

COMUNICACIONES CORTAS

ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE FONOAUDIOLOGÍA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL DE AGUDOS DALMACIO VÉLEZ SARFIELD

ANALYSIS AND MANAGEMENT OF THE WAITING LIST FOR THE SPEECH AND LANGUAGE THERAPY PROGRAMMATIC AREA AT THE DALMACIO VÉLEZ SARFIELD HOSPITAL



Autoras: Lic. Fga. Florencia Belén Acosta (1), Lic. Fga. María Gabriela Ali (2), Lic. Fga. Soledad Lucía Blanco (3), Lic. Fga. Paula Mariana Borgonovo (4), Lic. Fga. Melina Magalí Del Grosso (5), Lic. Fga. María Micaela García Insausti (6), Lic. Fga. Lucía Belén González (7), Lic. Fga. Yanina Inés Grasso (8), Lic. Fga. Lucía Victoria Mas (9)

- 1) Licenciada Fonoaudióloga UBA, Fonoaudióloga residente de 2do año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 2) Licenciada Fonoaudióloga USAL, Fonoaudióloga de planta permanente del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 3) Licenciada Fonoaudióloga UBA, Fonoaudióloga residente de 1er año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez (CABA, Argentina)

- 4) Licenciada Fonoaudióloga USAL, Fonoaudióloga residente de 3er año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 5) Licenciada Fonoaudióloga UBA, Fonoaudióloga residente de 3er año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez (CABA, Argentina)
- 6) Licenciada Fonoaudióloga UCALP, Fonoaudióloga residente de 1er año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 7) Licenciada Fonoaudióloga UBA, Fonoaudióloga de planta permanente del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 8) Licenciada Fonoaudióloga UBA, Fonoaudióloga instructora de residentes Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)
- 9) Licenciada Fonoaudióloga USAL, Fonoaudióloga residente de 2do año en Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sársfield (CABA, Argentina)

Contacto de correspondencia: lic.yaninagrasso@gmail.com



Recibido: octubre 2022

Aceptado: abril 2023

RESUMEN

La lista de espera para tratamiento fonoaudiológico en el área programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield, en enero de 2022, presentaba una larga demora debido a la gran cantidad de pacientes derivados, el recurso humano para satisfacer la demanda y la situación sanitaria del Covid-19 que generó un aumento en los tiempos de espera para la atención

fonoaudiológica. Esto nos llevó a gestionar una revisión y reorganización de la lista de espera para ofrecer acceso a todos los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Fonoaudiología - lista de espera – tratamiento - acceso a la salud - atención primaria

ANALYSIS AND MANAGEMENT OF THE WAITING LIST FOR THE SPEECH AND LANGUAGE THERAPY PROGRAMMATIC AREA AT THE DALMACIO VÉLEZ SARSFIELD HOSPITAL

ABSTRACT

The waiting list for speech-language therapy treatment in the Programmatic Area of the Dr. D. Vélez Sarsfield hospital, for the month of January 2022, has shown a long delay due to the referred of a large number of patients and the human resources in order to meet such a demand, in addition to the health situation derived from the Covid-19 pandemic. This situation has caused an increase in waiting

times for speech-language therapist care. Therefore, we have reviewed and reorganized the waiting list in order to offer access to all patients.

KEYWORDS: Speech therapy - waiting list – treatment - access to health - primary care

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) señala que el desarrollo a lo largo de la infancia es un determinante de la salud, el

bienestar y el aprendizaje durante toda la vida. La infancia es una etapa de crecimiento y maduración del sistema nervioso central (SNC)

donde las experiencias tempranas van a ser cruciales para el desarrollo posterior, teniendo así dicha etapa importantes repercusiones durante el resto de la vida del ser humano.

La estimulación en los primeros años de vida es un reto para los profesionales que trabajan con la primera infancia, dado que son quienes transmiten los conocimientos para que el entorno aporte significativamente al desarrollo de los niños; también, son quienes pueden detectar tempranamente factores de riesgo que puedan desviar el curso del mismo.

