desarrollo del lenguaje (125,48) y del aprendizaje (116), siendo precisamente esta línea de profundización profesional, junto con la audiolología, una de las más demandadas en los servicios fonoaudiológicos (126) y en menor proporción el habla y la deglución. Según Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS - (124) respecto a los servicios de rehabilitación se evidencia que dentro de los 5 servicios más recibidos para la PCD se encuentra la terapia fonoaudiológica integral, y a su vez, la mayor cantidad de atenciones fonoaudiológicas registradas se dan en contextos rurales, he ahí la gran necesidad de articular una red con estos profesionales y la comunidad, para abastecer todas sus necesidades.

7.2. Resultados Segunda Fase

7.2.1. Definición de APS

Se logran establecer tres subcategorías. Una vista desde el acceso a los servicios de salud, otra vista desde un enfoque de derechos y finalmente, desde el empoderamiento ciudadano, esta última entendida como el protagonismo y realce de estrategias y habilidades tanto individuales como colectivas en un contexto de desventaja con múltiples barreras como en la discapacidad. En el 75% (3 de las fonoaudiólogas (3F)) se mencionan la prevención y promoción como eje fundamental y orientador de la APS. El 50% (2F) de los aportes hacen referencia a la estrategia de APS como puerta de entrada al sistema, justamente enmarcada en la subcategoría de Acceso. Este tipo de análisis logra aclarar la idea principal que fundamenta el accionar del fonoaudiólogo, como proveedor de servicios de promoción de salud y prevención de la enfermedad, así como

la importancia de educar a la población, en el empoderamiento y conocimiento de sus derechos incluidos en la estrategia de APS.

7.2.2. Cargo y funciones.

En este punto se establecieron 2 subcategorías. La labor asistencial predominó en las respuestas obteniendo un 60% (3F), con cargos y funciones derivadas. El restante 40% (2F) estuvo ocupado por respuestas con cargos de carácter administrativo con funciones en el manejo de grupo de profesionales, liderar, supervisar y orientar el trabajo de campo, facturación y manejo de procesos. Entre las funciones que se desarrollaron a nivel asistencial, destaca la participación del fonoaudiólogo en diferentes espacios extramurales - no hospitalarios (casa, colegio y salud al campo). Dentro de su labor en estos espacios se mencionan actividades de tamizaje, evaluación e intervención en el 60% de los casos y tan sólo el 40% en actividades referentes a empoderamiento de la comunidad e inclusión de personas con discapacidad. De igual manera, resulta importante destacar que el fonoaudiólogo en APS no se le reconoce como un profesional autónomo e independiente, sino como un terapeuta o rehabilitador, que de carácter interdisciplinar aporta a los diferentes procesos de salud de la población, con y sin discapacidad.

7.2.3. Acciones.

Esta pregunta hace parte del eje fundamental del proyecto. En este punto se establecieron cuatro subcategorías. En la primera, tres de nuestras entrevistadas (3F) establecieron actividades de prevención y promoción, no obstante, de las tres respuestas, una solamente estuvo relacionada directamente con el quehacer fonoaudiológico.

La segunda subcategoría se estableció con base a lo referido sobre las actividades en materia de tamizaje y evaluación, el reconocimiento de las alteraciones que pueden estar presentes o aparecer en alguna de las etapas del ciclo de la vida, ocupando un 13% (2F) de las respuestas. La tercera categoría establecida se le denominó "hacia la inclusión",

intentado realzar una acción propositiva por parte de los profesionales. Estas respuestas ocuparon el 27% del total, con referencias de acciones hacia el desarrollo de habilidades de inclusión, empoderamiento, eliminación de barreras y sensibilización, vista como el reconocimiento de la discapacidad por parte de la población.

Finalmente la última categoría incluyó acciones de intervenciones en casos ya diagnosticados, fortalecimiento de habilidades lingüísticas y comunicativas en personas con discapacidad, programas de intervención terapéutica para personas con alteraciones, planes indirectos de intervención para realizar en casa y acciones en escenarios educativos para el manejo del tiempo libre. A esta categoría se le denominó intervención directa e indirecta, contando con el 40% (3F) de las respuestas.

a. Dominios profesionales.

Con el uso de preguntas complementarias se buscó profundizar información sobre el accionar del fonoaudiólogo y su competencia según la academia y su objeto de estudio. Se establecieron dos categorías, una denominada “Paradigma”, ocupando el 70% de las respuestas con el aporte de 3 fonoaudiólogas; y la otra, vista como la crítica a una fonoaudiología que segmenta cada vez más sus servicios con el porcentaje restante. Dentro del “Paradigma”, 3 de las 4 fonoaudiólogas perciben que las acciones se quedan cortas, esto producto del desconocimiento de su trabajo en comunidad y de su quehacer, así como el reduccionismo a un grupo etario en las prácticas de intervención. De igual manera, los procesos engorrosos burocráticos, sujetos a planteamientos administrativos con poco margen de flexibilidad en su operación, dificultan la incursión de propuestas más especializadas y de aptitudes exclusivas del profesional de fonoaudiología. Así mismo, los profesionales reconocen que el perfil del fonoaudiólogo no es valorado, ni reconocido dentro de los escenarios de salud pública, así lo reflejan:

“[...] pero romper el paradigma del fono, es duro, porque nosotros no estamos dentro del perfil de salud pública.” (Véase Anexo D: Transcripción de entrevistas, C: pág. 80)

Desde la problemática de los servicios biomédicos que cada vez más segmentan sus servicios, la fonoaudiología no es la excepción. En los escenarios de APS, según las respuestas de nuestras profesionales, la concentración de estas actividades estuvo limitado a acciones en los procesos del habla, la voz y el lenguaje. De esta manera, es visible la segmentación del servicio ofrecido por los fonoaudiólogos y aún más del concepto de comunicación humana que encierra su objeto de estudio.

b. Otros aportes, necesidades y limitaciones.

Se establecen tres subcategorías. El 44% (2F) de las respuestas estuvieron concentradas en la subcategoría denominada necesidades. Los profesionales refieren la necesidad de fonoaudiólogos en los diferentes escenarios donde estuvieron:

“ [...] me encontré con muchas docentes educadoras y decían aquí faltan fonoaudiólogas, y les dije, -estoy totalmente de acuerdo” (Véase Anexo D. Transcripción de entrevistas, AN: pág.84)

Igualmente, destacan la necesidad del fonoaudiólogo en salud pública, para así lograr abarcar todo tipo de trastorno a lo largo del ciclo vital, así lo refiere una profesional:

“Creo que nos falta mucho como fonoaudiólogos dar a conocer la importancia de la salud comunicativa, no solo en donde yo trabajé sino a nivel de salud pública, las personas no tienen ni idea del rol que puede estar cumpliendo un fonoaudiólogo, por ejemplo en la alteración de la alimentación, trastornos de la alimentación en neonatos, en la primera infancia y en adulto mayor [...] la importancia de rehabilitación de habilidades lingüísticas superiores en enfermedades degenerativas, en enfermedades degenerativas como EA, ELA, que se presentan en comunidad y no tienen ni idea que nosotros cumplimos un papel importantísimo en ellos [...] falta un montón, nosotros además generamos mucho, propuestas de inclusión a las personas con una discapacidad comunicativa y no tenemos esa acción dentro de estos programas; de modificaciones curriculares, modificaciones en el medio, para que pues una persona se pueda desarrollar de forma total y satisfactoria a nivel comunicativo,

creo que nos falta eso, dificultades escolares, dificultades en la deglución, desórdenes neurocomunicativos, disfunciones miofuncionales [...]”. (Véase Anexo D. Transcripción de entrevistas, AD: pág.78)

Otra subcategoría denominada “Oportunidad del servicio”, ocupó el 11% de las respuestas, referentes al acceso al servicio, la siguiente respuesta es muestra de ello:

“[...] Ahora, desde una casa, se encuentran muchas personas con discapacidad en donde la fonoaudióloga debe ser base [...] la mamita no puede acceder a ir a llevarlo, que el médico le dé una remisión para fonoaudiología pasarán dos meses y ya cuando llegaste al fonoaudiólogo, -no mamita, solo te puedo brindar una asesoría. O sea, pienso que el fonoaudiólogo es básico en este programa, que ojalá algún día lo puedan incluir como tal como tareas propias del fonoaudiólogo, sí, no como el terapeuta a nivel general, sino como propiamente fonoaudiólogo”. (Véase Anexo D. Transcripción de entrevistas, AN: Pág.84)

El porcentaje restante de respuestas se ubicaron en la subcategoría denominada “Limitaciones”, donde nuevamente, los manejos y procesos administrativos se hacen presentes, dificultando la labor de los fonoaudiólogos en el tratamiento de los desórdenes propios de su objeto de estudio.

7.2.4. Impresiones

7.2.4.1. Impresiones por parte de la comunidad

En esta categoría principal se establecieron cuatro subcategorías, denominadas “Gobernanza en salud”, “Reconocimiento”, “Agradecimiento” y “Limitaciones”. La primera subcategoría hace referencia al papel que juega el respaldo institucional a la comunidad, visto de este modo, la institución distrital de salud en este caso, realiza un acompañamiento fuerte a través de sus profesionales, con lo cual, la comunidad siente la presencia de la salud en su territorio. Estas respuestas representaron el 10% de las totales, que involucran al fonoaudiólogo como un actor de salud en su territorio y al alcance de la comunidad.

En la subcategoría “Reconocimiento”, las respuestas ocuparon el 20% de los discursos, reconociendo al profesional como una persona que pueda aportar y ofrecer apoyo a sus necesidades, de igual manera, en una de las respuestas se menciona su papel diferencial, por las actividades que realizaban que distaban de ser meramente físicas. La subcategoría “agradecimiento” obtuvo el 10% de las respuestas de los profesionales, resaltando el agradecimiento que ofrece la comunidad al equipo profesional y destacando la importancia de la cercanía y alcance del servicio a la población.

Finalmente, la subcategoría “Limitaciones” obtuvo la mayor cantidad de respuestas, ocupando el 60% de las producciones. Se destaca la apreciación de la comunidad sobre las diferentes acciones preventivas, dándoles poco mérito y sólo resultando positivas cuando ya existe la discapacidad, tal como lo muestra esta respuesta de una de nuestras profesionales:

“[...] estamos en una cultura, donde la prevención a la salud no es importante, entonces cuando no se hacía rehabilitación como tal, es decir, el personaje o el paciente, al que visitábamos no tenía una alteración comunicativa, y llegábamos a hacer la parte de prevención, allí ya no había tanto interés.” (Véase Anexo D. Transcripción de entrevistas, AD: Pág. 77)

También cabe mencionar, el tiempo como factor limitante en el desarrollo de las diferentes actividades, ya sean preventivas o de intervención directa.

7.2.4.2. Impresiones por parte de los profesionales

De igual manera, en esta subcategoría se inscribieron dos subcategorías, “Enriquecimiento profesional” y “Respaldo del equipo profesional”. En la primera subcategoría, el 66.6% (2F) de las respuestas destacan el aprendizaje que se adquiere en este tipo de labores, la interdisciplinariedad aporta diferentes conocimientos agregados a la experiencia, que logran beneficiar en últimas el desarrollo de acciones mucho más integrales. La subcategoría de “Respaldo del equipo profesional”, ocupó el

restante por ciento de las respuestas (1F), resaltando la interdisciplinariedad como base de la APS.

7.2.5. Experiencia

Mediante preguntas complementarias, se indagó con mayor profundidad sobre aspectos que determinan la práctica fonoaudiológica en salud pública y en la estrategia de APS. Se establecieron seis subcategorías, las cuales intentaron conectarse con las anteriores previamente establecidas, sin embargo, se mantuvieron separadas, para ofrecer un punto de reflexión sobre las mismas. Las categorías constituidas se denominaron “Problematización del profesional”, “Principales logros y necesidades”, “Enriquecimiento profesional”, “Satisfacción personal”, “Administración” y “Reconocimiento”. La primera subcategoría hace referencia a las concepciones generadas desde la experiencia en estos escenarios en el fonoaudiólogo, estas ocuparon el 13% de las respuestas. La comprensión de los verdaderos problemas sociales que logran afectar la salud de la población, así como, la recursividad como elemento principal en el desarrollo de acciones en estos espacios, conocimientos que no siempre son adquiridos en la academia. En la siguiente subcategoría respectivamente, las profesionales destacaron los principales logros y necesidades. Entre los logros mencionados, el empoderamiento ocupa un lugar principal, sin embargo, políticas públicas que estén más cercanas a las realidades de las comunidades y otras miradas de accionar, son todavía necesarias.

Ya en la pregunta 4 se había establecido la categoría “Enriquecimiento profesional”, para agregar, los profesionales en la última pregunta destacan lo enriquecedor que significa participar en los diferentes espacios esenciales en un territorio y que son determinantes en la salud. Así mismo, conocer casos de la vida real, en pleno contexto, potencializa la labor del profesional. Estas respuestas ocuparon al igual que la anterior otro 13%. Por su parte, la “Satisfacción personal”, recibió el 20% de las respuestas. Expresiones usadas por las participantes, en congruencia con logros personales como “ser más humano”, “Estar realmente inmerso en la vida de los pacientes”, resaltan las características humanas y profesionales de los fonoaudiólogos.

Igualmente, ya en otra pregunta se había mencionado una subcategoría denominada “Administración”. En esta ocasión la profesional hace énfasis en las habilidades directivas que tiene el fonoaudiólogo debido a su característica esencial, la comunicación. No obstante, esta comunicación vista desde el trato al otro, con una comunicación asertiva que logre direccionar acciones y liderar equipos, que conlleven resultados positivos. Las respuestas obtenidas correspondieron al 26% del total. Finalmente, el “Reconocimiento”, donde la comunidad recibe al fonoaudiólogo y lo reconoce como ese profesional que puede ayudarlo a “rehacer de nuevo su vida”, las acciones ya son conocidas y es necesaria una retroalimentación.

7.3. Conclusiones de la comparación de Resultados Primera y Segunda Fase

CATEGORÍA	TEORÍA	PRÁCTICA
DEFINICIÓN	<p>Es una estrategia base de políticas, que ofrece orientaciones conceptuales en los modelos de atención en salud.</p> <p>Hace presencia en todos los niveles de atención y los diferentes grados de prevención y promoción.</p>	<p>Es una estrategia que garantiza el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Es un derecho a una atención integral.</p> <p>Conocimientos desde la prevención y promoción.</p>
<p>Al comparar las definiciones aportadas por las fonoaudiólogas, se logra distinguir el reduccionismo dado a la estrategia de APS, vista tan sólo como la puerta de entrada al sistema, como una garantía de acceso inicial, que logra dar cumplimiento al derecho a la salud y no como ese gran concepto que se vincula al modelo de atención que ofrece respuestas integrales e integradas, articuladas en los diferentes niveles de atención.</p>		
CARGOS Y FUNCIONES	Cargo Asistencial	Cargo Asistencial

	<p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar detección e identificación temprana (Tamización) de desórdenes de la comunicación y en deglución, incluyendo lactancia. - Realizar intervenciones tempranas en niños y en familias con trastornos de competencia del fonoaudiólogo. - Realizar intervenciones que logren prevenir complicaciones secundarias. - Ofrecer seguimientos a las intervenciones. - Sensibilizar sobre los problemas conexos con la generación o complicación de los desórdenes de la comunicación humana y la deglución, incluyendo lactancia. - Desarrollar actividades de asesoría y consultoría en diferentes escenarios. - Apoyar y ejecutar acciones de prevención y promoción de forma interdisciplinar. - Mitigar o eliminar efectos de exclusión en los diferentes espacios donde se desarrolla el individuo. 	<p>Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividades de tamizaje, evaluación e intervención. - Participar en diferentes espacios extramurales - no hospitalarios (casa, colegio, trabajo y espacios rurales). - Desarrollar actividades de empoderamiento de la comunidad, eliminación de barreras e inclusión de personas con discapacidad.
--	---	--

	<p>Cargo administrativo Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindar abogacía. - Dar soporte en asistencia técnica y apoyo técnico. - Apoyar las acciones de articulación de la red. - Apoyar y realizar trámites de entrada a los servicios de salud. - Ser un agente político en el análisis y construcción de políticas en los diferentes sectores dentro de su competencia profesional. - Apoyar y gestionar modelos de atención integrales. - Empoderar a las familias en acciones de prevención y promoción y en reconocimiento de derechos. 	<p>Cargo administrativo Funciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejar grupo de profesionales, haciendo uso de una comunicación asertiva. - Liderar equipos de trabajo. - Supervisar y orientar el trabajo de campo. - Realizar procesos de facturación. - Conocer y manejar los diferentes procesos administrativos.
<p>Se observa la marcada diferencia en las funciones administrativas. En la práctica los fonoaudiólogos asumen posiciones de coordinación de procesos y equipos de trabajo, por el contrario, en la teoría, las posiciones administrativas son entendidas más desde las funciones no sólo en los procesos asistenciales, sino como orientadores académicos y conceptuales, en la construcción de políticas y modelos de atención en salud.</p>		
<p>FORMACIÓN</p>	<p>Asistencial</p> <p>Currículos formativos no acordes a las necesidades en APS.</p>	<p>Asistencial</p> <p>Fonoaudiólogo(a) con experiencia, preferiblemente en salud pública.</p>

	<p>Administrativo</p> <p>Necesidad de crear educación posgraduada para estos profesionales que brinde soluciones en los escenarios familiares, hospitalarios, educativos y públicos.</p>	<p>Administrativo</p> <p>Fonoaudiólogo(a) con especialización en diferentes áreas.</p>
<p>Es importante como el currículo formativo y la experiencia en campo, logran contribuir a un “<i>know how</i>” en el desarrollo de actividades profesionales en la APS, tanto en niveles asistenciales, como administrativos. Por ello, la importancia de abrir estos espacios (académicos y laborales) a la construcción de profesionales que ofrezcan respuestas integrales, con conocimientos no sólo del individuo, sino de los macroestructurantes de la salud en la comunidad que afectan positiva o negativamente cada uno de sus miembros.</p>		
<p>ACCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y fortalecimiento de hábitos que favorezcan un óptimo desarrollo del lenguaje y la alimentación, que incluyan a la familia y el contexto. - Prevención, detección e identificación temprana (Tamización) de desórdenes de la comunicación y en deglución, incluyendo la lactancia. - Intervenciones terapéuticas tempranas en niños y en familias. - Prevención de complicaciones secundarias (mayor grado de discapacidad). 	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones de prevención y promoción en lenguaje, habla y audición. - Acciones de prevención y promoción generales (no necesariamente especializadas del fonoaudiólogo) - Promoción de actividad física. - Desarrollo de habilidades de inclusión, empoderamiento, eliminación de barreras y sensibilización. - Fortalecimiento de habilidades lingüísticas y comunicativas en personas con discapacidad.

