



**MAESTRIA EN PEDAGOGIA SOCIAL E INTERVENCION EDUCATIVA EN
CONTEXTOS SOCIALES**

IV SEMESTRE

TRABAJO DE GRADO

TÍTULO:

Propuesta de Intervención Socioeducativa “Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”

TUTORES

Francisco José Del Pozo Serrano

Giselle Paola Polo Amashta

ESTUDIANTE

María José Arteta Coronell

INSTITUTO DE ESTUDIOS EN EDUCACIÓN (IESE)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

JUNIO DE 2022

BARRANQUILLA, COLOMBIA

Índice de abreviaturas

ASANSO: Asociación antioqueña de personas sordas

BEME: Best evidence medical education

CIE: Clasificación internacional de enfermedades

CIF: Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud

DANE: Departamento administrativo nacional de estadística

EPS: Educación para la salud

ES: Educación social

ESE: Educación social especializada

ESS: Educación social para la salud

FENASCOL: Federación nacional de sordos de Colombia

HUN: Hospital universidad del norte

INSOR: Instituto nacional de sordos

LSC: Lenguaje de señas colombiano

MINEDUC: Ministerio de educación

MinTIC: Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones

MSPS: Ministerio de salud y protección social

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización panamericana de la salud

PND: Plan nacional de desarrollo

PS: Pedagogía social

RPLCPD: Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad

Índice

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	19
3. Marco Teórico y Estado del Arte.....	23
3.1. Pedagogía social y educación social: fundamentos, ámbitos, modelos de intervención, enfoques de derechos humanos y en atención diferencial.	23
3.1.1. Aproximaciones de la educación social especializada y la educación social para la salud en procesos de inclusión socioeducativa.....	27
3.2. Antecedentes de intervención socioeducativa de la discapacidad auditiva en Colombia.....	31
3.2.1. Actualidad en la intervención social en salud con enfoque de derechos en las personas con discapacidad auditiva en Colombia.....	34
3.2.1.1. Calidad en atención de pacientes en situación de discapacidad auditiva en Colombia.....	39
3.3. Marco legal de las discapacidades auditivas en Colombia.....	43
3.3.1. Normatividad nacional y políticas públicas en materia de discapacidad e inclusión social en Colombia.....	51
4. Análisis del contexto y la población participante.....	55
4.1. Contexto geográfico, social, académico y cultural del Hospital Universidad del Norte.....	55
4.2. Análisis de la población.....	60
4.2.1. Caracterización de la población con discapacidad en Colombia.....	60
4.2.2. Características demográficas de la población en situación de Discapacidad en Colombia.....	64
4.2.3. Caracterización de la población con discapacidad en el departamento del Atlántico.....	67
4.2.4. Caracterización de la población en situación de discapacidad auditiva en Colombia.....	72

4.2.5. Caracterización de la población en situación de discapacidad auditiva que asisten al HUN.....	75
4.2.6. Características socio demográficas y de salud de la población en Situación de discapacidad auditiva que asisten al HUN.....	79
5. Evaluación de las necesidades de los pacientes en situación de discapacidad auditiva que asisten al Hospital universidad del norte (HUN).....	81
5.1. Fase Preevaluativa.....	81
5.2. Fase Evaluativa.....	84
5.2.1. Necesidades Percibidas.....	84
5.2.2. Necesidades Expresadas.....	86
5.2.3. Necesidades Relativas.....	87
5.2.4. Necesidades Normativas.....	89
5.3. Fase Post evaluativa.....	91
5.4. Diagnóstico final.....	98
6. Diseño y ejecución Propuesta socioeducativa.....	103
6.1. Objetivo General.....	103
6.1.1. Objetivos Específicos.....	103
6.2. Indicadores de medición.....	104
6.3. Metodología.....	105
6.4. Agentes y Recursos.....	111
6.5. Mecanismos e instrumentos de Evaluación... ..	113
6.6. Presupuesto y Financiación.....	114
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	116
Referencias Bibliográficas.....	121
Anexos.....	132

Índice de Tablas

Tabla 1. Modelos de transición de la discapacidad.....	10
Tabla 2. Ley 324 de 1996. Constitución política de Colombia.....	44
Tabla 3. Decreto 2369 de 1997. Constitución política de Colombia.....	47
Tabla 4. Personas en situación de discapacidad auditiva según sistemas de medición.....	72
Tabla 5. Pacientes atendidos en el HUN en situación de discapacidad auditiva entre enero 2020 y enero 2022.....	78
Tabla 6. Descripción y tipología de necesidades detectadas en la fase post evaluativa de la propuesta, según la pirámide de Maslow.....	97
Tabla 7. Organización de problemáticas identificadas a partir del diagnóstico final.....	102
Tabla 8. Fases de ejecución de la propuesta “Manual digital en lengua de señas colombiano (LSC), como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”.....	107
Tabla 9. Agentes y Recursos según fases en el proceso metodológico del proyecto.....	113

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Modelos de inclusión socioeducativa según justicia social.....	26
Gráfico 2. Interrelación conceptual de la pedagogía social en salud.....	30
Gráfico 3. Caracterización de la discapacidad por sexo en Colombia.....	64
Gráfico 4. Caracterización de la discapacidad por departamentos en Colombia....	65
Gráfico 5. Caracterización de la discapacidad por edad en Colombia.....	66
Gráfico 6. Caracterización de la discapacidad por afiliación al SGSS.....	67
Gráfico 7. Caracterización de la discapacidad por sexo en el departamento del Atlántico.....	68
Gráfico 8. Ubicación geográfica del municipio de Soledad (Atlántico).....	69
Gráfico 9. Ubicación geográfica del departamento del Atlántico.....	69
Gráfico 10. Características socioeconómicas de la población en situación de discapacidad auditiva en Colombia.....	74
Gráfico 11. Caracterización por sexo en pacientes con discapacidad auditiva que accedieron al HUN entre enero 2020 y enero 2022.....	76
Gráfico 12. Clasificación por edad de los pacientes que accedieron a los servicios médicos del HUN entre enero 2020 y enero 2022.....	78
Gráfico 13. Ejemplo de frase en lenguaje de señas en consulta Odontológica....	107
Gráfico 14. Ejemplo de sintomatología en lenguaje de señas en consulta.....	108

1. Introducción

El rechazo social hacia personas con discapacidad data de muchos años atrás. En la edad media las personas con alguna discapacidad eran llamados “anormales” y estos eran rechazados, olvidados o hasta temidos. El sólo hecho de ser diferentes causaba miedo, temor o actitud de rechazo. En el siglo XIV las personas que nacían con alguna deficiencia física, sensorial o motora eran encerrados o incluso los fines de semana eran exhibidos como símbolos de diversión o circense. Incluso estaban relacionados con causas demoníacas, espirituales o castigo divino. Hernández (2001) recalca, en términos generales que lo anterior, obligó a la sociedad a creer durante mucho tiempo que estas personas carecían de valor o eran “minusválidas” (pp. 7) término que hasta hace poco era utilizado para referirse a las personas en situación de algún tipo de discapacidad. Sabiendo que llamarlo “minusválido”, era darle menos valía, menos valor, menos posibilidad de desarrollo y por ende menos posibilidad de alcanzar algún tipo de conciencia o pensamiento sin ser tomado en cuenta. La sociedad no tenía responsabilidad alguna con las personas discapacitadas incluso eran perseguidos y hasta muertos.

Durante la edad moderna ya con el auge de la producción científica hubo más interés de los investigadores en conocer más a fondo las causales, la evolución y el desarrollo de discapacidad en cualquiera de sus dimensiones. En los años de la guerra ya se inicia un proceso y la actitud de la sociedad va cambiando y se comienzan a indagar los posibles procesos de rehabilitar o curar al discapacitado para que este sea útil en la vida cotidiana. (Moreno, 2016).

Esta nueva visión de la discapacidad, abre la puerta a un nuevo concepto: la capacidad de funcionamiento, y observación de que la persona discapacitada puede participar en diferentes actividades y desempeñar sus hábitos y roles. Es así como la Organización mundial de la salud (OMS) comienza a definir la discapacidad como un hecho relativo y dinámico que tiene que ver con la calidad en la participación de una persona en un entorno y un momento determinado. (OMS. 2001).

El modelo social de la discapacidad surge como un nuevo paradigma que indica que las causas de la discapacidad no son religiosas ni científicas sino sociales y que estas personas pueden contribuir a la sociedad en iguales circunstancias que las demás, pero siempre desde la valoración a la inclusión y el respeto a lo diverso. Este modelo se relaciona con los valores esenciales que fundamentan los derechos humanos, disminuyendo barreras y propiciando la inclusión social. (Victoria, 2013).

Esta transición histórica ha guiado la evolución de la discapacidad, y puede ser tomada para comprender cómo a lo largo del tiempo la discapacidad y su intervención en distintos ámbitos cobra la importancia que merece, estos modelos serán expuestos en el presente proyecto. Estos modelos son: El modelo prescindencia o tradicional, el modelo médico o rehabilitador, el modelo social o constructivista, el modelo universal o universalizante, modelo político – activista o sociopolítico, modelo biopsicosocial, modelo de rehabilitación basado en comunidad, modelo del funcionamiento y de la discapacidad, modelo ecológico de la discapacidad, modelo de la diversidad funcional y enfoque de derechos. (Peña et al., 2020).

Otros autores como Pérez y Chhabra (2019), han abordado la discapacidad a partir de dos modelos, *individualista y social*, además afirman que para entender históricamente

la discapacidad hay que examinar el mundo de la persona con discapacidad para generar nuevas hipótesis y ayudar a evaluar el efecto de situaciones que están más allá de nuestro campo de influencia. Los modelos *individualistas* los autores los clasifican en: Modelo Tradicional, moral o religioso y Modelo médico o rehabilitador.

El modelo *social* es más amplio y a lo largo de la historia ha ido adquiriendo diferentes connotaciones, siendo la de Pérez y Chhabra (2019) muy interesante ya que abarca el tópico social por regiones y los autores desarrollaron su síntesis a partir del entorno del individuo, no individual, y es así como lo abarcaron en: modelo social británico, modelo minoritario norteamericano, modelo biopsicosocial, modelo escandinavo o relacional, modelo de derechos humanos, modelo cultural y modelo biofuncional o de diversidad funcional.

Teniendo en cuenta la evolución del estudio de la discapacidad y tomando como contexto la inclusión de personas en esta situación desde diferentes ámbitos y esferas del desarrollo social se hace menester continuar este proceso aportando acciones de intervenciones socioeducativas que tengan en cuenta la condición de la persona y por ende la posibilidad de evolucionar en su integridad y valor humano.

En la tabla 1, se presenta un esquema comparativo de la transición de la discapacidad a través del tiempo y como los diferentes modelos orientan a un estudio de su origen y de cómo debe enfocarse su intervención, según modelo tradicional, religioso o moral, modelo médico o rehabilitador, modelo social o constructivista, modelo biopsicosocial, modelo de derechos humanos y modelo de la diversidad funcional.

Modelo	Temporalidad	Concepto
Modelo tradicional, religioso o moral (individual)	Edad Media, siglo XIV - XV	<ul style="list-style-type: none"> • Concepciones religiosas • Marginación • Exclusión • Vulneración total de la persona
Modelo Médico o Rehabilitador (individual)	Siglo XX Años 50 y 60	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo con bases científicas y productivas • II guerra mundial: soldados mutilados se rehabilitaban • Discapacitado era tomado como paciente • Los pacientes se rehabilitaban de acuerdo a su síndrome, condición etc.
Modelo social o constructivista	Años 70	<ul style="list-style-type: none"> • Organización en grupos e instituciones • Construcción social • Cambio social • Políticas sociales • La discapacidad como asunto colectivo • Se evidencia que la discapacidad es multidimensional • El modelo Británico: Shakespeare define la discapacidad como construcción social, en donde hay una relación entre las personas con discapacidad y la sociedad discapacitada. • El modelo norteamericano: reivindica el reconocimiento de la humanidad y diversidad (raza y discriminación)
Modelo Biopsicosocial	Años 1977-1980	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS Clasifica la discapacidad y creó la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), con el objetivo de una relación viable entre el modelo medico y el social.
Modelo de derechos humanos	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las personas con discapacidad son sujetos de derechos y esta no puede ser utilizada como justificación de la negación o restricción de los derechos humanos • Es centro de grandes debates académicos y elaboración de políticas internacionales.
Modelo de la diversidad funcional	2005	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad es parte de la diversidad humana, diversidad que es entendida como una fuente de riqueza. • La discapacidad funciona de una manera que no es habitual • Nació en el foro vida independiente

Tabla 1. Modelos de transición de la discapacidad basado en las investigaciones de Pérez y Chhabra (2019) y

Peña y colaboradores (2020). **Fuente:** Elaboración propia.

Todos los seres tanto humanos como animales tienen diferentes capacidades de adaptación, nuestra naturaleza así lo ha permitido y el hecho de que ciertas personas pertenezcan a estos grupos no quiere decir que no sean capaces de enfrentarse a vivir en un mundo que les traiga ciertas dificultades en su vida cotidiana. Tal como lo recordó Stephen Hawking en la inauguración de los juegos paralímpicos de Londres 2012 “vivimos en un mundo gobernado por leyes racionales que podemos descubrir y entender, miremos hacia arriba las estrellas y no abajo hacia nuestros pies, tratad de darle sentido a lo que veis y preguntaos que hace que el universo exista, sed curiosos”. (La Vanguardia, 2018).

De esta forma y con la intencionalidad de lograr una inclusión en un ámbito en donde unas de las poblaciones más evitadas en cuanto atención en salud se refiere son las personas en situación de discapacidad auditiva, no por su condición “per se”, sino por el desconocimiento en la comunicación con ellas, se crea esta propuesta de intervención socioeducativa denominada “***Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)***”. Esta propuesta será una herramienta de bastante utilidad para el personal académico, asistencial, administrativo y principalmente para esta población en situación de discapacidad auditiva en cualquiera de sus niveles, evitando crear una barrera muchas veces inconsciente al realizar una consulta en salud.

Abela (2003), plantea que desde la pedagogía social (PS) las personas en condición de discapacidad, en particular la auditiva pueden lograr la inclusión en el ámbito de salud. La educación social prepara las condiciones con las cuales se ponen en marcha procesos de cambio y que pueden lograr la mejora de calidad de vida de las personas desde

el respeto de su propia identidad y la participación de sus situaciones vitales. Igualmente, Del Pozo (2012) señala un término indispensable con el cual se enfoca el presente proyecto y es la Educación social en salud (ESS), el cual lo define como “toda aquella acción profesionalizada e intencionalmente planificada para desarrollar un aprendizaje educativo (en contextos no formales) que procura la atención sobre las necesidades sanitarias de las personas grupos o comunidades y/o la optimización, promoción y potenciación de la salud física, ambiental o social”. También puede encontrarse este término como Educación social para la salud (EPS).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reconocer al educador social en la *intervención socioeducativa especializada* que sería el componente del presente proyecto puesto que, el acompañamiento de los educadores sociales es uno de los dones que se debe tener cuando se realiza algún tipo de intervención socioeducativa. Esto hace al educador social poseer la característica formativa, altruista, incluyente y cooperativa. De esta manera, al realizar un proceso de investigación cualitativa y al colaborar con entidades que requieran este tipo de intervenciones se logrará un verdadero aporte en proyectos de inclusión social, es lo que concierne a Educación social especializada (ESE). (Gijón et al., 2021).

El ámbito de la salud es imprescindible que exista un vínculo socio pedagógico siempre, es así como en la ciudad de Praga se creó la Best Evidence Medical Education (BEME), cuyo objetivo primordial fue la realización de revisiones sistemáticas en educación para la salud. Esta BEME fue una gran ayuda para que médicos, profesores, investigadores, estudiantes y comunidad en su interés de ayudar a los más vulnerables en relación a la salud. (Borja y Del Pozo, 2017).

Borja y Del Pozo (2017) hacen un análisis en cuanto a la implementación de estrategias educativas en atención en salud y recalcan la necesidad de realizar un abordaje de los determinantes sociales, culturales o económicos de la salud en donde se concibe de forma prioritaria una intervención que incluya entornos socio-sanitarios que a su vez posibiliten el desarrollo de lo educativo, enfocado en la promoción de la salud y el desarrollo de ambientes dignos que generen redes de trabajo. Con base en esto la educación social especializada en espacios sanitarios actúa como disciplina socializadora que se encarga de propiciar procesos y prácticas educativas en contextos no escolares como son hospitalarios, de rehabilitación por drogas, alcoholismo y todos los que impliquen estados de vulnerabilidad social en salud.

En los últimos años la educación social ha ido realizando ciertas prácticas en cuanto al cuidado y acompañamiento en intervenciones socioeducativa, en particular en el ámbito salud, se realizan acciones que colocan a la persona en situación de discapacidad en un lugar incluyente. Sin embargo, existen aún muchos baches en el proceso de inclusión y acompañamiento, con lo cual se presentan fallas y la persona en situación de discapacidad puede encontrarse en un estado de intermitencia por los espacios de atención social, y no obtienen una respuesta idónea, en este caso en inclusión en salud.

Es importante conocer que las nuevas políticas públicas en salud involucran a los educadores sociales en programas de promoción y prevención, aunque acierta acciones no se llevan a cabo por falta de acompañamiento y de apoyo financiero por parte de muchas entidades públicas o privadas. Además los Educadores sociales (ES) generalmente se centran en su disciplina que es la Pedagogía social (PS) y ciencias de la educación y no en las ciencias de la Salud, por lo tanto como lo señala Del pozo (2012), se debe apostar por

una mejora en los sistemas sanitarios, optimizando la gestión del conocimiento, ciencia e innovación en salud así como también la participación institucional y de las administraciones en redes de conocimiento mediante alianzas estratégicas con la academia, sector privado y sociedad civil.

En el presente trabajo se abordará la intervención socioeducativa de la discapacidad desde la pérdida auditiva, la cual se define como la “dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como la falla parcial o total de la audición bien sea de forma congénita o adquirida para percibir los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral”. (MINEDUC 2016).

Se planteará la metodología partiendo desde la organización o planeación de un proyecto socioeducativo y realización de un diagnóstico, hasta la elaboración de un manual digital en lenguaje de señas colombiano en salud como herramienta educativa, inclusiva e intercultural. Este proyecto intentará responder al problema en el acceso en la comunicación e información que presenta la población joven con discapacidad auditiva en el ámbito sanitario, a través de situaciones reales y específicas, sus principales características, y desde este enfoque se desarrollarán posibles soluciones de cambio y mejoramiento con base en sus necesidades.

La propuesta de intervención socioeducativa “*Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)*”, será utilizada e implementada por el personal de salud que realiza la atención, igualmente por los

estudiantes de los diferentes programas de la división de ciencias de la salud que realizan sus prácticas en el HUN y la comunidad educativa incluyendo docentes y colaboradores. Además, con la realización de este manual de lenguaje de señas colombiano en salud (LSC), se podrá responder al acceso en la comunicación e información entre la población en situación de discapacidad auditiva en el ámbito de la salud partiendo de situaciones reales y específicas en donde la educación intercultural y la inclusiva se conecten adecuadamente.

La fase de Organización o planeación además de desarrollar el plan de acción para las actividades que se realizarán en el presente proyecto como son las autorizaciones y requerimientos necesarios, también incluye una justificación del proyecto en donde se demuestra la necesidad de realización de una herramienta educativa de fácil acceso y que pueda ser utilizada tanto por la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al Hospital Universidad de Norte (HUN) como por el personal médico y administrativo perteneciente al HUN.

Igualmente, en esta fase Organizativa, en el **marco teórico y estado del arte**, se abarcará de una forma histórica, axiológica y práctica, todo lo concerniente a como la discapacidad auditiva afronta muchos obstáculos cuando requiere de la asistencia médica en cualquier nivel, ya que la comprensión del lenguaje de señas colombiano (LSC) ha estado por años relegado y demeritado, y es sólo estudiado por una población minoritaria lo cual bloquea la comunicación con el personal de la salud. Se expondrán además los fundamentos en cuanto a pedagogía social y su relación con la educación social especializada sus modelos de intervención, antecedentes y las herramientas actuales existentes en comunicación para esta población minoritaria y en riesgo de exclusión.

En la fase de **Diagnóstico** se estudiará ampliamente **el análisis de la realidad y del contexto** en donde se realizará el proyecto, que es el Hospital Universidad del Norte (HUN), ubicado en el municipio de Soledad (Atlántico), el cual hace parte de la Universidad del Norte de la ciudad de Barranquilla y ha sido referente en excelencia y acreditación como institución de educación superior en Colombia, a nivel internacional y en la costa caribe colombiana. Por su ubicación estratégica, el HUN es centro de convergencia de comunidades pertenecientes a ciudades y municipios cercanos lo que le da un importante impacto tanto a nivel municipal como departamental. Igualmente, en atención de pacientes con diferentes tipos de discapacidad el HUN posee un área especializada para la atención, seguimiento, consulta, y rehabilitación con especialistas en las diferentes áreas, lo que para el presente proyecto será de gran utilidad. En esta fase de diagnóstico también se logrará un acercamiento con la población en situación de discapacidad auditiva y se realizarán entrevistas que brindarán un claro enfoque de sus necesidades.

Igualmente, en la fase de diagnóstico se conocerán las características socio demográficas de la **población** participante, la cual fue tomada de base de datos de pacientes que asistieron a diferentes consultas por áreas asistenciales al HUN desde enero 2020 a enero 2022.

En la fase de **Diseño**, se creará una propuesta para la realización de un manual digital en lengua de señas colombiano (LSC), con la colaboración de un intérprete de señas colombiano y un diseñador gráfico en donde se incluirán los términos, imágenes y frases básicas en terminología médica para lograr una mejor comunicación de la persona en situación de discapacidad auditiva con el personal de la salud, asistencial, administrativo o

académico. En esta fase se realizará también un glosario de terminología en salud interpretado al lenguaje de Señas colombiano (LSC).

En la fase de **Ejecución**, se realizará la socialización inicial del proyecto con la comunidad asistencial en salud, administrativa, educativa y académica del Hospital Universidad del norte (HUN), realizando actividades de socialización junto con la población en situación de discapacidad auditiva. Se creará además un repositorio de videos y también una cartilla impresa de vocabulario técnico y básico en salud, principalmente en las áreas de medicina general, pediatría, ginecología, odontología entre otras.

Finalmente, en la fase de **Evaluación**, se evaluará la efectividad de la propuesta de intervención socioeducativa como herramienta inclusiva e intercultural que es el manual digital de lengua de señas colombiano en salud entre la comunidad en situación de discapacidad auditiva que acude a los servicios médicos del HUN, a través de encuestas, entrevistas y acercamientos con esta población y con la comunidad educativa, académica, administrativa y asistencial.

La principal motivación personal al crear esta propuesta, es que, debido a mi condición de profesional de la salud en el campo de odontología, particularmente en la atención de pacientes en edades pediátricas y en condiciones de discapacidad, observo muchas barreras en la atención integral y en la comunicación con estos pacientes.

Esta propuesta socioeducativa, será de mucha utilidad no solo para el personal de la salud, sino para la comunidad educativa que hace presencia en el Hospital universidad del norte (HUN). Como docente en el campo de la odontología y en el ámbito de atención de pacientes con necesidades especiales, apuesto por incluir siempre el enfoque social en

mi perspectiva educativa, es algo que no se debe pasar por alto debido a la importancia de lograr el cambio social y de inclusión no solo en un ambiente de salud tanto en educandos como educadores.

Como lo diría Paulo Freire en su libro *La Pedagogía de la Autonomía* (2004):

“Mientras enseñó continúo buscando, indagando. Enseño porque busco, porque indagué y me indagó. Investigo para comprobar, comprobando intervengo, interviniendo educo y me educo. Investigo para conocer lo que aún no conozco y comunicar o anunciar la novedad”.
(pp. 14).

2. Justificación

Es responsabilidad de la sociedad, establecer las condiciones para permitir la participación de todas las personas en procesos orientados a la inclusión social, en especial a aquellas con alguna discapacidad, partiendo del enfoque de derechos humanos, el cual no sólo configura un marco apropiado para los planes, proyectos y programas de discapacidad sino también para las políticas públicas en general haciendo énfasis en la salud pública. (Tamayo, 2018).

La exclusión que se genera a partir de la discapacidad auditiva desde el punto de vista social, es muy común a nivel de todos los países subdesarrollados, por lo que Colombia no es la excepción, sin embargo las personas en esta condición se han abierto campo en las diferentes esferas de la vida social como son laboral, escolar, ambiental, cultural o deportivo, y esto es en parte gracias a la virtualidad, sobre todo en los más jóvenes, los cuales gracias a las web han abandonado las asociaciones físicas y los blogs han hecho que no solo se comuniquen entre ellos a través de lenguajes escritos, sino también a través de videos y así de esta forma llegar a más personas y lugares lejanos para hacerse más visibles. (Castillo, 2019).

Los movimientos asociativos han permitido resaltar la importancia del aprendizaje de la lengua de señas por parte de la población oyente, pues se ha evidenciado que la barrera que existe y por la cual se generan procesos de exclusión, es la comunicativa. Hoy en día las asociaciones de personas sordas realizan cursos de lengua de señas a todas aquellas personas interesadas en aprender, por lo que en los últimos años las comunidades de orden académico y social que trabajan en el sector educativo en atención a poblaciones diversas han sido las más motivadas.