Los avances en el campo del desarrollo cerebral subrayan la importancia de las experiencias tempranas en el establecimiento y desarrollo de las conexiones neuronales. Según Park y Peterson (2003), las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia pueden tener efectos beneficiosos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños en la adquisición del lenguaje, en la formación de relaciones saludables con los demás y en la adquisición de distintas capacidades que le serán de gran utilidad. La evolución que experimentan los niños desde el nacimiento hasta los primeros años de vida, no se puede comparar con ningún otro estadio del ciclo vital (Shonkoff, Phillips, 2000).

Respecto al desarrollo de la comunicación, el lenguaje y las habilidades sociales existe un período crítico en donde a partir de los seis años su adquisición declina notablemente. Según Maggio (2020) en los primeros años, el lenguaje es un recurso fundamental para la construcción del pensamiento. Teniendo en cuenta esto y el potencial neuronal de los primeros años de vida, se remarca la importancia de la atención fonoaudiológica temprana que beneficie la calidad de vida de los consultantes.

El término atención temprana hace referencia a tres niveles de intervención posibles. El nivel

primario realiza acciones de prevención y promoción de la salud dirigidas a la población en general; el nivel secundario está dirigido a la población de riesgo, con el objetivo de realizar una detección y diagnóstico precoz; por último, el nivel terciario con tareas encaminadas a eliminar o reducir las consecuencias negativas de los trastornos o disfunciones que se han detectado en la población.

Dentro de las áreas de atención temprana encontramos la salud, la educación y los servicios sociales. La interrelación entre estos y la familia son importantes para que la calidad de la atención temprana sea eficiente, la cual resulta crucial para favorecer la interacción afectiva y emocional, así como para la eficacia de los tratamientos.

Es necesario ayudar a las familias a modificar, adquirir o mejorar algunas pautas de interacción que tienen lugar en su contexto diario. Esto es así porque asegurando unos patrones de interacción adecuados en el seno familiar, se facilitará un desarrollo óptimo para el niño, tanto si se trata de niños de población general como si se trata de niños de poblaciones de riesgo o con discapacidades establecidas (Guralnick, 2005).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Nuestra labor fonoaudiológica en el Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield se enmarca dentro del primer nivel de atención. Esto quiere decir que nuestra intervención es la más cercana a la población, siendo el nivel del primer contacto. Es por ello que la organización de los recursos es fundamental para asistir las necesidades de atención básicas que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención. Nuestra población, en mayor medida, son pacientes en edad escolar pertenecientes a las escuelas del Distrito N° 17 y 18 de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires. Dentro de esta población la tendencia de dificultades encontradas son alteraciones, afecciones y desvíos en el lenguaje y la comunicación.

En el Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield existe una gran demanda de consultas fonoaudiológicas. Esto podría deberse a un aumento de la frecuencia de patologías que afectan a la comunicación y al lenguaje infantil, el recurso de profesionales disponibles y a la existencia de una mayor alerta médica a la hora de derivar a los niños. Cabe destacar el incremento de la demanda producto de la emergencia sanitaria por el COVID 19 la cual limitó la atención oportuna. Esto repercute en una extensa lista de espera.

Los datos recogidos por el Consorcio CATALISE (2016), arrojan que la prevalencia de los Trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL) va del 2% al 7% de la población infantil. Como se puede observar, la incidencia de las dificultades del lenguaje es alta.

Camila de Castro Correa y cols (2009), realizaron una revisión bibliográfica sobre la alta demanda de atención y largas listas de espera. Allí destacaron que es frecuente el alto flujo de pacientes, y como consecuencia, la existencia de un tiempo prolongado desde que el paciente se presenta en el hospital hasta que obtiene un turno para la atención necesaria. Este tiempo de espera para la absorción del paciente, se relaciona con el empeoramiento de la alteración de salud presentada, retrasando aún más el desarrollo de habilidades comunicativas, reduciendo las expectativas de un pronóstico favorable y una pronta resolución, en cuanto a tratamiento se refiere.