	<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer un seguimientos a las intervenciones.- Apoyar actividades interdisciplinarias de prevención y promoción.- Acciones de sensibilización sobre los diferentes desórdenes de la comunicación, incluyendo acúfenos, trastornos fonoaudiológicos que cursan con enfermedades, como la lepra y en la deglución (la disfagia).- Actividades en los diferentes sectores, brindando asesoría y consultoría.- Acciones cuyo objetivo sea la mitigación y/o eliminación de efectos de exclusión.- Acciones en el cuidado y crianza, alimentación, educación inicial y recreación.- Acciones en los diferentes ciclos de vida de los individuos.- Acciones sobre el ejercicio de ciudadanía y participación.- Acciones en el desarrollo y evaluación de nuevas tecnología en salud.- Acciones de abogacía en salud y educación.	<ul style="list-style-type: none">- Programas de intervención terapéutica para personas con alteraciones fonoaudiológicas.- Planes indirectos de intervención para realizar en casa.- Acciones en escenarios educativos para el manejo del tiempo libre.- Realizar adaptaciones en el proceso de planeación, según tiempos, espacio o dinero para llevar a cabo procesos de rehabilitación.- Visitar espacios, escenarios (la casa, los colegios), ofrecer asesorías y recomendaciones.
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica y apoyo técnico. - Acciones de articulación de la red. - Acciones de gestión del trabajo, - Tramitación de entrada a los servicios de salud. 	
<p>Muchas de las acciones en los cargos asistenciales son llevadas a cabo, no obstante, la segmentación de los servicios, actuando sólo en ciertas líneas profesionales, como el lenguaje y la audición, han dejado de lado, al habla, la voz y la deglución, y en su conjunto la comunicación como un todo, así como la prestación a ciertos grupos etarios, que ha llevado a disminuir la relevancia y aportes del profesional de fonoaudiología en la APS. Sin embargo, no todo ha significado pérdidas, se ha logrado ganar desde la experiencia, con base en las necesidades de la población, traducidas sobre todo en la falta de tiempo y escasez de recursos, en constantes readaptaciones de las prácticas y el aprendizaje e integración de modelos asistenciales que han logrado beneficiarla con una mirada holística e integral del individuo, realizando acciones que traspasan la línea fonoaudiológica y reconociendo su importancia, como en el caso del fomento de la actividad física o el empoderamiento sobre derechos y participación ciudadana. En contraste, Las acciones desarrolladas en niveles administrativos, distan mucho entre el deber ser y el hacer, esto justamente sustentado, por la formación ofrecida a estos profesionales, así como la experiencia y oportunidades en líneas de acción diferentes a las que involucran directamente servicios asistenciales.</p>		
	<p>Limitaciones y necesidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de la participación del fonoaudiólogo según el 	<p>Limitaciones y necesidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta mayor presencia, participación y

	<p>contexto, teniendo en cuenta el ciclo vital, los estructurantes, las situaciones de vulnerabilidad y según las características del territorio y disponibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de actualizar los instrumentos de medida y valoración. - Falta ofrecer programas integrales de estimulación. - Falta eliminar el tradicionalismo y la fragmentación de la atención, prevención, promoción e intervención sólo reconocen el lenguaje y la audición. - Falta capacitar a otros actores del sistema de salud, que desconocen el trabajo del fonoaudiólogo. 	<p>posicionamiento del fonoaudiólogo en las dificultades escolares, en la deglución, en los desórdenes neuro comunicativos, disfunciones miofuncionales y enfermedades neurodegenerativas vistas desde la APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta la inclusión del fonoaudiólogo en los temas de APS en vejez y envejecimiento. - Desconocimiento de la importancia de la salud comunicativa.
<p>Las limitaciones y necesidades que fueron surgiendo a lo largo de la investigación, no ofrecen como tal un punto de comparación y de contraste, por el contrario, el autor las reconoce como dos puntos de vista complementarios, donde resulta más que necesario, asumir posiciones académicas y sustentadas bajo experiencias prácticas exitosas que logren romper paradigmas.</p>		
<p>IMPRESIONES</p>	<p>De la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al fonoaudiólogo se le reconoce como miembro de equipos interdisciplinarios y como 	<p>De la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonoaudiólogo como el profesional que puede dar apoyo a sus necesidades.

	<p>conocedor del contexto biopsicosocial del individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El fonoaudiólogo ayuda a ampliar conocimientos en aspectos no abordados generalmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonoaudiólogo como herramienta para volver a rehacer la vida en personas con discapacidad. - Fonoaudiólogo reconocido por hacer otro tipo de actividades que no son físicas. - El terapeuta sólo agrada y sirve cuando ya está presente la discapacidad.
	<p>De los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - El fonoaudiólogo es esencial, para ofrecer un diagnóstico, atención y rehabilitación oportuna y diferenciada. - Cada profesional concibe el tema de rehabilitación según su formación, el fonoaudiólogo aporta una filosofía y una práctica que intenta alcanzar altos niveles de desempeño funcional en la comunidad 	<p>De los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los terapeutas se retroalimentan y se aprende de todo un poco. - Aprender a trabajar con otros profesionales. - La interdisciplinariedad como base de la APS, el médico respalda al rehabilitador en sus actividades.
	<p>Autoconcepto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autopercepción como “guía”, educador de los usuarios. 	<p>Autoconcepto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Te ayuda a ser más humano
<p>En comunidad, las descripciones en la literatura no recogen el tono romántico y ecléctico que si lo hace al preguntar a nuestro equipo de entrevistados, sin embargo, ambas posturas son en su fondo bastante similares. Desde las impresiones por parte de los profesionales, en la</p>		

teoría resaltan el papel diferencial que cumple en la APS el fonoaudiólogo, mientras que en la práctica, la experiencia habla de interdisciplinariedad, del trabajo en equipo y de la ganancia de aprendizajes que traslapan la fonoaudiología. Finalmente para esta categoría, el autoconcepto cumple una función determinante, esto debido a que la autopercepción de su propia labor en los diferentes escenarios donde se desenvuelve, marca y determina su propuesta de accionar en la APS, como educador, como “guía”, como un profesional con atenciones humanizadas o abstracciones y construcción de posturas a partir de estos conceptos.

Tabla 1: Comparación de resultados; teoría frente a la práctica. *Elaboración propia.*

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1. Conclusiones

Esta investigación surge debido a la necesidad de aclarar las acciones que un(a) fonoaudiólogo(a) puede llegar a realizar y en qué línea de trabajo puede operativizarlas en la estrategia de Atención Primaria de Salud. En definitiva, coexisten dos posibilidades donde el profesional de fonoaudiología puede llegar a desempeñarse y aportar bajo su conocimiento, en acciones integradas e integrales, donde participe y se beneficie la comunidad y donde, sobre todo, sea la clave para alcanzar la meta de desarrollo bajo la idea de justicia social, estas líneas son la asistencial y la administrativa. En cada una de ellas, el profesional toma elementos propios de su cuerpo de conocimientos y de su práctica, tal como lo resalta la conferencia de Alma-Ata (68) científicamente fundados y socialmente aceptables, con el objetivo de garantizar un acceso a los servicios de salud de todos los individuos y familias de las comunidades a un costo razonable.

Ahora bien, desde 1978 (68) la salud y en su medida la APS ha tenido una serie de transformaciones, no en su fondo, ni en su objetivo principal, pero si en su forma, producto de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de cada uno de los países donde se ha logrado incorporar a los modelos de atención, de las experiencias con sus comunidades, de las crecientes y nuevas investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y con base en la experiencias acumuladas en salud pública. Esto, ha llevado a que profesiones del área de la salud, relativamente nuevas, hayan querido posicionarse, aportando desde su cuerpo de conocimientos, aptitudes diferenciadas y experiencias prácticas a una

estrategia de APS renovada. La fonoaudiología en Colombia, ha experimentado esa fuerte presión social, de responder no sólo a demandas individuales, sino también a las colectivas, debido a las graves crisis en materia social que atraviesa el país y las inequidades en salud de sus pobladores, aunado todavía más, en las personas con diferentes y múltiples limitaciones, donde el panorama es aún más complejo.

Por ello, la renovación de la APS, va en paralelo con la renovación de los profesionales de la salud. La investigación confirma, las aptitudes y habilidades que el fonoaudiólogo posee para llevar a cabo acciones diferenciales que afecten positivamente la salud de las poblaciones y consecuentemente un desarrollo económico y social sostenido y que contribuye a mejorar la calidad de vida. No obstante, es indispensable que se abran oportunidades desde lo formativo, con currículos que logren conceptualizar de manera clara al profesional y que contribuyan a sus conocimientos y habilidades científico-prácticas frente a los retos sociales y a la adherencia a los nuevos modelos de atención en salud, ya más arriba se mencionaba una fonoaudiología segmentada, que si bien ha contribuido con logros significativos a la investigación en diferentes campos de conocimiento, ha desplazado un modelo de integralidad en las temáticas, que logran conectarse en últimas hacia una salud comunicativa con toda la suma de sus partes, o desde prácticas donde el fonoaudiólogo pueda utilizar todos los recursos de los que dispone en su formación, de habla, lenguaje, voz, audición y deglución, empero, abordando en su totalidad la comunicación e incluso la alimentación. Es a partir de ello, que se logra tejer una autonomía e independencia en los procesos que lleva a cabo un profesional, participando de forma interdisciplinar en la salud de individuos y comunidades, no de forma descontextualizada y someramente agregada. Cada profesional concibe la salud de forma diferente (124) y cada aporte, contribuye a un máximo bienestar en conjunto, ningún concepto prima sobre el otro, sino que por el contrario, en suma representan, una visión integral de cada una de las partes de un ser humano "societal" (127) entendido este último concepto, como aquella característica general de las relaciones humanas como formas de existencia colectiva. Razón por la que cada terapeuta, contribuye desde su área diferenciada de conocimiento a dar respuestas sobre su filosofía profesional, aportando a la resolución o paliación de la alteración biomédica y/o en sus relaciones

humanas, por lo que esta diferenciación es crucial en una APS renovada, donde cada profesional se ocupe de su campo de conocimiento y lo ofrezca de manera integral.

Por otro lado, estos perfiles formativos no sólo deben ofertarse en el pregrado, sino que, conforme a la necesidad de adherir profesionales con conocimientos y aptitudes especializados en la estrategia de APS, es justo y necesario, abrirles plazas en posgrados que formen cuerpos de conocimientos mejor fundamentados y aporten nuevas perspectivas, como en las líneas administrativas y en salud pública, que contribuyen a incidir sobre y a pensar como tomadores de decisiones, con análisis económicos, de gestión, del recurso humano, de política, de normativa y de otros aspectos relevantes para realizar este tipo de investigaciones y reflexiones. De igual manera, también resulta crucial, poder romper el paradigma de su actuar exclusivo en la prevención terciaria, resultando crucial en la prevención primaria y secundaria, desde la prevención de la enfermedad que genera alteraciones de la comunicación y en la deglución, como en el caso de las enfermedades crónicas, o en su detección precoz, disminuyendo costos posteriores y el deterioro de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades. De igual forma romper el arquetipo del fonoaudiólogo clínico-asistencial, ligar estos profesionales a espacios administrativos, no solamente en papeles de coordinación, sino en tareas de análisis y construcción de políticas, direccionamiento y concertación con otros actores políticos y de salud. Por supuesto, para el firme cumplimiento de estos objetivos, también es necesario que los fonoaudiólogos tengamos un autoconcepto más allá de lo asistencial y nos ubiquemos como líderes sociales y políticos, e incluso activistas, que tienen la comunicación como estandarte y así, lograr dar a entender esta última como eje transversalizador y transformador de políticas, donde la salud comunicativa, traspase más allá de las reducidas líneas de habla, lenguaje o audición y sea en el mejor de los casos, una filosofía de salud que se integre y logre mejores resultados y con mayor adherencia en el tiempo en las demás.

En conclusión la necesidad de nuevos y mejores resultados en salud, de forma humanizada, que abarquen a toda la población en sus diferentes etapas del ciclo vital y distinguiendo sus características particulares de diverso orden (económico, cultural, educacional, etc.), resaltan la necesidad de nuevos profesionales, con aptitudes

diferenciales, con habilidades propias de su objeto de estudio y que transformen paradigmas. El fonoaudiólogo es esencialmente comunicación, pero no comunicación segmentada. La comunicación es de todos, con ella construimos salud. El fonoaudiólogo ofrece nuevas perspectivas sobre salud que pueden alterar sus resultados de forma positiva. Empero, es crucial y determinante abrir espacios para que estos profesionales puedan aportar académica e ideológicamente a nuevas propuestas de una APS renovada.

8.2. Recomendaciones

Esta investigación fue el resultado en principio de una actitud desafiante en contra de las limitaciones preexistentes, la falta de investigación en el tema, la poca presencia de fonoaudiólogos en salud pública y aún más en la estrategia de Atención Primaria de Salud. Empezar investigaciones similares o fortalecer la investigación realizada, es de vital importancia para seguir construyendo una fonoaudiología más participativa, más enterada de las principales enfermedades de este país, que no tienen nada que ver con las patologías clínicas, sino, esas patologías sociales de las que estamos inundados a diario y en las que, como profesionales de la salud, debemos pensar, investigar, reflexionar y luego hablar y existir. En las conclusiones justamente, se menciona la importancia de romper paradigmas, de formarse activamente en nuevas áreas de conocimiento, de participar en los diferentes espacios sociales y con diferentes actores sociales y políticos, en la construcción de pensamientos en seco, propuestas y acciones fundamentadas en investigaciones novedosas que alteren positivamente la salud y calidad de vida de nuestra gente.

Anexo A: Cuadro de selección de artículos. Elaboración propia.

No	Autores y Año	Título de la revista y del artículo o nombre de trabajo de grado	Palabras Claves	Problema u objetivos de la investigación	Método de investigación usado (diseño, instrumentos, sujetos)	Resultados / Conclusiones.
1	Lorena Duarte Viví Mónica Yineth Peña Oleas Luz Bibiana Piragua (2014)	ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA	Primer nivel de atención en salud, rol fonoaudiológico, prevención, promoción, la desórdenes comunicativos, salud comunicativa, calidad de vida.	No está definido el rol que cumple el fonoaudiólogo, ni su accionar en el primer nivel de atención en el SGSSS en Colombia	Descriptivo analítico – Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones Fonoaudiológicas de Promoción - Acciones Fonoaudiológicas de Prevención - Acciones Interdisciplinarias de Promoción y Prevención - Acciones del fonoaudiólogo dentro del programa escuelas saludables
2	Sebastián Achury Delgado Iván Mauricio Cifuentes Cuartas Carolina Lasso Sanceno Stephany Pérez Londoño (2015)	FONOAUDILOGÍA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE	Determinantes sociales de la salud, atención primaria en salud, primera infancia, fonoaudiología.	<p>¿Se encuentra el fonoaudiólogo, como profesional que ofrece servicios de APS, incluido dentro de las atenciones establecidas en la ruta de atención integral a la primera infancia?</p> <p>¿En cuáles estructurantes y atenciones establecidas en la Ruta de atención integral a la primera infancia se encuentra la necesidad de los servicios y las acciones de Fonoaudiología desde un enfoque de APS?</p> <p>¿Cuáles son las acciones de Fonoaudiología según lineamientos nacionales e internacionales y el soporte teórico, relacionados con el quehacer de la profesión?</p>	Cualitativo descriptivo – interpretativo	<ul style="list-style-type: none"> - El fonoaudiólogo se encuentra dentro de los profesionales que pueden homologar el cargo de docente dentro de la estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre. - Estructurantes en donde se encuentra la necesidad del fonoaudiólogo (Cuidado y crianza; salud, alimentación y nutrición; educación inicial; recreación; ejercicio de la ciudadanía y participación) - Acciones (Lactancia, Tamizaje neonatal, crianza, apoyar procesos de participación, transición y adaptación del niño, audiológicas, acciones de prevención y promoción)

3	Lauren Peranich, Kristen B. Reynolds, Shirley O'Brien, Joni Bosch, and Tamara Cranfill (2010)	The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in Primary Care. (los roles del terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y fonoaudiólogo en atención primaria)	occupational therapy, physical therapy, primary care provider, speech/language pathology	Reconocer el trabajo interdisciplinar en atención primaria en salud que llevan a cabo terapeutas, para la identificación temprana y el tratamiento que influye en mejoras a las personas con algún tipo de discapacidad.	Revisión documental	Acciones ofrecidas por cada uno de los terapeutas en población adulta o infantil. <ul style="list-style-type: none"> - comunicación y ambiente en los salones de clase - ambientes de alimentación y habilidades para mantener una nutrición e hidratación, vistas desde la seguridad alimentaria. - papel determinante en la CAA - detecciones e intervenciones tempranas de niños y de familias. - prevenir complicaciones secundarias a las lesiones (mayor grado de discapacidad). - acciones de <u>abogacía</u> e inclusión en la comunidad, diálogo sobre las patologías. - construcción de guías de práctica clínica.
4	Gabriela Allignani, Gustavo Granovsky y Marisa Iroz (2010)	El rol del fonoaudiólogo En un hospital materno infantil	fonoaudiología, lenguaje, deglución, audición, atención primaria.	Entender las tareas profesionales que desempeña el fonoaudiólogo, su inclusión dentro del ámbito de la atención primaria de la salud, la actividad interdisciplinaria que desarrolla y su rol en el diagnóstico precoz	Artículo de reflexión	La inclusión del fonoaudiólogo en un equipo de salud interdisciplinario tiene como objetivo la detección temprana de los trastornos del lenguaje, la comunicación, la alimentación y la audición, facilitando la prevención e intervención precoz.
5	Janneth Martin Villamil, Luz Ángela Camacho, <u>Bilma Doraly</u> González, Roda Soraya Puentes. (2009)	PROCEDIMIENTOS EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN REALIZADAS POR FONOAUDIÓLOGOS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL EN BOGOTÁ	Procedimientos, acciones de promoción y prevención, niveles de salud, fonoaudiología.	¿Cuáles son los procedimientos de promoción y prevención que realizan los fonoaudiólogos en instituciones de salud de primer y segundo nivel en la ciudad de Bogotá?	Cualitativo exploratorio	<ul style="list-style-type: none"> - No hay claridad con el término de estrategias o instrumentos, ya que se determinan en forma general diferentes términos utilizados dentro de estas acciones pero no se hace claridad en su manejo o en su presentación a la hora de realizar estas acciones. - No hay una discriminación en el momento de ejecutar alguna campaña, las acciones son manejadas de forma paralela con los procedimientos. - Criterios para realizar acciones, escogencia de población, intervenciones y procedimientos realizados. También se encontraron estrategias en

						tiempo real que realiza el fonoaudiólogo, el manejo de protocolos, planeación de los procesos y acompañamiento interdisciplinario y la falta de seguimiento y medición del impacto de los programas de promoción y prevención.
6	Sara Tapia, Fernando Espinoza, Paulina Herrera, Dominique Venegas (2016)	Caracterización de fonoaudiólogos/as insertos/as en Centros Comunitarios de Rehabilitación	Centros comunitarios de rehabilitación, fonoaudiología, rehabilitación basada en la comunidad.	¿Cómo conciben su quehacer profesional los/las fonoaudiólogos/as insertos en CCRs? y ¿cómo llevan a cabo su quehacer profesional los/las fonoaudiólogos/as insertos en CCRs?	Cualitativa inductiva - descriptiva	Los fonoaudiólogos insertos en los CCR describen su rol profesional aludiendo a las acciones que implican sus funciones en este contexto, las cuales se describen en tres ámbitos. <ul style="list-style-type: none"> - Fonoaudiólogo como "guía" de los usuarios. - Fonoaudiólogo como miembro de un equipo interdisciplinario. - Fonoaudiólogo como conocedor del contexto biopsicosocial de los usuarios. La definición de los fonoaudiólogos acerca de su rol fue de guía.
7	Débora Moura, Vladimir Andrei Rodrigues Arce (2015)	Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos (Atención primaria a la salud: conceptos y prácticas de fonoaudiólogos maestros)	Desarrollo de personal, fonoaudiología, atención primaria en salud, sistema único de salud.	¿Cuáles son las concepciones de los profesores de los cursos de Fonoaudiología en Bahía sobre Atención Primaria a la Salud (APS) y cómo se articulan sus prácticas pedagógicas relacionadas con el tema?	Estudio mixto de naturaleza descriptiva	Existen desafíos con respecto a la enseñanza de la APS en relación a las <u>concepciones</u> y prácticas pedagógicas en los cursos de Fonoaudiología en Bahía. Se observa fragilidad en la apropiación teórica y pedagógica para poder efectuar cambios en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
8	Axel Pavez Taysa M. Silva (2015)	Fonoaudiología y estética facial: experiencia de Brasil en la Atención Primaria de Salud	fonoaudiología, motricidad orofacial, estética facial, fonoaudiología estética, atención primaria de salud.	¿Son importantes nuevas líneas de investigación en fonoaudiología como la "estética facial" que aborda la musculatura facial y sus alteraciones, ya sean secundarias al proceso natural de envejecimiento y/o a factores externos, para mejorar las condiciones de salud?	Revisión documental	Se plantea la importancia de ampliar el conocimiento del profesional fonoaudiólogo chileno y desarrollar nuevas áreas de desempeño para contribuir en el beneficio de la población.