Sin embargo, es relevante que todas las personas puedan acceder al aprendizaje de este lenguaje pues cada día a nivel mundial se evidencia la integración de personas con esta situación de discapacidad en diferentes ámbitos, incluso ya se les observa participando en ámbitos de la política, la cultura, el deporte, en redes sociales, empresas de relaciones públicas y campos afines. Desde este punto de vista, existe una cantidad de profesionales de diferentes ramas del conocimiento cuya experiencia en el ejercicio ha dejado entre ver la necesidad de interactuar mediante una comunicación efectiva con la población sorda, entre estos aquellos del área de la salud quienes día a día atienden en sus consultas a esta población.

En muchos casos, y en particular en el Hospital Universidad del Norte (HUN), la comunicación en consulta médica es asistida por familiares del paciente sordo, que en la mayoría de los casos no cuentan con las competencias comunicativas que se requieren para codificar, decodificar, organizar y pasar el mensaje de la lengua oral a la lengua de señas, lo que incurre en que el mensaje no sea claro y la persona sorda no alcance a comprender el informe o diagnóstico de su estado de salud ni los tratamientos que el profesional médico crea pertinente. Por lo tanto, la importancia de una buena comunicación entre paciente sordo – profesional de la salud es vital ya que la comunicación casi siempre se da entre el familiar de la persona sorda que en este caso es su intérprete y el médico, dejando al verdadero protagonista que es el paciente a un lado en la consulta. Esto evidentemente conlleva una exclusión involuntaria en los procesos y en la comunicación, eliminando la intimidad que debe existir en la consulta médica en ese momento, y vulnerándose por tanto el derecho humano de confidencialidad e intimidad que física y moralmente tienen las personas.

La persona sorda tiene el derecho de conocer su estado en salud física y mental, por lo que el profesional médico debe apoyarse en herramientas que le permitan hacerle saber su condición, así como los cuidados que debe tener para preservarla. Con base en lo anterior es relevante la realización de una herramienta comunicativa que permita a la persona en situación de discapacidad auditiva, conocer su estado de salud a través de sí mismo y no continuar siendo víctima de vulneración de derechos de confidencialidad e intimidad.

En ese orden de ideas se abre un abanico de interrogantes, de los cuales son los más importantes: ¿los médicos y/o personal de la salud se consideran capaces de brindar una verdadera atención integral paciente con discapacidad auditiva? ¿Cuáles son los principales obstáculos que se presentan en una consulta médica con el paciente en situación de discapacidad auditiva? ¿Se respetan los derechos de las personas con discapacidad auditiva en una consulta de salud? ¿Conocen los médicos y/o personal de la salud símbolos en su área de comunicación en lengua de señas colombiano (LSC)?

Como educadores sociales, desde la pedagogía social tenemos tres ejes: educacional, relacional-interactivo y sociocultural según Úcar (2018), y en la presente propuesta encajan a la perfección, siendo éste parte de educación social especializada. En el eje educativo se acompaña y ayuda a las personas a dotarse de recursos (aprendizajes) que les ayuden a mejorar su situación. En cuanto al eje relacional - interactivo, se utilizará una metodología socioeducativa que se centrará entre sujeto (paciente) y personal de salud, facilitando la comunicación, a través de la cual se aprende y se educa. Y por último el eje sociocultural que se convierte en el centro de intervención social comunicativa para lograr una verdadera inclusión integral. Úcar (2018), también afirma que independientemente de

lo que se pueda hacer como pedagogos sociales ante las situaciones de desigualdad o vulnerabilidad social de personas o comunidades, con las que se actúe, ellos también deben estar de acuerdo con todas las acciones que se tomen. Los profesionales pueden ayudarles, acompañarles o facilitarles todos los recursos disponibles y a superar las situaciones, pero ellos mismos son los que deciden aceptar o no.

Con base en lo anterior y desde el punto de vista socio cultural, se puede afirmar que la lengua de señas al igual que los demás idiomas tienen una interacción diferente a nivel regional, por lo tanto no se puede generalizar la comunicación a un único sistema de signos, cada región tiene su interpretación de acuerdo a sus necesidades, por esto la persona en situación de discapacidad auditiva que utilice el LSC como lengua primaria y requiera una información, debe facilitar la comunicación de una forma comprensible y con un buen conocimiento e interpretación de lo deseado. Igualmente se pueden desarrollar de manera diferente entre una comunidad y otra, o entre una familia u otra, todo condicionado por determinantes sociales, contextuales o ambientales. (Meléndez, 2022).

De esta forma se logra una verdadera intervención a nivel de educación social especializada (ESE), a través del acompañamiento, la colaboración, empatía, si se considera al ser humano, a la persona, como un ser social en evolución inmerso en un proceso vital y permanente, que conlleva diferentes fases y cada una de las cuales conlleva la existencia de diferentes necesidades, capacidades y responsabilidades, teniendo en cuenta todas las problemáticas posibles en su situación personal y social dependiendo también de su contexto territorial, económico, social, político, cultural, etc. (López, 2005).

3. Marco teórico y estado del arte

3.1. Pedagogía social y educación social: fundamentos, ámbitos, modelos de intervención, enfoques de derechos humanos y en atención diferencial.

La pedagogía social como ciencia fundamenta y orienta la práctica socio educativa para la prevención, acción y rehabilitación del individuo en pro de su bienestar y madurez social, ya sea en forma colectiva o individual, y como aseguran Del Pozo y Astorga (2018), es la encargada de lograr todo lo que justifique la potenciación, participación y promoción de los derechos humanos. Por su diversidad y riqueza, la pedagogía social puede incluir múltiples modalidades y abarcar prácticas educativas variadas tanto grupales como individuales con niños, niñas, jóvenes, o adultos, principalmente en situaciones de conflicto, vulnerabilidad o riesgo.

En la literatura de pedagogía social encontramos muchos autores que exponen la importancia de la Pedagogía social especializada y su aplicación en diferentes proyectos de intervención socioeducativa. Sin embargo, en el ámbito de la salud se ha relegado este tema, por cuanto existen políticas públicas pobres que no incluyen las minorías en poblaciones vulnerables, necesitadas o carentes de necesidades básicas. Cada día surgen más necesidades en ciertas poblaciones que requieren intervenciones urgentes pero el estado desvía la atención y se enfoca en otros proyectos dejando con una estela de invisibilidad a las comunidades necesitadas.

La atención en salud de personas en situación de exclusión debe ser una construcción social que sea dinámica, intersectorial e interdisciplinaria, en donde exista un

vínculo estrecho entre salud y educación, con la finalidad de que el individuo pueda valerse por sí mismo procurando mejores condiciones de bienestar. Por todo lo anterior la educación social en el ámbito de la promoción de La salud hace énfasis dentro de los objetivos principales en cuanto a calidad de vida de persona, individuo o comunidad. (Borja y Del Pozo, 2017).

La dinámica educativa, intercultural y diferencial debe orientarse siempre en un aprendizaje desarrollador en donde exista una interacción con la inclusión educativa en sus múltiples dimensiones en donde se promuevan cambios cualitativos en su desarrollo personal. El concepto de discapacidad lejos de responder a una neutralidad, es producto de determinado contexto social en el que se despliegan relaciones sociales, histórica y culturalmente determinadas, por lo que es una construcción social. El concepto de discapacidad es relacional, situacional y contextual. (Angulo, 2018).

La exclusión de personas con necesidades especiales en la población ha mermado un poco por cuanto existen muchos tipos de intervenciones a distintos niveles y áreas de desempeño. En el ámbito de la salud se han realizado innumerables actividades para que las personas con necesidades especiales no sigan siendo víctimas de la exclusión por su condición, sin embargo hay que continuar creando conciencia en las comunidades de influencia en donde se desenvuelven sea en el ámbito educativo, laboral, ambiental o salud, por lo tanto es necesario seguir con este tipo de intervenciones en una población con capacidades excepcionales que sienten, piensan, sueñan e idealizan un mundo en el que libremente lleguen a desarrollarse y materializar su proyecto de vida.

Úcar (2004), señala que caracterizamos la pedagogía y la educación como sociales, porque lo social es todo aquello que tiene que ver con la calidad de las relaciones con una

persona o grupo de personas a lo largo de su vida y todo lo relaciona con la sociabilidad y los procesos de socialización en todos sus ámbitos y dimensiones, con lo cual no solo se refiere a los problemas presentes sino a la educación y formación necesaria para el desarrollo general de dichos procesos y que estos se vayan corrigiendo de una forma “normalizada”. En el trabajo socioeducativo, el educador busca influir en el otro, pretende ayudarse a cambiar a sí mismo, es decir nunca existe la neutralidad en el mundo de la educación, de acuerdo con Úcar (2004) en sus expresiones como “la socioeducación es una irrupción de una realidad con el ánimo de modificarla”, siendo también una parte importante de la intervención la ayuda, la cooperación, la mediación y la intersección cuando se realiza algún tipo de socio educación.

En la presente propuesta se hace imprescindible conocer el tipo de modelos de intervención que aplica para el contexto como son el modelo de *justicia social y el modelo de inclusión social*, según lo expuesto por Úcar (2004).

El modelo de *justicia social*, desde mediados del siglo XIX, busca una sociedad más equitativa, y además amplía los horizontes en intervenciones socioeducativas, realizando acciones promocionales, formativas y educativas. No solo a satisfacer necesidades sino conseguir objetivos pedagógicos propuestos previamente con los menos favorecidos y comunidades en vulneración de derechos. Además, las acciones que realiza este modelo más que en la línea socioeducativa, están encaminadas a la integración social y profesional. (Úcar, 2004).

El modelo de *inclusión social*, se comienza a evidenciar en el último tercio del siglo XX, se comenzaron a producir cambios en la sociedad y por efecto en la vida social. Igualmente, la globalización y las tecnologías en la vida social y laboral hace que se

generen nuevos escenarios para que las personas con algún tipo de discapacidad tengan un desempeño incluyente, para construir su propia identidad. Los riesgos, las contradicciones y los problemas siguen siendo sociales pero el individuo se prepara para hacerles frente. Es decir, se le proporciona al individuo los recursos necesarios para vincularlos a las relaciones de su vida social y personal. A continuación, en el gráfico 1, se representa como existe un engranaje con enfoque de modelos de intervención socioeducativa según justicia social e inclusión social según el presente proyecto y contexto a partir de las reflexiones realizadas por Úcar (2004).

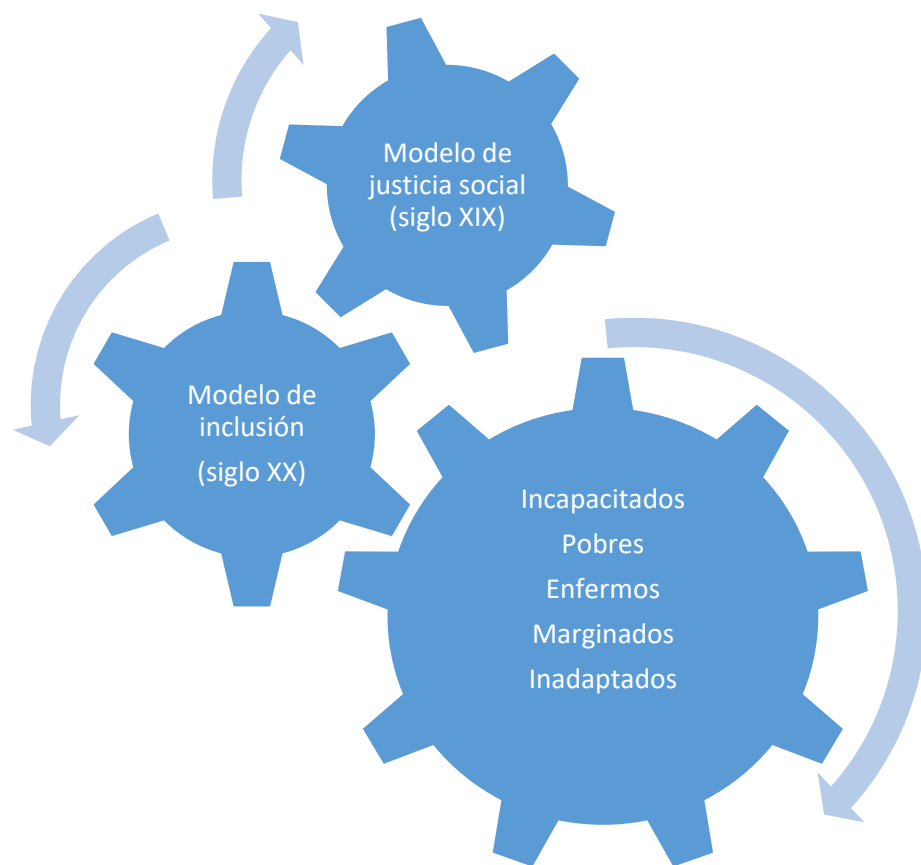


Gráfico 1. Modelos de intervención socioeducativa desde inclusión y justicia social. Úcar (2004).

Fuente: Elaboración propia

3.1.1. Aproximaciones de la educación social especializada y la educación social para la salud en procesos de inclusión socioeducativa.

El concepto de Educación para la salud (EPS), ha sido centro de muchas discusiones por lo que significa en la vida de un individuo y su contexto social y cultural. Según lo expresado por Borja y Del Pozo (2016), cuando se hace referencia a Educación para la salud hay que responsabilizar a las personas e instituciones encargadas de promocionar la salud, es decir la importancia del papel de los profesionales sanitarios es esencial.

El concepto de la salud también ha sido estudiado como un ente holístico y multidimensional que acompaña al individuo durante toda su vida que a su vez es condicionado y condiciona la vida de los colectivos sociales. (Gutiérrez y Quintanal, 2018).

A su vez la Organización mundial de la salud (OMS), en su documento constituyente de 1948, señala que la salud es un estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y añade que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Es decir que siempre entre la salud y lo social debe existir un engranaje indisoluble.

Desde esta perspectiva la salud se ve como un hecho positivo con una destacada dimensión social, tal como se señala en la carta de Ottawa “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo” (OMS, 1986). Por lo tanto, el educador social debe ser un agente de cambio que a través de sus estrategias educativas integre adecuadamente a los sujetos con su entorno político, cultural, social y económico.

La educación social en salud (ESS), se puede definir como toda aquella acción profesionalizada y planificada para desarrollar un aprendizaje educativo (en contextos no formales principalmente) que procura la actuación sobre las necesidades de salud de las personas, grupos o comunidades y/o la optimización, promoción y potenciación de la salud física, ambiental o social. (Del Pozo, 2012).

La organización mundial de la salud (OMS), fue el primer organismo en mencionar y tratar el concepto de Educación para la salud (EPS), en el año 1948, y este sigue justificando que la educación es el arma más poderosa para romper el ciclo de pobreza, enfermedad, miseria y persistencia del bajo nivel socioeconómico. Es así como en la ciudad de Praga, en su plan de acción de desarrollo, se creó la Best Evidence Medical Education (BEME), con la cual se inician investigaciones a fondo en educación para la salud y de esta manera abarcar tópicos tan importantes en este campo.

Del Pozo (2012) afirma que las ciencias de la salud con fuerte tradición epistemológica de la medicina, la psicología clínica o la enfermería, se olvida de considerar al sujeto como ser social, y en ciertas ocasiones lo relega a un segundo lugar en la atención médico-sanitaria y aspectos educativos en salud. Igualmente, Caride mencionado por Del Pozo (2012), manifiesta que la Educación social se encarga de fundamentar teórica y prácticamente los procesos educativos que toman como referencia diversas expresiones de la acción e intervención social con la voluntad de contribuir a favorecer el desarrollo integral de las personas y de los colectivos sociales, mejorando sus condiciones de bienestar y por ende su calidad de vida, respetando sus derechos humanos.

La educación social (ES), debe incluir los siguientes ámbitos: atención a la tercera edad, atención a las personas en situación de discapacidad física, psíquica o sensorial,

pedagogía hospitalaria, prevención y tratamiento de farmacodependencia, atención a los grupos marginados, promoción de la condición social de la mujer, educación de adultos y animación sociocultural. (Del pozo,2012)

Con los conceptos anteriormente mencionados se observa claramente como la educación social para la salud (ESS) y educación para la salud (EPS), viven estrechamente relacionados, puesto que dependen y se interrelacionan para tener un mismo fin, lo cual es la inclusión social desde todos los niveles de necesidades individuales o colectivas. Son ejes engranados para un fin específico. No actúan separadamente, sino que se complementan y guían con la finalidad de los mismos objetivos cuando de intervenciones socio educativas en salud se trata.

Claramente observamos con lo anterior la importancia y la categorización de los ámbitos de actuación en educación social especializada desde la praxis, por lo tanto, se observa como la Educación social en salud puede generar posibilidades de mejora a través de la educación impartida o aplicada por agentes socializadores en distintos campos de acción. Siendo de esta manera lo que hace que la educación social especializada surja como la principal mediadora de los cambios sociales en inclusión, vulneración, marginación y todo lo que genere exclusión en una sociedad.

Gutiérrez y Quintanal (2018), afirman que la salud es un hecho social que debe ser promovido mediante procesos educativos dirigidos para mejorar la calidad de vida y el desarrollo del individuo, y por ende sus condiciones sociales. Sin embargo, no se dota a los individuos de las herramientas necesarias para suplir sus necesidades cuando de inclusión se trata y lo acentúa García Viveros (1999) citado por Gutiérrez y Quintanal (2018), “Como sujetos de su propio aprendizaje y de su propio destino a través de experiencias cercanas a

la realidad cotidiana, de forma que les permita mirar sus problemas y necesidades, logren tener una percepción de los riesgos y condiciones de su entorno desarrollando una reflexión – acción que les facilite la toma de decisiones y actuar para que sus recursos experiencias y habilidades logren transformar su realidad”. (pp.256).

En el gráfico 2 se observa la interrelación conceptual de la pedagogía social en salud y como a partir de ella se derivan la educación social especializada, la educación social en salud y educación en salud, todos confluyen en las mismas necesidades aportando su intervención en el individuo o comunidad para mejora de la calidad de vida.



Gráfico 2. Interrelación conceptual de la pedagogía social en salud. **Fuente:** Elaboración propia

3.2. Antecedentes de intervención socioeducativa de la discapacidad auditiva en Colombia

El Instituto nacional para sordos (INSOR), es un establecimiento público del orden nacional adscrito al ministerio de educación nacional, el cual tiene la misión de orientar y promover el establecimiento de entornos sociales y educativos pertinentes para el goce de los derechos de la población sorda en Colombia. A lo largo de su historia ha liderado procesos que buscan transformar las condiciones de vida de las personas en esta situación de discapacidad que se encuentran en el territorio nacional, enfocando su quehacer en el sector educativo y creando lineamientos para promover la inclusión social para la población sorda. (INSOR, 2019)

Según el Instituto Nacional para Sordos (INSOR), para el año 2014 Colombia tenía alrededor de 455.000 personas con discapacidad auditiva, es decir el 1.1% del total de los habitantes del país. En el 2014 había más estudiantes sordos en básica secundaria y media, seguido de primaria y preescolar. Lo que supone prever ajustes razonables en los procesos educativos en que se encuentran y con esto garantizar mejores oportunidades de acceso a niveles de educación superior. (INSOR, 2014).

En Colombia en 2019, en 15 instituciones Educativas con oferta para población sorda en las ciudades de Barranquilla, Cartagena, Bogotá, Bucaramanga, Ibagué, Neiva y Villavicencio, el INSOR ha promovido acciones para el mejoramiento de la oferta educativa de la población sorda, fortaleciendo el componente lingüístico en las instituciones educativas de tal forma que se potencien los procesos de enseñanza-aprendizaje para personas sordas tanto en lengua de señas como en español. (INSOR, 2019).

Como antecedente importante en Colombia en el ámbito de la intervención en salud para personas en situación de discapacidad auditiva, encontramos un diccionario de terminología médica realizado por la universidad CES de la ciudad de Medellín. El diccionario nació de la investigación de docentes y estudiantes de la facultad de fisioterapia y la facultad de medicina de la Universidad CES de Medellín y de la necesidad de Asociación Antioqueña de Personas Sordas (ASANSO) por incluir nuevas señas para mejorar la atención en salud a la comunidad sorda en el país. Se diseñaron 150 nuevos términos en lengua de señas, se incorporaron símbolos manuales para hablar de algunas enfermedades, órganos y ayudas diagnósticas. El diccionario fue un proyecto apoyado por el ministerio de Ciencia y tecnología.

Como dato importante a resaltar es que existen en la mayoría de países latinoamericanos y a nivel mundial muchos diccionarios de señas, pero como tal diccionario digital de lengua de señas en salud y primero a nivel mundial, es el realizado por la Universidad CES de la ciudad de Medellín (Colombia).

En Colombia, el mes de mayo del 2015, el gobierno nacional a partir de un convenio generado entre la Federación Nacional de Sordos de Colombia (FENASCOL) y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), creó una herramienta de comunicación denominada Centro de Relevo, la cual facilita la comunicación entre el personal sanitario y el paciente en situación de discapacidad auditiva, este servicio es gratuito, solo basta con que la persona esté registrada en el sistema y previamente pueda agendar la cita con el intérprete de relevo del Centro.

Pese a que es una herramienta que permite la accesibilidad no siempre en la realidad social de los sujetos se cumple, pues supone que la persona en situación de

discapacidad auditiva primero esté registrada, segundo tenga acceso a un dispositivo móvil con ciertas especificaciones técnicas y tercero tenga acceso a internet con un buen ancho de banda que le permita visualizar el servicio de interpretación sin interrupciones, y no siempre se cuenta con esos recursos, además hay ciertas conversaciones entre paciente sordo - médico que son íntimas y no siempre la persona sorda se sentirá en la libertad de expresarla teniendo un mediador comunicativo.

Esta herramienta, aunque ha sido un alivio y representa de alguna manera la autonomía de estas, se ha presentado ciertos inconvenientes de orden administrativo lo cual dificulta el uso continuo y permanente, debido a que el Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones (MinTIC) en el año 2019 no pudo suscribir un convenio con la Federación Nacional de Sordos de Colombia (FENASCOL).

El INSOR tiene su propio diccionario de señas colombiano realizado en el año 2011, el cual contribuye a la superación de barreras de comunicación que permiten a las personas en situación de discapacidad auditiva hacer uso pleno de sus derechos como ciudadanos y puedan participar en una sociedad más incluyente en muchos espacios. Este diccionario fue llevado por el Ministerio de educación nacional (MEN) y el instituto nacional para sordos (INSOR) a toda la comunidad educativa a nivel nacional a través de las secretarías de educación como un valiente recurso con el fin de lograr la integración social y educativa de niños, niñas, jóvenes y adultos sordos de todo el territorio colombiano. (INSOR, 2011).

La Federación de sordos de Colombia (FENASCOL), en el último año ha realizado convenios de apoyo artístico y cultural con el ministerio de cultura en el marco del programa nacional de concertación cultural vigencia 2021. Las acciones de este

proyecto fueron principalmente: 1) Encuesta de percepción de Planeación lingüística de lengua de señas colombiana (LSC) en las regiones. 2) Talleres de formación en planeación lingüística para personas sordas, líderes e instructores. 3) Encuentro nacional de asociaciones de personas sordas en el país en torno a la planeación lingüística de la lengua de señas, la cual se realizó el 16 de octubre de 2021. (FENASCOL, 2021).

En cuanto al Instituto nacional para sordos (INSOR), los logros en el año 2021 fueron: 1) Firma de convenios interadministrativos con el Instituto colombiano de bienestar familiar para la atención integral de niños con discapacidad auditiva, 2) Creación y aprobación de neologismos y 3) Creación de mesa de datos. (INSOR, 2021).

3.2.1. Actualidad en la intervención social en salud con enfoque de derechos en las personas con discapacidad auditiva en Colombia.

Llegados a este punto, sería pertinente plantearnos el siguiente interrogante ¿cómo es el acceso y la atención en salud de los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad auditiva en nuestro país?, si bien es cierto el acceso a los servicios de salud es un derecho constitucionalmente establecido y fundamental para cualquier persona, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 es un mecanismo legal creado por el Estado que busca garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas y políticas que cuenten con un enfoque de inclusión, por lo que en los artículos 10 y 14 establece una serie de medidas que cualquier entidad del sector público o privado con cualquier objeto social deben cumplir, pero en este caso particular se enmarca en las entidades prestadoras de servicios en salud, entre estas medidas sobresalen:

- Garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios.
- Establecer programas de capacitación a sus profesionales y empleados para favorecer los procesos de inclusión de las personas con discapacidad.
- Eliminar cualquier medida, acción o procedimiento administrativo o de otro tipo que directa o indirectamente dificulte el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad.
- Corresponde a las entidades públicas y privadas encargadas de la prestación de los servicios públicos de cualquier naturaleza, tipo y nivel, desarrollar sus funciones, objetivos sociales y en general todas las actividades, siguiendo postulados del diseño universal de manera que no se excluya o limite el acceso en condiciones de igualdad, en todo o en parte, a ninguna persona en situación de discapacidad.
- Implementar las medidas apropiadas para identificar y eliminar los obstáculos para asegurar la accesibilidad universal de todas las personas con discapacidad al ambiente construido, transporte, información y comunicación, incluyendo las tecnologías de la comunicación y otros servicios, asegurando las condiciones para que las personas en situación de discapacidad puedan vivir independientemente. (Congreso de Colombia, ley estatutaria, 2013)

Lo anterior denota la gran responsabilidad social que tienen las entidades prestadoras de servicios, pues resalta la importancia de la accesibilidad en la información,

en el caso puntual de la población sorda información en su lengua materna, la Lengua de Señas Colombiana (LSC) si hablamos de nuestro contexto.