Un estudio retrospectivo realizado por la Universidad Federal de Bahía (UFBA) en Brasil, llevó a cabo una revisión de las historias

clínicas de las personas atendidas en el período de 2004 a 2007 en la Clínica-Escuela de Fonoaudiología de la UFBA. En ella hallaron que para los 210 individuos asistidos, con edades entre 0 y 12 años, el tiempo promedio de espera para la atención fue de seis meses en el 49,3% de los casos, seguido de un tiempo de espera de un año a un año y medio con el 34,2%. Podemos establecer una coincidencia entre estos tiempos y los registrados en el propio ejercicio profesional en nuestro establecimiento.

Se debe considerar que las personas que ocupan una lista de espera sufren un riesgo adicional derivado del tiempo que transcurre hasta que obtienen tratamiento. En otras ocasiones, hay personas en la lista que ya no presentan la necesidad del tratamiento, como es el caso de los niños que resuelven sus dificultades de manera espontánea o aquellos que recurrieron a otras instituciones públicas o privadas.

OBSERVACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO

En enero de 2022 el equipo de fonoaudiología del Área programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield realizó un relevamiento de los niños anotados en la lista de espera. Los factores que se tuvieron en cuenta fueron la alta demanda de atención y la existencia de una lista de espera de gran caudal. Se propuso un modelo de gestión, enmarcado dentro del primer nivel de atención, que avance en la conciliación entre oferta y demanda a través de una caracterización clínica de los pacientes y un proceso de toma de decisiones que asegure la oportunidad y equidad en la atención.

Las estrategias destinadas a disminuir la demora de la atención fueron: la aplicación de elementos de evaluación de screening que permitieron identificar a los niños con dificultades en el lenguaje; brindar pautas y

sugerencias de intervención para el hogar; orientar y derivar con otros profesionales e instituciones de salud y utilizar el criterio clínico y profesional para segmentar en tiempos estimativos de tratamiento según las necesidades de cada paciente.

El retraso o la alteración del lenguaje es una preocupación común para los especialistas del desarrollo y la educación; sin embargo, hay poco acuerdo sobre los criterios utilizados para identificar y clasificar las deficiencias del lenguaje en los niños.

Teniendo en cuenta las últimas modificaciones realizadas en el consorcio CATALISE (2016), el cual está conformado por cincuenta y nueve expertos del lenguaje de países de habla inglesa y miembros adicionales (psicólogos, maestros de educación especial, audiólogos, pediatras, psiquiatras y asociaciones de familiares de niños con TDL), se definió tres áreas de afectación: los trastornos del desarrollo del lenguaje, los trastornos del lenguaje y los trastornos de los sonidos del habla. El consorcio recomienda una oportuna detección de las dificultades en el habla de los niños lo más tempranamente posible, ya que, durante los primeros cinco años de la infancia dichas dificultades pueden ser revertidas o atenuadas. De lo contrario podrían evolucionar desfavorablemente.

Dentro de las declaraciones del consenso se enumeran nueve criterios a tener en cuenta para la derivación de un niño a una evaluación/intervención especializada.

Tomamos en consideración los puntos del cinco al nueve, que se corresponden con las edades de nuestra población consultante. Los mismos, describen conductas de bandera roja, atípicas para las edades cronológicas mencionadas.

Cualquiera de las siguientes características es indicativo de un desarrollo atípico en el habla, el lenguaje o la comunicación:

- Entre los 2 y 3 años de edad: (a) Interacción mínima; (b) No muestra intención de comunicarse; (c) Sin palabras; (d) Reacción mínima al lenguaje hablado; (e) Regresión o estancamiento del desarrollo del lenguaje.
- Entre los 3 y 4 años de edad: (a) Producciones cortas, de dos palabras como máximo; (b) El niño no entiende órdenes simples; (c) Las personas cercanas no pueden entender gran parte del habla del niño.
- Entre los 4 y 5 años de edad: (a) Interacción inconsistente o anormal (b) Expresiones de tres palabras como máximo (c) Poca comprensión del lenguaje hablado; (d) Los extraños no pueden entender gran parte del habla del niño; (e) Las personas cercanas no pueden entender más de la mitad de lo que dice el niño.
- A partir de los 5 años: (a) Dificultad para contar o volver a contar una historia coherente (producir narrativa) (b) Dificultad para comprender lo que se lee o escucha (c) Marcada dificultad para seguir o recordar instrucciones habladas (d) Habla pero presenta muchas dificultades para entablar una conversación recíproca (e) Interpretación literal de los enunciados, perdiendo el sentido del enunciado.
- Se tiene en cuenta que el lenguaje de los niños puede cambiar sustancialmente de manera favorable, en especial en los años preescolares/escolares tempranos (de 4 a 5 años), incluso si no hay una

intervención especializada. Sin embargo, si el deterioro del lenguaje es grave, que involucra tanto la comprensión como la expresión, es más probable que sea persistente.

Los niños que muestren cualquiera de las características mencionadas deben ser remitidos para una evaluación de expertos para determinar si hay evidencia de alguna alteración. (Bishop y Cols., 2016, 2017).

Para poder segmentar la lista de espera y así poder organizarla según las necesidades de cada paciente, tuvimos en cuenta la categorización de los grados de severidad de las alteraciones del habla propuestos por Susanibar (2016), que se basan en los siguientes criterios:

- Clasificación considerando la edad cronológica. Está orientada al análisis de las características fonéticas-fonológicas en un momento evolutivo determinado, y al establecimiento de la edad alcanzada, considerando el desarrollo observado a partir de una serie de normas: vocalizaciones previas al habla, inventario fonético, patrones de error y grado de dominio de las consonantes y grupos consonánticos. Se trata de una clasificación con criterio de análisis evolutivo.
- Clasificación considerando la inteligibilidad del habla. Se refiere al grado en el que el oyente puede decodificar el mensaje emitido por el hablante. La información para el establecimiento de

esta categorización, puede ser obtenida del habla espontánea, a través de conversaciones. Se sugiere utilizar la propuesta de Chenery que, aunque inicialmente fue diseñada para pacientes disártricos, es factible de ser utilizada también, en alteraciones fonético-fonológicas. Este ordenamiento se basa en el impacto que causa en el oyente el habla del evaluado y el esfuerzo que tiene que realizar el oyente para entender al emisor. Según estos parámetros se plantean cuatro categorías:

- Inteligibilidad adecuada, el oyente comprende sin dificultad alguna al hablante.
- Inteligibilidad levemente reducida, se requiere esfuerzo para comprender al hablante.
- Inteligibilidad moderadamente reducida, se necesita realizar un gran esfuerzo para comprender al hablante.
- Inteligibilidad severamente reducida, el oyente no logra comprender el habla del emisor, aunque realice un gran esfuerzo.

A partir de las clasificaciones propuestas resulta conveniente utilizar de manera combinada los criterios de edad cronológica e inteligibilidad del habla, desprendiéndose las siguientes categorías:

Indicadores/ Nivel de desempeño	Edad	Inteligibilidad
Adecuada	Emite y utiliza todos los sonidos esperados para su edad cronológica tanto en palabras aisladas a la imitación como en el discurso espontáneo.	Inteligible para cualquier persona.
Alteración leve	Emite y utiliza todos los sonidos correspondientes a edades anteriores, pero falla hasta en dos sonidos esperados a su edad cronológica; o verbaliza los sonidos de su edad pero erra en un sonido de edades anteriores.	Su habla es inteligible para todas las personas, aunque se requiere un leve esfuerzo para entender lo que quiere decir.
Alteración moderada	Presenta varios errores en los sonidos esperados para su edad cronológica y también en sonidos correspondientes a edades anteriores.	Su habla es inteligible sólo para el entorno cercano; las personas ajenas al mismo deben realizar un gran esfuerzo para entenderlo.
Alteración severa	Evidencia múltiples y significativos errores en los sonidos esperados a su edad cronológica y edades anteriores.	Su habla se torna ininteligible, incluso para su entorno cercano.