9	Karen Fontes Luchesi, Isabela Porto de Toledo, Aniane Sibebe Vieira, Bruna Erhardt Meurer, Danielle Itso Quadros, Maria Teresa Corso, Luana Zili Teixeira (2016)	Fonoaudiologia e Odontologia na Atenção Básica: Relato de Experiência de Educação em Saúde (Fonoaudiologia y Odontologia en la Atención Primaria: Reporte de Experiencia de Educación en la Salud)	Fonoaudiología; Odontología; Atención primaria de salud; Prevención primaria; Salud bucal; Promoción de la salud.	¿La interdisciplinariedad presente en la atención primaria puede mejorar acciones y generar aún más <u>eficaces</u> cambios con respecto a la educación para la salud de las colectividades?	Estudio experimental	En esta experiencia, la fonoaudiología y la odontología han demostrado ser aliadas en la educación para la salud del niño, en especial en la salud bucal y en el desarrollo de las funciones orales.
10	Daniela Regina Molini-Avejonas, Vera Lúcia Ferreira Mendes, Cibelle Albuquerque de la Higuera Amato (2010)	Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências (Fonoaudiologia y Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia: conceptos y referencias)	Salud pública, atención primaria en salud, salud de familia, sistema único de salud, promoción de salud.	¿Cuál es la importancia de los programas de apoyo a la salud familiar relacionadas con los servicios de fonoaudiología?	Revisión documental	Resulta necesario el monitoreo y sistematización de los límites y potencialidades de este modelo, mejoramiento y apropiación del mismo, como estrategia de atención integral, de inserción de la Fonoaudiología en el sistema único de salud <u>brasileño</u> .
11	Hanielle Oliveira Costa, Maristela Inês Osawa Chagas, Rafaela Bezerra Façanha Correia, Maria Socorro de Araújo Dias, Francisca Lopes de Souza, Ana Helena Araújo Bomfim Queiroz (2012)	Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde frente aos problemas fonoaudiológicos da população na atenção básica. (conocimientos y prácticas de los agentes comunitarios de salud frente a los problemas fonoaudiológicos de la población en la atención básica)	Agentes comunitarios de salud, fonoaudiología, programa de salud de familia.	¿Cuál es el conocimiento y práctica de los agentes comunitarios de salud (ACS) frente a los problemas fonoaudiológicos de la población?	Cualitativo descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> - La atención en centros comunitarios es una experiencia enriquecedora para los agentes comunitarios. - La no presencia de fonoaudiólogos, implican un desconocimiento de diferentes desórdenes que pueden <u>intervenirse</u> para proporcionar una atención integral. - Se resalta la necesidad de tener un profesional de fonoaudiología actuando de manera continua en la atención primaria en salud, ampliando el conocimiento a los diferentes agentes comunitarios de los problemas propios de su profesión, vistos en la población.

62 Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS);
la teoría frente a la práctica.

12	Lavor Navarro Xavier, Ivana Arrais; Oliveira dos Santos, Ana Célia; da Silva, Danielle Maria (2013)	Saúde Vocal Do Professor: Intervenção Fonoaudiológica Na Atenção Primária À Saúde (Salud vocal del profesor: intervención Fonoaudiológica en la atención primaria a la salud)	Promoción de salud, salud vocal, profesor, educación en salud, atención primaria en salud.	No se presentan las suficientes acciones para promocionar hábitos que <u>incrementen</u> la salud vocal en profesores	Estudio mixto experimental	Importancia de crear acciones dirigidas a los profesores, para el cuidado de su salud vocal, con fonoaudiólogos desde los equipos de atención primaria en salud.
13	Doris Lewis (1996)	Práctica del fonoaudiólogo en los servicios de atención primaria en salud en Sao Paulo: un estudio de representaciones sociales. (Tesis de doctorado)	Fonoaudiología, atención primaria en salud, representaciones sociales.	¿Cuáles son las representaciones sociales que rodean la práctica fonoaudiológica y cómo se conectan con la atención primaria con la representación social de salud y la práctica concreta cotidiana?	Estudio cualitativo	Los fonoaudiólogos estamos satisfechos con nuestra profesión, sin embargo, nos sentimos desvalorizados con respecto a otros profesionales de salud. Los fonoaudiólogos siguen fragmentando la idea de comunicación unidos al criterio social y concepciones sociales. La acciones del fonoaudiólogo en atención primaria en salud están ligadas a un modelo preventista. El fonoaudiólogo se reconoce como profesional de salud, sólo cuando reconoce las necesidades de la población y con ellas fundamenta su accionar. Por otro lado el fonoaudiólogo debe repensar su práctica en la perspectiva de atención primaria, con características únicas y específicas.
14	Moreno Barral J., Curet, C., Barteik M., Reynoso R., Hendl S., Pavlik M., Romani C., Schafer H	Atención Primaria Diagnóstico Precoz De Hipoacusias	Hipoacusia, Screening Auditivo Neonatal, Otoemisiones Acústicas (OEA), Potenciales Auditivos del Tronco Cerebral (BERA).	¿Cuál es la importancia del diagnóstico precoz de las hipoacusias para prevenir trastornos de otro tipo que pueden afectar al individuo?	Revisión de literatura	El diagnóstico precoz o screening de hipoacusia lleva a implementar una intervención temprana de la sordera y a la necesidad de la prestación sanitaria dentro del Sistema de Salud. Preferentemente debe realizarse el screening auditivo universal ya que entre el 30 y el 50% de los niños con hipoacusia no son detectados cuando el screening se restringe sólo a niños de alto riesgo. Un individuo nunca es muy niño o muy joven para ser tratado de hipoacusia. Cuanto más temprano comience la intervención, mayor será su chance de desarrollar el máximo potencial.

15	ELISA CARABECHO, VERONICA PETELIN (2015)	Informe de práctica profesional "ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL LENGUAJE EN NIÑOS APLICANDO EL TEST: "PRESCHOOL LANGUAGE SCALE" (PSL)	Fonoaudiología, Atención Primaria en Salud, Enfoques, Tratamientos	Demostrar la importancia de intervenciones colectivas por el alto número de alteraciones en los componentes del lenguaje en niños valorados.	Cuantitativo - experimental	Se observa un alto número de alteraciones tanto expresivas, comprensivas y fonológicas en los niños evaluados, superando el 70%, razón por la que resulta determinante realizar intervenciones colectivas en el centro de atención primaria de la ciudad.
16	Quaglino, M.B., Vitelleschi, M.S., Maldonado, L.M. (2013)	Evaluación del funcionamiento de un sistema público de atención de discapacidad auditiva mediante métodos multivariados	Hipoacusia, Atención primaria de la salud, Análisis de correspondencias múltiples.	Evaluar la consecución de objetivos de un centro de atención integral de la audición	Cuantitativo retrospectivo	Se observan falencias en la detección temprana de hipoacusias en menores y mayor demora en el diagnóstico. Se realiza un llamado de atención que logre incluir otras medidas aparte de las de detección como el tratamiento precoz a los niños que reciban un diagnóstico oportuno.
17	Antonio Fernández Cano, Mariano Machuca Aceituno (1998)	CONCORDANCIA Y ERRORES (TIPO I Y II) EN EL DIAGNÓSTICO LOGOPÉDICO PRIMARIO.	logopedia, detección primaria, <u>deficit</u> logopédicos.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué grado de concordancia existe entre el diagnóstico logopédico primario realizado por maestros tutores y el diagnóstico profesional realizado por expertos? - ¿Qué errores tipo I y II se <u>cometen</u> al realizar un diagnóstico primario (primera aproximación al diagnóstico por anamnesis)? - ¿Qué variables permiten discriminar entre sujetos con déficits logopédicos diagnosticados primariamente? 	Exploratorio - descriptivo	<p>— Existe una serie de variables que permiten discriminar la existencia de anomalías logopédicas en escolares de 4 a 12 años, en base a un instrumento de medida con cierta validez y fiabilidad. Tales variables son las relativas a la presencia trastornos fonéticos, paradigmáticos y agramatismos, así como la variable fatigabilidad.</p> <p>— El sentido de «detección» de anomalías logopédicas en escolares que posee el profesor tutor concuerda con un diagnóstico más ajustado que emite el especialista con el concurso de un instrumento validado.</p> <p>— Existen mínimas discordancias entre el diagnóstico primario del profesor y el acometido por especialistas apoyados en un instrumento de medida. Tales discrepancias expresables como errores expone una mayor tasa de error tipo I (falsas diferencias) que error tipo II (falsas igualdades) en una razón de 7:1.</p>

64 Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS);
la teoría frente a la práctica.

18	Gabriela dos Santos Buccini, Marina Lúcia Pereira de Almeida Tulha (2011)	La maternidad: una estrategia de prevención en la salud para formación de sujetos sanos	Relaciones Madre-Hijo Salud Materno-Infantil, Prevención Primaria Promoción de la Salud	¿si, utilizando la estrategia de APS se pueden reconstruir los vínculos débiles que constituyen las relaciones de los padres, con consecuencias para el desarrollo y capacitación de los sujetos?	Artículo de reflexión	Resignificar los vínculos con autonomía y con acciones a crear un ambiente sano de desarrollo del menor, son justicias justicias .
19	Kátia de Cássia Botasso, Maria Teresa Pereira Cavalheiro, Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima	EVALUATION OF AN INFANT MONITORING PROGRAM BASED ON THE POINT OF VIEW OF THE FAMILIES	Satisfacción del cliente, servicios de salud, atención primaria en salud, desarrollo infantil.	¿el punto de vista de las familias respecto a las intervenciones que reciben por parte de fonoaudiólogos en APS es positiva?	Estudio cualitativo	Reconoce la importancia del fonoaudiólogo para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, provee un empoderamiento necesario a las familias para cumplir con logros positivos en el desarrollo de la niñez.
20	Kirby, S., Held, F., Jones, D., & Lyle, D. (2018)	Growing health partnerships in rural and remote communities: What drives the joint efforts of primary schools and universities in maintaining service learning partnerships?	asociaciones comunitarias, servicios de salud rural, análisis red social, fonoaudiología.	¿Cómo se asocian las escuelas y estudiantes universitarios para proponer modelos que prevengan desórdenes comunicativos?	Mixto	Las relaciones a largo plazo son benéficas en contextos rurales.
21	Bravo Bejarano Claudia Marcela; Cardona torres Luz Stella. (2015)	Caracterización del trabajo que lleva a cabo el profesional de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad	Desarrollo del lenguaje, Habilidades del lenguaje, Discapacidad, Trastornos del lenguaje en niños, Intervención psicoterapéutica, Fonoaudiología	Caracterizar el trabajo que está realizando un grupo de profesionales de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad en algunos centros de prestación de servicios fonoaudiológicos de la ciudad de Cali.	Cualitativo exploratorio y descriptivo	Los fonoaudiólogos se desempeñan en el modelo de atención "amigable a la familia" de Watts y McLeod en el libro "Working With Families in Speech Language Pathology". Los fonoaudiólogos reconocen la importancia de la familia en el éxito de tratamientos en los niños, no obstante, no se reconoce la profundidad de la práctica real en el contexto familiar, o no se logra el alcance por diferentes circunstancias.
22	Meza Rosero, Edwin Hernán; Yandún Reina; Anita Cristina; Figue Ortega, Diana,	Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación funcional / integral para el componente	Rehabilitación basada en la comunidad, Atención primaria en salud, terapias, rehabilitación rehabilitación .	¿Cuáles deben ser las orientaciones conceptuales y metodológicas para que la rehabilitación responda coherentemente a los desafíos del componente primario de	Cualitativo	El panorama de las funciones que los trabajadores de la rehabilitación se enmarca en una de las dimensiones que emergieron del componente documental, por lo que es necesario explorar con mayor énfasis la incidencia de los rehabilitadores en las otras áreas de trabajo.

	Jiménez, Alejandra; Rodríguez, Guillermo (2017)	primario de atención en salud : fase I y II		atención en salud en el marco de la RAS?		
23	Sebastián G. Pino Hidalgo (2017)	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SEGURIDAD EN LA DEGLUCIÓN EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO, CHILE.	disfagia, complicaciones, promoción, seguridad, cuidadores.	Mejorar la calidad de vida y de la atención sanitaria en usuarios con trastornos de la seguridad y eficacia de la deglución, disminuyendo la morbimortalidad en poblaciones de riesgo y pacientes neurológicos.	Mixta	Aunque la disfagia se encuentra en la literatura como una patología concomitante con ACVs, el estudio concluye que es un tema importante a tratar en salud pública, puesto que las incidencias son altas en la población. La creación de planes e intervenciones comunitarias a este problema en crecimiento, resultan de necesario desarrollo en políticas públicas de infancia y vejez.
24	Alejandro Guajardo Córdoba, Eladio Recabarren, Vicky Parraguez (2014)	Rehabilitación de Base Comunitaria, Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile.	Rehabilitación de Base Comunitaria, terapia ocupacional, fonoaudiología, fisioterapia.	Análisis de la estrategia RBC, desde diferentes puntos de vista y panoramas, así como reflexiones sobre las prácticas en diferentes ciudades de Chile.	Libro	Se ofrecen diferentes resultados de la estrategia en diferentes experiencias ejecutadas en Chile. CAPÍTULO 1 Debates y Reflexiones en la Rehabilitación de Base Comunitaria Construyendo realidades: REFLEXIONES A LA INSTALACIÓN DE LA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD COMO ESTRATEGIA EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN CHILE. Análisis desde la comuna de La Pintana (Hernan Soto) Ha sido importante el apoyo de las autoridades locales que han potenciado el modelo desde el punto de vista del recurso humano, incorporando más horas de los profesionales base según los lineamientos ministeriales (Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo) (MINSAL, 2010) e incorporando nuevos profesionales (Fonoaudiólogo y Psicóloga), los cuales han demostrado ser de suma importancia para entender y colaborar en la resolución de problemáticas complejas, lo que demuestra que debieran ser parte del equipo base del modelo.

						<p>CAPÍTULO 5</p> <p>Investigación en el ámbito de la Rehabilitación Basada en Comunidad</p> <p>"EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RbC) DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMUNITARIADAD Y LOS EQUIPOS LOCALES DE REHABILITACIÓN"</p> <p>Investigador Responsable: Alejandro Guajardo C. Investigador Alterno: Eladio Recabarren</p> <p>Componentes y factores críticos Recursos Humanos</p> <p>Hay alta rotación por variabilidad de contratos y remuneraciones. Perfiles de profesionales no quedan claro en su formación socio comunitaria ni socio sanitaria. Se releva necesidad de fonoaudiólogos.</p> <p>CAPÍTULO 6</p> <p>Experiencias de Rehabilitación con Base Comunitaria</p> <p>CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN DE MONTE PATRIA</p> <p>Por Marisol Robledo</p> <p>Prestaciones Equipo de Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención infanto juvenil que presenten discapacidad física, visual, auditiva e intelectual (déficit atencional, síndrome de Down, retraso desarrollo psicomotor, trastornos neurológicos).
						<ul style="list-style-type: none"> - Orientaciones sobre trastornos de aprendizaje. - Orientaciones para padres en Normas de Crianza. - Gestión en RED a través de las derivaciones a diferentes instituciones educacionales y de salud, según corresponda. - Asesoría a Colegios Especiales. - Independencia AVD. - Área Ocupacional del usuario. <p>- Evaluación ayudas técnicas.</p> <p>el equipo de fonoaudiología tramitando el carnet de discapacidad en la Municipalidad.</p>
25	Laverde Robayo, Diana Marcela; Lizarazo Camacho, Angélica; Suarez, Alexandra; Gómez, Ingrid; Cañas, Cindy; Moreno, Liz Milena (2016)	Diseño e implementación de una red de apoyo auto-sostenible de personas con discapacidad comunicativa, sus cuidadores y la comunidad para la participación social	Red de apoyo Autosostenible Cuidadores Personas en condición de discapacidad Participación social Rehabilitación basada en la comunidad.	favorecer la participación social de las personas con discapacidad comunicativa en los contextos social/recreativo y familiar mediante la capacitación de ellas mismas y de sus cuidadores con el fin de contribuir a su reconocimiento como sujetos de derechos y activas dentro de sus comunidades	Marco lógico (causa - efecto)	<ul style="list-style-type: none"> - Continúa el predominio del modelo de atención en salud asistencialista. - La implementación de estrategias como la atención primaria en salud, aún es incompleta en el país. - No se ha encontrado evidencia de objetivos y acciones específicos con poblaciones particulares. - Resulta necesario para la construcción de modelos de atención primaria, el desarrollo de redes comunitarias sólidas, para ello es imprescindible aportes económicos, logísticos y formativos en los que la sociedad civil en general debe estar comprometida.