Desde el punto de vista en salud diversos estudios internacionales, que no se escapan a la realidad Colombiana, han documentado que las personas con discapacidad auditiva tienen una mayor prevalencia de infra tratamiento y peor control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y articulares, igualmente se ha constatado que presentan una menor utilización de los servicios de atención primaria y hospitalarios, debido a la relación con los profesionales de la salud, la necesidad forzosa de una tercera persona y la percepción del nerviosismo por parte del personal médico-sanitario. (Cayuela, 2019).

Si a lo anterior le sumamos el hecho de que como seres humanos tenemos ese deseo y que a la vez constituye un derecho, como lo es la privacidad y la intimidad, aumenta aún más las posibilidades que el paciente en situación de discapacidad no se sienta seguro de acceder a este tipo de servicios.

En base a lo anterior se considera necesario iniciar un proceso de intervención socioeducativo orientado a la inclusión de la comunidad en situación de discapacidad auditiva en los procesos de atención en salud, donde la comunicación logre ser mediada por el mismo profesional médico apoyado en una herramienta comunicativa que le permita interactuar con el paciente en situación de discapacidad auditiva, en el caso particular del presente proyecto tomando como piloto al Hospital Universidad del Norte.

Pérez (2014) señala que existe una diversidad lingüística dentro de la comunidad, que es definida por aspectos físicos auditivos - nivel de pérdida auditiva en etapa pre o post

lingüística, hipoacusia neurosensorial bilateral o unilateral, sordera profunda- y por preferencias comunicativas de cada persona, por lo que podemos encontrar y clasificarlos en los siguientes grupos lingüísticos:

- Comunicación oral en su totalidad, a veces acompañada de escritura en castellano o sin esta.
- Comunicación en lengua de señas colombiana (LSC) en su totalidad.
- Comunicación en lengua de señas colombiana (LSC) y de forma escrita (persona sorda Bilingüe).
- Comunicación en un sistema de signos naturales “artesanales”.
- Comunicación oral sin claridad (gemidos sin verbalización clara).

Por lo anterior se hace necesario realizar ajustes en el sistema o plataforma que usan los profesionales en salud, en el que se registre la condición de la persona en situación de discapacidad auditiva y su caracterización lingüística, a fin de que el profesional en salud tenga mayor claridad en la atención que le dará al paciente. En caso de no contar con un registro en el sistema, el médico o profesional de la salud necesitará contar con las herramientas comunicativas necesarias para realizarlo por lo que esto supone realizar un proceso de formación previo no sólo en el manejo de la lengua de señas colombiana (LSC) sino en el acercamiento a la población en situación de discapacidad auditiva, su cultura, sus formas de comunicación y su cosmovisión que le permita atenderlos desde un enfoque diferencial e inclusivo, siempre enfocándolos como sujetos de derechos.

Caride (2015) afirma que lo educativo deviene de lo pedagógico y educativo “per se”, mediante lo cual se precisa contexto (realidad), pretexto (motivación), y texto (método o contenido), estas tres palabras son la base de la pedagogía social teniendo como contexto

la realidad de la sociedad y sus principales escenarios de necesidad para la pedagogía social y educativa.

La motivación es uno de los principales valores que como seres humanos se debe tener en la praxis socioeducativa, el pretexto que nos impulsa a ejercer una intervención en una población vulnerable que nos aporten a lo social, inclusivo e intercultural. Haciendo uso de distintos términos se alude explícitamente a la necesaria habilidad o competencia para comunicarse de forma correcta y precisa, oralmente y por escrito en las palabras y en los textos, en la redacción, incluso en la expresión corporal.

Rillo (2015) se plantea unos interrogantes interesantes: ¿Será la angustia de mirarse en el fracaso donde la educación social encuentra el ámbito de su intervención? ¿o acaso la humanidad ha fracasado en su tarea esencial? ¿la consciencia de una existencia situada en la deriva del fracaso gestó la proclamación de los Derechos Humanos? con respecto a esto último, Jasper (1967) citado por Rillo (2015) afirmaba que para superar las situaciones límite se requiere de procesos racionales en donde la comunicación existencial sea un diálogo donde no existan prejuicios y exista respeto. Cabe anotar en este sentido que toda situación de marginación, pobreza, exclusión o enfermedad supone cohesión comunitaria, intención de socorrer al otro, compasión y disposición de ayuda.

No se debe restar relevancia a las competencias del educador social cuando de crear una intervención socioeducativa se trata y es el facilitar la articulación social e impedir la marginación y la exclusión. Es de vital importancia conocer las competencias fundamentales del educador social, las cuales son principalmente: intervenir o actuar directamente en la situación y dar respuesta a las necesidades del sujeto o comunidad de una forma adecuada. Otra de las competencias es evaluar, planificar y organizar las

acciones e intervenciones futuras. Por último y no menos importante es reflexionar sobre los problemas de su ámbito profesional para comprenderlo mejor y favorecer el desarrollo del individuo o comunidad. (AIEJI, 2005).

Con lo anterior en cuanto a la actualidad en la intervención social en salud con enfoque de derechos en las personas con discapacidad auditiva en Colombia, podemos evidenciar que no existe un programa adecuado en lo que concierne a la costa atlántica la inclusión en atención social en salud. Particularmente según lo investigado en el presente proyecto, no se cuenta con herramientas comunicativas de ningún tipo en las instituciones prestadoras de salud para estas personas en situación de discapacidad auditiva, con lo cual se vulnera la ley estatutaria 1618 de 2013, en sus artículos 10 y 14. (Congreso de la República, Colombia, Ley 1618 de 2013).

3.2.1.1. Calidad en atención de pacientes en situación de discapacidad auditiva en Colombia

La voz es uno de los principales recursos de nuestra identidad personal. Emplearla y ejercitar su sonoridad es fundamental para crecer como personas. El timbre, el acento, los tics lingüísticos del orador dicen mucho de la personalidad y de la capacidad de la persona para expresarse libremente. La voz y los órganos del habla, sobre todo de la fonación y de la articulación deben cuidarse como instrumentos clave para la dicción y la comunicación interpersonal. (Caride, 2020).

Al realizar una atención en pacientes en situación con discapacidad auditiva no se tiene la posibilidad de lograr este intercambio de comunicación, no se conoce su

personalidad y mucho menos su expresión, lo que hace que la comunicación se vea grandemente entorpecida por esta barrera comunicativa. Es aquí donde se observa como la educación y sus políticas educativas siempre han afectado al individuo socialmente excluyéndolo en muchos aspectos como la desigualdad y falta de oportunidades para una verdadera cohesión e integración social. Caride (2015), sugiere que con esto no se discute nunca la misión de la escuela en su componente curricular, se respeta siempre lo académico, sin embargo, se deja de lado la fundamentación axiológica que desvía una sociedad más justa, igualitaria y la familia como participante axiomática en este proceso.

Es en este punto donde radica la importancia del educador social y su aporte en la intervención socioeducativa en salud, de manera que los profesionales de la salud encargados de la atención de estas personas en situación de discapacidad auditiva encuentren su lugar y valor como persona de derechos. La praxis médica requiere una integralidad y una intimidad médico – paciente que solo se logra realmente entre dos. A excepción de niños, o personas con otro tipo de discapacidad que requiere la compañía de un tercero.

Igualmente, Caride (2015) afirma que la pedagogía social se abona a su caracterización como una ciencia teórico-práctica (praxiológica) relacionada con la educación de todas y cada una de las personas que viven en sociedad, al hacer uso de estrategias metodológicas que favorezcan la prevención, asistencia, inclusión y reinserción social y en el caso de la salud no es la excepción. Esto favorece tanto a los que se encuentran en situación de dificultad, vulnerabilidad y/o riesgo social, como de quienes están en situaciones “normalizadas”.

En la consulta médica no se logra ese engranaje médico – paciente debido a la barrera de lenguaje. Claramente lo indica Del Pozo (2018), los educadores sociales están obligados a identificar los mecanismos de exclusión de la sociedad y comunicar, apoyar y potenciar a las personas en su desarrollo, además ser capaces de definir contenidos, relaciones y métodos para contribuir a correcto desarrollo de las habilidades prácticas y comportamentales del individuo o población estudio. Indica también que se debe facilitar la articulación social e impedir la marginación y la exclusión para apoyar y potencializar el desarrollo de la persona “intencionalmente”.

En los pacientes con discapacidad auditiva casi siempre la consulta será asistida por un intérprete de señas, o incluso el familiar que convive con él o ella y éste evitará manifestar muchas inquietudes no solo por temor, sino por la dificultad en la comprensión de la afección que esté presentando en ese momento en su salud general, dejando de esta forma una atención muy ligera, o superficial que incluso se puede convertir en gravedad sino se le presta la debida atención.

La educación en América Latina siempre será un tema abordado por los gobiernos e instituciones con la finalidad de garantizar cobertura, calidad y equidad. En todos los acuerdos internacionales Jomtien (1990) y Dakar (2000), citados por Zarceño y Andrew (2015), se plantearon compromisos que establecían la necesidad de una educación a nivel mundial y se hizo énfasis en la población de mayor vulnerabilidad. Estos esfuerzos e iniciativas querían siempre buscar la equidad implementando nuevas formas de intervenir los procesos educativos que atienden las distintas características poblacionales. Una de estas estrategias era el acceso a las tecnologías de la información y comunicación (TIC), principalmente para las comunidades indígenas, las comunidades asentadas en zonas

rurales, las personas con discapacidad y las desplazadas o reubicadas por guerras civiles. Estas son de manera generalizada las más afectadas y con pocas oportunidades de acceder a los servicios de salud y educación de calidad.

Se debe tomar conciencia de que la solidaridad con el otro en la acción socioeducativa promueve el desarrollo personal y grupal de una serie de valores que permite a las personas en vulnerabilidad social crear vínculos de empatía, amistad, confianza, confidencialidad, tacto, escucha atenta y comprensión. (Rillo, 2015).

La tarea del educador social requiere de unas competencias profesionales que se evidencian con trabajos educativos de calidad en donde prime acompañamientos, destrezas y aplicación de instrumentos y técnicas en las personas con dificultades porque se aprende ejerciendo como decía Aristóteles “se aprende lo que se hace”. El educador debe estudiar practicar y esforzarse por adquirir las destrezas y competencias para lograr abarcar todas las necesidades de una comunidad o sujeto en situación de vulnerabilidad social. Además, debe inmiscuirse en los procesos de avance social a partir de la defensa de derechos humanos, es decir que para ser educadores sociales se necesita pasión y acción, sin estos dos ingredientes en la profesión no se logra suplir esta necesidad interior de ayuda por el otro que se quiere.

Es importante también conocer un aspecto que menciona Úcar (2018), en donde la intervención socioeducativa por sí sola no puede hacer que las personas salgan de sus situaciones de vulnerabilidad. Somos educadores profesionales que trabajan para acompañarlos y ayudarlos en sus procesos educativos y de aprendizaje. Igualmente, debemos conocer nuestros límites y defenderlos frente a determinadas propuestas de acción de tipo político o administrativo, pero sin pensar en que si no se dan satisfactoriamente

nuestras propuestas no caigamos en frustraciones ni decepciones por no lograr lo planeado, porque siempre existirán barreras en nuestro camino.

En la atención médico asistencial de pacientes con discapacidad auditiva la implementación de una metodología comunicativa en la que se integre y se complemente con resultados satisfactorios esperados, un manual como el que pretende el presente proyecto acortaría y facilitaría todo el proceso comunicativo – asistencial.

3.3. Marco legal de las discapacidades auditivas en Colombia:

En general en nuestro país debemos conocer las definiciones y conceptos en cuanto a discapacidad se refiere. Según la ley estatutaria 1618 del 2013 son las siguientes:

Personas en situación de discapacidad: aquellas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a mediano y largo plazo que al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Inclusión social: es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente junto con los demás ciudadanos, sin ninguna restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Acciones afirmativas: Políticas, medidas, o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad con el fin de eliminar o reducir desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan.

Acceso y accesibilidad: Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones tanto en zonas urbanas como rurales.

Barreras: cualquier tipo de obstáculo que impida el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad.

En Colombia existen las siguientes leyes y normas a favor de la población en situación de discapacidad auditiva. Ley 324 de 1996 (octubre 11) ver tabla 2 artículo 1 al 14.

(Constitución política de Colombia, ley 324 de 1996).

Artículo 1	<p>Se dará el alcance indicado a los siguientes términos:</p> <p>Limitado auditivo: Persona que posea una pérdida auditiva.</p> <p>Sordo: persona que posea una pérdida auditiva mayor a 90 decibeles.</p> <p>Hipoacúsico: disminución de la audición que no llega a ser total.</p> <p>Comunicación: Proceso social en el cual es necesario que existan como mínimo dos personas emisor o locutor y receptor.</p> <p>Prevención: Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria).</p> <p>Rehabilitación: proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes.</p> <p>Interprete para sordos: Persona con amplio conocimiento de la lengua manual colombiana que puede realizar interpretación simultánea del español hablado en lengua manual y viceversa.</p>
------------	--

Artículo 2	El estado colombiano reconoce la lengua manual colombiana como idioma propio de la comunidad sorda del país.
Artículo 3	El estado colombiano auspiciará la investigación, la enseñanza y la difusión de la lengua manual colombiana.
Artículo 4	El estado garantizará que por lo menos en uno de los programas informativos diarios de audiencia nacional se incluya la traducción a la lengua manual colombiana, de igual forma garantizará la traducción a la lengua manual colombiana de programas de interés general, cultural, recreativo, político, educativo y social.
Artículo 5	El estado garantizará los medios económicos, logísticos de infraestructura, y producción para que la comunidad sorda tenga acceso a los canales locales, regionales y nacionales de televisión colombiana para difundir su cultura, sus programas, sus intereses, etc.
Artículo 6	El estado garantizará que en las instituciones educativas se creen instancias de estudio, acción y seguimiento que ofrezcan apoyo técnico pedagógico para esta población con el fin de lograr la atención especializada para la integración de estos alumnos en igualdad de condiciones.
Artículo 7	El estado garantizará y proveerá la ayuda de intérpretes idóneos para que de esta forma las personas sordas puedan acceder a todos los servicios que como ciudadanos colombianos les confiere la constitución. Para ello el estado organizará a través de los entes oficiales o por convenios con asociaciones de sordos la presencia de intérpretes para el acceso a los servicios mencionados.
Artículo 8	El estado proporcionará los mecanismos necesarios para la producción e importación de toda clase de equipos y de recursos especializados que se requieran en las áreas de educación, comunicación, habilitación y rehabilitación con el objeto de facilitar la interacción de la persona sorda con el entorno.
Artículo 9	El estado subsidiará a las personas sordas con el propósito de facilitarles la adquisición de dispositivos de apoyo, auxiliares electro acústico y toda clase de elementos y equipos necesarios para el mejoramiento de su calidad de vida.
Artículo 10	El estado garantizará que los establecimientos o empresas del orden nacional, departamental, distrital y municipal en que tenga participación se vincule laboralmente un porcentaje de

	limitados auditivos. A la población sorda que no pueda ser incluida laboralmente el estado la considerará como prioritaria para ser incluida en el régimen subsidiado de seguridad social.
Artículo 11	El estado establecerá la protección legal para que el padre, la madre o quien tenga bajo su cuidado o protección legal al limitado auditivo, disponga de facilidades en sus horarios laborales, para la atención medica terapéutica y educativa para sus hijos.
Artículo 12	El estado aportará y garantizará los recursos económicos necesarios y definirá estrategias de financiación para el cumplimiento de la presente ley.
Artículo 13	El presidente de la republica ejercerá la potestad reglamentaria de la presente ley en el término de 12 meses.
Artículo 14	La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que sean contrarias.

Tabla 2. Ley 324 de 1996. Constitución política de Colombia. **Fuente:** elaboración

propia

Decreto 2369 de 1997 (septiembre 22), por el cual se reglamenta parcialmente la ley 324 de 1996. Incluyó lo siguientes artículos que se traen a colación en el presente proyecto y se hace pertinente su inclusión en el presente marco legal. Tabla 3 articulo 18 al 21.

Artículo 18	De conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 de la ley 324 de 1996, en armonía con lo establecido en el decreto 2082 de 1996, el ministerio de educación nacional a través del instituto nacional para sordos (INSOR), diseñará los lineamientos específicos que deberán tener en cuenta las instituciones de educación formal y no formal que atiendan personas con limitaciones auditivas para el desarrollo de los procesos curriculares y las especificaciones mínimas de carácter organizativo, pedagógico, tecnológico y de servicios de interpretación requeridos para garantizar la integración social y académica de los educandos.
-------------	--

Artículo 19	Con el fin de asegurar la atención especializada para la integración de los alumnos con limitaciones auditivas en igualdad de condiciones, los departamentos, distritos y municipios tendrán en cuenta como criterio para la organización de la estructura de la planta personal docente respectiva, las necesidades que presenten los establecimientos educativos estatales para el desarrollo de proyectos personalizados y las especificaciones mínimas de carácter tecnológico y de servicios de interpretación requeridos para garantizar de forma adecuada la integración social y académica de estas personas.
Artículo 20	Corresponde a los comités de capacitación de docentes departamentales y distritales la identificación y análisis de las necesidades de actualización, especialización, investigación y perfeccionamiento de los educadores para que las instituciones educativas puedan prestar de manera efectiva el servicio de las personas con limitaciones auditivas.
Artículo 21	El gobierno nacional y los gobiernos territoriales tomarán las previsiones necesarias para que en las instituciones de educación superior de carácter estatal se diseñen y desarrollen recursos necesarios, incluidos los servicios de intérprete que garanticen oportunidades de acceso y permanencia de las personas con limitaciones auditivas a los programas académicos ofrecidos, atendiendo los requerimientos específicos de comunicación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la constitución política en armonía con la ley 30 de 1992.

Tabla 3. Decreto 2369 de 1997. Constitución política de Colombia. **Fuente:** elaboración propia.

En Colombia actualmente la plenaria del senado aprobó por unanimidad en su debate del 20 de junio de 2020, el proyecto de ley 050 de 2019 – 179 de 2018 (cámara), la creación del consejo nacional de Planeación lingüística de la Lengua de señas colombiana con el objetivo de concertar una política pública nacional para la población sorda del país. De forma articulada con el ministerio de educación, el ministerio de cultura y el INSOR,

acompañados de otras entidades que integrarán el Consejo nacional de Planeación Lingüística de Lengua de señas colombiana, se diseñara una lengua de señas única sobre la base de las señas y gestos más comunes presentes en las diferentes zonas del país. (Congreso de la Republica de Colombia, ley 050 de 2019-179 de 2018).

Realizando un análisis del marco legal de las capacidades auditivas en Colombia, encontramos que en la ley 324 de 1996, se estableció una terminología para definir todo lo concerniente a la discapacidad auditiva y en el artículo 2 se reconoció la lengua de señas colombiana como idioma de comunicación de la comunidad en situación de discapacidad auditiva en el país. Igualmente, el estado ratifica que garantizará la traducción en la comunidad no hablante en lengua de señas, así como también, la difusión, la enseñanza y la investigación de esta lengua en los diferentes escenarios, culturales, académicos, recreativos, político y social.

En ese mismo enfoque con el cual se le dio cabida a la lengua de señas colombiana en los diferentes ámbitos, el estado desde el artículo 5 al 8 de la ley 324 de 1996, como reposa en la constitución política de Colombia, garantizará todos los medios existentes de tipo económico, de infraestructura y de producción para que la población en situación de discapacidad auditiva tenga acceso a los canales televisivos para su inclusión en interacción comunicativa. Igualmente, el estado creará estrategias de seguimiento técnicos para que los alumnos en situación de discapacidad educativa en los colegios tengan acceso a una mejor integración comunicativa, logrando de esta forma la inclusión de esta población y con la ayuda de intérpretes certificados.

El estado proporcionará los mecanismos necesarios para la producción e importación de toda clase de equipos y de recursos especializados que se requieran en las

áreas de educación, comunicación, habilitación y rehabilitación con el objeto de facilitar la interacción de la persona en situación de discapacidad auditiva con el entorno.

En concordancia con lo anterior, el estado según las leyes que rigen la constitución en este tópico, establecerá la protección legal para que el padre, la madre o quien tenga bajo su cuidado o protección legal a la persona en situación de discapacidad auditiva, disponga de facilidades en sus horarios laborales, para la atención médica terapéutica y educativa. Con lo anterior se les brinda principal atención a los acudientes, acompañantes a las consultas médica y de otros servicios de salud, para su intermediación con los profesionales desde el punto de vista comunicativo.

Finalmente, en el artículo 12 de la presente ley el estado aportará y garantizará los recursos económicos necesarios y definirá estrategias de financiación para el cumplimiento de que todo lo anterior se cumpla correctamente. Sin embargo, es aquí en donde los recursos en muchos casos no son aportados y el proceso de exclusión de hace inminente, en donde los compromisos pactados no se cumplen y no se desarrollan los planteamientos específicos con los derechos de las personas. Con lo que se afectan y se generan condiciones de exclusión y discriminación.

En el artículo 18 de la ley 324 de 1996, en armonía con lo establecido en el decreto 2082 de 1996, reposita que el ministerio de educación nacional a través del instituto nacional para sordos (INSOR), diseñará los lineamientos específicos que deberán tener en cuenta las instituciones de educación formal y no formal que atiendan personas con limitaciones auditivas para el desarrollo de los procesos curriculares y las especificaciones mínimas de carácter organizativo, pedagógico, tecnológico y de servicios de interpretación requeridos para garantizar la integración social y académica de los educandos.

Igualmente en el artículo 21 se especifica que tomarán las previsiones necesarias para que en las instituciones de educación superior de carácter estatal se diseñen y desarrollen recursos necesarios, incluidos los servicios de interprete que garanticen oportunidades de acceso y permanencia de las personas con limitaciones auditivas a los programas académicos ofrecidos, atendiendo los requerimientos específicos de comunicación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la constitución política en armonía con la ley 30 de 1992.

Con lo anterior se corrobora que las normas deben tender a la construcción de una sociedad incluyente en la que las personas con discapacidad cuenten con una igualdad de condiciones tanto en la vida civil como en la académica, con el objetivo de participar activamente en la sociedad.

Con el auge de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), se deben implementar modelos sociales de atención que favorezcan la accesibilidad e independencia de las personas en situación de discapacidad auditiva y el estado debería comprometerse con asegurar y promover el ejercicio pleno de los derechos humanos con lo que se garantiza la libertad de las personas en situación de discapacidad, en este caso la auditiva.

Las políticas deben estar orientadas a impulsar estrategias con las cuales se consiga una mayor utilización de las TIC, sobre todo en la adquisición e intercambio de conocimientos. Con lo anterior se lograría cerrar un poco esa brecha comunicativa y fomentar el acceso de las personas en situación de discapacidad, además de asegurar una comunicación accesible, incluyente y en igualdad de condiciones, sin ningún tipo de discriminación.

3.3.1. Normatividad nacional y políticas públicas en materia de discapacidad e inclusión social en Colombia

Ya sentadas las bases constitucionales y en desarrollo de que se cumplan, esto podría ser el faro que guía el actuar para garantizar los derechos humanos a nivel nacional. Todo este conjunto de normas tiene propósitos que varían desde las disposiciones generales que abarcan a toda la población con discapacidad, pasando por las normas dirigidas a algunos sectores específicos como en el caso de la población sorda. Toda esta reglamentación debe regular la garantía de derechos en salud, educación y trabajo. Es así como a partir de la expedición de la constitución de 1991, se ha consolidado un marco jurídico que determina y busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad y Así, a partir de la expedición y al mismo tiempo establece las obligaciones que debe tener el estado y la sociedad para con ellos.

Entre el conjunto de leyes derivadas de la constitución se destaca la ley 361 de 1997, primer instrumento normativo a nivel nacional que busca reconocer y establecer mecanismos para la garantía de los derechos y promover la inclusión social de las personas con discapacidad.

Otro punto normativo importante en la garantía de los derechos de los derechos de las personas con discapacidad fue la expedición del código de infancia y adolescencia mediante la ley 1098 de 2006, la cual en su artículo 36 establece que los niños en situación de discapacidad tienen el derecho de gozar una calidad de vida plena, y a que el estado le proporcione las condiciones necesarias para que puedan valerse por sí mismos e integrarse a la sociedad. Igualmente, tienen el derecho de ser respetados por su diferencia y a disfrutar de una vida digna en condiciones de igualdad con las demás personas, y a recibir atención

diagnóstica, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, orientación, educación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención.

Posteriormente en año 2007 se promulga la ley 1145 por la cual se organiza el sistema nacional de discapacidad cuyo principal objetivo es impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en coordinación con las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de garantizar y promocionar sus derechos fundamentales. En esta ley se dispone que la política pública nacional de discapacidad debe estar orientada por los siguientes principios generales: enfoque de derechos, equidad, solidaridad, coordinación, integralidad, corresponsabilidad social, sostenibilidad, transversalidad, y concertación.