Fuente: Susanibar F, Dioses A, Marchesan I, Guzmán M, Leal G, Guitar B, Junqueira Bohnen. (2016) Trastornos del Habla. De los fundamentos a la evaluación. Madrid. Editorial EOS

Los tiempos de tratamiento establecidos para los pacientes se clasificaron de la siguiente manera: controles a 3 meses (niños que presentan grado de alteración leve en la adquisición de algún o algunos de los sonidos del habla para su edad cronológica); tratamiento de 6 meses (niños que presentan alteración en el desarrollo del lenguaje y la comunicación en cualquiera de sus aspectos en grado leve a moderado); tratamiento de 12

meses (niños que presentan trastorno en el desarrollo del lenguaje y la comunicación en cualquiera de sus aspectos en grado moderado a severo); seguimiento y orientación (niños que requieren abordaje de rehabilitación integral que excede el criterio de atención primaria de la salud). En los casos de tratamientos de 6 meses y 12 meses, los pacientes son citados trimestralmente para brindarles orientación y pautas de

estimulación mientras aguardan su espacio de tratamiento.

Según la ley 27568, donde se regula el ejercicio profesional de la fonoaudiología, los licenciados en fonoaudiología estamos habilitados a realizar interconsultas y/o derivaciones necesarias para mejorar el diagnóstico y los tratamientos del paciente en atención. Este es el caso de aquellos pacientes que requieren de una rehabilitación integral de forma intensiva e interdisciplinaria, y a quienes se les brinda un acompañamiento y derivación al nivel de atención más adecuado para su abordaje.

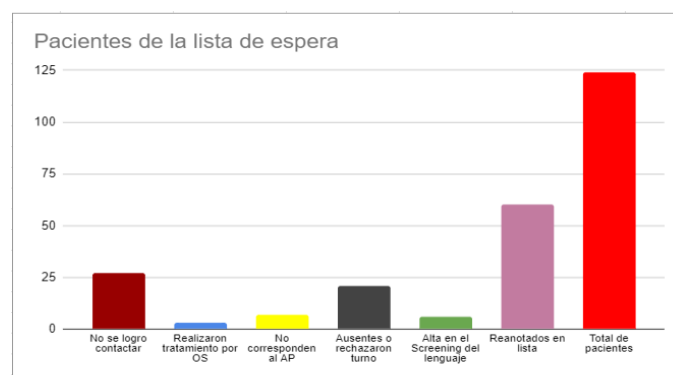
La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad.

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 % de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. De esta forma, los hospitales especializados pueden abocarse a su función

específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad (Vignolo J. y Cols., 2011).

RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS

El número de pacientes que integraban la lista de espera al momento del relevamiento era de 124 niños, de los cuales: 27 no se lograron contactar; 3 realizaron tratamiento por obra social (OS); 7 no correspondían al área programática del hospital (AP); 21 se ausentaron a la evaluación de screening del lenguaje o bien rechazaron la misma; 6 fueron dados de alta y 60 fueron re-anotados en la lista de espera.



De los 60 pacientes que fueron re-anotados (48.4%); 21 niños presentaron alteraciones leves; 14 niños alteraciones moderadas; 23 niños alteraciones severas y 2 niños se consignaron en seguimiento y orientación por corresponder a casos no abordables en el área programática. El 51,6% dejó de formar parte de la lista de espera por los motivos mencionados anteriormente.



COMENTARIOS

En el Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield las estrategias implementadas lograron de manera responsable organizar a los pacientes, reduciendo los tiempos de espera e intentando garantizar así la atención oportuna y orientación correspondiente a sus necesidades.