26	Villate Soto, Stefanny Lorena; Sanchez Rodriguez, Laura Camila	Proyecto de autogestión: agentes comunitarios de salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad	Personas con discapacidades - Rehabilitación - Colombia Enfermería de salud comunitaria - Colombia Enfermería de salud pública - Colombia	Capacitar agentes comunitarios en salud a través de un programa de educación no formal que les permita brindar atención a las personas en situación de discapacidad del municipio de Chia.	Metodología de Marco lógico	Problemas en la articulación de la familia, la sociedad y la comunidad, así como dificultades en la obtención de estadísticas confiables. Otro problema es la falta de proyectos que ayuden a desarrollar la inclusión real de las personas con discapacidad a programas laborales y educativos, así como, la concientización de la población sobre la discapacidad.
27	ANGELICA MARIA RIVERA ROMERO	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SU ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL 2002 - 2015	Discapacidad, servicios de salud, rehabilitación, recursos, rehabilitación basada en la comunidad.	¿Cuáles son las características de las personas con discapacidad y su acceso a servicios de salud y rehabilitación en Bogotá D.C.?	descriptivo - retrospectivo	las mayores barreras de acceso a servicio de salud y rehabilitación, están en el desconocimiento de servicios de rehabilitación, durante la fase inicial de la presencia de mencionada condición o falta de recursos económicos para traslados fuera de localidad que incluyen tiempos de cuidador, lo cual a su vez implica disminución de recursos para satisfacción de necesidades básicas como son vivienda, alimentación y pago de servicios.
28	Gustavo A. Cabrera y J. Gabriel Carrasquilla	Prevención en fonoaudiólogos de la Universidad del Valle en Cali, Colombia	Logoterapia, recursos humanos. Práctica profesional. Trastornos de la comunicación	Determinar la formación teórica y práctica, así como su desempeño profesional en actividades de prevención por parte de fonoaudiólogos de la universidad del Valle en Cali.	Cuantitativo descriptivo	La mayoría del grupo estudiado no incorpora en su ejercicio profesional estrategias ni acciones preventivas de desordenes de comunicación del modo propuesto en el perfil curricular, como es socialmente esperado, a pesar de reconocer los aportes teórico-prácticos preventivos recibidos durante su formación académica. Se sugiere que determinantes del mercado laboral y de la demanda de servicios fonoaudiológicos impiden la incorporación de prácticas preventivas habituales.
29	Aline Fernanda de Andrade, Mirella Muzzi de Lima, Natália Pereira Monteiro, Vanessa de Lima Silva	Evaluation of the shares of Speech Therapy in the NASF in Recife (Evaluación de las acciones de fonoaudiología en la NASF (Support	Evaluación de la Salud; Atención Primaria a la Salud; terapia del habla; Promoción de la Salud; Salud de la Familia	Evaluar las acciones de la Fonoaudiología en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia de la ciudad de Recife (PE).	Cuantitativo descriptivo - interpretativo	la Fonoaudiología ha contribuido con la propuesta del NASF de fortalecer los equipos de Salud de la Familia y de aumentar la integralidad de las acciones de la atención primaria, no obstante, es necesario perfeccionar las acciones que se desarrollan en esta vía.

		Centers for Family Health) en Recife)				
30	Yuri Esperanza Vega Rodríguez, Angélica María Torres Rodríguez, Manuel Nibaldo del Campo Rivas (2017)	Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile	SERVICIOS DE SALUD, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, REHABILITACIÓN, FONOAUDIOLÓGIA, ROL PROFESIONAL.	Conocer la percepción de los fonoaudiólogos sobre las habilidades y tareas profesionales demandadas en el sector salud dentro del contexto nacional, y a partir de esta, generar una propuesta del rol profesional en dicho ámbito laboral.	Diseño no experimental, tipo analítico, descriptivo y transversal.	Conocer el rol del fonoaudiólogo que trabaja en salud en Chile permite configurar su actuar, generando una gama de funciones, habilidades, responsabilidades y técnicas a dominar, que retroalimentan la formación profesional y orientan en la creación de políticas públicas, facilitando la transición del fonoaudiólogo a otros ámbitos dentro del propio sector salud, como la atención primaria.
31	Camila Lima Nascimento, Helenice Yemi Nakamura (2018)	Fonoaudiología no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (Fonoaudiología en el Sistema Único de Salud (SUS) del Estado de Sao Paulo)	fonoaudiología: Sistema Único de Salud; Atención a la Salud; Atención Primaria de Salud	Determinar la distribución de profesionales de Fonoaudiología en el SUS del estado de São Paulo para comprender la inserción de esta categoría en el servicio público.	Mixto (análisis de fuentes secundarias de información)	No existe lógica en la distribución de los profesionales, habiendo relación inversamente proporcional entre el porte de los municipios y el número de fonoaudiólogos actuando en el sistema público de salud. La reflexión sobre la importancia de los profesionales de Fonoaudiología puede ser un instrumento importante para mejorar la organización de la oferta de estos profesionales para la población.
32	Carla Salles Chamouton, Helenice Yemi Nakamura (2017)	Zumbido e atenção básica: uma revisão de literatura (Acúfeno y atención primaria: una revisión de la literatura)	Acúfeno: Atención Primaria de Salud; Revisión.	Demostrar la falta de literatura que aborda el acúfeno en el contexto de la atención primaria.	Revisión de literatura	El acúfeno es un factor relevante para el cuidado, siendo necesario reforzar las acciones relacionadas en la atención primaria y ampliar los estudios en esta área específica.
33	Jaime Moreno Chaparro; Alejandro Calderón Calvo; Cristian Cubillos Mesa; Marisol Moreno Angarita (2017)	Política y práctica: servicios de fonoaudiología y terapia ocupacional para la primera infancia colombiana	Atención primaria de salud; Desarrollo infantil; Prevención primaria; Fonoaudiología; Terapia ocupacional (DeCS).	Reflexionar acerca del rol profesional del fonoaudiólogo y el terapeuta ocupacional y los respectivos servicios que pueden ofrecer estas disciplinas en el marco de la estrategia "De Cero a Siempre" y la promulgación de la Ley 1804 de 2016 para la primera infancia, con énfasis	Revisión de literatura	Urge la necesidad de fortalecer la visión crítica y el componente de intervención temprana en la primera infancia en escenarios familiares, hospitalarios, educativos y públicos, que quizás conduzcan en un corto y mediano plazo a la necesidad de crear formación postgraduada en estas áreas.

68 Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS);
la teoría frente a la práctica.

				particular en la Atención Primaria de Salud.		
34	Zapata Troncoso, Natalia García Montenegro, Pedro (Prof. Guia) (2016)	Análisis de la prevalencia del deterioro cognitivo – lingüístico en la población adulto mayor en centros de atención primaria de Puerto Montt	trastorno cognitivo comunicativo, Atención primaria en salud, adultos, demencias.	describir y analizar las características cognitivo lingüísticas y de funcionalidad de 36 adultos mayores de 60 años o más.	Estudio experimental cuantitativo	Un alto porcentaje de adultos mayores corresponden con trastornos cognitivo - comunicativos, todos estos mediante pruebas estandarizadas. Urge la presencia del fonoaudiólogo en la orientación a familias sobre estrategias que disminuyan el deterioro cognitivo.
35	Alfaro, Paulina Exequiel (Prof. Guia) (2008)	Identificación y análisis de morbilidad fonológica en el área de lenguaje en los Centros de Atención Primaria de la ciudad de Talca	Fonoaudiología, atención primaria de salud, lenguaje.	Determinar de manera cuantitativa y cualitativa la demanda que existe de atención Fonoaudiológica en el área de Lenguaje en los seis consultorios de la ciudad de Talca, además de determinar la relación por que hay por sexo y rango etáreo.	Estudio mixto	De los 347 sujetos incluidos en la investigación por consultar por atención Fonoaudiológica, el 34,5 % de este total lo hizo por el área de Lenguaje, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a hombres y las edades que más motivo de consulta tuvieron son niños de edades entre los 0 y los 10 años de edad.
36	Asencio, Gabriel Plaza T., Exequiel (Prof. Guia) (2008)	Identificación y análisis de morbilidad fonológica en el área de habla y deglución en los centros de atención primaria de la ciudad de Talca.	Fonoaudiología, atención primaria de salud, habla, lenguaje, deglución, audición.	identificar el porcentaje de atenciones fonológicas por áreas en los centros de atención primaria en la ciudad de Talca.	Estudio cuantitativo.	En relación a la demanda según la muestra de 347 personas en las áreas de Habla (8,9%) y Deglución (1,5%), se aprecia que no es tan alta en relación a otras áreas como Lenguaje (34%) y Audición (51,3%). Además se aprecia que si existe demanda fonológica, y que en las áreas de Habla y Deglución se debe realizar promoción, demostrando que el fonoaudiólogo puede estar inmerso en la atención primaria en la Ciudad de Talca. En estas áreas se encontraron diferencias en las edades de solicitud de atención siendo en habla principalmente niños y en Deglución adultos y adultos mayores.
37	SCHONHAUT B LUISA, MAGGIOLO L. MARIANGELA, DE BARBIERI O ZULEMA, ROJAS N PAULINA, SALGADO V ANA MARIA. (2007)	Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonológica.	Dificultades de lenguaje, preescolares, fonología, atención primaria de salud, evaluación desarrollo psicomotor, TEPSI	Describir la frecuencia de déficit de lenguaje en preescolares asistentes a jardín infantil según pruebas de lenguaje específicas y establecer la concordancia entre estas pruebas y el TEPSI.	Estudio cuantitativo experimental	Destaca la alta frecuencia de problemas de lenguaje en la población estudiada y la pobre concordancia entre las pruebas aplicadas en APS y la evaluación fonológica. Las diferencias podrían deberse a los distintos aspectos del lenguaje considerados en las evaluaciones. Los hallazgos invitan a replantear las estrategias de pesquisa utilizadas en APS y a la implementación de programas integrales de estimulación en poblaciones

						desfavorecidas, consideradas de riesgo para problemas de lenguaje.
38	Hoyos Daza, Leidy Johana Murillo Bermúdez, Eliana Marcela Aguilar Arias, Andrea (Directora de Trabajo de Grado) (2017)	Caracterización de las prácticas estudiantiles del programa académico de fonología de la Universidad del Valle realizadas con la población en edad escolar de la zona ladera Cali 2008 - 2011 [recurso electrónico]	Fonoaudiólogos Fonoaudiología Fonoaudiología como profesión Prácticas de evaluación Práctica profesional	Caracterizar las prácticas estudiantiles de Fonoaudiología durante los años 2008 a 2011 en la zona de ladera de Cali en términos de cobertura, calidad y pertinencia de las acciones realizadas.	Estudio Cualitativo - Revisión documental.	En el periodo de estudio la población total atendida en prácticas fue 12.408; 57% (escolares) y 33% de otro ciclo vital. En promedio se atendieron 2.359 escolares por año. A partir de las variables de cobertura, calidad y pertinencia se identificó que las prácticas se constituyen un gran aporte para la población beneficiada ya que sus acciones contribuyen a mitigar efectos de exclusión y fracaso escolar en términos de aprendizaje, comunicación y lenguaje que genera la condición de vulnerabilidad en los escolares atendidos.
39	Loise Elena Zanin; Daniel Hardy Melo; Maria do Socorro Melo Carneiro; Juliana Mendes Gomes; Vicente de Paulo Teixeira Pinto; Leonardo Wilner Barros Silva; Italo Rosse Santos; Amanda Kathleen Mendonça Rodrigues. (2016)	Propuesta e validação de um protocolo de triagem para identificar as manifestações fonológicas na hanseníase (Propuesta y validación de un Protocolo de Selección para la Identificación de Manifestaciones Fonoaudiológicas de la Lepra)	Lepra; Fonoaudiología; Estudios de Validación; Atención Primaria de Salud.	Proponer y validar el contenido del protocolo de selección para la identificación de las manifestaciones fonológicas de la lepra.	mixto	El protocolo de selección fue considerado un instrumento válido para la identificación de las manifestaciones fonológicas de la lepra en la atención primaria de salud.
40	GLORIA ISABEL PAVA FERNÁNDEZ (2015)	ESTADO DEL ARTE: EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO FUNDAMENTADO POR UN ENFOQUE SISTÉMICO-ECOLÓGICO	Fonoaudiología. atención integral en salud, atención primaria de salud, enfoque sistémico ecológico.	Aportar a la construcción del acervo teórico acerca del enfoque sistémico-ecológico, como fundamento de las acciones características del profesional de fonología, por medio de la realización de un estado del arte de	Mixto	La característica principal del empleo del enfoque sistémico-ecológico es la dirección de las acciones del fonoaudiólogo, hacia los actores del contexto de la persona. Las principales investigaciones se desarrollaron en temas de lenguaje

				las investigaciones, en un periodo de los últimos 5 años (2010-2015).		seguidas de una integración de las áreas de intervención y en sólo dos ocasiones se desarrollaron en relación con el área de habla, lo que puede implicar que se conserva aún una connotación tradicionalista. Se realizan principalmente acciones en prevención de la discapacidad, promoción de la salud, a través de orientaciones por medio de talleres a las familias, también acciones de habilitación y rehabilitación a los mismos actores (familia y comunidad)
41	Alexandra Alban Matta Paola Andrea Rivero (2011)	PROMOCIÓN DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL FONTIBÓN	Fonoaudiología, lactancia, comunicación materno infantil, promoción.	Diseñar, formular e Implementar un programa de promoción de la comunicación en etapa inicial a través de la lactancia materna efectiva en madres gestantes y lactantes del hospital de Fontibón E.S.E con el fin de propiciar un adecuado desarrollo comunicativo en el neonato.	Mixto	Adherencia alta al programa por parte de las madres gestantes y lactantes, reconociendo su importante necesidad. Los profesionales de la salud también reconocen el rol del fonoaudiólogo en programas de promoción de la salud alimentaria y del bienestar comunicativo en lactantes. Para el profesional de fonoaudiología resulta pertinente clarificar cuál es su alcance, pues, el objetivo es definir muy bien cuáles son las acciones que le competen.
42	Sandra Johana Aguilar; Andrés Llanos Redondo; Ángela Patricia Ayala; Edwin Mauricio Portilla; Rosa Liliana Espinal R. (2017)	METODOLOGIA: TAMIZ AUDITIVO NEONATAL	tamizaje neonatal, factor de riesgo, hipoacusia, <u>neonato</u> , audición.	Reunir evidencia disponible sobre metodologías para la realización del tamizaje auditivo neonatal en términos de uso y efectividad	Revisión de literatura	Es relevante la participación de personal especializado como otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y audiólogos en la realización del tamiz auditivo. Un oportuno diagnóstico, atención y rehabilitación puede marcar la diferencia en el desarrollo infantil, sin embargo no hay suficiente evidencia sobre las conductas a seguir de acuerdo al tipo de hallazgo en el tamizaje auditivo
43	Carla Cristina Lins Santos Knochenhauer; Karina Mary de Paiva Vianna.	Community Health Workers perceptions in relation to speech and language disorders	habla, audición y ciencias del lenguaje; Estrategia de salud familiar; Trabajadores comunitarios de salud;	Conocer la percepción de los Trabajadores de la Salud Comunitaria (CHW) sobre los trastornos del habla y el lenguaje.	Cualitativo	El conocimiento de CHW sobre el trabajo de un logopeda es aún limitado, pero la importancia de los trastornos del habla y del lenguaje se reconoce en la atención primaria. La falta de conocimiento, con respecto a los trastornos del habla y el

		(Percepciones de los trabajadores de salud comunitaria en relación con los trastornos del habla y el lenguaje)	Enfermedad crónica; Salud pública.			lenguaje, puede estar relacionada con la falta de calificación del CHW en acciones y / o cursos de educación continua que podrían aclarar y educar a estos profesionales para identificar y educar mejor a la población en sus visitas domiciliarias. Este estudio destaca la necesidad de una mayor investigación sobre las acciones de capacitación de estos profesionales.
44	Carla Soleman, Cleide Lavieri Martins (2015)	THE WORK OF SPEECH THERAPISTS UNDER SUPPORT CENTERS FOR FAMILY HEALTH (NASF) – SPECIFICITIES OF PRIMARY CARE (EL TRABAJO DE LOS TERAPEUTAS DE HABLA CONFORME A LOS CENTROS DE APOYO PARA LA SALUD FAMILIAR (NASF) - ESPECIFICIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA)	Salud familiar, Fonoaudiología, atención primaria, práctica profesional.	comprender el trabajo del fonoaudiólogo en los Centros de apoyo para la salud familiar, identificando tecnologías incorporadas al proceso tradicional de trabajo profesional.	mixto	Las prácticas del fonoaudiólogo implican acciones para asistencia técnica, apoyo técnico y acciones pedagógicas, acciones de articulación de la red y las acciones de gestión del trabajo. En la Atención Primaria, las posibilidades de desempeño pueden ser específicas o compartidas, el núcleo del conocimiento o, en general, el enfoque depende de las características del territorio y disponibilidad. La capacitación no garantiza las habilidades necesarias, con la incorporación de nuevas prácticas de las experiencias en el servicio.
45	American Speech-Language-Hearing Association. (2008). <i>Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: technical report</i> [Technical	Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: Technical Report	Rol, fonoaudiología, intervención temprana, prevención.	Resumir los roles y responsabilidades de los fonoaudiólogos en la intervención temprana.	Revisión de literatura	Los servicios están centrados en la familia y cultural y lingüísticamente receptivos. Los servicios son de apoyo al desarrollo y promueven la participación de los niños en sus entornos naturales. Los servicios son integrales, coordinados y basados en equipos. Los servicios se basan en la evidencia de más alta calidad disponible.