Siguiendo con el desarrollo normativo en materia de discapacidad en Colombia nace la aprobación de la convención de los derechos de las personas con discapacidad, que en el país toma cuerpo mediante la ley 1346 de 2009, y es ratificada mediante la sentencia C-293/10 de la honorable corte constitucional. Se trata de la primera convención de derechos del siglo XXI, cuyo principal propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas en situación de discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente. Esta convención refleja una fuerte influencia del modelo social, el cual entiende la discapacidad como resultante de la interacción de las deficiencias corporales que presentan las personas con las barreras actitudinales, físicas y comunicacionales que se encuentran en el entorno.

En febrero de 2013 fue promulgada la ley estatutaria 1618, la cual tiene como objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de las personas en situación de discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, de acciones y ajustes y sobretodo de la eliminación n de toda forma de discriminación. El principal avance de esta ley es el hecho de que se asignan responsabilidades concretas a actores específicos en relación a la expedición de políticas, acciones y programas con todos los ajustes necesarios y razonables para contribuir a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad y su inclusión total. (Política Pública nacional de discapacidad e inclusión social 2013-2022).

El país actualmente lleva mucho tiempo en lograr el cumplimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad auditiva, desde el momento de la promulgación de la ley 982 de 2005, en su capítulo 4 artículo 5 en el que afirma que el estado facilitará a las personas sordas, sordo ciegas e hipoacúsicas el acceso a todas las ayudas técnicas necesarias para mejorar su calidad de vida y los entes competentes de los municipios, departamentos y distritos, deben actuar, promoviendo y adecuando los servicios integrales a esta población para evitar su degeneramiento en la calidad de vida.

Así mismo, el Plan de Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, según lo planeó el MSPS, se crea un pacto social y mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. (Plan Decenal de Salud Pública, 2012).

Se asume igualmente, como “la carta de navegación” bajo la cual se proponen estrategias de intervención colectiva e individual que involucran tanto al sector salud como

a otros sectores dentro y fuera de los servicios de salud, y fue adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 que en su artículo 1 establece que es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y deben concurrir o apoyar otros actores relacionados con el cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos del Plan.

Otras disposiciones legales: Ley 60 de 1993: Desarrolla el régimen de transferencia de recursos y de competencias a las entidades territoriales con el fin de que estas asuman nuevas funciones y responsabilidades, especialmente en el área de la educación y salud en donde el país aún muestra deficiencias en cuanto a cobertura y calidad. El artículo 5 establece que le corresponde a la nación a través de los ministerios, departamentos administrativos y demás organismos como por ejemplo el Instituto nacional para ciegos (INCI) y el INSOR las siguientes funciones:

- Formular políticas y objetivos de desarrollo.
- Establecer normas técnicas, curriculares y pedagógicas como orientación a las entidades territoriales.
- Administrar fondos especiales de cofinanciación.
- Organizar y desarrollar programas de crédito.
- Dictar normar científico – administrativas para la organización y prestación de los servicios.
- Impulsar, coordinar y financiar campañas y programas educativos y salud.
- Asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a las IPS.
- Vigilar el cumplimiento de las políticas, ejerciendo labores de inspección y vigilancia, tanto en educación como en salud.

4. Análisis del contexto y la población participante

4.1. Contexto geográfico, social, académico y cultural del hospital Universidad del norte.

El hospital universidad del norte está ubicado en el departamento del Atlántico específicamente en el municipio de soledad. Nace en 1997 como una respuesta a la necesidad de contar con un escenario de prácticas formativas para los programas de la división Ciencias de la salud de la Universidad del Norte, que al mismo tiempo pudiese brindar servicios de calidad a la comunidad vulnerable del área de influencia en Soledad y el departamento del atlántico.

El 2 de julio del año 1997 abrió sus puertas por primera vez, ofreciendo servicios de consulta externa en pediatría y ginecoobstetricia, siendo hoy una institución de alto nivel de complejidad. Todo esto con la decidida gestión del consejo directivo de la Universidad del norte y la entrega en comodato de un lote de 17 mil metros cuadrados por parte de la fundación Rotary del club Rotario de Barranquilla.

Se encuentra ubicado en un punto estratégico entre los municipios de Barranquilla y soledad, sobre la calle 30, autopista al Aeropuerto internacional Ernesto Cortisoz, confluyendo en él comunidades pertenecientes a distintas poblaciones del departamento del atlántico y departamentos cercanos como Sucre, Bolívar, Córdoba, Magdalena, Cesar y La Guajira en búsqueda de sus servicios de salud de tercer y cuarto nivel de atención.

El relacionamiento y el impacto social hacia la comunidad es mucho más que un compromiso para el Hospital Universidad del Norte. Con lo cual se genera valor,

promoviendo el bienestar de los pacientes, lograr la salud, recreación y aprendizajes con programas y actividades para los sectores más vulnerables, además se compromete a cuidar el medio ambiente pensando en el presente y en las futuras generaciones. El Hospital universidad del Norte se ha comprometido a prestar servicios a sus pacientes, familiares y a la comunidad con amor, humildad respetando siempre sus derechos, para generar calidad de vida acorde con la dignidad humana durante toda su atención. Igualmente mejora la calidad en la atención continuamente con condiciones de privacidad y confidencialidad durante ella.

El hospital presta sus servicios como ámbito de practica principalmente a la comunidad educativa de la Universidad del norte de Barranquilla en su división ciencias de la salud, sin embargo, a él acuden todos los empleados de la comunidad académica y administrativa de la universidad del norte al igual que las fundaciones con las cuales presenta convenios y servicios.

El Hospital Universidad del Norte, reconoce y se compromete con el cumplimiento de los derechos de nuestros pacientes y sus familias sin importar raza, sexo, edad, idioma, religión, política, posición económica, condición social, preferencias sexuales o de cualquier índole. Igualmente, el hospital atiende todas las especialidades médicas de una manera inclusiva y siempre primando los derechos de los pacientes, así como también promueve la educación, la prevención, el autocuidado y estilos de vida saludables en la comunidad.

Como institución con vocación académica comprometida con la transformación social, el HUN lidera eventos dirigidos a profesionales de la salud y al personal asistencial de otros centros hospitalarios del departamento del Atlántico y la región Caribe,

compartiendo el interés por la educación continuada y el trabajo interinstitucional para fortalecer el sistema de salud, en temas importantes como son violencia de género, temas de exclusión social, marginación, vulneración de derechos, maltrato intrafamiliar etc.

La ubicación geográfica del Hospital Universidad del Norte es en el municipio de Soledad (Atlántico), el cual ocupa el octavo lugar en cuanto a población en Colombia y el tercero en la región Caribe, después de Barranquilla y Cartagena de Indias, su área urbana se encuentra conurbado con la ciudad de barranquilla, siendo parte de su área metropolitana. Se destaca también por ser uno de los municipios más poblados del departamento y de la costa atlántica.

Limita al norte con barranquilla, al sur con el municipio de Malambo al oriente con Sabana grande y al occidente con Barranquilla. Debido a la alta afluencia de personal a las instalaciones del Hospital Universidad del Norte la atención siempre está disponible con suficientes profesionales en salud en atención por la alta demanda.

Se realizan prácticas profesionales en todas las carreras de la salud medicina, odontología y enfermería, igualmente rotaciones hospitalarias por parte de especialidades en el área de medicina y otras profesiones de la salud en convenio con instituciones nacionales e internacionales.

Como la mayoría de pacientes atendidos pertenecen al municipio de soledad, debemos ubicar el contexto socio demográfico de esta población del departamento del atlántico que alberga muchas comunidades en riesgo social y además por su extensión geográfica ha permitido el asentamiento ilegal de comunidades migrantes y desplazadas de diferentes zonas de la costa atlántica. Este ha sido uno de los principales problemas de

orden social que no es ajeno al hospital, el cual en virtud de que es una institución de salud, debe prestar los servicios a estos sectores poblacionales, siguiendo con sus lineamientos de servicio a la comunidad.

Por su vocación de servicio social y sus antecedentes en cuanto a atención de pacientes en condición de discapacidad lo cual se evidencia en la presencia del centro de rehabilitación perteneciente al hospital, el hospital universidad del norte tiene en su nómina de empleados a terapeutas de diferentes ámbitos en salud, desde fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología y otras áreas de rehabilitación integral de pacientes. Por lo anterior, la atención de pacientes en situación de discapacidad auditiva que es nuestro interés en el presente proyecto ha sido una de las principales en los últimos años.

La investigación como comunidad académica es una fortaleza indiscutible del hospital universidad del norte. Con la pandemia Covid 19, se reafirmó su compromiso con la detección e interacción para el pronóstico de las vacunas realizando pruebas para su eficacia con los estudios pertinentes. El hospital universidad del Norte a través de sus comités de ética e investigación fueron referente nacional para todos estos estudios fueran llevados a cabo de la mejor forma y ha continuado con su labor investigativa satisfactoriamente.

El municipio de Soledad (Atlántico) y las áreas geográficas de influencia cercanas al Hospital universidad del norte, presentan una estructura social demarcada por afluencia de comunidades en riesgo social, sin embargo, las personas son asiduas a recibir información para su mejoramiento social y en salud. Cuando se han realizado brigadas de salud y otras actividades en el HUN acuden muy puntuales al llamado para participar de todo y cada uno de talleres, charlas, citas, celebraciones por fechas especiales etc.

Existe un programa en Universidad del Norte, llamado Univoluntarios que hace parte de los procesos de animación sociocultural de Universidad del Norte y por ende hace parte de Hospital Universidad del norte, el cual se encarga de realizar intervenciones socioeducativas de impacto con diferentes grupos poblacionales y organiza eventos, charlas y actividades. Es una plataforma de voluntariado y de acción social universitaria que permite el acercamiento afectivo y académico de la universidad con las comunidades vulnerables de la ciudad de Barranquilla en el marco de la responsabilidad social Universitaria, capaz de generar la articulación de los diferentes sectores involucrados en la solución de las problemáticas.

Univoluntarios fue creado en el año 2009 con el fin de canalizar de forma sistemática la acción solidaria y el trabajo voluntario de toda la comunidad universitaria que así lo desee, en atención a las distintas situaciones de vulnerabilidad de las comunidades de la región.

El programa Univoluntarios tiene como misión promover el desarrollo de la sensibilidad y responsabilidad social del estudiantes y profesional en el ámbito de la educación superior, mediante la acción solidaria y la cooperación de la comunidad universitaria en acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar del entorno social. Univoluntarios propende por el desarrollo de una plataforma social efectiva y flexible, capaz de responder efectivamente a las demandas sociales de la región Caribe colombiana. (Univoluntarios, informe).

El hospital Universidad del norte al estar sincronizado con la Universidad del Norte, cuenta con la participación de todos los programas sociales en donde la universidad tiene injerencia. Es así como se cuenta con una plataforma llamada Uninorte Incluyente en donde

se promueve el acceso, permanencia y graduación de los diferentes grupos poblacionales y se propende por una universidad que potencie, valore y respete la diversidad. Desde la línea estratégica universidad incluyente del plan de desarrollo 2018-2022, se ha concebido de manera transversal y como parte de la filosofía institucional, partiendo de la premisa de una universidad para todos, que contribuya con el modelo educativo incluyente, a crear una comunidad universitaria de estudiantes, docentes y funcionarios abiertos a la inclusión y la diversidad para una sociedad más justa y equitativa.

Con todo lo anterior corroboramos el carácter social, académico, inclusivo y equitativo del Hospital universidad del norte para la creación de este proyecto, encaminado a comprometerse en la continuación de todo el desarrollo académico y social que prima en la Universidad del norte, a través de la realización de intervenciones socioeducativas dispuestas a suplir las necesidades de las poblaciones vulnerables.

4.2. Análisis de la población

4.2.1. Caracterización de la población con discapacidad en Colombia

Colombia es el segundo país de América Latina con mayor prevalencia de discapacidad cuyo porcentaje es del 6.4%, después Brasil (14.5%), seguido de Costa Rica (5.4%), Barbados (4.6%), Trinidad y Tobago (4.5%) y Venezuela (4.1%). (DANE, 2006). A partir de la precisión sobre el número de personas en Colombia con por lo menos una limitación física o cognitiva, el censo general de población realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el año 2006, estableció para el país una

prevalencia de discapacidad del 6.4 %, que corresponde a 2.632.255 personas, teniendo en cuenta que para ese año la población total del país era de 41.242.948, el censo identificó el número de personas y porcentajes de prevalencia de diferentes discapacidades, las cuales eran en su orden: personas con limitaciones visuales 43 % (1.143.992), con limitaciones para caminar 29.5 % (770.128), con limitaciones auditivas 17.4 % (454.822), para utilizar brazos y manos 14.9 % (387.598), para hablar 13.2 % (340.430), para entender y aprender 12.3 % (315.601), para relacionarse con los demás 10.1 % (257.573), para su autocuidado 9.8% (247.113), otra limitación 18.8 % (494.683).

Para el mes de agosto del 2020, había en total 1.319.049 personas con discapacidad identificadas y localizadas en el registro oficial del Ministerio de Salud y protección social (MSPS), esta cifra equivale al 2,6% de la población total nacional. (Boletines poblacionales discapacidad, MSPS 2020).

Al evaluar por sexo la anterior situación, la discapacidad es mayor en hombres que en mujeres, igualmente según un estudio de Gómez (2010), citado por Rojas (2018), una de cada 3 personas en situación de discapacidad no tiene afiliación al sistema general de seguridad social en salud, igualmente el 34 % de la población con discapacidad se encuentra excluida de su derecho a la educación y casi siempre refieren su situación de discapacidad como causa de la exclusión. (Rojas, 2018). Igualmente, señala que el Plan nacional de desarrollo (PND) 2010 – 2014 buscó alcanzar acciones estratégicas para considerar a la discapacidad como una situación socialmente problemática y multidimensional con fuertes implicaciones políticas, económicas, sociales, culturales y educativas.

Además, con todo lo anterior el artículo 31 de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CNPD), exige a los estados Parte recopilar datos estadísticos y de investigación sobre las personas con discapacidad, con el fin de formular e implementar políticas públicas. De igual manera, la agenda 2030 propone mejorar la situación de las personas con discapacidad, para lo cual incluye en algunas metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

- Asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerable, incluidas las personas en situación de discapacidad.
- Construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas en situación de discapacidad.
- Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas independientemente de su edad, sexo, discapacidad, religión, raza o etnia.
- Aumentar la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad diferenciados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes.

En concordancia con el contexto internacional, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2020, pacto por Colombia, pacto por la equidad en su pacto 3, propende a la inclusión de las mediaciones de grupos que han sido históricamente discriminados como la población en situación de discapacidad, para superar su invisibilidad estadística. Además, el

Pacto 13, por la inclusión de todas las personas con discapacidad, plantea objetivos relacionados con la educación inclusiva, la inclusión productiva, la accesibilidad, la movilidad urbana, el cuidado y la capacidad legal. (DANE, 2022).

En Colombia existen dos grandes enfoques para la medición estadística de la discapacidad. El primer enfoque es el set de preguntas sobre dificultades en el funcionamiento humano recomendada por el grupo de Washington para realizarse en censos y encuestas.

Este enfoque es utilizado por el DANE y su propósito es brindar información básica sobre la discapacidad que sea compatible en todo el mundo a partir de la CIF basándose en el modelo biopsicosocial y de funcionamiento, el cual se basa en dos elementos que son:

- 1) Cuando la persona tiene alguna limitación funcional (física, intelectual o mental)
- 2) Cuando la persona no puede participar en sociedad y es excluida por barreras que se encuentren en su entorno (físicas, actitudinales, comunicacionales).

El segundo enfoque es el adoptado para los registros administrativos, principalmente el Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad (RPLCPD) del Ministerio de salud y Protección social (MSPS), recolecta datos de las personas con discapacidad de manera voluntaria con base en la CIF. Para diciembre de 2019 el RPLCPD, incluía 1.5 millones de personas que presentaban alguna discapacidad, de quienes el 50.7 % son hombres y el 49.3 % son mujeres, además el 46.2 % son personas mayores.

Actualmente el MSPS se encuentra en el proceso de modernización de registro para superar el modelo médico que lo sustentaba y empezar a basarse más en el modelo

biopsicosocial de la CIF, contemplando los aspectos funcionales, sociales, individuales y ambientales.

4.2.2. Características demográficas de la población en situación de discapacidad en Colombia

Según la Encuesta Nacional de Calidad de vida (ECV) 2020, la población en situación de discapacidad en Colombia se estima en 2.65 millones de personas que representan el 5.6 % de las personas de 5 años y más. De ellas el 54.6 % son mujeres y el 45.4 % son hombres. Esta prevalencia varía en los dominios geográficos: en las cabeceras las mujeres representan el 56.7% de las personas con discapacidad siendo mayoría y los hombres son mayoría en los centros poblados y rural disperso con 53.2 %.

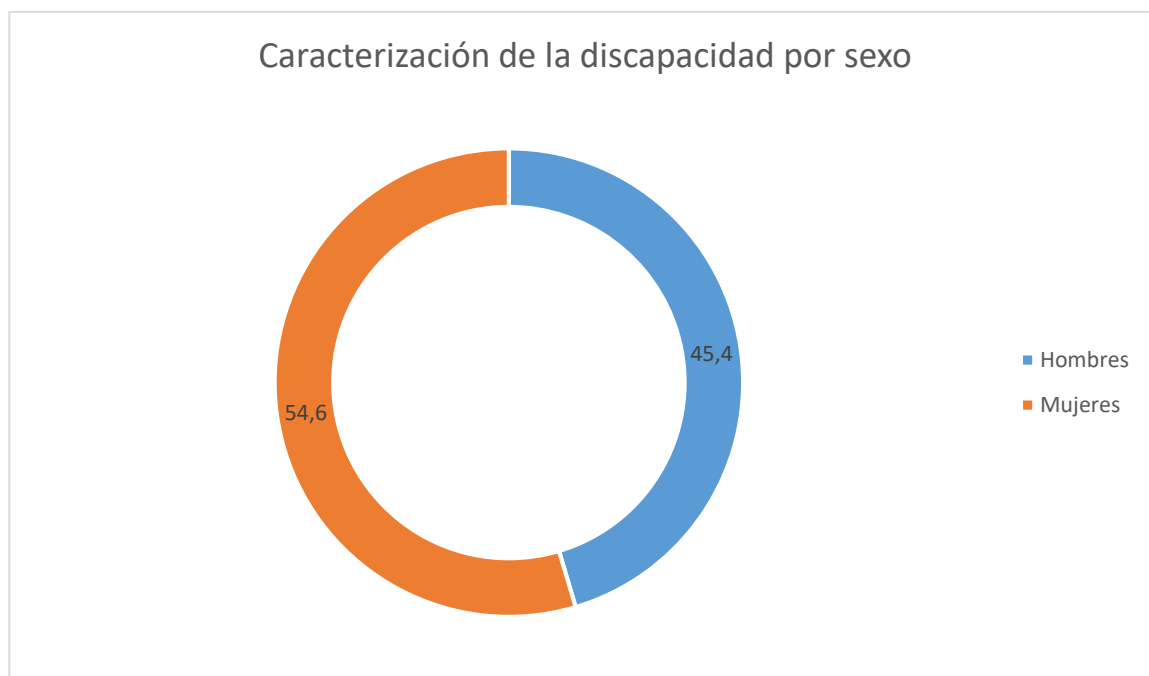


Grafico 3. Caracterización de la discapacidad por sexo en Colombia. **Fuente:** propia a partir de datos del DANE

Los departamentos con una mayor proporción de personas en situación de discapacidad son: Quindío, Norte de Santander, Nariño y Huila, en donde esta población representa al menos el 8.5 % de la población total. En el departamento del Quindío las personas con discapacidad representan el 9.9% del total de la población siendo mayor en mujeres (10.9%) y hombres (9.0%). En segundo lugar, se encuentra Norte de Santander que tiene la segunda representación más alta en las mujeres, con un 10.4%, Nariño cuenta con la segunda más alta en hombres con 8.6%.

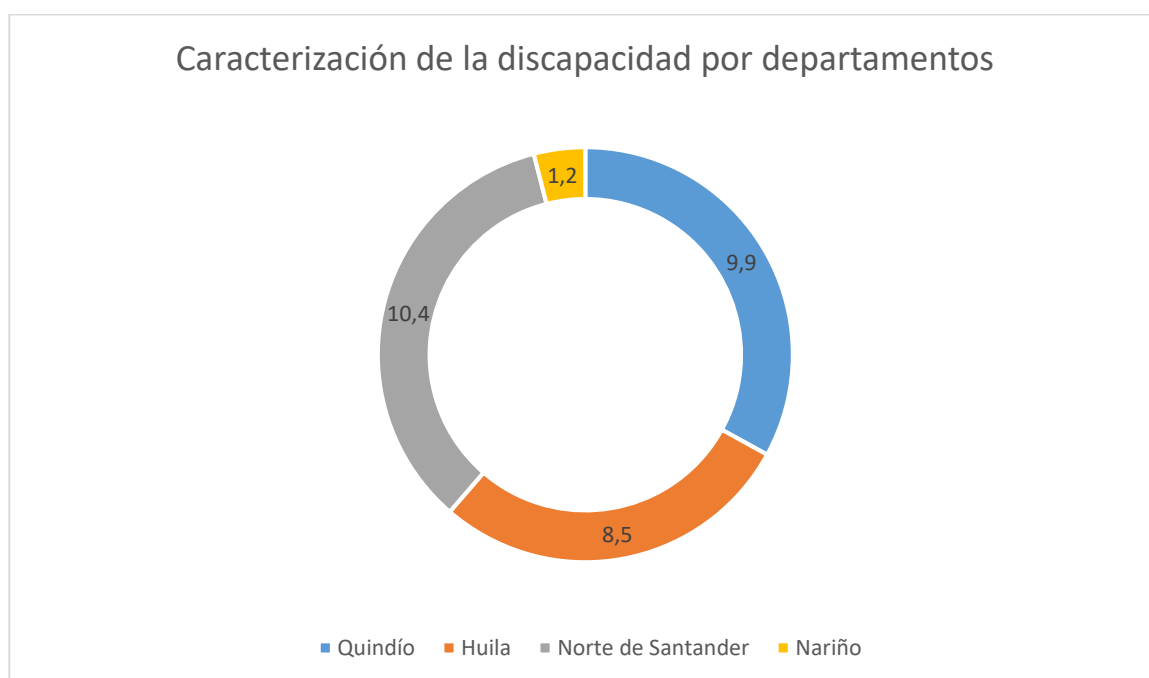


Grafico 4. Caracterización de la discapacidad en Colombia por departamentos. **Fuente:** propia a partir datos del DANE

En cuanto al rango de edad en el que hay mayor proporción de personas con discapacidad es el rango de 75 años o más, en el 31.3% de las personas presentan mucha dificultad para realizar actividades o les es imposible realizarlas. En este grupo etario el 33.5% corresponde a mujeres y el 28.5% a hombres.

En total, las personas con discapacidad se concentran en el rango de edad de 60 a 74 años con una representación del 23.2% y de los 45 a 59 años con una representación de 23.0%. Al analizar por sexo las mujeres con discapacidad se concentran en el grupo de 45 a 59 años con una representación del 24.2% y los hombres en el grupo de los 60 a 74 años donde se ubica el 22.4% de ellos. (DANE, 2022).

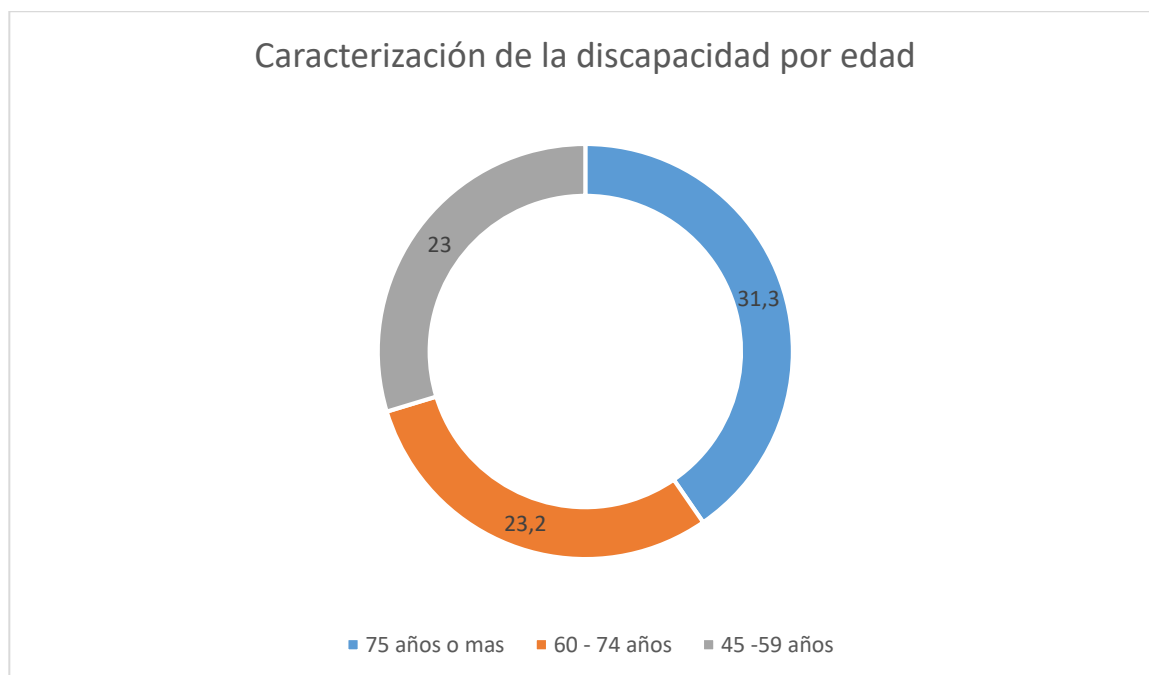


Grafico 5. Caracterización de la discapacidad en Colombia por edad. **Fuente:** propia a partir de datos DANE

Otro aspecto importante en la caracterización de la población con discapacidades en sus diferentes formas es la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia y encontramos que un 70,36% pertenecen al régimen subsidiado, y el 29,64% pertenecen al régimen contributivo, lo que nos indica el estrato socioeconómico al cual pertenecen estas personas en situación de discapacidad.