Es evidente la fragilidad que vive el actual sistema de salud y cómo los aspectos políticos de cada territorio impactan en el mismo, aumentando la demanda de atención con el consiguiente engrosamiento de las listas de

espera y la demora creciente para llegar a la atención. En este contexto, la gestión de las listas de espera debe orientarse a través de acuerdos entre los involucrados con el fin de brindar una mejor guía a los pacientes en pos de la resolución de los problemas presentados en un tiempo que resulte más acotado. El trabajo articulado salud-educación, el abordaje interdisciplinario y el compromiso familiar resultan indispensables en este aspecto.

La gestión de la lista de espera nos ha posibilitado acercarnos a la población de una manera directa conociendo el motivo de consulta de cada persona que está anotada en ella. Hemos podido implementar un seguimiento de forma trimestral con todos los pacientes de la lista. Incluso en este período, algunos de ellos han logrado resolver sus dificultades. El control dinámico ha hecho partícipe a las familias, recibiendo pautas de estimulación y guiándolas durante este proceso. Para finalizar, el análisis y la gestión sobre nuestra lista de espera nos ha permitido realizar un mejor manejo de nuestros recursos y disponer de estrategias precisas de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez Moreno, A, y Calet, N. Intervención en Atención Temprana: enfoque desde el Ámbito Familiar. Escritos de Psicología. [Internet] 2015 [Consulta: 8 de julio de 2022] , vol 8(2), páginas 33-42. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>.
- Gardner H. Cimientos biológicos de la inteligencia. En Gardner H, eds. Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples. México: Fondo de cultura económica; 1995. p. 64 - 94.
- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Alicia S. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana. 2011 ISSN 0250-3816 - Printed in Uruguay

- Bernal, E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?. Revista Gaceta Sanitaria, [Internet]. 2002. [Consulta: 30 de junio de 2022]; vol 16 (5): páginas 436-439. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000500010&lng=es&tlng=es
- Corrêa, C, Arakawa, A y Maximino, L. Clínica-escola de fonoaudiología: manejo da lista de espera. Revista CEFAC [Internet]. 2016. [Consulta: 30 de junio de 2022] vol. 18 (5) , páginas 1222-1229. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518215>
- Julio, C, Wolff, P, y Vegoña Yarza, M. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. Revista médica de Chile, [Internet]. 2016. [Consulta: 8 de julio de 2022] vol 144(6), páginas 781-787. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600014>
- Peiro, S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. Revista Gestión Clínica Sanitaria. [Internet]. 2000 [Consulta: 30 de junio de 2022]; vol. 2 (4) páginas 126-131. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/236586993>
- Peiro, S. Listas de espera: Mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. Revista Gestión Clínica Sanitaria.[Internet]. 2000 [Consulta: 30 de junio de 2022]; vol. 2 (4) páginas 115-117. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/236586986>
- Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, CATALISE consortium (2016) CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. PLoS ONE 11(7): e0158753. doi:10.1371/journal.pone.0158753
- Bishop, DVM, Snowling, MJ, Thompson, PA, Greenhalgh, T. y (2017), Fase 2 de CATALISE: un estudio de consenso Delphi multinacional y multidisciplinario sobre problemas con el desarrollo del lenguaje: Terminología. J Child Psychol Psychiatr, 58: 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Maggio V; (2020) Comunicación y lenguaje en la infancia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós, 2020.
- Susanibar F; Dioses A; & Castillo J. (2016). Evaluación de los Trastornos de los Sonidos del Habla – TSH. En: Susanibar F, Dioses A, Marchesan I, Guzmán M, Leal G, Guitar B, Junqueira Bohnen. Trastornos del habla. De los fundamentos a la evaluación. Madrid.
- Ley N° 27568 de Año 2020, Ejercicio profesional de la fonoaudiología. E. 27/10/2020 N° 50341/20 v. 27/10/2020

Como citar

Acosta FB, Ali MG, Blanco SL, Borgonovo PM, Del Grosso MM, García Insausti MM, González LB, Grasso YI, Mas LV. ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE FONOAUDIOLÓGÍA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL DE AGUDOS DALMACIO VÉLEZ SARSFIELD. Fonoaudiológica. 2023;70(2):32-41. Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar/index.php/revista/article/view/138>