	<p>Report]. Available from www.asha.org/policy.</p>				<p>Los SLP tienen la oportunidad de desempeñar un papel importante en la prevención de los trastornos de comunicación y alimentación / deglución, especialmente en el campo de la intervención temprana. La prevención se puede conceptualizar en tres niveles: primario, secundario y terciario. Para asumir un papel efectivo en la prevención, los SLP deben conocer los diversos factores que ponen al niño en riesgo de trastornos de comunicación y alimentación / deglución, como se detalla en la siguiente sección.</p> <p>Las actividades de prevención a menudo van más allá de los entornos de intervención tradicionales (por ejemplo, clínica, programas de intervención temprana de la Parte C) en varios entornos comunitarios. En su implementación de actividades de prevención, los SLP tienen la responsabilidad de colaborar con socios locales como proveedores de cuidado y educación temprana y proveedores de servicios médicos pediátricos, proporcionar información sobre factores de riesgo conocidos y ofrecer capacitación en el servicio y materiales de recursos escritos. Establecer relaciones personales con otros proveedores en la comunidad y responder a sus consultas de información o derivación probablemente aumenten el uso de los recursos de detección y diagnóstico disponibles y contribuyan a los esfuerzos de prevención.</p>
--	--	--	--	--	---

Elaboración propia.

Anexo B: Cuadro análisis de contenido.

Categoría	Cod.	Subcategoría	Definición	
Atención Primaria de Salud	C	Desde el acceso	Es una estrategia que garantiza el acceso a la salud desde la promoción y prevención, evitando servicios de complejidad	
	AN		Llegar a población más vulnerable desde servicios de promoción y prevención. (Puerta de entrada)	
	AD	Enfoque de derechos	Un derecho de atención integral, más prevención y promoción	
	J	Empoderamiento	Empoderar a la gente sobre derechos para identificarlos y exigir	
Cargo y funciones	AD	Asistencial	Programa salud al campo	<ul style="list-style-type: none"> - Tamizajes de riesgo y discapacidad - Evaluaciones - Tratamiento
	J		Visitadora	Empoderamiento de las personas
			Colegios	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación - Sensibilización - Eliminación de barreras A personas con discapacidad
			Desarrollo de habilidades de inclusión y conocimiento de rutas de atención	
	AN		Terapeuta RBC	<ul style="list-style-type: none"> - Pautas de auto, socio y mutuo cuidado - Visitas domiciliarias
	C	Administrativos	Coordinadora	Coordinar profesionales
	AD		Profesional de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de grupo de profesionales - Liderar, supervisar y orientar el trabajo de campo. - Facturación
			Líder de servicios de salud colectiva	- Coordinar equipo
			Coordinadora de componente (Anterior a líder Pick)	- Manejo de todos los procesos y ámbitos de RBC
	Acciones	AD	Promoción y prevención	Prevención de alteraciones en la comunicación
C		Pautas de auto, socio y mutuo cuidado		
AN		Promoción de actividad física		
J		Tamizaje y evaluación	Identificación de la discapacidad	
AD			Tamizajes	
J		Hacia la inclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de habilidades de inclusión - Empoderamiento 	

	C		Eliminación de barreras Sensibilización
	AD	Intervención directa e indirecta	Intervención en casos ya diagnosticados Fortalecimiento de habilidades comunicativas y lingüísticas Programas para personas con alteración
	C		Fortalecimiento de la comunicación
	AN		- Planes caseros - Acciones en colegio: manejo de tiempo libre
Competencia	AD	Paradigma	No. Se quedan cortas, la fonoaudiología tiene múltiples ámbitos en lo que trabajar pero es poco conocida No se trata el deterioro en la vejez Rotulan el fono en el diagnóstico y rehabilitación
	C		Muchas falencias al estar guiados por un lineamiento. No se permitían hacer cosas fuera de ese lineamiento así se quisiera "Romper el paradigma es duro porque nosotros no estamos dentro del perfil de salud pública" "Estamos con un perfil muy poco valorado en el área de salud pública"
	AN		"Yo hablé con mi jefe y dije, -mire, yo soy fonoaudióloga, aunque tengo que ver muchas temas de una fisio, yo no voy a desdibujar a una fono, porque yo misma estaría borrando mi perfil en la vida pública"
	J	Fonoaudiología segmentada	Si. Todo lo dirigido hacia lenguaje y cognición.
	AD		Limitado a problemas de habla y lenguaje.
	AN		Incorporar acciones desde la docencia en conservación de la voz y desde los estudiantes en seguimiento de instrucciones y toma de turno.
	Otros Aportes	AD	Necesidades
AN		Sí claro "Pienso que deberían contratar muchos fonos, para todo el tema de inclusión. Una fono es básica para el desarrollo del lenguaje para su adaptación para el tema del manejo de lectoescritura" "Me encontré con muchas docentes educadoras y decían, -aquí faltan fonos"	
AN		Oportunidad del servicio	"Desde una casa se encuentran muchas personas con discapacidad en donde la fono debe ser base... la mamita no puede acceder a ir a llevarlo a que el médico le de una remisión para fono. Pasarán 2 meses y ya cuando llegaste al fono, - no mamita, sólo puedo darle una asesoría"
C		Limitaciones	Si faltan acciones como fono porque los lineamientos no lo permiten
AD			"Nosotros además generamos mucho propuestas de inclusión a las personas con discapacidad comunicativa y no tenemos esa acción dentro de estos programas" "Creo que nos falta mucho como fonos dar a conocer la importancia de la salud comunicativa" "Las personas no tienen ni idea del rol que puede estar cumpliendo un fono por ejemplo en la alteración de la alimentación"

Impresiones comunidad	AN	Gobernanza en salud	La comunidad se siente respaldada. Los profesionales van caminando por su territorio, entonces la gente los tiene a la mano y les puede preguntar
	J	Reconocimiento	Les gusta mucho, reconocen muchísimo el profesional, reconocen al profesional como una persona que puede dar apoyo a sus necesidades y que las ayuda
	C		Dejamos expectativas altas en la comunidad. Nos reconocían como fonos porque hacemos otro tipo de actividades que no son físicas
	AD	Agradecimiento	La comunidad era muy agradecida con este tipo de acciones disminuir la distancia entre el domicilio y la comunidad era bastante cómodo para ellos
	AD	Limitaciones	Si la persona necesitaba vías de atención urgente, solo si necesitaba la rehabilitación urgente era bien recibida
			Para la salud casi no hay tiempo, la comunidad reclama una atención en el tiempo en que ellos decían
Cuando se hace parte de sensibilidad y prevención no tiene impacto			
J		“Estamos en una cultura donde la prevención de la salud no es importante... si el paciente al que visitamos no tenía una alteración comunicativa y llegábamos a ser parte de la prevención allí ya no había tanto interés”	
		También hay personas que no les gusta, es como la reacción de, -no es para mí	
		La mayoría de las personas les gusta cuando han vivido procesos de discapacidad bastante fuertes	
Impresiones Profesionales	AN	Enriquecimiento profesional	Los terapeutas aprenden de todo un poco, tocaron todo el tema de la discapacidad, asistían a la secretaría de salud y les brindaban asistencia técnica, entonces ampliaban más su conocimiento
	J		Uno aprende a trabajar con otros profesionales a conocer un poquito de todo y compartir
	AD	Respaldo del equipo profesional	La interdisciplinariedad es la base de la APS, el médico respaldaba al rehabilitador en sus actividades
Experiencia	AD	Problematización profesional	Entender que no existen tiempos, espacio o dinero para llevar a cabo procesos de rehabilitación, entonces uno aprende a hacer adaptaciones de su proceso de planeación de la rehabilitación
			Trabajar en salud pública es completamente distinto a trabajar en cualquier otra área de salud. Definitivamente es la salud pública quien te muestra la realidad del estado de la salud en tu país
	C	Principales logros y necesidades	La comunidad en conocimiento de discapacidad le hace falta mucho, sin embargo, se ha logrado bastante a través del reconocimiento de unas políticas públicas de seguridad
	J		El desarrollo de habilidades y empoderamiento de la gente es muy necesario
	J	Enriquecimiento profesional	Es una experiencia muy enriquecedora, se visitan muchos espacios, escenarios; la casa, los colegios.
	AN		Muy buenas experiencias en el tema de darles tips y recomendaciones es llevar de la teoría, casos de la vida real a la práctica
	AN	Satisfacción personal	Desde salud pública tu no puedes medir ciertas actividades que haces, sin embargo, a título personal se obtiene satisfacción
	AD		Ingresas a la vida de las personas, te ayuda a ser más humano
	AN	Administración	Es cuando tu en verdad estás inmerso en la vida del paciente
			“Como fono ¿cómo le voy a llegar a mis profesionales para uno; tenerlos muy motivados desde su quehacer y que

			<p>sigan haciendo lo que están haciendo, porque lo hacen excelente. Sólo se logra siendo muy asertiva"</p> <p>Desde el punto de vista administrativo la experiencia está más ligada a la comunicación asertiva, la comunicación es toda del fono, la comunicación es básicamente nuestro ser</p> <p>"Los fonos contamos con habilidades y cualidades para liderar grandes equipos de trabajo"</p> <p>"El tema de liderazgo un fono lo maneja mucho"</p>
Aspectos evidenciados en la pregunta relacionada con la experiencia			
Percepciones comunidad	AD	Reconocimiento	"La comunidad recibe la fono como una herramienta de salvación, como una herramienta de volver a rehacer su vida"
	J		Muchos de los procesos que se desarrollaron, la comunidad ya los conoce
Posturas individuales	C	-	Desea que el programa regrese
			"No me gusta tanto la parte clínica, me apasiona más el trabajo en comunidad"
			Aunque uno no quiera, involucra todo el conocimiento que uno tiene
	Compartí más que nada con otras fonos		
B	Se termina involucrando el conocimiento que tiene el fono en todas las actividades al 100%		
AN	Esto no es para todos; caminar, visitar casas es desgastante.		

Anexo C: Instrumento.

1. *¿Para usted qué es la Atención Primaria de Salud?*
2. *¿Cuál era el cargo y las funciones que desempeñaba en el programa "Territorios Saludables"?*
3. *¿Cuáles fueron las acciones o actividades que desarrollo en su territorio?*
 - a. *¿Piensa ud. que esas acciones estaban dentro de sus competencias profesionales como fonoaudióloga?*
 - b. *¿Cree ud. que pudo haber aportado algo más como fonoaudióloga, considerando su cargo en el programa? de ser así, ¿Qué acciones hubiese desarrollado?*
4. *¿Cuáles fueron los comentarios que recibió tanto de la comunidad como de los profesionales sobre las acciones que desarrollaba?*
5. *¿Cuéntenos su experiencia en el programa?*
 - a. *¿Qué tiene de bueno desarrollar estas acciones en la comunidad?*
 - b. *¿Se sintió cómodo laboralmente?*
 - c. *¿Considera que creció personal y profesionalmente? ¿porqué?*

Anexo D: Transcripción de entrevistas.

AD

Audio 1

APS

Para mí la APS es, más bien debería ser un derecho a una atención integral que en salud pública, el paciente, el usuario, la persona, tenga una atención donde se le dé una promoción a la salud y una prevención a la enfermedad, que no esperemos solo a darle una atención cuando la enfermedad ya esté presente sino, que prevengamos la aparición de esta sintomatología, enseñándole buenos hábitos de salud, en todas las áreas. Y que, si esta enfermedad ya existe, podamos lograr de forma interdisciplinar un diagnóstico, un tratamiento y una rehabilitación del paciente.

Audio 2.

Cargo y funciones

Yo era fonoaudióloga asistencial, yo trabajé en el programa de salud al campo del hospital Nazaret en la localidad del Sumapaz, yo era fonoaudióloga asistencial y pues las funciones: inicialmente hacíamos una visita en donde hacíamos un tamizaje general de la comunidad para detectar las personas que estén en riesgo de discapacidad comunicativa en mi área especialmente y hacer un diagnóstico de estas personas que eran tamizadas o evaluadas. Cuando ya se tenía el diagnóstico, teníamos que plantear un número de sesiones y una intensidad de tratamiento para esta persona y obviamente plantear los objetivos de rehabilitación con esta persona, para posteriormente llevar a cabo un programa integral de rehabilitación interdisciplinario, porque además teníamos la compañía de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, psicología, odontología, medicina general, donde todos hacíamos un programa, un plan de rehabilitación para esta persona. El cargo mío era entonces; tamizaje, diagnóstico y tratamiento. Y finalmente cuando ya se llevaban a cabo las sesiones que se planteaban desde un principio de estos objetivos, se hacía finalmente como un estudio, una recolección de los resultados dados a través del proceso de rehabilitación, a través de informes, datos y estadísticas que se subían a un sistema donde se podía registrar el avance del paciente.

Audio 3.

Acciones desarrolladas en el territorio

El territorio del Sumapaz era bastante grande, hacíamos visitas sectorizadas por veredas y pues en estas veredas dependiendo del primer tamizaje que se hizo, entonces, si la persona en esta vereda no tenía un alto riesgo de discapacidad comunicativa, se daba inicialmente unas recomendaciones o un plan casero para llevar a cabo y evitar, prevenir, que apareciera una alteración en la comunicación. Si en estas visitas nos encontrábamos con un paciente que ya había sido diagnosticado con alguna alteración a nivel comunicativo, lingüístico-comunicativo, pues hacíamos intervención. Yo tenía asignada media hora con cada paciente, de intervención individual, domiciliaria, en donde pues, nada, desarrollábamos una serie de actividades que fortalecieran las habilidades comunicativas y lingüísticas en las que tenía alguna alteración

esta persona. También se desarrollaban programas para personas con alteración en la alimentación, pero realmente el fuerte era la parte lingüística- comunicativa.

Audio 4

Como lo recibía la comunidad y otros profesionales

La comunidad era muy agradecida con este tipo de acciones, ya que pues la distancia entre sus domicilios y el hospital eran bastante grandes, ellos realmente no tenían la disponibilidad de favorable y muy cómodo que sea el profesional de la salud quien llegara a su casa a hacerle la rehabilitación. Sin embargo, estamos en una cultura, donde la prevención a la salud no es importante, entonces cuando no se hacía rehabilitación como tal, es decir, el personaje o el paciente, al que visitábamos no tenía una alteración comunicativa, y llegábamos a hacer la parte de prevención; allí ya no había tanto interés, porque pues ellos ya lo sabían, reportaban ellos “profe, pero nosotros ya sabemos eso”, “doctora pero pues es que eso son mitos, es que el niño no habla, pero algún día hablará, aquí todos hablamos tarde”, -entonces cuando se hace la parte de sensibilización y prevención de la enfermedad entonces ya no tiene tanto impacto en la comunidad diría yo. Pero cuando ya la persona tenía la enfermedad, se recibía con mucho más agrado, porque claro, tenían la enfermedad encima y querían ver la solución a. También notaba que para la salud casi no hay tiempo. Entonces sí queremos o bueno, la comunidad si quieren que sean atendidos, pero en el momento en que ellos lo decían, entonces como era atención domiciliar, entonces decían “estoy ocupada, en este momento no puedo atenderla, porque tengo que hacer otro oficio”. Entonces no nos permitían la intervención, entonces “doctora el día de hoy no la voy a poder atender, por qué no pasa otro día”. Entonces uno les explicaba que pues las visitas se hacían de forma semanal, “no doc, entonces yo creo que será la próxima semana”, entonces si realmente no había una urgencia de rehabilitación de una enfermedad discapacitante como tal, no había mucho interés, no era recibida con mucho agrado. Pero si había un enfermedad discapacitante y la persona necesitaba una rehabilitación, era mejor aceptado por la comunidad.

Audio 5

Como lo recibían otros profesionales

Bien, en el trabajo, particularmente en el que yo estuve en el hospital de Nazaret, como las distancias era tan grandes, casi siempre teníamos que ir 3 profesionales a la misma casa en el mismo momento, entonces se notaba mucho el trabajo interdisciplinario, entonces coincidíamos fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo y podíamos plantear un ejercicio, que los tres profesionales pudiéramos trabajar en una actividad y el paciente pudiese integrar las tres habilidades que necesitábamos desarrollar en una misma actividad, y ahí se podría notar un trabajo interdisciplinar o, si estábamos con médico, odontólogo o enfermero y algún terapeuta, había como ese respaldo médico, hacía el rehabilitador, de la importancia de, realizar un proceso de rehabilitación. Entonces el rehabilitador, proponía un proceso que podía ser respaldado, por un médico o un enfermero, alguien más de la comunidad médica, que respaldaban nuestro trabajo en la importancia de. Y así, el paciente lograba como entender que el proceso de rehabilitación, que la terapia tenía una importancia trascendental en el cuidado de la salud, entonces siempre había como ese apoyo entre profesionales, de que todos hacemos un conjunto que busca finalmente el bienestar o la salud íntegra del paciente.

Audio 6

Sello profesional del fonoaudiólogo

No, creo que las acciones se quedan cortas, frente a todo lo que puede abordar un fonoaudiólogo en la comunidad y en salud. La fonoaudiología, se caracteriza por tener muchos ámbitos en qué trabajar, pero ser poco conocida. Entonces pues, cuando yo trabajé en salud pública, me limitaban a un nicho de pacientes, con la característica de; problemas de lenguaje, problemas de habla y nos quedábamos allí, no había como otras oportunidades de atender a otros pacientes, con otras patologías que el fonoaudiólogo puede atender entonces, dificultades escolares, dificultades en la deglución, desórdenes neurocomunicativos, disfunciones

miofuncionales, salían de lo que se solicitaban rehabilitar. Entonces la acción era muy; diagnóstico, tratamiento, pronóstico de rehabilitación en: lenguaje y habla. Pero en la parte de promoción de la salud, prevención de la salud comunicativa, no, del cuidado de la voz, del cuidado de patrones respiratorio, de cuidados posturales para manejar todo la parte de voz; bueno, una serie infinita de cosas, toda la parte de estimulación neurocomunicativa para mejorar procesos o habilidades lingüísticas superiores, no se manejaba todo este tipo de cosa, que con el deterioro cognitivo que se maneja con la edad y sobre todo en los pacientes como lo que nosotros teníamos que no tenían cierto grado de escolaridad avanzados o no tenían ningún grado de escolaridad pues tener una estimulación adecuada y habilidades lingüísticas superiores pues era bueno, para que no se tuviera un, como un, como lo digo, no cambiará o no sé, se me fue la palabra, no hubiese un deterioro tan significativo con el avance de la edad en la parte lingüística, entonces creo que sí, sí se queda corto, nosotros podríamos entrar un poco más allí en la parte de la prevención, pero nos rotulan mucho como diagnostique y rehabilite.