En cuanto a atenciones en salud, entre el 2015 y el 2020 se observa que las personas con discapacidad recibieron 20 atenciones promedio al año, siendo el año 2018 el de mayor atención con un promedio de 27 atenciones por persona. (Boletines poblacionales discapacidad, MSPS 2020).

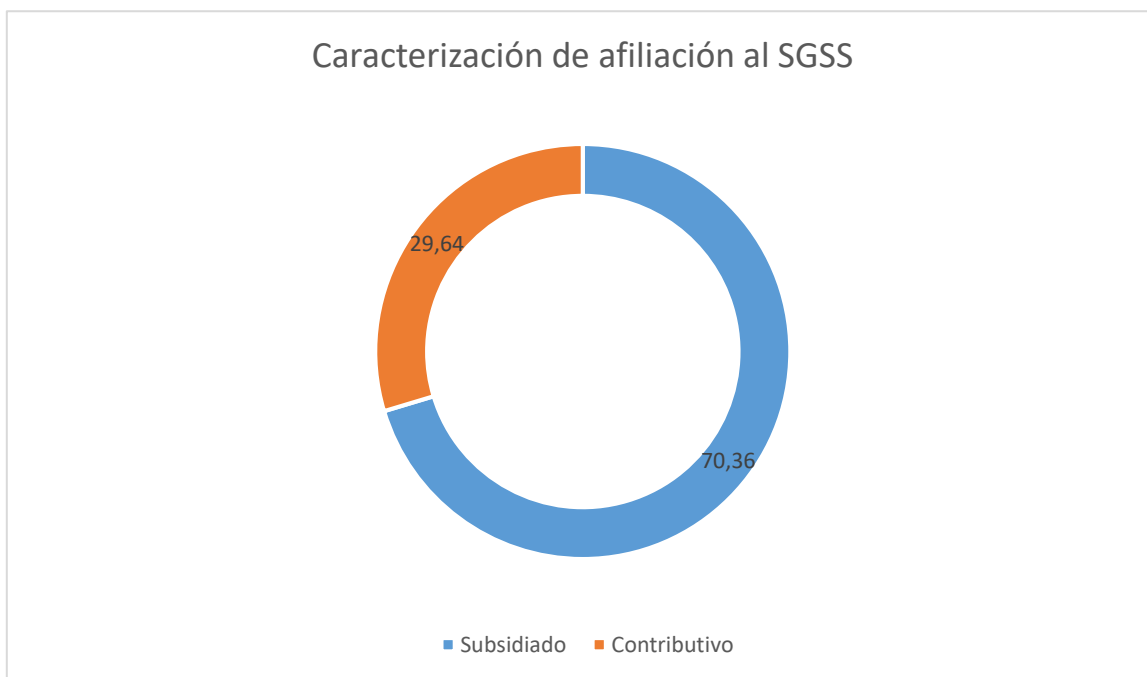


Grafico 6. Caracterización de la discapacidad en Colombia según afiliación al SGSS. **Fuente:** propia a partir de datos MSPS

4.2.3. Caracterización de la población con discapacidad en el departamento del Atlántico

En el departamento del Atlántico existen actualmente según registros del DANE 133.000 personas en situaciones de discapacidad esto corresponde al 5,3% del total del censo actual que son 2.521.000 habitantes. Por sexo el mayor número de personas en situación de discapacidad son las mujeres con 81.000 que corresponde al 6,3%, por su parte

51.000 hombres hay actualmente en situación de discapacidad que corresponde al 4,2% en el censo. La gobernación del Atlántico actualmente lidera varias acciones para promover la inclusión de la población en situación de discapacidad del departamento y más de 700 personas en lo que ha corrido el año 2022 han recibido ayudas técnicas como sillas de ruedas, caminadores, muletas, bastones etc. (El Heraldillo, informe abril 2022).



Gráfico 7. Caracterización de la discapacidad por sexo en el departamento del Atlántico. **Fuente:** propia a partir de datos DANE

En el presente proyecto el eje central son los pacientes con discapacidad auditiva que asisten al HUN. Los pacientes que asisten a consultas médicas y asistenciales en el HUN proviene de los diferentes municipios y regiones del departamento del Atlántico (gráfico 9), aunque también puede brindar atención a otros departamentos de la costa Caribe Colombiana. Igualmente, la población pertenece al área metropolitana de Barranquilla y del municipio de Soledad (Atlántico), de estrato socioeconómico bajo y

medio bajo, pertenecientes a las áreas rurales del departamento y de los departamentos vecinos.

El municipio de Soledad (Atlántico) que es el centro de base del presente proyecto, tiene una población actual de 455.796 habitantes. Es un centro urbano en donde el 98% de la población habita en la cabecera y el 2% restante habita en la poca zona rural que existe en el municipio. Tiene 66 barrios y la zona rural está conformada por la isla Cavica además de las fincas que se encuentran al sur occidente en los límites con los municipios de Galapa y Malambo. Su economía se concentra en el comercio principalmente de alimentos, energía eléctrica, productos químicos y otros destacándose también el servicio de transporte público el cual es la única entrada de muchas familias de los habitantes de este municipio.



Grafico 8. Ubicación geográfica municipio de soledad. **Fuente:** google maps

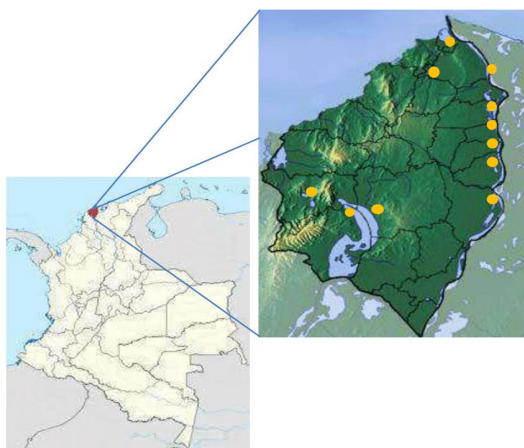


Gráfico 9. Ubicación geográfica departamento del atlántico. **Fuente:** google maps.

Respecto a su extensión, Soledad (gráfico 8), tiene 67 km², equivalente a 6.700 hectáreas, su extensión equivale igualmente a el 1.97% de la extensión total del departamento del atlántico. Limita por el norte con el distrito especial de Barranquilla, por el sur con Malambo, por el oriente con el departamento del Magdalena y por el occidente con Galapa.

De acuerdo a los datos obtenidos en RPLCPD del MSPS, este municipio cuenta con 1.647 personas con discapacidad mayores de 20 años. (Gil et al., 2018). En esta investigación las autoras hicieron una medición en cuanto a calidad de vida y discapacidad en el municipio de Soledad en donde evidenciaron la necesidad de procesos de inclusión y rehabilitación para intervenir las situaciones de barreras ambientales existentes en la población en situación de discapacidad, y los resultados indicaron que sí incide en la calidad de vida todos estos factores ambientales, en la parte física y emocional. Situación que se intensifica con problemáticas sociales expuestas en el plan de desarrollo social de soledad, por ser un municipio receptor de víctimas del conflicto armado, lo que ha conllevado a una súper población que hace que los recursos para la población en situación de discapacidad sean insuficientes, con el fin de atender las necesidades de víctimas del conflicto y otras vulnerabilidades sociales.

La alcaldía del municipio de Soledad, realizó recientemente en una reunión la organización del comité municipal de discapacidad para el periodo de 2020- 2023. Este comité tiene la misión de proponer, formular, y validar los lineamientos para la construcción de políticas públicas que favorezcan a esta comunidad, también busca que la administración municipal cumpla con el compromiso de fortalecer los tejidos sociales, ofreciendo mejores oportunidades a las personas en condición de discapacidad y gocen de

los derechos contemplados en la constitución política de Colombia. En dicho comité se da origen a los 5 representantes de diferentes discapacidades: auditivas, visuales, múltiples, de violencia y física. (Informe Alcaldía municipal de Soledad, 2020).

Con base en lo anterior se puede evidenciar que la población del municipio de Soledad que asiste al Hospital universidad del norte ha tenido interés en todo lo relacionado con su desarrollo social y su aprendizaje desarrollador para las diferentes discapacidades.

Sin embargo, no solo pacientes pertenecientes al municipio de Soledad son los que asisten a consultas, ya que en la base de datos de pacientes en situación de discapacidad auditiva que han asistido al Hospital Universidad del Norte podemos notar claramente que los pacientes pertenecen a otros municipios del departamento como son Malambo, Galapa, Juan de Acosta, Barranquilla, Puerto Colombia, Palmar de Varela, Polonuevo y otros. Podemos decir que la población con discapacidad auditiva que asistió a consultas en las fechas indagadas es una población mixta, con las condiciones socioeconómicas acordes con las de residir en municipios y corregimientos del departamento del atlántico y departamentos vecinos. Con servicios algunas veces básicos y de agua potable y otras veces con las deferencias propias de vivir en esas áreas rurales.

El Hospital Universidad del Norte, por ser un hospital departamental brinda atención a la mayoría de poblaciones pertenecientes a sus municipios del departamento y por lo tanto el presente proyecto tiene en cuenta la población perteneciente a estos municipios del departamento del atlántico, siendo los más importantes, Soledad, Galapa, Malambo, Palmar de Varela, Usiacurí, Baranoa y Juan de Acosta, según base de datos de pacientes con discapacidad auditiva.

4.2.4. Caracterización de la población en situación de discapacidad auditiva en Colombia

De acuerdo con el RLCPD, para el año 2017, de más de 1.350.000 personas en situación de discapacidad, 151.352 reportaron alteraciones permanentes en oídos y dificultades diarias para oír con una mayor proporción en hombres (52%), que de mujeres (48%). Con respecto a la distribución por departamentos, 10 departamentos concentran el 72% de la población en situación de discapacidad auditiva registrada: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Nariño, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Tolima y Cauca. Respecto a la distribución por edad, la población de primera infancia representa el 1%, de 6 a 18 años el 7%, los jóvenes y adultos entre 19 y 50 años son el 37%, y la mayor proporción se ubica en el rango de las personas con más de 60 años con un 54%. (INSOR, 2018).

Según el INSOR, existen muchas limitaciones y posibilidades de comparación entre datos lo cual hace que varíen estos por los múltiples sistemas de información existentes debido a aspectos metodológicos y procedimentales de búsqueda de información. (INSOR, 2018). Tabla 4.

883.153	455.718	227.974	151.352
Personas con limitaciones auditivas en RIPs. Octubre 2017	Personas con limitación para oír. DANE 2005	Personas con discapacidad auditiva. SISBEN Diciembre 2016	Personas con alteraciones en oídos y dificultad para oír, RLCPD. Octubre 2017

Tabla 4. Número de discapacitados auditivos según sistemas de medición. **Fuente:** propia a partir de INSOR

La tabla 4 menciona los resultados de la siguiente forma: el Sistema de seguridad social en salud a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPs), encuentra que cerca de 880.000 personas tienen un diagnóstico de hipoacusia o pérdida de la audición, sobre un total de 54.944.973 usuarios atendidos, es decir 1,6% tienen sordera o pérdida de la audición. Por otra parte, en el censo del año 2005 se reportaron más de 455.000 personas con limitaciones para oír lo cual arrojó una proporción del 1,1% sobre el total de los colombianos cesados. En la encuesta del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), se reportaron 228.000 personas con discapacidad auditiva, con corte a diciembre de 2016, lo que representa un 0.5% de las 36.130.759 personas validadas en ese sistema. Finalmente, en el RLCPD se identifican 151.352 personas con alteración permanente en los oídos y dificultad para oír, lo que representa el 11,2% del total de 1.350.007 personas en condición de discapacidad en ese momento, con corte a octubre de 2017.

A partir del RLCPD, con corte a octubre de 2017 y en lo que se refiere a salud, se estima que el 85% de la población en situación de discapacidad auditiva, se encuentra afiliada al sistema de seguridad social en salud, en donde 70 de cada 100 personas pertenecen al régimen subsidiado, y los empleos que logran conseguir son sin contratación formal, es decir su remuneración económica no es suficiente para iniciar su aportación al régimen contributivo. Esta informalidad laboral ocasiona también las condiciones de vulnerabilidad y por ende exclusión tanto social como económica.

En cuanto a las características socio económicas y acceso a servicios, tenemos que de las 151.352 que identificó el RPLCPD en 2017, el 40% no saben leer ni escribir, 46% tiene vivienda propia en estrato 1 y 34% en estrato 2, viven en arriendo el 23%, acceso a

internet el 8%, televisión el 65%, en cuanto a salud el 65% conocen el origen de su discapacidad, el 46% ha recibido orientación sobre su discapacidad, 70% se encuentra afiliado al régimen subsidiado y en cuanto a sus actividades y labores el 10% está estudiando, el 12% se encuentra trabajando, 36% está incapacitado para trabajar y el 79% se encuentra con trabajo informal. (gráfico 10).

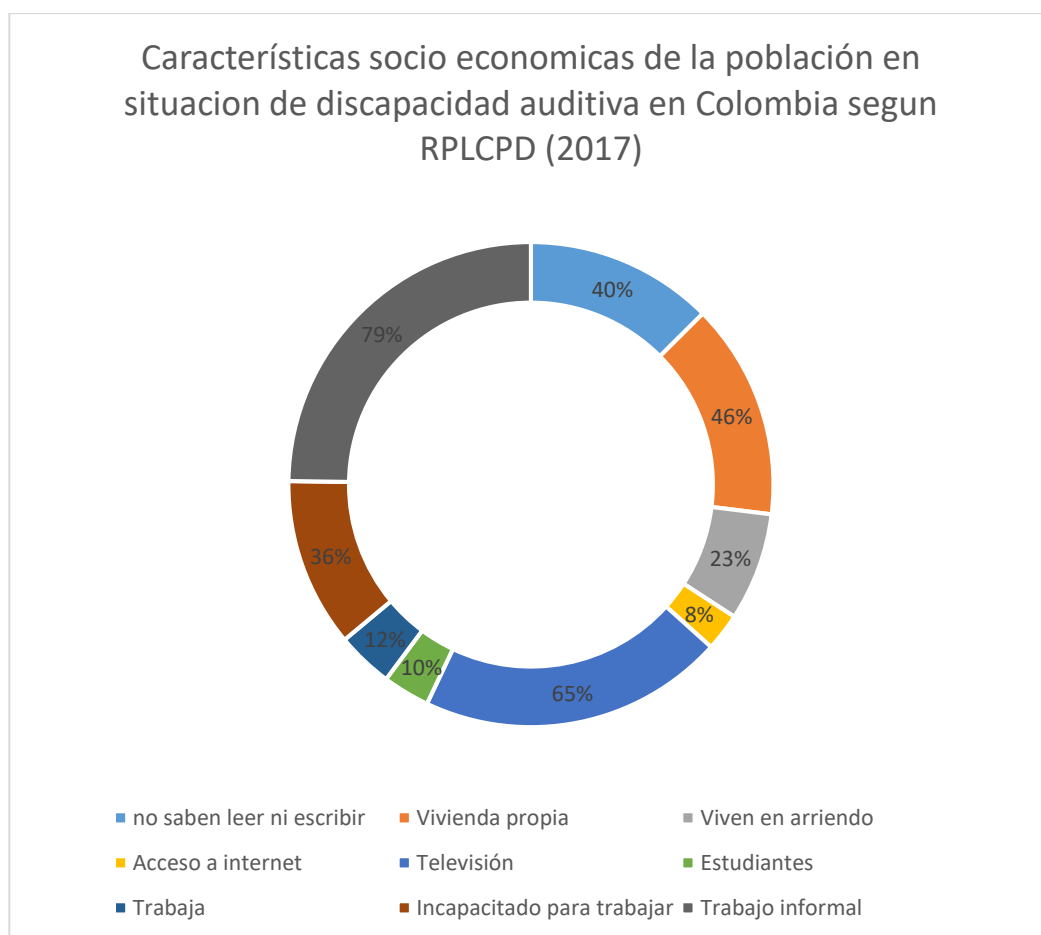


Gráfico 10. Características socio económicas de la población en situación de discapacidad auditiva en Colombia. **Fuente:** elaboración propia a partir de datos del RPLCPD (INSOR, 2018)

4.2.5. Caracterización de la población en situación de discapacidad auditiva que asisten al HUN

Con el objetivo de lograr entender el procedimiento en cuanto a la asistencia de la población en situación de discapacidad auditiva y poder realizar un correcto diagnóstico previo a la realización de la propuesta de intervención socioeducativa “*Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)*”, se realizaron las correspondientes cartas de autorización para acceder a base de datos de pacientes que asistieron al HUN desde enero 2020 a enero 2022.

Se realizó un análisis de base de datos de la población con discapacidad auditiva que asistió al Hospital Universidad del norte (HUN) desde enero 2020 a enero 2022, con las respectivas autorizaciones por parte de los directivos académicos del Hospital Universidad del Norte (HUN).

Según base de datos de pacientes en situación de discapacidad auditiva, entre enero del 2020 y enero del 2022, se han atendido 512 pacientes con diferentes tipos de discapacidad auditiva (DA), siendo las más comunes Hipoacusia Neurosensorial bilateral e Hipoacusia no especificada. La mayoría fueron atendidos a través de consulta externa en el hospital, en edades entre 1 hasta 90 años, el sexo predominante en atención fue el femenino 260 pacientes, seguido del masculino con 252 pacientes.

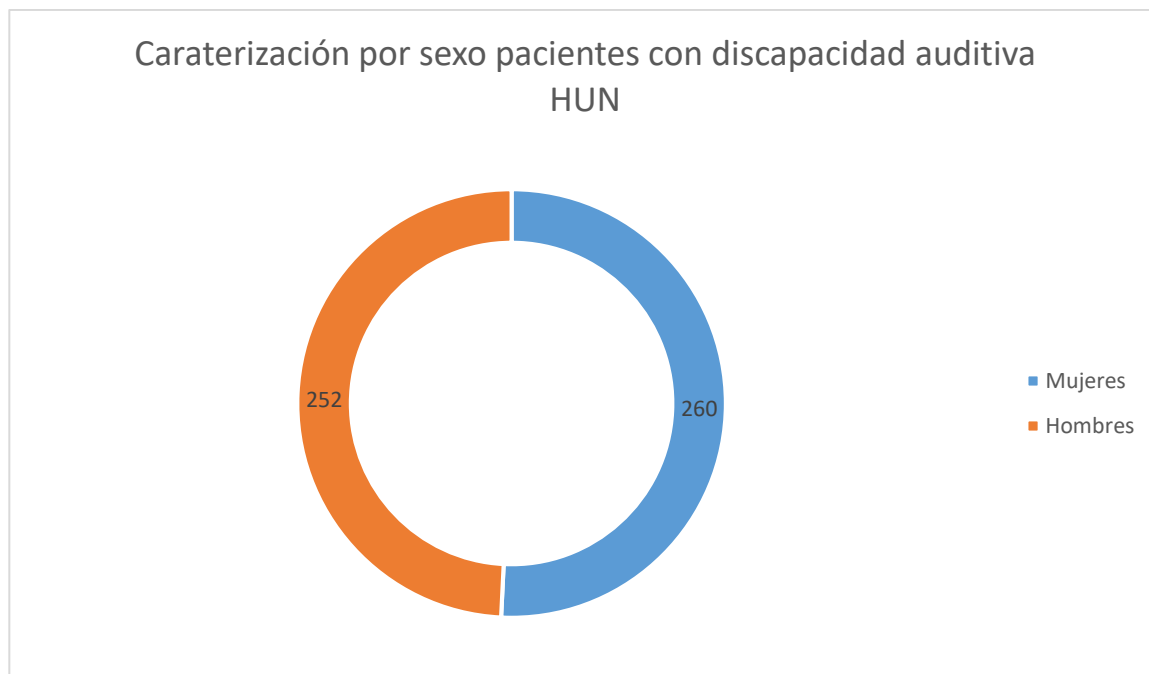


Grafico 11. Caracterización por sexo pacientes con discapacidad auditiva HUN enero 2020 a enero 2022. **Fuente:** elaboración propia a partir de base de datos HUN

Para lograr la ubicación de asistencia de los pacientes con discapacidades auditivas en el Hospital universidad del norte, se realiza un barrido a través de códigos CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que es la utilizada en Colombia para identificar a través de códigos las enfermedades asociadas a los pacientes. Esta metodología fue planteada y creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de describir el estado de salud de las personas, enfermedades, lesiones y todo se basa en su motivo de consulta. Existe otra clasificación que es la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF). La CIE puede definirse como un sistema de categorías mutuamente excluyentes a las cuales se asignan enfermedades, lesiones y motivos de consulta de acuerdo con criterios previamente establecidos y abarca todo el

rango de enfermedades existentes en la terminología médica. (Gómez, 2015). Las categorías utilizadas han variado a lo largo del tiempo, actualmente la clasificación más reciente CIE-10 utiliza las siguientes clases de categorías:

- Enfermedades
- Traumatismos
- Envenenamientos
- Signos y síntomas
- Hallazgos clínicos y de laboratorio
- Causas externas de accidentes y lesiones
- Otros motivos de consulta

En el caso de las discapacidades auditivas, los códigos CIE-10 utilizados por las entidades de salud en historias clínicas son: H903 (hipoacusia neurosensorial bilateral), H919 (Hipoacusia no específica), H901 (hipoacusia conductiva unilateral), H905 (Hipoacusia sin especificación) y H913 (sordomudez no clasificada).

En el contexto del presente proyecto que es el Hospital universidad del norte (HUN), se realizó una revisión de pacientes atendidos en donde se constató que de los 512 pacientes en situación de discapacidad 177 pacientes tenían código H903 que corresponde a hipoacusia neurosensorial bilateral, 254 pacientes tenían código H919 que corresponde a hipoacusia no específica, 28 pacientes con códigos H901 que corresponde a hipoacusia conductiva unilateral, 15 pacientes con código H905 correspondiente a hipoacusia sin especificar y 38 pacientes con código H913 correspondiente a sordomudez no clasificada. (Tabla 5). Las edades de los pacientes en cualquiera de los tipos de discapacidad auditiva

que consultaron en las distintas áreas de atención en el HUN están en un rango de edad entre 1 y 90 años (gráfico 12).

Código	Tipo de discapacidad auditiva	Número de pacientes
H903	Hipoacusia neurosensorial bilateral	177
H919	Hipoacusia no específica	254
H901	Hipoacusia conductiva unilateral	28
H905	Hipoacusia sin especificación	15
H913	Sordomudez no clasificada	38
	Total de pacientes atendidos enero 2020-enero 2022	512

Tabla 5. Pacientes atendidos en el HUN enero 2020-enero 2022. **Fuente** elaboración propia

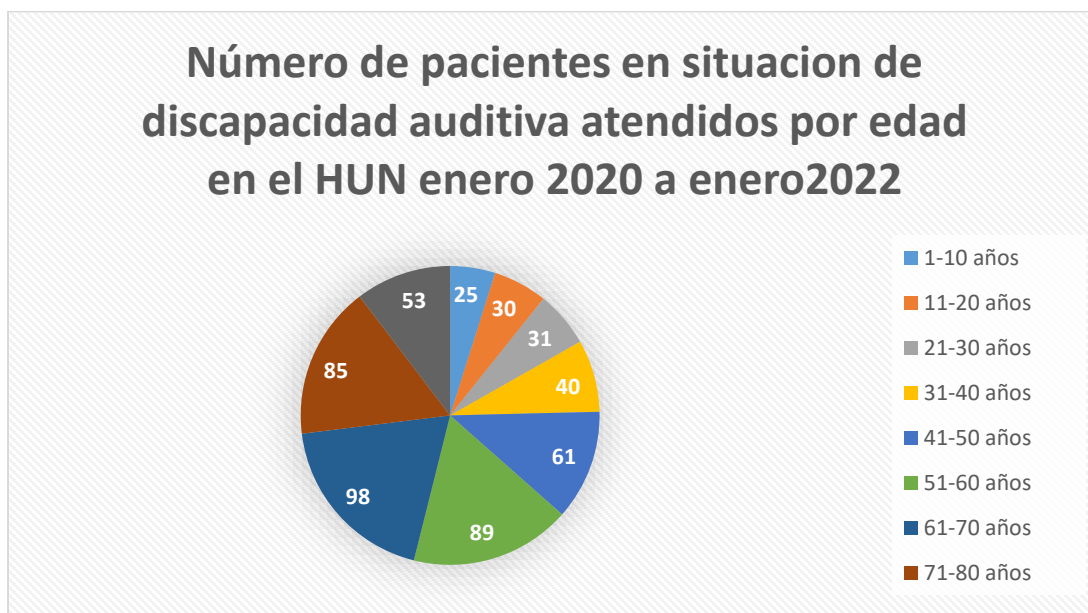


Gráfico 12. Clasificación por edad pacientes en situación de discapacidad auditiva que asistieron al HUN enero 2020-enero 2022. **Fuente:** elaboración propia a partir de base de datos HUN

4.2.6. Características socio demográficas y de salud de la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN

Los pacientes en situación de discapacidad auditiva que asisten al HUN pertenecen en su mayoría a estratos 1 y 2, provienen no solo del municipio de Soledad (Atlántico) sino de diferentes municipios del departamento, lo cual evidencia que algunos presenten deficiencias en servicios públicos en sus hogares, toda vez que según muchos estudios a nivel nacional y departamental sugieren que las personas en situación de discapacidad que pertenecen a áreas rurales o cascos urbanos y en cualquier tipo de condición presente, la persona y sus familias tienen tasas de limitaciones como condiciones deficientes.