Audio 7

Faltaron más Acciones a tu criterio como fonoaudióloga

Creo que nos falta mucho como fonoaudiólogos dar a conocer la importancia de la salud comunicativa, no solo en donde yo trabajé sino a nivel de salud pública, las personas no tienen ni idea del rol que puede estar cumpliendo un fonoaudiólogo por ejemplo en la alteración de la alimentación, trastornos de la alimentación en neonatos, en la primera infancia y en adulto mayor que se ve tanto, no estamos teniendo la intervención que podríamos estar teniendo con la importancia que esto tiene, vuelvo y te repito, toda la importancia de rehabilitación de habilidades lingüísticas superiores en enfermedades degenerativas, en enfermedades degenerativas como EA, ELA, que se presentan en comunidad y no tienen ni idea que nosotros cumplimos un papel importantísimo en ellos, en patrones de respiración que pueden afectar, la parte de habla y deglución de una persona, no estamos nosotros realizando desde la educación al sistema de salud de qué ofrecemos nosotros, creo que desde allí estamos fallando y pues por ende de ahí todo el camino, en atención primaria en salud, que desarrollar el fonoaudiólogo, falta un montón, nosotros además generamos mucho, propuestas de inclusión a las personas con una discapacidad comunicativa y no tenemos esa acción dentro de estos programas; de modificaciones curriculares, modificaciones en el medio, para que pues una persona se pueda desarrollar de forma total y satisfactoria a nivel comunicativo, creo que nos falta eso.

dificultades escolares, dificultades en la deglución, desórdenes neurocomunicativos, disfunciones miofuncionales, salían de lo que se solicitaban rehabilitar.

Audio 8

Experiencia

Definitivamente trabajar en salud pública es: completamente distinto a trabajar en cualquier otra área de salud. Yo he tenido la experiencia de trabajar a nivel escolar, a nivel clínico y en salud pública. Pero definitivamente es la salud pública quien te muestra la realidad del estado de salud de tu país. Es visitando a cada uno de los paciente en comunidad, en su hogar, en su realidad, cuando uno se da cuenta de cómo el sistema de salud, apoya o no a ese paciente. Es una experiencia maravillosa es cuando tú en verdad estás inmerso en la vida del paciente y él no está inmerso en tu consultorio, es tú quien ingresa a la vida de la personas y eso te ayuda un montón, te ayuda a ser más humano, te enseña a escuchar, te enseña a observar realmente a entender y no pretender. Entonces entender que no existen tiempos, que no existen espacios, que a veces las mamás no tienen; tiempos, espacios o la plata para, llevar a cabo un proceso de rehabilitación y no puedes pretender que lo saquen así como así. Entonces uno aprende a hacer adaptaciones de su proceso también de planeación de la rehabilitación hacia una persona que vive en una realidad y definitivamente en un sistema de salud como un EPS o IPS, no te la muestran; es cuando tú ingresas a una salud pública donde tú ves la realidad de. Es fantástico estar en contacto con estas personas, vivir la realidad de estas personas, es muy enriquecedor como fonoaudiólogo entender que la comunidad te

recibe a ti como una herramienta de salvación, como una herramienta de volver a rehacer su vida, como -tú eres la herramienta para que yo vuelva a ser funcional. Eso te muestra que el rol de un fonoaudiólogo, de un rehabilitador es muy importante y más si se hace de forma interdisciplinaria, para que una persona pueda superar una discapacidad que no le permite desarrollarse 100% en la comunidad y que podemos nosotros volver a restablecer esa vida de esa persona.

J

Audio 1. Cargo y funciones

Realmente nosotras como fonoaudiólogas, no teníamos el cargo, siempre nos llaman terapeutas y en las terapeutas estábamos lo que era: fisio, fono y terapeuta ocupacional. Mi cargo era, yo soy de RBC, de la estrategia basada en comunidad, todo lo que tiene que ver con discapacidad, entonces yo tenía que o tengo que, (porque todavía sigo haciendo esas funciones bajo otros nombres), tengo que empoderar a la gente sobre sus derechos, ubicarlos en la comunidad para que los exijan, identificarlos, que ellos se apropien, que es una discapacidad.

Audio 2.

En el territorio como tal, nosotros hacíamos... Bueno, hubo varias etapas; en la primera solo hacía visitas a personas con discapacidad, entonces íbamos a las casas, eran 3 visitas, en ocasiones había solo una visita, hacíamos este empoderamiento, todo lo que es empoderamiento, ubicación de las casas. Hubo otro tiempo en el que ya entrábamos también a colegios, a jardines, a los obvios, para hacer también lo que era discapacidad, entonces; empoderamiento, identificación de discapacidad, sensibilización, eliminación de barreras... eso hacíamos... y aparte de eso, teníamos que hacer los grupos o colectivos que llamábamos en ese entonces, entonces eran... reuníamos a varias personas, tenían que ser 10, 15 personas en grupo y hacíamos todos estos procesos entonces, como talleres, todo lo que tenía que ver con empoderamiento, al desarrollo de habilidades, de inclusión, concomitamiento de rutas de atención, eso era lo que hacía.

Audio 3.

¿De qué manera lo recibía la comunidad y otros profesionales?

Mira que es una respuesta muy bonita, porque a ellos les gusta mucho, en este momento me reconocen, si yo voy a Usme, me reconocen muchísimo. Aquí en Ciudad Bolívar que estoy empezando también, entonces ya lo reconocen a uno como una persona que puede dar apoyo a sus necesidad y que las ayuda, aparte de eso pues la comunidad está muy abierta a hacer ciertas actividades, lógicamente hay personas que no les gusta, y que hay una reacción como que -no es para mí, pero a la mayoría de las personas les gustan, sobre todo las personas que han vivido estas procesos de discapacidad bastante fuertes, que no encuentran por ningún lado apoyo y abuelitos, la tercera edad que necesitan bastante ese apoyo.

Audio 4.

Los profesionales bien, ellos siempre, mira que es muy rico porque aquí fue donde uno, o yo aprendí a trabajar con todos los profesionales, a conocer un poquito de todo y a compartir, porque muchas veces uno su educación o su, lo ponen a uno, como muy individual y hacer sus acciones y ya, aquí aprendí que es muy necesario compartir, integrarse, trabajar con otros es muy muy bonito.

Audio 5.

Si, definitivamente, pienso que las acciones contaban mi sello o cuentan como mi sello particular desde la fonoaudiología, sí. Si tu identificas mis pacientes todos van dirigidos hacia la parte, más de la parte del lenguaje, cognición, aunque uno no quiere uno involucra todo el conocimiento que uno tiene, un 100% pienso yo. A nosotros nos dicen tenemos que hacer, solamente acciones de empoderamiento, inclusión, eliminación de barreras, todo lo que es apropiación conceptual, identificación de discapacidad, sensibilidad, pero uno se

da cuenta que muchos de esos temas, ya fueron trabajados o ellos ya los tiene. Entonces uno inicia procesos desde la carrera y eso es muy válido porque a ellos les sirve mucho.

C

Audio 1.

Criterio como fono:

Hubo muchas falencias, nos guiábamos por un lineamiento y esas son las pautas y los parámetros para guiarse, muchas veces yo quería hacer cosas dentro del perfil de fonoaudiología, pero no me lo permitían. Pero en cuanto a los servicios de salud colectiva, sí se desarrollaron pautas y se desarrolló otro perfil más dentro del área de fonoaudiología, a nivel, lo que te contaba, habilidades comunicativas, eso lo desarrollábamos con el par. Pero romper el paradigma del fono, es duro, porque nosotros no estamos dentro del perfil de salud pública, ahora que estoy en el banco de ayudas técnicas también, hasta dónde llega el fono para participar y desarrollar este tipo de actividades, porque en el banco ya no se nos dan audífonos, entonces nosotros estamos con un perfil, muy poco valorado, en el área de la salud pública.

Audio 2.

APS:

Es una estrategia que garantiza el acceso a los servicios de salud, sin distinción de raza, edad, sexo, pero es una estrategia que llega a la comunidad, también en la tarea de promoción y prevención, que era lo que se hacía en el programa de territorios saludables. Promoción y prevención en cuanto a todo tipo de enfermedad, todo tipo de característica, evitando llegar a que toda esta población tuviera que acceder a otros servicios de segundo y tercer nivel.

Audio 3.

Luego de ser terapeuta, pasé a ser coordinadora, pero ya no tenía que ver como con funciones de fonoaudióloga ni de terapeuta, si no más en la parte administrativa, porque el problema de territorios saludables, se guiaba o se regía, sobre una malla de atención a la población, entonces cuando ya no tenía el cargo de terapeuta, pasé a ser coordinadora durante tres meses y coordinaba a todos los profesionales que estaban a mi cargo, médicos, terapeutas, fisios, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Audio 4

Cargo y funciones

Yo inicié como terapeuta RBC, trabajábamos con población en condición discapacidad y sus cuidadores, a través de pautas de autocuidado, socio cuidado y mutuo cuidado; todo eso se hacía en visitas domiciliarias, tanto al usuario como al cuidador, en servicios de salud colectiva, donde se invitaban a los cuidadores, para favorecer todas las pautas que se daban en las visitas y para hacer seguimiento de las mismas y también se hacían servicios de salud colectiva con otros profesionales; trabajo social, odontología, nutrición, psicología, siempre apoyándonos en los lineamientos de la secretaria de salud, pero encaminados a la rehabilitación basada en la comunidad.

Audio 5.

Experiencia

Me llevo una experiencia fantástica, me encantaría que el programa regresara, trabajar con la comunidad siempre me ha gustado, en clínica yo no he ejercido mucho, toda mi carrera y mi área ha sido en salud pública y en proyectos well de salud, de la secretaria de salud, entonces no tengo mucho la parte clínica, me apasiona el trabajo con comunidad, me apasiona, me encanta y me encantaría volver a trabajar, la mejor experiencia los servicios de salud colectiva y grandes amigos y experiencias me llevé, aprendizajes

fantásticos que me gustaría volver a vivir. Porque el trabajo con comunidad en condición de discapacidad falta, falta mucho, pero se lograron muchas cosas, a través del reconocimiento de políticas públicas de discapacidad, se logró bastante y sé que falta, pero se puede trabajar con este tipo de población.

Audio 6.

Cuando estuve como fono, fue un reto grandísimo, porque en salud pública no hay muy fonos, entonces llegar y romper este paradigma, que no soy quien hace terapia física como la fisioterapeuta, pero trabajo como fono desde el fortalecimiento de la comunicación, de otro tipo de actividades, fue un paradigma duro de romper, se dejó una buena experiencia a nivel de colegios y jardines. Yo compartía mi rol con otro colega, fonoaudiólogo, yo creo que dejamos una buena experiencia y un perfil muy alto en el territorio donde estábamos, nosotros trabajábamos en el hospital de Tunjuelito, en la localidad de Tunjuelito, durante 4 años trabajamos allá, yo creo que dejamos una expectativa muy alta. Porque nosotros no íbamos a hacer la actividad física como tal, pero fortalecíamos desde otro tipo de habilidades comunicativas que también son importantes de desarrollar a nivel comunitario.

AN

Audio 1.

No, pues lo que te pregunta y ya te entendí... quieren hacer un estudio y quieren ver cuál fue impacto que hubo, que hay desde APS, desde el programa de territorio saludable para un buen vivir, entendiendo que plan de gobierno tiene un plan diferente. Y te puedo decir con lo que llevo 5 años y 3 meses y con las personas que tienen 20 años, en salud pública, ha sido el programa que más impacto ha tenido y eso ha ayudado a disminuir los indicadores trazadores, cada hospital tenía en ese momento su potestad, para ver cuáles eran sus indicadores, sin embargo, todo viene desde secretaría de salud.

Audio 2.

¿Qué es APS?

La APS es llegar a las personas, a la población más vulnerable, no porque solo sean partícipes de un régimen subsidiado sino que en realidad hay unas vivencias que uno no cree que eso existan en el mundo y para mí APS es poder llegar a la casa de esa persona y que esa persona pues obviamente permita y le pueda brindar unos conocimientos todo desde la promoción y la prevención, claro que sí. Eso es digamos que indiscutible, pero es ver como sí se puede llegar a localidades y a personas que no lo esperan y que les gustan y que lo reciben en su gran mayoría. No te puedo decir que todos porque no te puedo decir que todo mundo permitía eso, pero sí vi que muchas personas se enriquecían y salieron favorecidas del programa.

Audio 3.

Cargo y funciones

Yo inicié en julio de 2013, con un cargo que se llama especialista en salud ocupacional en donde llegaba y pertenecía algo que se llama ámbito laboral. Todo el programa de territorios saludables estaba dividido por ámbitos y inicié en ámbito laboral llegando a las unidades informales de trabajo y había algo en el momento y que todavía se trabaja y es la erradicación de trabajo infantil. Entonces en su momento se trabajó con técnicos en salud ocupacional, psicólogo y trabajo social; donde yo especialista era la cabeza y era la que estaba haciendo el acompañamiento con todos y obviamente brindando toda la información. Ahí duré cuatro meses, posterior a eso continué con un cargo que se llama profesional de apoyo y en la localidad de Bosa habían 15 territorios, yo empecé en el territorio 10 y luego me pasaron al territorio 6 que era el más grande de Bosa, se llamaba Porvenir y tenía que manejar un grupo de profesionales, exactamente eran 30; grupo interdisciplinario tenía ingeniero ambiental, técnicos ambientales, tenía odontóloga con higienistas orales, 5 psicólogos, 2 trabajadores sociales, gestores comunitarios, tenía un técnico en sistemas, tuve una fonoaudióloga también a mi cargo que fue un trabajo muy bonito y tuve a enfermera jefe. Ser un profesional

de apoyo digamos que es liderar, supervisar y orientar un trabajo que los chicos hacen en campo, que cuando ellos van al campo vienen aquí, entonces yo hago la factura, facturábamos qué íbamos a presentar para auditoría. Había una revisión de toda la papelería porque tu sabes que esos documentos son públicos, es el documento público tiene que tener cuidado en lo que se describe en el contenido, va una firma de un usuario que se ha atendido que se ha abordado y en su momento territorio saludable, tenía muy en cuenta la intervención individual a diferencia de la de ahora que es colectiva, entonces, en su momento sí se abordaba mucho desde el individuo y eso ayudaba mucho más, tenía médico general, auxiliares de enfermería y todos los que te nombré . Luego de ser profesional de apoyo duré... siendo profesional de apoyo duré 2 años de ahí me escalonan a un cargo que se llama. Líder de servicios de salud colectiva este tema de servicios de salud colectiva era que en un punto específico de la comunidad sabe que se van a tratar unos temas de salud, se parte de la lectura de necesidades y está una dupla siempre dos profesionales en donde todos los martes, por ejemplo, a las 8 am, son dos horas, se va a dictar un servicio de salud colectivo, entonces tuve un equipo, ahí ya se me duplicó, tuve 80 profesionales en donde también tuve todos los que te he nombrado, todos y realizaban por toda la localidad de Bosa este ejercicio. Como líder de servicios de salud colectiva duré como unos 10 meses y me escalonan al último cargo que se llama. Coordinadora de componente al ser la coordinadora de componente es uno debajo de la líder PIC, [tu sabes que la líder pick era la cabeza de todo, la dura pues del plan de intervenciones colectivas] el mío iba debajo. Coordinadora de componente en donde yo tenía que manejar a todos los procesos a todos lo ámbitos por decírtelo de alguna manera. Ahí duré 6 meses hasta que ya llegó el nuevo plan de desarrollo y dijeron, -lo sentimos, ya se acabó la platica del contrato de plan de intervenciones colectivas tenemos que empezar a operar como lo demanda el nuevo plan de desarrollo entonces de los 1000, tienen que quedar 350. Y ahí quedé gracias a Dios yo... y ya hasta ahí llegué yo, pero fue muy chévere. Eso fue en 2016, exactamente en febrero inicié y todo terminó, toda la historia terminó en Julio 30 del 2016, terminó la historia.

L: pero tú me dijiste que luego pasaste un poco al terreno.

Sí claro, ahí nos dieron un receso, no remunerado obviamente de casi 20 días, 25 días, ahí me llaman y me dicen, -Andrea te logramos ubicar. Porque qué hicieron ahí, eran o son 22 hospitales aquí en nuestra ciudad capital, lo que hizo el alcalde y todo su equipo fue dividir a Bogotá en 4 y dividió por subredes, entonces yo pasé a pertenecer a la red sur occidente, que es donde pertenece la localidad de: Bosa Kennedy, Puentearanda y Fontibón, obviamente de cada uno tiene su gente, entonces ahí "pum" nos involucraron a todos. Y yo llego a un espacio, porque ya no se llamaba ámbito cambiaron el nombre; salud urbana y mi espacio se llama Espacio educativo que fue donde trabajé como terapeuta en los colegios distritales que según secretaría de educación le decían a mira, -estos son los colegios con los que necesitamos que tu intervengas.

L: como fonoaudióloga

No, sabes que no, porque es que allá no se utiliza el perfil fonoaudióloga, es el perfil terapeuta, y qué abarca el perfil terapeuta; fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y fonoaudióloga; yo cabía ahí como terapeuta. Yo qué hice, digamos que no perder todo lo que un fonoaudiólogo puede hacer en un colegio, sin salirme de unos lineamientos, porque yo no puedo jamás trabajar desde fuera de lo que me diga el lineamiento. Cuando yo llego al aula empecé a ver una necesidad increíble de seguimiento de instrucciones en los chicos, toma de turno y empecé a hacer un trabajo de manejo del tiempo libre y obviamente pues, tenía que promocionar la actividad física porque venía en el lineamiento, pero trabajé mucho mucho, a partir del juego el tema de seguimiento de instrucciones. Como fonoaudióloga te puedo contar que lo involucré.

Audio 4. Competencia

Sí claro, a mí nadie me dijo, venga Andrea involucre esto. A mí nadie me lo dijo, yo hablé con mi jefe y le dije mire. -Yo soy fonoaudióloga aunque tengo que ver muchos temas desde una fisio, yo no voy a desdibujar a una fonoaudióloga porque yo misma estaría borrando mi perfil en la vida pública, y digamos si tu tienes la oportunidad pues no lo vas a hacer, entonces yo decía, -¿Cómo voy a involucrar la fonoaudióloga desde el

estudiante y desde el docente? Desde el docente involucré conservación de la voz y fue el hit, porque les daba tips de cómo empezar antes de su clase, entonces ya me buscaban y ya no me reconocían como la terapeuta sino me hice reconocer como la fonoaudióloga todo el tiempo. Digamos que todo el tiempo estoy diciendo, - orgullosamente fonoaudióloga y a mis hijos les da risa porque yo les digo soy de la gloriosa Manuela Beltrán y a mí me gusta y me siento a gusto y allá aprendí y me siento bien desde la academia entonces como que todo el tiempo y lo hago sentir y con los estudiantes lo que te digo; seguimiento de instrucciones y toma de turno, me parece algo súper básico, se ha perdido mucho y eso lo podemos trabajar. Ahí duré hasta marzo y volví, digamos que me dijeron, -oiga, usted siendo docente tanto tiempo en Pablo VI profesional de apoyo y la líder, venga vuélvase a presentar ahí mismo en su mismo espacio. Me volví a presentar como profesional de apoyo, hubo un concurso participé con 15 personas y me lo gané; duré como profesional de apoyo como dos meses ahí en mi mismo espacio donde había trabajado, muy chévere y por cosas administrativas tuve que pasar a un componente que se llama Gobernanza, que es donde estoy hoy día y me ha encantado. Gobernanza tiene algo y es posicionar las políticas públicas que tiene nuestro sistema de salud; política pública de mujer y género, política pública de salud oral, política pública de infancia, de juventud y yo me encuentro ahorita, -son 17 políticas que hay a la fecha. Yo tengo en este momento a mi cargo la política pública de adultez; en donde participo con los diferentes sectores y las diferentes mesas desde cada localidad, tengo las 4 localidades.

L: Pensarías que eso hace parte un poco de la APS?

Sí claro porque cuando la gente aprende a reconocer que yo tengo algo que sí me da garantía que yo me puedo defender entonces sí puedo exigir, entonces si yo exijo, también viene involucrado, lo que pasa es que aquí la APS se pierde un poco porque ya no está tan a la mano, uno y dos, el tema de haberlo pasado desde lo individual a lo colectivo a pasado mucho, porque cuando tu ya no tienes esa atención individual en los diferentes ámbitos o espacios como se llaman ahora porque ahora es; espacio trabajo, espacio vivienda, espacio público y espacio de educación. Cuando empiezas a ver todo desde lo colectivo es canalice, remita y active una ruta. Sí puede haber una respuesta pero se pierde un poco ese "atención primaria" ¿Cuál es la atención primaria? Yo la entiendo como una atención rápida, inmediata. ¿qué puedo hacer por ti? Sabiendo que la salud pública es para todos, eso es así.

Audio 5,

Percepciones

Lo que pasa es que se sentía respaldados, porque tu vas con cosas, con una chaqueta un carnet que te identifica que haces parte y los profesionales van caminando por su territorio entonces la gente los tiene a la mano y les puede preguntar, -oye ven te tengo una pregunta, cuando hay vacunación canina y felina, cuando van a hacer la vacunación de influenza y todo lo que van a traer... - ¡ay! Allá en la UPA. [En su momento se llamaba UPA], -No sí. Y les daban los horarios digamos que lo tenían, el acceso más fácil y pues obviamente a todos nos gusta un poco el tema de la facilidad y más en la salud. Por ejemplo viví, yo, tuve a mi que cargo cuatro médicos y tuvieron que atender un parto en casa y verlos cómo lo hicieron, me pareció algo inolvidable en la vida, sí? Mis chicos ya se iban a su casa y los llamaron corra a su carro y vamos allá todos atendieron un parto, entonces yo decía, quién no va a querer algo así? Sabiendo que muchas veces no tengo para un taxi, [yo, hablo desde la comunidad]. Para un jugo, entre los médicos le reunieron y le dejaron comprada; dos pacas de pañales, o sea muchas cosas que tu dices, yo siempre lo he dicho, y una vez tuve la oportunidad de estar aquí con la facultad de enfermería aquí en la Nacional y yo les dije, -al que le gusta le sabe. Y ellos amaban la profesión eternamente y más con población y con comunidad que lo necesita, con gente que de verdad la necesita. Entonces ver ese tipo de cosas me parecía...

L: y los profesionales

Yo veo que las terapeutas aprendieron de todo un poco y digo que aprendieron y digo aprendieron porque yo, en su momento no hice lo que ellas aprendieron, que fue tocar todo el tema de discapacidad desde, o sea, discapacidad es algo a nivel internacional, entonces vi cómo ellas asistían a la Secretaría de Salud y les brindaban la asesoría técnica y cómo les ampliaban cada vez más su conocimiento. Claro, tuve compañeras

fonoaudiólogas en donde miraban en dónde podían aplicar lo de ellas y adicional ampliaban un poco más sus conocimientos y qué más le podían brindar a las personas desde las asesorías... No yo pienso que, los que ya llevamos muchos años es porque nos gusta, como he conocido a gente que llega un día y se va al otro y dicen, -yo esto de la salud pública, yo no puedo. Yo me acuerdo que yo les daba la inducción y decían, - sí, sí jefe vamos con toda. Yo soy la más apasionada del tema. Y al otro día, - no, yo no puedo caminar, yo no puedo entrar a una casa, me cuesta... bueno una cantidad de características que yo digo, es real, no todos nacimos para la salud pública, eso sí te lo puedo garantizar y yo soy una apasionadísima de la salud pública. Me encanta.

Audio 6.

Si claro, digamos que en el ámbito escolar en su momento, hoy día los chicos tienen problemas gravísimos en todo el tema de aprendizaje y aprendizajes neto. Pienso que deberían contratar muchos fonos, para todo el tema de inclusión, una fonoaudióloga es básica para el desarrollo del lenguaje, para su adaptación, para el tema y manejo de lecto escritura, para... yo decía, ahorita que estuve en el espacio educativo, me encontré con muchas docentes educadoras y decían aquí faltan fonoaudiólogas, y les dije, -estoy totalmente de acuerdo, y sé que las contratan, sé que desde la secretaría de educación contratan fonoaudiólogas porque si es necesario desde el sector público que exista. Ahora, desde una casa, se encuentran muchas personas con discapacidad en donde la fonoaudióloga debe ser base, porque nos podemos encontrar con un ACV, con un niño con discapacidad mental y retraso de lenguaje y la mamita no puede acceder a ir a llevarlo, que el médico le dé una remisión para fonoaudiología pasarán dos meses y ya cuando llegaste al fonoaudiólogo, -no mamita, solo te puedo brindar una asesoría. O sea pienso que el fonoaudiólogo es básico en este programa, que ojalá algún día lo puedan incluir como tal como tareas propias del fonoaudiólogo, ¿sí?, no como el terapeuta a nivel general sino como propiamente fonoaudiólogo.

Si claro, el fonoaudiólogo desde la salud pública entra en el tema de discapacidad, inminentemente, no te puedo decir, que desde estimulación y este tipo de cosas no, no lo veo desde ahí, lo veo en dos ámbitos, hablando desde territorios saludables es; en el ámbito escolar y en el ámbito familiar y que discapacidad que abarca un gran número de la población, no te alcanzas a imaginar la cantidad de gente que uno se encuentra que tuviera los tres perfiles, o sea, fono tiene que hacer sus tareas propias como fonoaudiólogo claro que sí y de hecho yo hablaba mucho con Daneri, porque yo fui jefe de Daneri, con Daneri, trabajamos un año muy juiciosas y yo siempre le decía -nunca pierdas tu enfoque de fonoaudióloga, has las cosas que nos pide el lineamiento, claro que sí, porque finalmente nos vienen a auditar y a mirar, pero nunca pierdas tu enfoque desde la fonoaudiología, de hecho en esa época ella entraba en hogares HCB's que eran hogares comunitarios del bienestar, en donde ella también brindaba herramientas, recomendaciones a las mamitas, para, mejorar el desarrollo de lenguaje de los niños, no porque el lineamiento se lo pidiera, sino como un valor agregado de ella.

Audio 7.

Experiencia.

Te voy a hablar desde mi experiencia, (como llamamos en salud pública) desde mi experiencia exitosa... de todo lo que te he dicho, tuve una muy buena experiencia con el tema de educar a los docentes, no, educar no, para darles tips y recomendaciones para la conservación de la voz, porque me encontré en el camino, con tres docentes que ya deben dejar de ser docentes, porque tienen un problema bastante avanzado en sus cuerdas vocales, pólipos, nódulos, casos así, entonces digamos que al llevar eso, cuando a ti te llevan a la teoría casos de la vida real, a la práctica, casos de la vida real, tú dices, - juepucha, sí me puede pasar a mí. Entonces uno empieza desde ahí y he retomado y te puedo contar que yo, más o menos, brindé esta charla por colegio. Yo tuve 50 colegios, de la localidad de Kennedy-Bosa. Por colegio eran aproximadamente 25 docentes, en donde ver tú que sí aplicaban lo que tu enseñabas, los ejercicios básicos de calentamiento de la voz y demás. Aunque mi pasión como fonoaudióloga no es la voz, mi pasión es la parte auditiva, me gocé

esta tarea y esta experiencia exitosa, entonces eso digamos que me llenó a nivel profesional. Puede que desde la salud pública tú no lo puedas medir, ni me hubieran dicho nunca, -oye Andrea, estadísticamente eh, cuántos docentes abordaste y cuántos crees que haciéndoles una evaluación pudieron haber aprendido en algún porcentaje. No pues eso sería, pues la locura, pero, a título personal sí tengo la satisfacción, de que se pudo brindar herramientas desde la fonoaudiología, herramientas a personas que realmente necesitan tener este conocimiento.

L: Y desde el punto administrativo,

Sabes también, yo por donde lo direccionaba o no sé, digamos que como fono, me veía con el tema de la comunicación asertiva, tuve un debate muy chévere con una psicóloga, porque decía, ese tema es de los psicólogos, y yo le decía la comunicación es toda del fonoaudiólogo, la comunicación es básica, es nuestro ser, entonces me enfoqué mucho, en tener y aprender y acoger herramientas para mí como profesional en comunicación asertiva, el tema de liderazgo un fono lo maneja mucho, para manejar un cargo de estos, como fono como tal, yo lo veía era así, que yo te diga, eran cargos muy administrativos, que yo decía, -pase la factura, cuánto va a facturar, en plata es tanto, ¿cómo va con su talento humano?, ¿cómo va con su no sé qué?, cuando hay pre auditoría. Era un tema muy administrativo que te cerraba a cosas típicas de una buena administración para entregar un producto. Pero yo decía yo como fono, cómo le voy a llegar a mis profesionales, para uno, tenerlos muy motivados desde su quehacer, y que sigan haciendo lo que están haciendo porque lo hacen excelente siendo muy asertiva, eso siempre lo pensaba. De hecho te voy a contar algo que me va a pasar ahorita en este momento. Tengo una compañera que va a trabajar con integración social, y proyectos y hay que ir a un taller con padres de familia y me dice, -oye estoy consiguiendo una fonoaudióloga que vaya y hable de conservación auditiva, de los exámenes, de cómo saber si mi hijo tiene o no tiene. Y yo le dije... y - qué va a hacer para eso, pues, yo soy la fonoaudióloga pues, yo lo hago. Y le dije pues yo, bobita la tiene al frente. Y me dice, -en serio lo harías, pero es que eso no es nuestro trabajo, ni de nuestra meta ni en ningún lado, ni que me pague. Y yo, -no importa ni que me pague, a mí deme un postre. Le dije no no importa, dale dale. Entonces mañana tiene la reunión, va a sacar la cita va a traer una lectura de necesidades para poder hacer un buen montaje y voy para allá. Como valor, agregado.

L: Entonces en las competencias del fonoaudiólogo sí está liderar equipos de trabajo.

Sí claro, total, yo veo que nosotros tenemos y contamos con esas cualidades, para liderar grandes equipos de trabajo. Cuando yo llegué a coordinadora de componente yo llegué a manejar más de 150 personas y manejarlas no solo porque les firmaba su cuenta de cobro, como supervisora de contrato, que también legalmente tiene implicaciones, sino cuando tú sabes direccionar se da mejor el trabajo y eso lo adquieres con la experiencia, con la pasión que le tienes a lo que haces, con lo que aprendes con lo que haces. Es chévere.

Anexo E: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO TITULADO

"Acciones del fonoaudiólogo en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS); la teoría frente a la práctica."

Entiendo que yo, _____ he sido invitado/a a participar en un proyecto de investigación de la Universidad Nacional de Colombia.

He sido informado que el propósito del trabajo es el análisis de entrevistas que buscan recoger la experiencia de mi participación en un equipo interdisciplinar de atención primaria en salud en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2012 - 2016. Entiendo que se indagará sobre mi percepción, experiencia y trabajo realizado durante este periodo, que sean pertinentes para el estudio. Entiendo que, aunque se guardará un registro de la participación mediante una grabación de audio y/o video, y un registro por escrito, todos los datos recogidos de su participación sólo serán usados con fines académicos, no se hará copia alguna del video ni habrá publicación alguna de resultados individuales.

1. He sido informado que la participación en estas pruebas no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados.
2. He sido informado que no hay procedimientos "engañosos" en estas pruebas. Todos los procedimientos son lo que parecen.
3. He sido informado que el evaluador responderá gustosamente a cualquier pregunta respecto a los procedimientos.
4. He sido informado que hay libertad de retirarse de la prueba en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

Las dudas sobre cualquier aspecto de este estudio pueden dirigirse al estudiante asociado al estudio y/o al correo de la especialización; Email: lcarrenop@unal.edu.co y espadsalpub_fmb@unal.edu.co

HE ESTUDIADO CUIDADOSAMENTE LAS LÍNEAS ANTERIORES Y ENTIENDO ESTE ACUERDO. YO LIBREMENTE CONSIENTO Y VOLUNTARIAMENTE ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ludwing Carreño.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008.
2. Apráez G. En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. Univ Odontol. 2010. Jul-Dic; 29(63):29-35
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.1. Washington, D.C: OPS; 2008.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C: OPS; 2010.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”. Bogotá D.C.; 2016.
6. De Cero a Siempre, Atención Integral para la primera Infancia. Estrategia de atención integral a la primera infancia FUNDAMENTOS POLÍTICOS, TÉCNICOS Y DE GESTIÓN. Bogotá D.C.: Schmidt M. & Turriago C.; 2013.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2014 - 2024. Bogotá D.C.: Ministerio de salud y protección social; 2014.
8. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social, Grupo de Gestión en Discapacidad. Política pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013 - 2022. Bogotá D.C.: Ministerio de salud y protección social; 2014.
9. Hernández, I. y Hernández, J. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. Rev. Salud pública. 2005; 7 (2): 130-144.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). Noviembre, 2017.

11. Cuervo C. LA PROFESIÓN DE FONOAUDIOLÓGÍA: COLOMBIA EN PERSPECTIVA INTERNACIONAL. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
12. Vygotsky, L. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. México: Editorial Crítica. 1988.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. LINEAMIENTOS NACIONALES DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD - RBC. Bogotá D.C.: Ministerio de salud y protección social; 2014.
14. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Suiza; 1978.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PIC. 2015. Recuperado de [http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/gestion_de_salud_publica_y_plan_pic-_resolucion_0518_de_2015.pdf]
16. Gallagher A., Tancredi H. & Graham L. Advancing the human rights of children with communication needs in school, *International Journal of Speech Language Pathology*. 2017. DOI: 10.1080/17549507.2018.1395478
17. Doell E. & Clendon S. Upholding the human right of children in New Zealand experiencing communication difficulties to voice their needs and dreams, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2017. DOI: 10.1080/17549507.2018.1392611
18. Jones D., McAllister L. & Lyle D. Rural and remote speech–language pathology service inequities: An Australian human rights dilemma, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2017. DOI: 10.1080/17549507.2018.1400103
19. Khoja, M. & Sheeshah H. The human right to communicate: A survey of available services in Saudi Arabia, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2018. 20:1, 102-107, DOI: 10.1080/17549507.2018.1428686
20. McLeod, S. Communication rights: Fundamental human rights for all, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2018. 20:1, 3-11, DOI:10.1080/17549507.2018.1428687

21. Muñoz, A. y Guerrero, H. LA FONOAUDIOLOGÍA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. *Revista Areté*, 2013. 13, 5–15. ISSN: 1657-2513
22. Flórez, R. *Lenguaje en la Educación. Una perspectiva fonoaudiológica*. Ed. U.N., Bogotá, D. C. 2004.
23. Chacón J., et al. CONSTRUCCIÓN DE UN PARADIGMA DE ACCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN LA EDUCACIÓN. *Rev. Areté*. 2009; (1) 85 - 94.
24. American Speech Language Hearing Association, ASHA. Roles and responsibilities of speech - language pathologists with respect to reading and writing in children and adolescents. 2001. Recuperado de [<http://www.asha.org/policy/PS2001--00104.htm#sec1.1>]
25. Torres, A., Vega, Y., & del Campo, M. Autorreflexión sobre el desempeño profesional del fonoaudiólogo(a) en el sector educativo: una aproximación a la construcción del rol. *Revista Chilena de Fonoaudiología* * ISSN 07194692. 2015; Vol. 14, pp 103 - 117
26. Rodríguez-Riaño, J., Lizarazo-Camacho, A. Participación e inclusión social en adultos con afasia: análisis bibliométrico. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):447-464. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.13](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.13)
27. Díaz, L. Programa de Intervención de inclusión sociolaboral para las personas con discapacidad en Honduras. Tesis de Maestría. Universidad de Valladolid. 2016.
28. Del Riego, S. El ser humano como ser ocupacional. *Rehabilitación*, 2005; 39(05). 195-200. Recuperado el 29 de abril de 2018 en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/rehabilitacion-120/el-ser-humano-como-ser-ocupacional-13078942-editoriales-2005>
29. Lapeña, P. INSERCIÓN LABORAL EN PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL. Tesis de Maestría. Universidad de Valladolid. Palencia, 2015.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: OMS, 2001.
31. Moreno, M. et al. Estado del arte en valoración ocupacional de las personas con discapacidad. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Facultad de Medicina. 2014.
32. Hernández, I. y Hernández, J. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. *Rev. Salud pública*. 2005; 7 (2): 130-144.

33. Law, J., Reilly, S., & Snow, P. C. Child speech, language and communication need re-examined in a public health context: A new direction for the speech and language therapy profession. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2013. 48(5), 486–496. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12027>
34. Congreso de la República de Colombia. Ley 376 de 1997 Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Diario No. 43.079, de 9 de julio de 1997. Recuperado de [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf.]
35. Achury, S., Cifuentes I., Lasso, C. y Páez, S. FONOAUDIOLOGÍA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE. Tesis grado -Universidad del Val. 2015.
36. American Speech-Language-Hearing Association. Core knowledge and skills in early intervention speech-language pathology practice [Knowledge and Skills]. 2008. Available from www.asha.org/policy. doi:10.1044/policy.KS2008-00292
37. Zanin, L. et al. Proposal and validation of a screening Protocol for Identifying Speech, Language and Hearing Manifestations in Leprosy. *Revista Brasileira em Promocao da Saude*; Fortaleza Tomo 29, N.º 4, (2016): 564-573.
38. Fernández Martín F., Arce Calvo M. T., Moreno Molina J. A.. Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2014 June [cited 2018 May 20] ; 16(Suppl 23): 101-110. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000200014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000200014>.
39. Palomo Díaz, Ó. Análisis de datos y modelado simbólico para aplicación de detección temprana de trastornos del lenguaje. Proyecto Fin de Carrera / Trabajo Fin de Grado, E.T.S.I. y Sistemas de Telecomunicación (UPM), Madrid. 2014.
40. Moriano Gutiérrez A., Jover Martínez M., Jubert Rosich A., Cano López R.M., Colomer Revuelta J., Sanjuán Arias J.. P-14. Environmental, emotional and developmental variables in language acquisition. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 May 20] ; 12(Suppl 19): e97-e98. Available

from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000500051&lng=en.