Entre estas encontramos deficiencias de vivienda, inseguridad alimentaria, falta de acceso a agua potable y salubridad, igualmente acceso deficiente en atención en salud. Generalmente estas personas presentan ingresos inferiores a un salario mínimo legal vigente, existiendo siempre una relación directa entre pobreza y discapacidad. (Gil et al., 2018).

La situación actual de inmigración de los hermanos venezolanos también ha sido un atenuante de los problemas de asentamientos de esta población en zonas urbanas y rurales del municipio de Soledad y cercanos como Malambo y Galapa. La no escolarización llama poderosamente la atención dado que solo un 2,9% reportaron estudio actual y casi el 80% no reportaron ocupación alguna.

El análisis socio demográfico de las personas en situación de discapacidad que asisten al HUN muestra una predilección por sexo femenino, la diferencia no fue muy significativa, 6 pacientes 260 femeninos y 252 masculinos. De ese total de 512 pacientes en

situación de discapacidad auditiva que asistieron a consultas en el HUN desde enero de 2020 a enero de 2022, en cuanto a la ocupación laboral la mayoría no reportaron actividad concreta (75%), estrato socioeconómico 1 y 2, y en cuanto a afiliación a Régimen de seguridad social en salud, la mayoría fue régimen subsidiado con el 80%.

Pacientes que reportaron estudios en instituciones educativas 2,9%, amas de casa 7.2% y pensionados o jubilados 1.75%. El resto reportaron otro tipo de ocupaciones informales 4.2%.

La afiliación a régimen subsidiado se da generalmente en esta población al no contar con una contratación laboral por su condición excluyente del sistema, sin embargo, considero que 512 pacientes en 2 años es una cifra elevada de pacientes en situación de discapacidad auditiva que requieren servicios de salud y se considera que muchas afecciones de salud pueden estar presentándose y muy probablemente no se le ha proporcionado la atención y seguimiento adecuados para su recuperación.

Con la contratación informal laboral de estos pacientes también se puede considerar que están más expuesto a contraer diferentes tipos de enfermedades, ya que generalmente los oficios ofrecidos son en espacios públicos como ayudantes, recolectores, impulsadores y oficios varios lo que conlleva a una situación de inferioridad con respecto a las demás personas y a no ser valorados en su labor.

5. Evaluación de las necesidades de los pacientes en situación de discapacidad auditiva que asisten al Hospital universidad del norte (HUN)

5.1. Fase Preevaluativa

La accesibilidad a la comunicación constituye una competencia transversal dentro de las nuevas prioridades formativas y capacitadoras que cualquier agente socioeducativo debería contemplar. La percepción del habla es fundamental para entender y comprender el significado de los mensajes humanos por lo tanto su incidencia en las relaciones sociales, escolares, ambientales es importante. Si esa comunicación es difícil o imposible desata una alteración en el comportamiento en edades tempranas del niño. Con esto, las carencias comunicativas ambientales en su entorno más próximo acarrear cambios en conductas y por ende crea individuos vulnerables a exclusión social lo cual hace necesario que realicen programas de intervención socioeducativas en esta población para mejorar su comunicación.

Con el fin de realizar una adecuada evaluación de las principales necesidades de esta población en situación de discapacidad auditiva en el HUN se inició un proceso de acercamiento a través de la interacción comunicativa, en donde se realizaron entrevistas a través de un formato específico (anexo 1), para conocer las principales necesidades que presentaba esta población para acceder a una consulta médica general o especializada y consulta odontológica.

Igualmente se realizó una reunión de forma telefónica con el departamento de Fonoaudiología del HUN, específicamente con la fonoaudióloga, para valorar la atención

de los pacientes en situación de discapacidad auditiva e indagar si existía algún instrumento especial en el momento de la atención para comunicarse con el paciente.

Se realizaron entrevistas al personal médico del HUN, particularmente al departamento de pediatría en el área de consulta y hospitalización, igualmente, en el departamento de Ginecología se realizaron aproximaciones con los especialistas encargados de atender poblaciones en situación de discapacidad auditiva, siendo ésta consulta de las más íntimas y en donde la interacción médico – paciente debe existir de forma privada y con todas las indicaciones éticas posibles.

Continuando con esta fase de diagnóstico y observación de necesidades, se realizan dos entrevistas a pacientes que asistieron a consultas médicas y odontológicas en el HUN en donde se puede constatar la presencia de barreras comunicativas en dichas consultas. En estas entrevistas las pacientes manifiestan la dificultad en la comunicación cuando se realiza la atención ya que sienten mucha incertidumbre en los tratamientos recibidos por parte del personal médico asistencial, desde el momento del ingreso a consulta en sala de espera hasta el momento de consulta en particular. Desde el personal de recepción se evidencia esta dificultad comunicativa al no existir personal especializado en LSC ni ningún otro instrumento o herramienta comunicativa que medie el proceso. El formato de 6 preguntas tanto para los pacientes como para el personal entrevistado se encuentra en Anexo 1.

Este cuestionario de preguntas a pacientes, acudientes y personal asistencial, hace parte de los instrumentos utilizados con el fin de realizar un diagnóstico adecuado para realizar una verificación y evaluación de necesidades.

En esta fase se indagó por herramientas a nivel de latinoamericano que sean utilizadas en la consulta médica por parte de personas en situación de discapacidad y se encontró un manual realizado en Chile. Este manual busca definir conceptos como hipoacusia, sordera, pérdida auditiva, discapacidad auditiva, lengua de señas y cultura sorda con el fin de orientar a equipos de salud para responder adecuadamente a las necesidades de la población. También este manual busca difundir la problemática existente en la atención de personas sordas en dispositivos de salud, como entregar sugerencias de trato inclusivo y de calidad para esta población, igualmente, responder a preguntas e inquietudes que pueden surgir a la hora de atender o comunicarse con personas en situación de discapacidad auditiva, con un material de apoyo. (Instituto de la Sordera INDESOR, Chile, 2018).

Con este ejemplo de herramienta comunicativa realizada en Chile por parte de la facultad de medicina de la Universidad de Chile y el Instituto de la Sordera (INDESOR), se intentó indagar en el contexto de la presente propuesta que es el Hospital Universidad del Norte y el personal entrevistado mostró interés en la realización de algo semejante con lo cual se evidencia la necesidad de ayuda comunicativa en atención a las personas con discapacidad auditiva. Se socializó en esta fase también el manual digital en lengua de señas en salud realizado por la Universidad CES de Medellín (Colombia), y el interés también fue evidente en realizar algo semejante en nuestro contexto.

5.2 Fase Evaluativa

5.2.1. Necesidades percibidas

En relación a lo captado durante las entrevistas realizadas en el HUN al personal asistencial, de salud, administrativo y educativo, se pudo comprobar la necesidad de realización de una herramienta comunicativa que facilite la interacción entre paciente – médico y persona en situación de discapacidad auditiva. Con respecto a la entrevista realizada a la Fonoaudióloga de planta del HUN, se pudo evidenciar que no existen tales herramientas y además ella no es experta en lengua de señas, por lo que el paciente debe dirigirse a su Entidad prestadora de Servicios de Salud para ser canalizado a su atención para terapias, controles y actividades correspondientes. La fonoaudióloga afirma también que no posee herramientas comunicativas en lenguaje de señas, como tampoco es experta en el tema, afirmando que debería existir este tipo de agente comunicativo en el hospital.

De esta misma forma al seguir indagando sobre herramientas comunicativas el HUN se evidencia que no se hace responsable de aditamentos como audífonos o implantes para esta población, ya que éstos son proporcionados por las EPS a la cual pertenecen los pacientes que asisten al HUN y generalmente son proporcionadas a través de tutelas ingresadas al sistema por el usuario como implementos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Siguiendo con el diálogo realizado a fonoaudióloga del HUN, expresa que la mayoría de los pacientes en situación de discapacidad auditiva que requieren terapia fonoaudiológica son atendidos por la EPS correspondiente para sus controles terapéuticos, por lo tanto, las consultas en el HUN las realiza cada 15 días por disponibilidad de

pacientes, y las EPS son las que tienen contratados a sus propios especialistas en comunicación de LSC. Con todo lo anterior se evidencia que el HUN no tiene agentes comunicativos o interpretes en LSC.

Es importante tener en cuenta en este punto que la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN pertenece al Régimen subsidiado del SGSS, por tanto, la accesibilidad económica es otra de las barreras existentes en esta población, con lo que se da continuación a la exclusión y vulnerabilidad en estas personas.

El estado de desprotección en estas personas sigue siendo motivo de interés en esta propuesta socioeducativa, sobre todo en el ámbito de salud. Desafortunadamente el sistema de Salud colombiano no brinda las herramientas necesarias para que las personas en situación de discapacidad auditiva accedan a servicios de calidad en salud siendo este tópico el talón de Aquiles en cuanto a inclusión social se refiere. Es por esto que la presente propuesta propenderá por desarrollar de la mejor manera una herramienta acorde con todas las necesidades de esta población.

Conforme lo expresado por el personal médico – asistencial del HUN, es necesario realizar una herramienta que facilite esta comunicación colocando a la persona en situación de discapacidad auditiva como persona de derechos, siendo básicamente el derecho a la salud, a la educación, a la interpretación, a la traducción, a la comunicación, a la integración y a la prevención. (Constitución política de Colombia, Ley 324 de 1996).

5.2.2. Necesidades Expresadas

La OMS afirma que más del 5% de la población global presenta alteraciones auditivas es decir 446 millones de personas y cuentan con discapacidades auditivas limitantes, por lo tanto, estas **necesidades expresadas** por instituciones deben ser tenidas en cuenta al realizar intervenciones socioeducativas en esta población.

El INSOR, en el marco de su misión y a través del observatorio social, ha estado adelantando dos investigaciones sobre el goce efectivo de derechos de la población sorda colombiana en los ámbitos de participación ciudadana y salud. Para participar en estos estudios y producir información, argumentos y conocimientos que den cuenta de las condiciones de vida de la población sorda en el país, de las situaciones bajo las cuales acceden a diferentes servicios y del grado de cumplimiento de sus derechos, se realizaron encuestas para referirse a las barreras existentes en derecho a la salud y en cuanto a participación ciudadana. (INSOR, 2017).

A pesar de muchos datos estadísticos realizados, las condiciones para el goce efectivo de la Salud en las personas en situación de discapacidad auditiva no son suficientes y existen aún muchos interrogantes sobre los servicios en ese sector conforme lo establecen el marco normativo en la ley estatutaria 1618 de 2013, mediante la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad.

Por su parte investigaciones como Arrivillada et al. (2016), demuestran la importancia de contar con instrumentos que permitan obtener información sobre el acceso a

servicios de salud a partir de lo que reportan directamente las personas con el fin de acumular evidencia en la revisión de las políticas de salud en Colombia.

Finalmente existen muchas investigaciones que demuestran la gran cantidad de barreras, condiciones de acceso y percepción de los servicios de salud en las personas en situación de discapacidad auditiva y no se arrojan resultados positivos en la calidad de servicios de salud en el caso de esta población. Se hace evidente que la prestación de servicios en salud de la población con discapacidad auditiva en Colombia tiene muchos vacíos en cuanto a accesibilidad, comunicación, parte administrativa, tramitología, autorizaciones, por lo tanto, se debe promover la implementación de herramientas que faciliten muchos procesos.

Diferentes entidades han dado importancia y han levantado su voz en favor de esta población como son la Organización mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), promoviendo en los países la implementación de medidas que mejoren la calidad de vida de estas personas mitigando con acciones las barreras y las afecciones que pueden ocurrir en una condición de discapacidad, como también el derecho de los ciudadanos en recibir claridad en los procedimientos de salud, tanto al individuo como a su familia o cuidadores.

5.2.3. Necesidades Relativas:

Colombia en su visión por hacer de la inclusión un importante capítulo en su desarrollo social, y en concordancia con todos los ODS, que propendan por el

mejoramiento de calidad de vida de los menos favorecidos, ha deseado siempre ir a la vanguardia en materia de tecnologías.

El Centro de Relevos creado por FENSACOL y MinTIC, por ejemplo, ha impactado en la vida de las personas en situación de discapacidad auditiva, por sus mensajes interpretativos en señas, videos y mensajes por wasap, relevos de llamadas e interpretación en línea, que de alguna manera han ayudado la comunicación entre las personas con discapacidades auditivas y la comunidad, de manera independiente. Sin embargo, ha presentado inconvenientes en comunidades alejadas de señales de internet, con lo cual el gobierno nacional a través del MinTIC en los últimos años apuesta por lograr una mejor cobertura en el servicio.

Llegados a este punto se puede traer a colación la necesidad de una intervención socioeducativa que realizó la facultad de medicina y fisioterapia de la universidad CES de Medellín, la cual se hizo posible gracias a la visión de sus investigadores en cuanto a las falencias comunicativas con la población sorda a nivel nacional cuando asisten a consultas médicas por las barreras comunicativas existentes. Es por esto que dicha universidad realizó un diccionario de LSC en salud para ser implementado por la comunidad académica y asistencial para realizar la atención de personas en situación de discapacidad auditiva. (CES, 2021). Este diccionario es totalmente digital y fue realizado con la ayuda e intervención del Ministerio de educación y el MinTIC. Con este proyecto se concientizó a los profesionales de la salud en el estudio de LSC y se reconoció que la comunidad en situación de discapacidad auditiva tiene derecho pleno a la comprensión del proceso salud/enfermedad. Se diseñaron 150 nuevos términos en LSC para nombrar enfermedades, partes del cuerpo y ayudas diagnósticas. Inició en el año 2019, como proyecto y ya está

siendo implementado exitosamente en la comunidad sorda del país desde enero del presente año 2022.

El diccionario creado por el INSOR fue el primer gran complejo léxico que facilitó los procesos de la comunidad sorda en el país y fue una exitosa herramienta de trabajo para docentes, interprete de señas, modelos lingüísticos y demás profesionales vinculados a los procesos de formación de las personas en situación de discapacidad auditiva.

Igualmente, como mencioné en la fase pre evaluativa con respecto a una herramienta comunicativa realizada en Chile, la idea del manual creado por investigadores de la universidad de Chile también cumplió los objetivos de definir conceptos, difundir la problemática existente en la población con discapacidad auditiva y responder preguntas e inquietudes que surgen de una deficiente comunicación con esta población.

5.2.4. Necesidades Normativas:

Claramente la normatividad colombiana apoyará la implementación de proyectos e intervenciones que perpetúen los procesos inclusivos como lo hemos expresado a lo largo del presente proyecto. Desde la implementación de la ley 982 del año 2005, en donde se afirma que el estado apoyara las actividades de investigación, enseñanza y difusión de la lengua de señas colombiana, creando escuelas de formación de intérpretes para sordos y sordos ciegos, se ha cumplido por lo menos en algunos programas de formación docente, esta enseñanza.

Igualmente, con lo afirmado en el capítulo 2 artículo 4 de esta ley el estado garantizara y proveerá la ayuda para que las personas en situación de discapacidad auditiva

accedan a todos los servicios que como ciudadanos tienen derechos incluidos todos los servicios de salud, y para esto se tendrá la colaboración total de entidades oficiales, asociación de intérpretes y guías para todos los servicios.

En su capítulo 4 artículo 11 todos los derechos de educación, salud, educación, traducción e información referidos a los sordos señantes se extenderán a los sordos ciegos señantes, quienes además tendrán derecho a exigir servicios de guía-interprete, para permitir la interacción comunicativa mediante el uso de los diversos sistemas de comunicación.

Así mismo, el Plan de Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, según lo planeó el MSPS, se crea un pacto social y mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. (Plan Decenal de Salud Pública, 2012).

Se asume igualmente, como “la carta de navegación” bajo la cual se proponen estrategias de intervención colectiva e individual que involucran tanto al sector salud como a otros sectores dentro y fuera de los servicios de salud, y fue adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 que en su artículo 1 establece que es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y deben concurrir o apoyar otros actores relacionados con el cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos del Plan. En esta misma resolución, se indican las responsabilidades de las entidades territoriales, para el monitoreo, seguimiento y evaluación, así como también la armonización con otros instrumentos de políticas y coordinaciones intersectoriales.

5.3. Fase Post Evaluativa

Una de las principales necesidades detectada es la de necesidad de **reconocimiento**, igualmente la necesidad de **autorrealización**, que debido a que las personas en situación de discapacidad auditiva, no logran ser comprendidos desde su integridad como persona.

Maslow, citado por Elizalde et al. (2006), manifiesta que la necesidad es la falta de algo. En el caso de las personas en situación de discapacidad en este caso la auditiva, estas presentan necesidad de **seguridad** y de **estima**. Si se genera alguna distorsión en estas situaciones los problemas psicológicos no dan espera y por ende la autorrealización se puede dañar o alterar, es decir pierde su orientación por lo tanto las personas en situación de discapacidad requieren de mucho apoyo de las influencias exteriores.

Igualmente, Maslow, citado por Elizalde et al. (2006), asegura que las necesidades de estima están relacionadas a la parte psicológica íntimamente, para satisfacer esta necesidad es muy importante la evaluación personal y el reconocimiento de uno mismo en referencia a los demás y se pueden subdividir en dos tipos: las necesidades de amor propio y las de respeto y confianza, que a su vez da origen a la autoevalúa y aceptación. Es decir, es una cadena de necesidades que si una no se suple se afectan las siguientes. Porque si se deja continuar esta cadena, toda esta cascada da como resultado sentimiento de inferioridad.

Es claro que la presencia de esas necesidades en las personas en situación de discapacidad auditiva hace que se sientan inferiores y cada vez más excluidas en un campo que no ha logrado suplir su compromiso ético y moral con los individuos. En este caso el campo médico que debe ser tan íntimo en su relación personal, por cuanto es la salud de la

persona la que está en juego. Con todo lo anterior se puede plantear el siguiente interrogante:

¿A partir de estas necesidades cómo puedo aportar desde el campo al que pertenezco a las personas en situación de discapacidad auditiva realizando una intervención socioeducativa a partir de una herramienta comunicativa que sea incluyente, valorativa y de respeto?

Con el anterior interrogante sigo describiendo la necesidad de la implementación de vías que sean las más adecuadas para que la discapacidad auditiva lleve un curso acorde con las necesidades de las poblaciones afectadas.

En este caso de la población en situación de discapacidad auditiva, la propuesta de herramienta a implementar será utilizada en el campo de la salud por todo aquel que trabaje en pro de los discapacitados auditivos y para que su atención sea integral, logrando un adecuado acercamiento y propendiendo por su desarrollo y calidad de vida.

Como profesional de la salud, específicamente en el campo odontológico y en la atención de niños, he podido constatar la dificultad en comunicación con la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN, no existiendo una herramienta coadyuvante en la interacción y reconocimiento integral de la relación médico – paciente, médico – acudiente, paciente – personal administrativo y paciente –personal asistencial.

A partir de la tipología de necesidades básicamente en la comunicación con la población en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte se inicia el proceso de evaluar la propuesta *“Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el*

acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”.

De acuerdo a la tipología de necesidades la realización de la presente propuesta de intervención socio educativa se debería realizar principalmente para lograr solucionar los siguientes aspectos:

- Subvaloración de la persona en situación de discapacidad auditiva al no interactuar directamente con el profesional médico que realiza la atención.
- Atención integral deficiente a la persona en situación de discapacidad auditiva al no contar con los medios necesarios para su consulta médica, la cual debe ser confidencial y completa con respecto a su estado de salud general.
- Vulneración de derechos contemplados en la Constitución política de Colombia, en donde las personas en situación de discapacidad deben tener un trato digno, como reposa en el artículo 68 “el gobierno nacional y los gobiernos territoriales tomarán las previsiones necesarias para que las instituciones de educación superior de carácter estatal o privado, diseñen y desarrollen recursos necesarios incluidos servicios de intérpretes, que garanticen oportunidades de acceso y permanencia de las personas con limitaciones auditivas a los programas académicos ofrecidos atendiendo los requerimientos específicos de comunicación”. (Constitución política de Colombia).
- Deseo de mejorar el reconocimiento, para sentirse apreciado y destacarse en su grupo social, lo cual tributa a la construcción psicológica del ser humano, por consiguiente, su satisfacción es primordial para el reconocimiento, la valoración personal y el respeto por el otro. (Elizalde et al, 2006).

Maya (2003), afirma que todas las necesidades del ser humano son tendencias naturales vinculadas al mantenimiento y al desarrollo del individuo, principalmente en las siguientes áreas: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creatividad, identidad y libertad. Como en el modelo de Maslow, son de carácter universal independientemente del contexto socio-cultural en el cual se encuentre.

En la evaluación de las necesidades los indicadores pueden utilizarse para describir a la población objetivo, analizar factores de riesgo y valorar a los usuarios de algún servicio. En este proyecto, de acuerdo a las necesidades expresadas y percibidas podemos diagnosticar la percepción de los agentes investigados, en donde se observa claramente la necesidad de intervención socioeducativa en la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al Hospital Universidad del Norte, en un instrumento comunicativo que elimine las barreras existentes en la atención en salud en este grupo poblacional. La vulnerabilidad en atención en salud, excluyendo muchos tópicos importantes en la atención en salud es uno de los factores de riesgo más importantes en estos individuos.

Los indicadores sociales son un objetivo fundamental para el diseño de políticas sociales y además introducen criterios de equidad en la distribución de recursos. Ellos son una herramienta práctica en la gestión de programas. (Maya, 2003).

De acuerdo con todo lo analizado en las necesidades percibidas, expresadas, relativas y normativas, se considera pertinente una intervención socioeducativa que tenga características inclusivas, educativas e interculturales que coadyuven el desarrollo integral de la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN.

Teniendo en cuenta la percepción de exclusión de esta población en el ámbito de salud, la necesidad de implementación de acciones concretas que involucren a todos los agentes asistenciales, socioeducativos y poblacionales es inminente para derrotar las barreras de comunicación existentes con la comunidad en situación de discapacidad auditiva, sus familias y su entorno.

Las socializaciones de proyectos de inclusión en personas en situación de discapacidad auditiva, son necesarios también para lograr una visibilidad de las problemáticas existentes y un mayor empoderamiento de esta minoría que no puede por sí sola alzar la voz con la que no cuentan, pero si cuentan con las capacidades para lograr ser observados desde otras esferas del conocimiento, al desarrollar otros sentidos con los que son capaces de comunicarse.

Transformando la realidad de los no escuchados, se logra un mejoramiento de su calidad de vida, sus fortalezas se acentúan y sus debilidades se podrían erradicar, intentando a través de acciones concretas un acercamiento a la sociedad y al caminar en un ámbito tan imprescindible de vida como lo es la salud.

Conociendo más de cerca las problemáticas, los derechos universales con los que cuentan y barreras que están expuestas las personas en situación de discapacidad auditiva en cualquier nivel de vida, se puede lograr una movilización de recursos para lograr la materialización de proyectos de carácter inclusivo como el presente del cual harían parte la comunidad educativa, asistencial en salud y población sorda de todo el territorio colombiano.

Castillo y Cabrerizo (2011) afirman que todo proyecto de intervención socioeducativa debe ser útil, legítimo y preciso para que se convierta en un instrumento en la mejora de situaciones de grupos concretos en desventaja partiendo de sus necesidades y debe ser concretado en la práctica con la finalidad de solventar las dificultades y necesidades detectadas con la ayuda de expertos en el tema de manera multidisciplinar en diferentes campos profesionales que den respuesta a las necesidades de manera integral. Igualmente, la evaluación debe ser un proceso continuo y permanente que innove el proceso de investigación y valoración del proyecto.

Igualmente, Castillo y Cabrerizo (2011) refieren que, con respecto a las actuaciones de intervenciones socioeducativas, derivadas de una realidad social, deben constituir una respuesta a las necesidades existentes, y esas intervenciones no solamente deben servir como recursos socioeducativos sino también para dotar a cada persona de medios y estrategias necesarias que le permitan un desarrollo individual equilibrado y como miembro perteneciente a una colectividad.

A continuación, en la tabla 6, según la pirámide de Maslow, se esquematizan las principales alternativas de solución urgente, relevante y pertinente, con base a las necesidades detectadas en la propuesta socioeducativa ***“Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”***.