41. Tirado Melero M., Milagro Jiménez M.E., Romero Salas Y., Galbe Sánchez-Ventura J., Balagué Clemós C., Zarazaga Gemes G. et al . Intellectual disability of genetic cause: observational study in an urban primary health care center. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 May 20] ; 17(68): 309-315. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000500004>.
42. Villafañez, M. La Comunicación En Pacientes Con Ictus. Universidad De Valladolid, Facultad de Enfermería de Soria. Tesis título de enfermera. 2015.
43. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Rio Garma M, García Cendón C, Pena Nieto J, et al. ORIGINAL: Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria. *Anales De Pediatría* [serial on the Internet]. (2017, Oct 10), [cited May 20, 2018]; Available from: ScienceDirect.
44. Donaire del Yerro I, Moreno-Lorente I, Martínez-Salio A, Porta-Etessam J. Cartas de investigación: Afasia primaria progresiva: detección de una demencia infrecuente en atención primaria. *Atencion Primaria* [serial on the Internet]. (2005, Jan 1), [cited May 20, 2018]; 36585-587. Available from: ScienceDirect.
45. LUISA S, MARIANGELA M, ZULEMA D, PAULINA R, ANA MARÍA S. Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica / Language difficulties in pre-scholars: concordance between TEPSI test and speech therapist evaluation. *Revista Chilena De Pediatría* [serial on the Internet]. (2007), [cited May 20, 2018]; (4): 369. Available from: SciELO.
46. Bradley, C., DeCristofaro, C. & Elliott, L. Empowering the primary care provider to optimally manage mild traumatic brain injury. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2011; 23 (2011) 638–647.
47. Diaz, M. y Forster, J. Estudio comparativo de desempeño del lenguaje de niños normales, nacidos asfixiados y nacidos prematuros mediante el uso de una escala de hitos tempranos del Lenguaje. Tesis. Universidad de Talca (Chile). Escuela de

- Fonoaudiología. 2010. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de [<http://dspace.otalca.cl/handle/1950/8784>]
48. Alfaro, P. y Plaza T., E. Identificación y análisis de morbilidad fonoaudiológica en el área de lenguaje en los Centros de Atención Primaria de la ciudad de Talca. Universidad de Talca (Chile). Escuela de Fonoaudiología. 2008. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de [<http://dspace.otalca.cl/handle/1950/6004>]
 49. Santos, E. Patología vocal valorada en la unidad de foniatría del hospital virgen de la concha de Zamora durante el año 2009. Revista ORL, ISSN-e 2444-7986, ISSN 2444-7986, Vol. 1, 2010.
 50. Turley, R, Cohen, S. Primary care approach to dysphonia. Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 Mar;142(3):310-4. doi: 10.1016/j.otohns.2009.12.022.
 51. Sajisevi M, Cohen S, Raynor E. Pediatrician approach to dysphonia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014 Aug; 78(8):1365-7. doi: 10.1016/j.ijporl.2014.05.035. Epub 2014 Jun 5.
 52. Soares M. Knowledge production on community education and audiology in primary health care/Producao do conhecimento sobre educacao popular e audiologia na atencao primaria. Revista CEFAC: Atualizacao Cientifica Em Fonoaudiologia E Educacao [serial on the Internet]. (2016), [cited May 20, 2018]; (3): 789. Available from: Academic OneFile.
 53. Delgado Domínguez JJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia . Detección precoz de la hipoacusia infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:279-97.
 54. Carnevale C, Muñoz-Proto F, Rama-López J, Ferrán-de la Cierva L, Rodríguez-Villalba R, Tomás-Barberán M, et al. FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA: Manejo del vértigo posicional paroxístico benigno en atención primaria. SEMERGEN - Medicina De Familia [serial on the Internet]. (2014, July 1), [cited May 20, 2018]; 40254-260. Available from: ScienceDirect.
 55. Pérez Vázquez P, Manrique C, Álvarez M, Aldama P, Álvarez J, Méndez J, et al. Evaluation of benign paroxysmal positional vertigo in primary health-care and first

- level specialist care. *Acta Otorrinolaringologica Espanola* [serial on the Internet]. (2008, June 1), [cited May 20, 2018]; 59(6): 277-282. Available from: Scopus®.
56. Alcalá Villalón Tahamara, Lambert García Miriam, Suárez Landrean Alida. Clinical approach of vertigo from the Primary Health Care. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2014 June [cited 2018 May 20] ; 13(3): 394-405. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300005&lng=en.
57. Casamitjana J, Pollán C, Perelló E. La hipoacusia en el adulto. *FMC. Formación Médica Continuada En Atención Primaria* [serial on the Internet]. (2002, Apr 1), [cited May 20, 2018]; 9241-252. Available from: ScienceDirect.
58. Garcés-Sánchez M, Renales Toboso M, Ballester Fernández R, Díez-Domingo J. Diagnosis, treatment and prevention of acute otitis media in early childhood. *Acta Pediatrica Espanola* [serial on the Internet]. (2011, Apr 1), [cited May 20, 2018]; 69(4): 151-155. Available from: Scopus®.
59. Barral, M. et al. ATENCIÓN PRIMARIA DIAGNÓSTICO PRECOZ DE HIPOACUSIAS. *Revista de Salud Pública*. 2006; Volumen X. Número 1, pp 7 - 11.
60. Zazove P., et al. Initial Results of the Early Auditory Referral-Primary Care (EAR-PC) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 2017; 53 (4) , pp. e139-e146.
61. Foust, T. et al. Using otoacoustic emissions to screen young children for hearing loss in primary care settings. *Pediatrics*. 2013 Jul;132(1):118-23. doi: 10.1542/peds.2012-3868. Epub 2013 Jun 3.
62. Yousuf, S. et al. Smartphone hearing screening in mHealth assisted community-based primary care. *J Telemed Telecare*. 2016 Oct;22(7):405-12. doi: 10.1177/1357633X15610721. Epub 2015 Oct 14.
63. Khoza-Shangase, K; Harbinson, S. Evaluation of universal newborn hearing screening in South African primary care. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2015 May 21;7(1). doi: 10.4102/phcfm.v7i1.769.
64. Bentur, N. et al. Primary care intervention programme to improve early detection of hearing loss in the elderly. *J Laryngol Otol*. 2012 Jun;126(6):574-9. doi: 10.1017/S0022215112000072. Epub 2012 Apr 12.

65. Smeltzer CD. Primary care screening and evaluation of hearing loss. *Nurse Pract.* 1993 Aug;18(8):50-5.
66. Duarte, L. Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud en el marco del sistema general de seguridad social en salud. 2014, [cited May 20, 2018]; Available from: OAlster.
67. American Speech-Language-Hearing Association. Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: Guidelines [Guidelines]. 2008; Available from www.asha.org/policy. doi:10.1044/policy.GL2008-00293
68. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Suiza; 1978.
69. Aguilar, O., et al. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. INFORME FINAL. 14 de septiembre de 2012
70. Garcés, A., Sabogal, J. APROXIMACIÓN A LAS ACCIONES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN COLOMBIA [tesis de pregrado] Cali; Universidad del Valle, 2013.
71. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 1°. 2011.
72. CORTE CONSTITUCIONAL, Sala Segunda de Revisión. SENTENCIA N° T-760 de 2008. Expediente T-1281247 y acum. 2008.
73. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 del 16 de febrero de 2015. Ley estatutaria de salud. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf]
74. Ministerio de Salud y Protección Social. LINEAMIENTOS NACIONALES DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD - RBC. Bogotá D.C.: Ministerio de salud y protección social; 2014.

-
75. Carrillo, M., Santacruz, M., González, A., Henao, H. ANEXO OPERATIVO DE CONTENIDO ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD (RBC) DISCAPACIDAD. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2016.
 76. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. (1a ed. Buenos Aires. 2008.)
 77. García Ruiz AS. Rehabilitación comunitaria. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública; 2003.
 78. Buitrago, M. La rehabilitación Basada en La Comunidad: un recuento histórico internacional, nacional y distrital, 1979-2004. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. 10 (2): 39-61, Bogotá. 2008.
 79. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 470 de 2007 Alcalde Mayor. Por el cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Octubre 2007.
 80. Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría de salud. Presentación Modelo Humano de Atención en Salud en Bogotá. Bogotá D.C. S.F.
 81. Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría de salud (María Victoria Carrillo Araujo, Martha Lucía Santacruz González, Ana Marcela González Barrera, Héctor Henry Henao Álzate - Equipo técnico de discapacidad) Anexo operativo de contenido, Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) Discapacidad. Bogotá D.C. 2016.
 82. Alcaldía mayor de Bogotá. INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2015 - BALANCE DE RESULTADOS DEL PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL 2012 - 2016, “BOGOTÁ HUMANA”. Diciembre, 2015.
 83. American Speech-Language-Hearing Association. Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Scope of Practice]. 2016; Available from www.asha.org/policy.
 84. Aigeneren, M. ANÁLISIS DE CONTENIDO: UNA INTRODUCCIÓN. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN - CEO. S.F.

85. Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A., Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14
86. Elorza, M., Moscoso, N., Lago, F., Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(3)
87. Pino Hidalgo S. Programa de promoción de seguridad en la deglución en centros de salud familiar de la ilustre municipalidad de Vaparaíso, [Tesis de Maestría] Chile. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2017
88. Vega Rodríguez Yuri Esperanza, Torres Rodríguez Angélica María, del Campo Rivas Manuel Nivaldo. Análisis del Rol del Fonoaudiólogo(a) en el Sector Salud en Chile. Cienc Trab. [Internet]. 2017; 19(59): 76-80. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000200076&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200076>.
89. Molini-Avejonas D, Ferreira V, de la Higuera Amato C. Fonoaudiología e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf>
90. de Cássia Botasso K, Pereira M, Marconi C. Evaluation of an infant monitoring program based on the point of view of the families. CEFAC. 2013; 15(2):374-381. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/257/365>
91. Guajardo A, Recabarren E, Parraguez V. Rehabilitación de Base Comunitaria, Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile. Santiago de Chile: [internet]; 2014
92. Laverde D, Lizarazo A, Diseño e implementación de una red de apoyo auto-sostenible de personas con discapacidad comunicativa, sus cuidadores y la comunidad para la participación social. 2016. Disponible en: <http://repositorio.iberamericana.edu.co/handle/001/327>
93. Villate S, Sánchez L, Proyecto de autogestión: agentes comunitarios de salud, una mirada de apoyo a las personas en situación de discapacidad [Tesis de pregrado]. Chía: Universidad de la Sabana; 2014.
94. Moura D, Rodrigues V. Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos. Distúbios Comun. 2016; 28(1): 130-141. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/26525/1/Aten%C3%A7%C3%A3o%20prim>

- %C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20Concep%C3%A7%C3%B5es%20e%20pr%C3%A1ticas%20de%20docentes%20fonoaudi%C3%B3logos.pdf
95. Soleman Carla, Martins Cleide Lavieri. The work of speech therapists under Support Centers for Family Health (NASF) - specificities of primary care. Rev. CEFAC [Internet]. 2015; 17(4): 1241-1253. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000401241&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>.
96. Lewis, D. A PRÁTICA DO FONOAUDIÓLOGO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SÃO PAULO: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. [Tesis de Doctorado] Universidad de Sao Paulo. 1996.
97. Cabrera G, Carrasquilla G, Prevención en fonoaudiólogos de la Universidad del Valle en Cali, Colombia. Revista de Saúde Pública 1998; 32(2) 178-183.
98. Pavez R, Silva T. Fonoaudiología y estética facial: experiencia de Brasil en la Atención Primaria de Salud. Revista Chilena de fonoaudiología. 2015; 14: 45-54. Disponible en: <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/37613>
99. Lima C, Yemi H, Fonoaudiología no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (Fonoaudiología en el Sistema Único de Salud (SUS) del Estado de Sao Paulo) [Internet]. 2018; 30(1): 179-185. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/32746/25043>
100. Moreno J, Calderón A, Cubillos C, Moreno M, Política y práctica: servicios de fonoaudiología y terapia ocupacional para la primera infancia colombiana [Internet]. 2017; 66(1): 97-102. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.60858>
101. dos Santos Buccini G, Pereira M. Maternagem: estratégia de prevenção em saúde para formação de sujeitos saudáveis Gabriela dos Santos Buccini, Marina Lucia Pereira de Almeida Tulha. Rev bras med fam comunidade. 2011; 6(20): 203-6. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/257/365>
102. Kirby S, Held F, Jones D, Lyle D. Growing health partnerships in rural and remote communities: What drives the joint efforts of primary schools and universities in maintaining service learning partnerships? Primary Health Care Research & Development. 2018; 19(5), 503-517. Disponible en: doi:10.1017/S146342361700086X

103. Alban A, Rivero P, Promoción de la comunicación a través de la lactancia materna en el Hospital de Fontibón. [tesis de grado] Iberoamericana. 2011.
104. Bravo C, Cardona L. Caracterización del trabajo que lleva a cabo el profesional de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad. [Trabajo de grado] Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2015. <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7838/1/CB-0456424.pdf>
105. Andrade Aline Fernanda de, Lima Mirella Muzzi de, Monteiro Natália Pereira, Silva Vanessa de Lima. Evaluation of the shares of Speech Therapy in the NASF in Recife Evaluation of the shares of Speech Therapy in the NASF in Recife. *Audiol., Commun. Res.* [Internet]. 2014; 19(1): 52-60. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000100010&lng=en) &lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312014000100010>.
106. Zapata N, García P, Análisis de la prevalencia del deterioro cognitivo – lingüístico en la población adulto mayor en centros de atención primaria de Puerto Montt. [Tesis de Maestría]. Chile: Universidad de Talca; 2016.
107. Pava G, Estado del arte: El rol del fonoaudiólogo, fundamentado por un enfoque sistémico-ecológico. [Tesis]. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2015.
108. Moreno Barral J., Curet C, Barteik M, Reynoso R, Hendl S, Pavlik M, Romani C, Schafer H. Atención Primaria Diagnóstico Precoz De Hipoacusias. *Revista de salud pública.* 2006; 10(1): 6-11. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7302/8391>
109. Quaglino M, Vitelleschi M, Maldonado L. Evaluación del funcionamiento de un sistema público de atención de discapacidad auditiva mediante métodos multivariados. *FABICIB.* 2013; 17: 23-32. Disponible en: <file:///C:/Users/Consultorio8/Downloads/4305-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1049-1-10-20140916.pdf>
110. Peranich L, Reynold K., O'Brien S, Bosh J, Cranfill T. The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in

- Primary Care. JNP. 2009; 6(1): 36-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415509005005>
111. Martín Villamil J, Camacho L, González B, Puentes R. Procedimientos en promoción y prevención realizadas por fonoaudiólogos en instituciones de salud de primer y segundo nivel en Bogotá. Areté. 2014; 9(1), 95-108. Disponible en: <https://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/arete/article/view/399>
112. Allignani G,; Granovsky, G Iroz M. El rol del fonoaudiólogo En un hospital materno infantil. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010; 29(1): 28-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91213729006.pdf>
113. Aguilar S, Llanos A, Ayala A, Portilla E, Espinal R. Metodología: Tamiz auditivo neonatal. Revista Signos Fónicos [Internet 2017]; 2(3): 161-172.
114. Salles C, Yemi H, Zumbido e atenção básica:uma revisão de literatura (Acúfeno y atención primaria:
115. una revisión de la literatura) [Internet]. 2017; 29(4): 720-726. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/32129/24536>
116. Hoyos D, MurilO e, Aguilar A, Caracterización de las prácticas estudiantiles del programa académico de fonoaudiología de la Universidad del Valle realizadas con la población en edad escolar de la zona ladera Cali 2008 - 2011. [Tesis]. Cali: Universidad del Valle; 2017.
117. Fernández A, Machuca M. Concordancia y errores (Tipo I y II) en el diagnóstico logopédico primario. Revista de investigación comunicativa. 1998; 16(1): 123-136. Disponible en: <file:///C:/Users/Consultorio8/Downloads/122451-Texto%20del%20artículo-484201-2-10-20110321.pdf>
118. Lavador Navarro X, Arrais I, dos Santos O, da Silva D. Saúde Vocal Do Professor: Intervenção Fonoaudiológica Na Atenção Primária À Saúde. CEFAC. 2013; 15(4):976-985. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/26.pdf>
119. Schonhaut B, Maggiolo L, de Barbieri, Rojas N, Salgado V, Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2007;78(4): 369-375. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200700040004&lng=es.

120. Knochenhauer Carla Cristina Lins Santos, Vianna Karina Mary de Paiva. Community Health Workers perceptions in relation to speech and language disorders. CoDAS [Internet]. 2016; 28(6): 697-703. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000600697&lng=en. Epub Dec 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015192>.
121. Tapia S, Espinoza F, Herrera P, Venegas D. Caracterización de fonoaudiólogos/as insertos/as en Centros Comunitarios de Rehabilitación. Revista Chilena de Fonoaudiología. 2016; 15, 1-13. Disponible en: <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/44186>
122. Fontes K, Viera A, Meurer B, Quadros D, Corso M, Texeira, L. Fonoaudiologia e Odontologia na Atenção Básica: Relato de Experiência de Educação em Saúde. Distúbios Comun. 2016; 28(2): 388-393. Disponible en: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/26305/20151>
123. Oliveira H, Osawa M, Façanha R, de Araujo M, Lopes F, Araújo A. Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde frente aos problemas fonoaudiológicos da população na atenção básica. Sanare. 2012; 11(2): 32-43. Disponible en: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/274/245>
124. Meza E, Yandún A, Fique D, Jiménez A, Rodríguez G. Orientaciones conceptuales y metodológicas de rehabilitación funcional / integral para el componente primario de atención en salud: fase I y II. Iberoamericana Corporacion Universitaria. 2017.
125. Carabecho E, Petelin V. Informe de práctica profesional "Análisis y valoración del lenguaje en niños aplicando el test "Preschool Language Scale (PSL). [Práctica profesional]. Buenos Aires. Universidad Fasta: 2015.
126. Alfaro P, Plaza T, Identificación y análisis de morbilidad fonoaudiológica en el área de habla y deglución en los centros de atención primaria de la ciudad de Talca. [Tesis Pregrado]. Chile Universidad de Talca; 2008.
127. Castel, R., & Piatigorsky, J. *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado* (1a ed.). Buenos Aires [etc.]: Paidós. 1997.