CRITERIO	TIPOLOGIA DE NECESIDADES	DESCRIPCION DE LAS NECESIDADES
URGENTE	Necesidades Básicas, biológicas o fisiológicas	Deficiencia en atención en salud de calidad por el desconocimiento de lenguaje de señas en el personal de salud.
	Necesidades de Afiliación	Ineficiencia en el acompañamiento social, inclusión en programas especiales para la población en situación de discapacidad auditiva.
	Necesidad de Seguridad	Dificultad en atención en salud por las barreras comunicativas, lo que hace que no haya claridad en consulta y tratamiento, afectando autoestima.
RELEVANTE	Necesidades de Afiliación	Ineficiencia en el desarrollo de programas de inclusión como herramientas socioeducativas en salud.
	Necesidades de Reconocimiento	Dificultades para reconocer como sujeto de derechos a las personas en situación de discapacidad auditiva
PERTINENTE	Necesidades de Reconocimiento	Dificultades en reconocer a la persona en situación de discapacidad auditiva como sujeto inclusivo
	Necesidades de afiliación	Limitaciones para la gestión de implementos utilizados en el tratamiento de personas en situación de discapacidad auditiva

Tabla 6. Descripción y tipología de necesidades detectadas en la fase post evaluativa de la propuesta, según la pirámide de Maslow. **Fuente:** elaboración propia

5.4. Diagnóstico final

Un tema importante tanto a nivel nacional e internacional y muchas entidades a nivel mundial como la OMS, radica en que los avances científicos y tecnológicos promuevan un cambio relevante en salud y en las necesidades interpersonales de las poblaciones vulnerables afectadas.

De acuerdo a la autora Jean Watson, citada por Díaz et al. (2020), representante de la teoría del cuidado humano en el campo de la salud, este es un entorno dinámico y flexible que requiere premisas preventivas para evitar la desestabilización de sus bases humanas y científicas que puedan generar problemas en la humanización en la atención.

Desde el punto de vista de la humanización cuando de intervención socioeducativa se trata, ésta la entendemos como un acto de cuidar al individuo, la familia y la colectividad a partir del conocimiento del otro, con empatía, respetando su dignidad como ser humano, y reflexionando acerca de sus necesidades, de cuidado, y sobre todo de respuesta a esas necesidades. (Díaz et al., 2020).

La intervención socioeducativa en salud que es el caso del presente proyecto la entenderíamos como una experiencia en donde confluyen diferentes modelos, los cuales son una representación esquemática que explica y organiza una serie de pautas relacionadas con la experiencia, la conducta y el aprendizaje. Estos modelos serian:

- Científico - tecnológico
- Interpretativo – Interaccionista
- Socio – critico
- Académico – disciplinar

Es decir, estos modelos se desarrollan en dimensiones de tiempo, espacio y resultados fortaleciendo el pensamiento y el aprendizaje.

Una intervención socioeducativa para el profesional de la salud actúa como un cambio social, con la participación de diversos actores, donde se promueve el pensamiento crítico y cognitivo, proyectando nuevas ideas y resolviendo problemáticas. La formación que se logra cuando se hace un proyecto de intervención socio educativa incluye la implementación de herramientas metodológicas, no solo para identificar las necesidades sino también para aplicar la intervención. (Díaz et al., 2020).

Las habilidades comunicativas en el ser humano son variables y se puede comprobar que el entendimiento de ciertas frases, palabras, gestos y señales pueden ser diferentes en una persona y otra. La interpretación durante una consulta médica – asistencial por parte del personal de la salud debe ser lo primordial y de ésta depende un análisis y tratamiento oportuno de ciertas patologías presentes.

En las personas en situación de discapacidad auditiva la interpretación es un factor básico a tener en cuenta, y toda brecha o barrera comunicativa que encuentre puede ser la base de un diagnóstico deficiente en su salud, lo cual hace que su exclusión y vulnerabilidad sea inminente. De ahí la importancia de que exista una comunicación asertiva con el profesional de la salud y con el personal asistencial con el cual interactúe.

En la realización de este diagnóstico final se hace necesario resaltar que se debe fortalecer el proceso comunicativo de la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al Hospital Universidad del Norte con el fin de integrar las habilidades sociales, humanas y relacionales de esta población. De manera que se pueda dar la oportunidad de

mejorar las barreras comunicativas y de esta forma humanizar la atención para que esa delgada línea entre calidad del servicio y atención se fortalezca positivamente.

Es imperativo seguir contribuyendo en pro de la armonía y mejora de la salud de los pacientes, la aceptación de los procedimientos, el entendimiento de la enfermedad y los tratamientos médicos a través de herramientas comunicativas mediadoras.

Otro punto importante en el diagnóstico final es lograr el bienestar físico de las personas en situación de discapacidad auditiva, el cual se refiere a las condiciones anatómicas y funcionales que les facilita desarrollar y disfrutar de las actividades con independencia. Es decir, las condiciones cognitivas, emocionales y comportamentales que les permitan lograr los objetivos vitales.

Igualmente, el bienestar social, que se refiere al sentimiento de pertenencia a una colectividad, en este caso a los que presentan algún tipo de deficiencia auditiva, de esta forma participan de una forma más activa y con un compromiso ético por su comunidad. Todo lo anterior permite un posicionamiento claro y preciso en cuanto a teorías y metodologías que hacen que la identificación de una problema social y educativo sea el más adecuado, si actúan de forma engranada.

En la tabla 7 a continuación se realiza una organización de problemáticas identificadas en el diagnóstico final a partir de la descripción del problema identificado y los elementos que lo constituyen, sus relaciones y consecuencias en el desarrollo y calidad de vida de la población en situación de discapacidad auditiva que accede a los servicios de salud del HUN:

NECESIDAD	DESCRIPCIÓN	CAUSAS DEL PROBLEMA
Necesidades básicas, biológicas o fisiológicas	<p>Bienestar físico de las personas en situación de discapacidad auditiva, el cual se afecta y por ende las condiciones anatómicas y funcionales que no les facilita desarrollar y disfrutar de las actividades con independencia.</p> <p>Las condiciones cognitivas, emocionales y comportamentales no les permitan lograr los objetivos vitales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención integral deficiente a la persona en situación de discapacidad auditiva al no contar con los medios necesarios para su consulta médica, la cual debe ser confidencial y completa con respecto a su estado de salud general. 2. Ayuda de un tercero para la consulta de salud general, haciendo de ésta ya una consulta privada, sino dependiente y basada en las opiniones del acompañante.
Necesidades de afiliación	<p>Los indicadores sociales son un objetivo fundamental para el diseño de políticas sociales y además introducen criterios de equidad en la distribución de recursos. Ellos son una herramienta práctica en la gestión de programas. (Maya, 2003) Castillo y Cabrerizo (2011) con respecto a las actuaciones de intervenciones socioeducativas, derivadas de una realidad social, deben constituir una respuesta a las necesidades existentes, y esas intervenciones no solamente deben servir como recursos socioeducativos sino también para dotar a cada persona de medios y estrategias necesarias que le permitan un desarrollo individual equilibrado y como miembro perteneciente a una colectividad.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ineficiencia en el acompañamiento social, inclusión en programas especiales para la población en situación de discapacidad auditiva. 2. Falta de desarrollo de programas de inclusión como herramientas socioeducativas en salud. 3. Falta de movilización de recursos por parte de las organizaciones, asociaciones y gobierno nacional a partir de políticas reales, para lograr la materialización de proyectos de carácter inclusivo como el presente del cual harían parte la comunidad educativa, asistencial en salud y población sorda de todo el territorio colombiano.

<p>Necesidades de Reconocimiento</p>	<p>Según Maslow, las necesidades de estima están relacionadas a la parte psicológica íntimamente, para satisfacer esta necesidad es muy importante la evaluación personal y el reconocimiento de uno mismo en referencia a los demás y se pueden subdividir en dos tipos: las necesidades de amor propio y las de respeto y confianza, que a su vez da origen a la aceptación. (Elizalde, 2006).</p> <p>Es decir, es una cadena de necesidades que si una no se suple se afectan las siguientes. Porque si se deja continuar esta cadena, toda esta cascada da como resultado sentimiento de inferioridad.</p>	<p>1. Subvaloración de la persona en situación de discapacidad auditiva al no interactuar directamente con el profesional médico que realiza la atención.</p> <p>2. Vulneración de derechos contemplados en la Constitución política de Colombia, en donde las personas en situación de discapacidad deben tener un trato digno, como reposa en el artículo 68 “el gobierno nacional y los gobiernos territoriales tomarán las previsiones necesarias para que las instituciones de educación superior de carácter estatal o privado, diseñen y desarrollen recursos necesarios incluidos servicios de intérpretes, que garanticen oportunidades de acceso y permanencia de las personas con limitaciones auditivas a los programas académicos ofrecidos atendiendo los requerimientos específicos de comunicación”. (Constitución política de Colombia).</p>
<p>Necesidades de Seguridad</p>	<p>Desde el punto de vista de la humanización cuando de intervención socioeducativa se trata, ésta la entendemos como un acto de cuidar al individuo, la familia y la colectividad a partir del conocimiento del otro, con empatía, respetando su dignidad como ser humano, y reflexionando acerca de sus necesidades, de cuidado, y sobre todo de respuesta a esas necesidades. (Díaz et al, 2020)</p>	<p>1. Dificultad en atención en salud por las barreras comunicativas, lo que hace que no haya claridad en consulta y tratamiento, afectando autoestima.</p> <p>2. Falta de un entorno dinámico y flexible que requiere premisas preventivas para evitar la desestabilización de sus bases humanas y científicas que puedan generar problemas en la humanización en la atención.</p>

Tabla 7. Organización de problemáticas identificadas a partir del diagnóstico final. **Fuente:** elaboración propia

6. Diseño y ejecución Propuesta socioeducativa

“Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”.

6. 1. Objetivo General

Diseñar una herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural en Lengua de Señas Colombiana en Salud (LSC) que facilite la interacción comunicativa entre el personal médico – asistencial con la población en situación de discapacidad auditiva que accede a los servicios de salud del Hospital Universidad del Norte en el municipio de Soledad (atlántico).

6.1.1. Objetivos Específicos

- Mejorar la comunicación entre la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN y el personal médico, asistencial, administrativo y académico.
- Eliminar barreras comunicativas existentes entre la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN y la comunidad en general.
- Vincular el apoyo de asociaciones y comunidades en situación de discapacidad auditiva de la costa atlántica que incluya glosario de

términos en salud y frases de uso frecuente en las consultas médicas, para el diseño del manual.

- Crear un repositorio de videos el LSC y cartilla impresa del vocabulario técnico por áreas de atención en salud.
- Evaluar la propuesta del presente proyecto entre la comunidad académica, asistencial y asociaciones de personas en situación de discapacidad auditiva de la costa atlántica.

6.2. Indicadores de medición

1. Análisis de problemas, incluyendo porqué y para qué es importante realizar la propuesta.
2. Incluir experiencias previas y conocimientos para delimitar los objetivos y metas.
3. Aplicar un marco de factores de riesgo y de protección o cualquier otra estrategia que permita mostrar los factores personales y ambientales contribuyentes al éxito o al fracaso de los objetivos planteados.
4. Buscar los principales criterios objetivos para priorizar los problemas que puedan presentarse.
5. Identificar los principales agentes de cambio en donde se reflejen las verdaderas inquietudes de la población en situación de discapacidad auditiva con lo cual se logrará un buen análisis de la problemática.

6.3. Metodología

Se diseñará una propuesta socioeducativa que consiste en un manual digital en LSC en salud como mediador comunicativo e interactivo entre la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN y la comunidad médica, asistencial y académica, con el fin de eliminar las barreras comunicativas en la atención de esta población.

Se creará inicialmente un glosario de terminología médica más utilizada en la consulta médica, tanto general como especializada y también en la consulta odontológica. El proyecto será ejecutado en el HUN, en donde se analizarán los condicionantes de todo tipo, principalmente sociales, económicos, éticos, psicológicos y culturales.

Toda intervención socioeducativa principalmente en educación especializada como la que pretende la presente propuesta requiere conocimientos concretos y diferenciados además de elementos formativos adecuados en las realidades sociales del sujeto, comunidad o colectivo estudio. Se proponen 3 fases en la metodología de este proyecto socioeducativo (Ver tabla 8).

En estas fases se incluyen tópicos importantes como son el vocabulario, la terminología en LSC, la grabación de videos y repositorio de dichos videos, socialización de la creación de la propuesta ante las sociedades y comunidades de personas en situación de discapacidad auditiva.

La idea de realizar esta propuesta por fases es debido a la participación de personal experto en tecnología y el tiempo que se requiere es extenso para que la propuesta sea materializada y llevada a evaluación por toda la población destinataria y por supuesto en el contexto de la realización, que en este caso es el HUN.

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<ul style="list-style-type: none"> • Definir el vocabulario médico-tecnico que usualmente emplea el médico en la comunicación durante las consultas y su terminología y preguntas mas comunes. • Establecer el formato de las grabaciones de videos en LSC con la ayuda de un diseñador gráfico y modelo lingüístico. • Socialización con las asociaciones de personas en situacion de discapacidad auditiva esta propuesta socioeducativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción del glosario de términos de las áreas de la salud en LSC • Grabaciones de los videos con los modelos lingüísticos en LSC de las frases y palabras mas comunes en la consulta medica - asistencial. • Organización y creación del repositorio de videos con vocabulario del area de la salud en LSC. • Construcción del manual en su totalidad con videos y glosario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en LSC al personal médico que le permita establecer una comunicación con los pacientes en situación de discapacidad auditiva. • Capacitación a personal médico en el uso del manual y plataforma que contiene el repositorio de viedos y glosario de términos en LSC. • Socialización con las diferentes asociaciones de discapacidad auditiva en la utilización de la herramienta comunicativa en LSC.

Tabla 8. Fases de ejecución del proyecto socio educativo “manual digital en “Manual digital de Lengua de Señas Colombiano (LSC) como herramienta socioeducativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”. **Fuente:** Elaboración propia

Fase 1

En esta primera fase del proyecto siendo la base de todo lo proyectado, se realizará un glosario de terminología más utilizada en la consulta médica – asistencial. Esta terminología será extraída del diccionario médico Medline plus, el cual es el más utilizado a nivel mundial y es producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América (NLM), la biblioteca médica más grande del mundo y su misión es

brindar información de calidad y relevante de salud y bienestar que es confiable y fácil de entender del cual se puede acceder desde cualquier dispositivo.

Igualmente, con la ayuda de un diseñador gráfico, se establecerá el formato de las grabaciones de videos en LSC de una forma didáctica y fácilmente comprensible en donde se ideará una serie de videos con un modelo lingüístico experto en LSC que presente las palabras, frases y preguntas más comunes en una consulta de salud.

En esta sección se hará una organización de los videos por áreas de asistencia, como son Medicina general, urgencias médicas, especialidades médicas (ginecología, Medicina interna, oftalmología, pediatría etc.), otras áreas asistenciales y odontología. En esta sección se contará con un profesional en Medicina como guía en la realización de los videos.

Una parte muy importante de esta Fase 1 es la socialización y presentación de la propuesta entre las comunidades y asociaciones en situación de discapacidad auditiva en la ciudad de Barranquilla y el municipio de Soledad (Atlántico), con el fin de abordar el tema de definición y ajuste de términos más utilizados en las consultas médicas de esta población. De esta socialización es donde se definirá realmente las acciones a tomar en la realización de las imágenes y videos que estarán incluidos en el proyecto.

Ejemplo de una frase en secuencia de señas en consulta odontológica utilizando LSC: Estoy bien, me duele un poco, ¿pero puede parar? (ejemplo, gráfico 13).



Gráfico 13. Ejemplo de señas. **Fuente** propia



Gráfico 14. Sintomatologías comunes en una consulta médica en LSC. **Fuente:** Pinterest.

Fase 2

En esta fase se hará la construcción de un glosario de términos médicos más comunes utilizados en la consulta con traducción al LSC, basados en los descritos en Medline Plus, con la ayuda de un intérprete de señas y se harán las grabaciones de las señas con un modelo lingüístico. De la misma forma se realizarán los videos de frases y preguntas más comunes en la consulta médica, odontológica y de salud general, por parte de las personas en situación de discapacidad auditiva. Igualmente, se construirán creativamente los videos de las respuestas del personal asistencial y su intercomunicación con las personas en situación de discapacidad auditiva.

Este tendrá un atlas del cuerpo humano interactivo para que el personal de salud y la persona en situación de discapacidad auditiva se dirija directamente al sitio anatómico del cuerpo por el cual consulta y así poder interactuar correctamente.

La Fase 2 es la fase más importante del proyecto debido a que en ésta se hará la organización y la puesta en marcha del plan de acción general, en donde se harán reuniones, mesas de trabajo colaborativo y talleres prácticos involucrando a todos los agentes participantes, principalmente los creadores digitales, ya que en la presente propuesta se contempla la realización de un proyecto totalmente digital.

Esta fase comprende la producción del proyecto socioeducativo, en donde claramente podrá verse reflejado el producto en su totalidad, desde la creación de su diseño, su metodología y su utilidad para lo cual fue creado. La importancia y su uso pertinente que es en este caso será para y por la población en situación de discapacidad auditiva que accede a los servicios del HUN como interacción social, educativa e inclusiva, radica en que la herramienta comunicativa debe ser didáctica, fácil de utilizar y fácil de comprender.

En este punto llegamos a recordar una apreciación importante que Del Pozo (2013) hace la referirse a las buenas prácticas en ESS, la cual se plantea como generadora de posibilidades que pueden optimizar y mejorar a través de la educación, los sistemas de salud, en el campo socio – sanitario y la calidad de vida de las personas con el fin de un desarrollo sostenible y sustentable de las instituciones, los pueblos y las comunidades. Es hacer que, con proyectos educativos – formativos, se logre una buena práctica en los campos de acción. Cabe anotar que el campo de acción de la salud no ha sido muy intervenido con este tipo de propuestas inclusivas.

Fase 3

En esta fase llegamos a la parte formativa y educativa por cuanto trata de la socialización, sensibilización y proyección para que el proyecto sea acogido por el personal médico asistencial que se encarga de la atención de la población en situación de discapacidad auditiva. Es el momento en el cual valoramos la aceptación de esta herramienta comunicativa innovadora en la prestación del servicio.

Se realizarán charlas formativas, en donde se explicará el proceso y utilización de dicha herramienta de una forma práctica. Adicionalmente se invitará a los representantes de las comunidades de personas en situación de discapacidad auditiva como, por ejemplo: Asociación de sordos del Atlántico (ASATLAN), representantes de FENASCOL y Otras entidades.

De la misma manera se realizarán capacitaciones para lograr que la comunidad académica, asistencial y administrativa conozca la herramienta comunicativa como una intervención socioeducativa creada desde la necesidad de inclusión de la población en situación de discapacidad auditiva que accede a los servicios del HUN pero que también puede ser utilizada desde diferentes ámbitos. En este sentido Del Pozo (2013), menciona que algunos problemas expresados en la salud en los colombianos tienen que ver con eventualidad de las acciones o planes desarrollados, la poca estructuración de los diseños y mecanismos de evaluación de los programas y proyectos.

En ese orden de ideas, la socialización y la participación en el presente proyecto es un elemento infaltable e indispensable para visibilizar a la población en situación de discapacidad auditiva, no solo en el ámbito salud sino en la comunidad en general. Lo

afirman Ruíz et al. (2015) las herramientas de comunicación como la del presente proyecto, facilitan la construcción colectiva de conocimiento dando como resultado final la integración y producción de todas las aportaciones del equipo, en donde se reflejan el trabajo, los logros, fortalezas, las debilidades y las oportunidades de mejora de los productos finales.

6.4. Agentes y Recursos

Intentando que la propuesta “manual digital en lengua de señas colombiano en salud como herramienta educativa, inclusiva e intercultural para garantizar el acceso y la atención integral en salud de personas en situación de discapacidad auditiva del Hospital Universidad del Norte (HUN)”, sea lo más dinámica, interactiva e intercultural los agentes participantes más importantes son los que realizan las ayudas tecnológicas, además de los guías profesionales de la salud como médicos, odontólogos y otras profesiones afines para que la co construcción de la herramienta sea lo más útil posible, aquí juega un importante papel el trabajo colaborativo entre los agentes participantes. Igualmente, importante es la comunidad estudio que son las personas en situación de discapacidad auditiva en general en el departamento para que realicen sus aportes y necesidades en cuanto a temas comunicativos y barreras con las que a menudo se encuentran.

A continuación, en la tabla 9 se mencionan los agentes y recursos estipulando por fases en el proceso metodológico, y que se requieren en la presente propuesta de intervención socioeducativa:

Agentes y Recursos fase 1	Agentes y Recursos fase 2	Agentes y Recursos fase 3
<ul style="list-style-type: none"> • Educadores sociales • Profesionales de la salud en áreas de odontología y medicina • Diseñador Gráfico • Ingeniero de sistemas • Modelos lingüísticos • Interprete de LSC • Participantes posibles: representante de comunidades de discapacidad auditiva. ASOATLAN – Asociación de sordos del atlántico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadores sociales • Modelo lingüístico • Interprete de señas • Diseñador gráfico • Mesas de trabajo colaborativo en donde se aportarán ideas, implementación de acciones posibles de mejoramiento y calidad en el producto deseado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadores sociales • Profesionales de la salud en áreas de odontología, medicina, asistenciales, administrativos para realizar la socialización del proyecto. • Representantes de las asociaciones de personas en situación de discapacidad auditiva como por ejemplo ASOATLAN – Asociación de sordos del atlántico
<p>Recursos: Espacio físico, sillas, computadores, mesa, implementos para anotaciones (lápices, bolígrafos, libretas), cámara de video y fotográfica.</p>	<p>Recursos: Espacio físico, sillas, computador, cámara de video y fotográfica. Implementos para anotaciones (lápices, bolígrafo, libretas, tablero)</p>	<p>Recursos: Espacio físico, sillas, video de proyección (video beam).</p>

Tabla 9. Agentes y recursos según fases en el proceso metodológico del proyecto. **Fuente:** propia

6.5. Mecanismos e instrumentos de evaluación

El objetivo principal en la evaluación es valorar la efectividad de los resultados de la aplicación de la herramienta creada para la comunicación en LSC entre la comunidad médica – asistencial del HUN y la población en situación de discapacidad auditiva.

La evaluación de las actividades, las técnicas empleadas durante las charlas que se realicen para socializar la herramienta será de gran utilidad para visualizar el impacto social, educativo, personal, y valorativo a la persona con este tipo de vulnerabilidad social que la hace excluyente.

Se tendrá en cuenta básicamente el logro que como profesionales de la salud y como educadores sociales podemos llegar a tener con esta innovadora propuesta de crecimiento y desarrollo social en el ámbito de la salud, en donde existe actualmente una subvaloración de las personas en condiciones de discapacidades principalmente las auditivas. La percepción actual de este grupo poblacional es de invisibilidad por no poder levantar la voz en pro de su situación excluyente igualmente sería de mucha utilidad también realizar una herramienta parecida que pueda ser utilizada en otro tipo de discapacidad.

El principal instrumento a utilizar será una encuesta participativa en google forms, dirigida a la comunidad académica, medica, asistencial y administrativa del HUN en la cual se identifiquen las fortalezas, debilidades y necesidades que se hayan presentado durante el desarrollo de la herramienta digital.

En ese orden de ideas también se realizará una socialización a las comunidades y entidades sin ánimo de lucro encargadas de velar por el bienestar de la población en

situación de discapacidad auditiva principalmente de la costa atlántica colombiana, como lo es la Asociación de Sordos del Atlántico (ASOATLAN).

Igualmente se invitará a un representante del INSOR para esta fase evaluativa, al ser esta entidad la máxima representante a nivel nacional en la atención y capacitación de personas en situación de discapacidades auditivas, como complemento del proceso de socialización de la herramienta comunicativa.

En lo posible se tratará de lograr un acercamiento con representantes de MinTIC para presentar la herramienta y se valore su importancia con lo que se podría conseguir que sea legalmente aprobada e implementada en muchos ámbitos de salud del territorio colombiano.

6.6. Presupuesto y financiación

Esta herramienta comunicativa, inclusiva e intercultural será financiada por la estudiante con recursos propios. El presupuesto incluye honorarios a cancelar a los profesionales encargados del diseño de la herramienta, básicamente diseñador gráfico e ingeniero de sistemas que aproximadamente serían de un mes cada uno de ellos.

Igualmente, el intérprete de lengua de señas colombiano y el modelo lingüístico también será contratado con recursos propios, aunque muchas veces la misma persona realiza las dos labores, actuando como interprete y modelo lingüístico debido a que el manual será digital y no será simultaneo interpretación y filmación de videos.

Se logrará un acercamiento para consecución de recursos a partir del Hospital Universidad del Norte en lo posible o por parte del departamento de investigación de la

Universidad del Norte al ser un producto inclusivo con lo cual se engrana parte del carácter social e inclusivo de la Universidad.

Esto también puede ser posible a través de las diferentes fundaciones que fungen como pilares en el desarrollo social de Uninorte, ya se han hecho acercamientos en Uninorte incluyente para que esta herramienta sea un hecho social con muy pocos precedentes en la costa.

7. Conclusiones y recomendaciones

La puesta en marcha del presente proyecto no ha sido fácil debido a las características de construcción que posee. Los recursos tecnológicos son básicos para la realización y el personal que labora en ese campo prácticamente es la base de la producción de esta propuesta socioeducativa. La idea de realizarla ha surgido de la necesidad comunicativa que tiene esta población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN, debido a la observación realizada en las labores de la investigadora en el HUN, en vista de la atención a una persona en situación de discapacidad auditiva con su madre y la percepción de esta fue que cuando accede a los servicios médicos en cualquier institución de salud, tiene problemas de comunicación, por lo tanto a su niña no le brindaron la atención necesaria por lo que su estado de salud se fue deteriorando.

Con todo lo anterior y con la finalidad de la realización de una propuesta socioeducativa como requisito de grado en la maestría de Pedagogía social e intervención educativa en contextos sociales, surge la idea de esta propuesta en la que se ha tratado de abordar el tema inclusivo de las personas en situación de discapacidad auditiva con una herramienta educativa para su comunicación.

Inicialmente se pensó en una herramienta física a manera de cartilla que presentara las características más importantes en una consulta medico asistencial, pero se evidenció que realizar una cartilla impresa para profesionales de salud sería un poco extensa para recopilar la información necesaria y además la posibilidad de tener un número exacto de cartillas era inconcluso puesto que la asistencia de personas en discapacidad auditiva en cierto tiempo se desconoce.

Con el análisis de los datos de los pacientes que asistieron al HUN entre enero de 2020 y enero de 2022, fue que tuvimos un número real de pacientes en discapacidad auditiva, lo cual también fue un poco complicado la consecución de esa base de datos por el arrastre de información, dado que son códigos que hay que buscar minuciosamente y esa información es confidencial del HUN. Gracias a todas las autorizaciones requeridas al personal administrativo y directivo del HUN, se pudo disponer de las bases de datos, este proceso tuvo una duración aproximada de un mes.

La fase de la propuesta en cuanto a realización y reuniones con personal tecnológico ha sido un poco complicada puesto que los tiempos no han sido logrados por las distintas labores y compromisos de los agentes que harán parte. Se ha logrado comunicación con modelos lingüísticos (fonoaudiólogos), y con personal tecnológico para algunas indicaciones iniciales, pero realmente no se ha concretado un diseño real para que pueda ser implementado en el manual.

Lo que se ha realizado hasta ahora han sido los acercamientos con el personal administrativo, asistencial, de salud, odontología del HUN, y unas personas en situación de discapacidad auditiva que asistió al HUN a sus consultas los cuales están dispuestos a iniciar reuniones y capacitaciones para la puesta en marcha del manual.

Si hacemos un análisis comparativo con el diccionario de lengua de señas en salud realizado por la universidad CES de Medellín, se puede evidenciar que en esa institución el trabajo fue de aproximadamente de casi 4 años y aún están en procesos de perfeccionamiento de la herramienta, esto nos indica las dificultades que se pueden presentar en la realización de un manual sobre todo digital y 5 meses no es el tiempo necesario para lograrlo.

Finalmente, esta propuesta continuará su proceso y será un proyecto socio educativo que muy seguramente resolverá la necesidad comunicativa en la población en situación de discapacidad auditiva que asiste al HUN, como también podrá ser utilizada por esta población a nivel nacional, departamental y municipal.

Como conclusiones finales de la presente propuesta podemos decir que:

- En cuanto a los factores de riesgo de la población en situación de discapacidad auditiva estamos claramente ante un ***riesgo de exclusión*** siempre en cuanto a servicios de salud se refiere y esto hace que su estado de salud y calidad de vida se deteriore, por causa de barreras comunicativas en atención.
- Según se pudo constatar en las necesidades percibidas, expresadas y relativas, las personas en situación de discapacidad auditiva requieren ***necesidades de autorrealización, de estima y de reconocimiento*** por cuanto todo lo que realizan es gracias a las personas encargadas de su cuidado y de ellos depende gran parte de su realización personal.
- Desde la pedagogía social se observa que debe existir una gran ***responsabilidad social*** por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud, haciendo énfasis en la ESS en este caso resaltando la importancia de la accesibilidad de información que debe tener la población en situación de discapacidad auditiva en Colombia, como minoría en igualdad de condiciones con respecto a las demás personas.
- Otro importante factor de riesgo según los datos estadísticos en cuanto a ocupaciones laborales de la población con discapacidad auditiva en

Colombia es la poca accesibilidad a un trabajo digno con un contrato formal, lo que hace que estas personas sean contratadas laboralmente de una manera informal en oficios en los que sus derechos se vean siempre subvalorados y sean menospreciados.

- Con esto, las personas en esta situación, deben laborar en ambientes no propicios para la salud como al aire libre, impulsadores de casa en casa, vendedores ambulantes, incluso existen muchas asociaciones de personas sordas que a través de sus integrantes venden productos elaborados por ellos y lo hacen en las calles, semáforos y andenes, exponiéndose a las consecuencias que éste contexto conlleva.
- Un claro ejemplo de *necesidades de protección* en la población en situaciones de discapacidad auditiva se hace evidente en el momento en que asociaciones dedicadas a velar por esta comunidad exponen a sus integrantes a hacer labores en las calles, para recolectar fondos para su sostenibilidad, ya que las políticas públicas nacionales en este campo no destinan el presupuesto que deberían para su mantenimiento.
- Con esta propuesta de intervención se podrá garantizar el acceso y la comunicación de la población en el campo de la salud, eliminando las barreras existentes para darle visibilidad a esta minoría que cada día se observa más vulnerable en diferentes campos de la vida.

Por último, se puede afirmar que lo anterior será tenido en cuenta además de acuerdo a las necesidades priorizadas urgentes, relevantes y pertinentes, de la cuales a continuación señalo:

En cuanto a criterios *urgentes* con respecto a las necesidades básicas, biológicas o fisiológicas, de afiliación y de seguridad existe una deficiencia en salud de calidad por el desconocimiento de lenguaje de señas en el personal de la salud, ineficiencia en el acompañamiento social, inclusión en programas especiales para la población en situación de discapacidad auditiva y dificultad en atención en salud por presencia de barreras comunicativas lo que hace que no haya claridad en el tratamiento sugerido por parte del médico tratante.

En cuanto a criterios *relevantes* con respecto a las necesidades de afiliación se puede afirmar que existe una ineficiencia en el desarrollo de programas de inclusión como herramientas socioeducativas en salud y en cuanto a necesidades de reconocimiento hay muchas dificultades para reconocer como sujeto de derechos a las personas en situación de discapacidad auditiva, en donde estas deben tener un trato digno, en donde se garantice por parte del gobierno todos los recursos necesarios para apoyar, desarrollar y diseñar programas para estas personas.

Con respecto a criterios *pertinentes*, en necesidades de reconocimiento y afiliación se debe reconocer siempre a las personas en situación de discapacidad auditiva como un sujeto inclusión sin ninguna limitación para acceder a la gestión de implementos que puedan ser de utilidad para su tratamiento integral de salud, siempre propendiendo por su evolución como ser y persona que goce de calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

Alcaldía municipal de Soledad (2020). *Informe diciembre 2 de 2020*. <http://www.soledad-atlantico.gov.co/noticias/soledad-elige-comite-municipal-de-discapacidad>

AIEJI. (2005). Asociación internacional de educadores sociales. Marco conceptual de las competencias del educador social., 1-19. Montevideo (Uruguay).
http://www.eduso.net/res/pdf/13/compe_res_13.pdf

Abela, J., Ortega, J., y Pérez, A. (2003). Sociología de la discapacidad: exclusión e inclusión social de los discapacitados. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, (45), pp. 77-107. Recuperado de https://sid-nico.usal.es/idocs/F8/ART6331/sociologia_discapacidad.pdf

Angulo, S. (2018). La posición social de los jóvenes sordos en Uruguay: entre marcas corporales y sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 31(42), pp. 14-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4536/453655546002/movil/>

Arrivillaga, M., Aristizábal, J., Pérez, M. y Estrada, V. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*, 30 (6), pp. 415 -420. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/304810859_Encuesta_de_acceso_a_servicios_de_salud_para_hogares_colombianos

Borja, J. y Del Pozo, F. (2017). Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Revista Salud*

- Uninorte, 33 (2); pp. 213-223. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81753189014.pdf>
- Caride, J. (2020). Educar la palabra con vocación cívica, pedagógica y social. Revista de intervención socio educativa, (76), pp. 13-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7919214>
- Caride, J., Gradaille, R., y Caballo, M. (2015). De la pedagogía social como educación a la educación social como pedagogía. Perfiles Educativos, 37(148), pp. 4-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v37n148/v37n148a16.pdf>
- Castillo, A., Sánchez, M., y Costa, P. (2019). Autodeterminación, emociones y exclusión en un blog de personas sordas: mirada cualitativa. Revista Brasileira de enfermería, 72(4), pp. 1153-1160. Recuperado de http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000401094&script=sci_arttext&tlng=es
- Castillo, S. y Cabrerizo, J. (2011). Evaluación de la intervención socioeducativa: Agentes, ámbitos y proyectos. Editorial Pearson Educación, UNED, Madrid, pp. 3.
- CES, Diccionario de Señas Colombiano en Salud. (2021). https://www.ces.edu.co/wp-content/uploads/2021/05/Boletin_026-Comunidad-sorda-de-Colombia-cuenta-con-Diccionario-en-Lengua-de-Senas-Colombiana-para-atencion-en-salud.pdf
- Cayuela, P., Pastor, M., y Conesa, M. (2019). Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas en la atención primaria en un área de salud de la región de Murcia. Revista de enfermería global, (54), pp. 303-312. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-303.pdf>

Congreso de la Republica. (junio de 2017). *Ley estatutaria 1618 del 2013*. Bogotá, Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documeto-balance-1618-2013-240517.pdf>

Congreso de la República, *Proyecto de ley 050 de 2019*. Bogotá, Colombia.

<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2019-2020/1511-proyecto-de-ley-050-de-2019>

Congreso de la Republica. (20 de junio del 2020). *Boletín 2020*. Bogotá, Colombia.

<https://www.senado.gov.co/index.php/component/content/article/13-senadores/1425-poblacion-con-discapacidad-auditiva-ya-tiene-ley-de-la-republica?Itemid=101>

Constitución Política de Colombia. (agosto 12 de 1993). *Ley 60 de 1993*. Bogotá,

Colombia. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0060_1993.htm

Constitución Política de Colombia. (octubre 11 de 1996). *Ley 324 de 1996*. Bogotá, Colombia.

https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_324_1996.pdf

Constitución Política de Colombia. (septiembre 27 de 1997). *Ley 2369 de 1997*. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2369-de-1997.pdf>

DANE (2022). Estado actual de la medición de discapacidad en Colombia.

[abr 2022 nota estadística Estado%20actual de la medici%C3%B3n de discapacidad en%20Colombia.pdf](#)

Del Pozo, F. (2013). Educación social para la salud: proyección, acción y profesionalización. *Revista médica de Risaralda*, 19(1), pp. 71-80. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a13.pdf>

Del Pozo, F., y Astorga, C. (2018). La Pedagogía social y educación social en Colombia: corresponsabilidad, institucional, académica y profesional necesaria para la transformación social. *Foro de educación*, 16(14), pp. 167. Recuperado de

<file:///C:/Users/Maria%20Juliana/Downloads/Dialnet->

[LaPedagogiaSocialYEducacionSocialEnColombia-6486246.pdf](#)

Díaz, A., Villanueva, I., y Martínez, J. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa.

Escola Anna Nery, 24 (2), pp. 1 – 7. Recuperado de [https://doi.org/10.1590/2177-](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238)

[9465-EAN-2019-0238](#)

Elizalde, A., Martí, M. y Martínez, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Polis, revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15), pp. 5-18. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30517306006>

El Heraldo (2022). *Informe 8 de abril 2022*. <https://www.elheraldo.co/barranquilla/el-53-de-la-poblacion-en-el-atlantico-esta-en-condicion-de-discapacidad-dane-900397>

El Universal (2021). *Informe 28 de mayo 2021*. <https://www.eluniversal.com.co/salud/un-diccionario-para-que-personas-sordas-y-medicos-se-comuniquen-mejor-GE4688976>

FENASCOL (2021). Federación nacional de sordos de Colombia

<https://fenascol.org.co/nuestro-conocimiento/proyectos/>

Freire, P. (2004). *La Pedagogía de la Autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa*. Editorial Paz y Terra, Brasil. pp. 14. Recuperado de <https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagog%C3%ADa-de-la-Autonom%C3%ADa.pdf>

Gil, L., López, A., Barreiro, S., Molina, Y., y Solano, Z. (2018). Discapacidad y calidad de vida en población adulta del municipio de Soledad, Atlántico – Colombia. *Revista inclusión y desarrollo*, 5(2), pp. 143 – 152. Recuperado de <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.5.2.2018.143-158>

Gil, L., López, A., Manotas, E. y Martínez, S. (2018). Relación entre las características socio demográficas y la discapacidad en adultos del municipio de Sabanalarga – atlántico. *Med Unab*, 21(3), pp. 378 – 388. Recuperado de <https://doi.org/10.29375/01237047.2796>

Gómez, A. (2015). Clasificación internacional de enfermedades: descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Revista Monitor Estratégico*, (7), pp. 66-73. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Gijón, M., Martín, X., y Puig, J. (2021). ¿Es suficiente cuidar y acompañar en educación social? La pedagogía del don como propuesta de inclusión. *Revista de Educación*

social, (33), pp. 11-25. Recuperado de <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2021/11/res-33-monica.pdf>

Gutiérrez, R. y Quintanal, J. (2018). La educación en el ámbito sanitario. Revista de Educación social, (27), pp. 251-273. Recuperado de https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/esamsanitario_res_27.pdf

Hernández, R. (2001). Antropología de la discapacidad y la dependencia. Un enfoque humanístico de la discapacidad. Madrid 2001. Recuperado de http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/lectura%203.8.18.antrop.discapac.pdf

INDESOR. (2018). Manual de atención en salud para personas sordas y con pérdida auditiva. Universidad de Chile, facultad de Medicina.
<http://dx.doi.org/10.34720/mgq5-xq31>

INSOR. (2011). Diccionario Básico de la lengua de señas colombiana. Bogotá.
http://www.insor.gov.co/descargar/diccionario_basico_completo.pdf

INSOR. (2014). Perfil educativo de la población sorda en Colombia. Bogotá.
http://www.insor.gov.co/bides/wp-content/uploads/archivos/Perfil_educativo_sordos_Colombia_Jun01_-2015.pdf

INSOR. (2018). Junio de 2018. De la garantía a la realización del derecho a la salud en las personas sordas: análisis de dificultades y oportunidades. Ministerio de educación. Gobierno de Colombia.
http://www.insor.gov.co/observatorio/download/garantia_realizacion_der_salud_per_sordas.pdf

INSOR. (2019). Informe 15 de julio de 2019. Nuestra historia en 64 pasos. Bogotá.

<https://www.insor.gov.co/home/nuestra-historia-en-64-pasos/>

INSOR. (2021). Trabajando por la población sorda de Colombia. Bogotá.

<https://www.insor.gov.co/home/>

La Vanguardia. (2018). Informe. La frase con la que Stephen Hawking inauguró los juegos para olímpicos de Londres 2012. Recuperado de

[https://www.lavanguardia.com/deportes/otros-](https://www.lavanguardia.com/deportes/otros-deportes/20180314/441517602137/stephen-hawking-juegos-paralimpicos.html)

[deportes/20180314/441517602137/stephen-hawking-juegos-paralimpicos.html](https://www.lavanguardia.com/deportes/20180314/441517602137/stephen-hawking-juegos-paralimpicos.html)

López, F. (2005). La educación social especializada con personas en situación de conflicto social. Revista de Educación, 336, pp. 57-71. Recuperado de

http://www.revistaeducacion.educacion.es/re336/re336_04.pdf

Maya, I. (2003). Diseño, evaluación e implementación de un proyecto de intervención social. Comunicación e intervención. Evaluación de necesidades. Universidad de

Sevilla. [https://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2007/12/05-](https://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2007/12/05-necesidades.pdf)

[necesidades.pdf](https://personal.us.es/isidromj/php/wp-content/uploads/2007/12/05-necesidades.pdf)

Medline. Diccionario de terminología Médica. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América (NLM). Recuperado de

<https://medlineplus.gov/spanish/acercade/>

Meléndez, S. (2022). El lugar de la lengua de señas como lengua minoritaria en la accesibilidad comunicativa universal. Disertaciones, 15(1), pp. 1-21. Recuperado de

<https://revistas.uosario.edu.co/index.php/disertaciones/article/view/10127/10151>

Ministerio de Salud y protección social. (2014). *Política pública nacional de discapacidad e inclusión social*. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Ministerio de Salud y protección social. (2020). *Boletines poblacionales I-2020 personas con discapacidad*. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>

Moreno, R., y López, J. (2018). Aproximación histórica sobre los estereotipos asociados a la discapacidad: desde la prehistoria al momento actual. *Revista inclusión, emprendimiento y empleo de las personas con discapacidad*, pp. 99-110.

Recuperado de

http://riberdis.cedid.es/xmlui/bitstream/handle/11181/5669/Aproximaci%C3%B3n_hist%C3%B3rica_estereotipos_discapacidad.pdf?sequence=1

MINEDUC, (2016). Ministerio de educación de Chile. Guía de apoyo técnico - pedagógico, necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvulario, Retraso del desarrollo y discapacidad intelectual, pp. 7. Chile. Recuperado de

<https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaIntelectual.pdf>

MinTIC, (2019). Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

<https://centroderelvo.gov.co/632/w3-channel.html>

OMS. (1986). Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa*.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Perez, O. (2014). Las personas sordas Como minoría cultural y lingüística. *Dilemata*, (15), pp. 267-287. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/263235588_Las_personas_sordas_como_minoria_cultural_y_linguistica

Peña, P., Calvo, A. y Gomez, E. (2020). Modelos Teóricos de la discapacidad. Modelos teóricos para fisioterapia. Editorial Universidad Santiago de Cali, pp. 149 – 177.

Recuperado de

<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/145/185/2628?inline=1>

Perez, M. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de la discapacidad: seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas.

Revista Española de la discapacidad, 7(1), pp. 7-27. Recuperado de

<https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>

Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 - 2022. (Abril de 2013). Bogotá. Gobierno de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Rillo, A. (2015). Solidaridad práxica: Vínculo entre derechos humanos y educación social.

Revista de Education social, (20), pp. 11-39. Recuperado de

https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2015/01/Solidaridadpraxica_res_20.pdf

- Rojas, L., Arboleda, N., y Pinzón, L. (2018). Caracterización de población con discapacidad visual, auditiva, de habla y motora para su vinculación a programas de pregrados a distancia de una Universidad de Colombia. Revista electronica Educare, 22(1), pp. 1 -28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6228639>
- Ruiz, E., Galindo, L., Martinez, N., y Galindo, R. (2015). El Aprendizaje Colaborativo en ambientes virtuales. Editorial Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente. Guadalajara, Mexico. Primera Edición; pp. 28.
- Tamayo, M., Besoain, A. y Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y la discapacidad: actualizando el modelo de determinación. Revista Gaceta Sanitaria, 32(1), pp. 96-100. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v32n1/0213-9111-gs-32-01-00096.pdf>
- Univoluntarios, Universidad del Norte. Informe.
<https://www.uninorte.edu.co/web/univoluntarios/quienes-somos>
- Uninorte incluyente, universidad del Norte. Informe.
<https://www.uninorte.edu.co/web/universidadincluyente>
- Úcar, X. (2006). De la caridad a la inclusión: modelos de acción e intervención socioeducativa en el contexto europeo. Pedagogía social, ciudadanía y desarrollo humano. Santiago de Compostela, pp. 2-15. Recuperado de http://www.pedagogiasocial.cl/DOCS/COPESOC/X_Ucar.PDF
- Úcar, X. (2018). La pedagogía social frente a las desigualdades y vulnerabilidades en la sociedad. Zona próxima, 29, pp. 52-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/zop/n29/2145-9444-zop-29-52>

UNADE. Universidad Americana de Europa. Informe 2020. ¿Para qué sirve y como me afecta la pirámide de Maslow? <https://unade.edu.mx/para-que-sirve-la-piramide-de-maslow/>

Victoria, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. Boletín mexicano de derecho comparado, 46 (138), pp. 1093-1109. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>

Zarceño, A. y Andreu, P. (2015). Las tecnologías, un recurso didáctico que fortalece la autorregulación del aprendizaje en poblaciones excluidas. Perfiles educativos, 37(148), pp. 28-35. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v37n148/v37n148a19.pdf>

Anexos

ANEXO 1

Formato de las entrevistas

Entrevista a acudiente o la persona en situación de discapacidad auditiva	Entrevista a profesionales de salud o asistenciales
1) ¿Cuál es la edad de la paciente?	1) ¿Es usted profesional en que área?
2) ¿Cuál es la relación con la paciente?	2) ¿Ha atendido alguna vez pacientes en situación de discapacidad auditiva?
3) ¿Asiste por urgencias o consulta externa?	3) ¿Ha presentado alguna dificultad en la comunicación con estos pacientes en situación de discapacidad auditiva?
4) ¿Cree usted que el médico/ acertó en el diagnóstico y/o tratamiento de el/la paciente?	4) ¿Se sintió seguro/a al realizar la atención en estos pacientes?
5) ¿Cuáles fueron las principales barreras comunicativas que pudo observar en la consulta?	5) ¿Se sintió cómodo/a y tranquilo/a porque brindó atención precisa y certera para un diagnóstico y tratamiento adecuado?
6) ¿Cree usted que el Hospital Universidad del Norte (HUN) debería tener algún tipo de herramienta comunicativa para las personas en situación de discapacidad auditiva?	6) ¿Cree usted que el HUN debería desarrollar una herramienta comunicativa para la atención médica – asistencial de pacientes en situación de discapacidad auditiva?

Respuestas:

- **Entrevistas 1 y 2 a pacientes que accedieron a los servicios médicos – asistenciales del HUN**
- **Entrevistas de 3 a 6 a personal administrativo y asistencial del HUN**

Entrevista 1

- 1) Edad de la paciente: 5 años
- 2) Relación con la niña: Madre
- 3) Asiste por consulta externa de odontología
- 4) No acertó en la queja de la niña
- 5) “Mi hija tiene hipoacusia sensorial bilateral y presenta un estado de salud oral deficiente porque ningún odontólogo ha podido atenderla y yo no puedo asistirle durante la consulta debido a que no entienden cuando presenta algún dolor o molestia en sus dienteitos”. “además no saben comunicarse con ella durante la consulta”.
- 6) “Si, sería de mucha utilidad no solo para utilizarla en el hospital sino en otras áreas de consultas y donde atiendan médicos”

Entrevista 2:

- 1) Paciente de 12 años.
- 2) Relación con la niña: “soy su Abuela”.

- 3) Consulta externa de Ginecología.
- 4) No acertó en la consulta.
- 5) La niña asiste a consulta médica con su acudiente porque presentó su menarquia (primera menstruación) y presenta muchas molestias y dolor pélvico. La entrevista es realizada a la abuela de la paciente quien es su acompañante.
- 6) “La niña está en el colegio de en frente por su condición de sordera, en el de la cruz roja y por eso vengo a consulta al hospital porque aquí creo que están las personas indicadas para atenderla por su condición, pero el médico que la atendió no entendía lo que la niña le quería decir y los dolores cuando le viene la regla no se le quitan”. Y agregó, además, “Yo sí creo que sería una buena idea hacer ese método de atención”.

Entrevista 3

- 1) Odontólogo.
- 2) “Si he atendido”.
- 3) “Si he presentado dificultad en la atención”.
- 4) “No me he sentido seguro”.
- 5) “No estuve tranquilo ni cómodo porque no sabía cómo comunicarme con el paciente por lo tanto no pude brindarle un diagnóstico completo y explicarle los tratamientos a realizar en sus dientes”.
- 6) “Sería excelente realizar esa herramienta comunicativa para mejorar la relación en la consulta con el paciente sordo”.

Entrevista 4

- 1) Medico ginecólogo.
- 2) “Si he atendido”
- 3) “Si he tenido dificultades de comunicación”.
- 4) “No me siento seguro y siento que la paciente tampoco lo está mientras estamos en la atención, además tiene que entrar con un acompañante y la ginecología es una consulta bastante privada”.
- 5) “Siento que no puedo dar una información clara y precisa sobre los diagnósticos, tratamientos, exámenes de laboratorio y todo toca dejarlo por escrito para que la paciente pueda entender bien el proceso”
- 6) “Sería de mucha utilidad esta herramienta comunicativa porque así tendríamos una guía para mejorar la comunicación entre la población sorda y los médicos”.

Entrevista 5

- 1) Médico pediatra.
- 2) “Si he atendido”.
- 3) “Muchas dificultades en atención, sobre todo cuando también he atendido a madres sordas que han llevado a sus niños bebés a las consultas de primera vez y no logramos comunicarnos”.
- 4) “No me siento seguro y siempre solicito ayuda de auxiliarles y secretarias para lograr un entendimiento más claro”.
- 5) “Imposible dar un diagnóstico certero y adecuado en estos pacientes”.
- 6) “Sería de mucha utilidad esta herramienta de comunicación en indispensable como metodología de inclusión en las poblaciones vulnerables como la población sorda”.

Entrevista 6

- 1) “Trabajo en atención al cliente”.
- 2) Claro. “Han llegado muchos pacientes sordos”.
- 3) Si. “Hay mucha dificultad en la atención y se ha necesitado ayuda de personal como su acompañante que casi siempre esta pendiente, pero sin embargo hay unos cuantos que llegan solos y uno tiene que ingeniarse con dibujos, señas etc”.
- 4) “Pues no me siento tan segura siempre”. Pero siempre “verifico que me haya entendido las indicaciones”.
- 5) “Siempre trato de estar tranquila para que el paciente no se sienta mal y brindar la confianza necesaria en ese momento”.
- 6) “Me parece que es demasiado necesario implementar esas acciones al interior de cualquier institución educativa para ayudar a derrotar esas barreras comunicativas en la población sorda del departamento, ya que llegan de distintas partes de la costa”.