

Formación de promotores comunitarios de salud para personas sordas en Antioquia, Colombia

Training of community health promoters for deaf people in Antioquia, Colombia

Alejandra Lopera-Escobar^{1*} ; Jessica María Ayala-Hernández¹ ; Sandra Yaned Cadavid-Mazo¹ 

*aloperae@ces.edu.co

Forma de citar: Lopera Escobar A, Ayala Hernández JM, Cadavid Mazo SY. Formación de promotores comunitarios de salud para personas sordas en Antioquia, Colombia. Salud UIS. 2024; 56: e24056. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24056>



Resumen

Introducción: las barreras socioculturales que enfrentan las personas sordas para acceder a información sobre el cuidado de la salud, pueden ser superadas a través del entrenamiento en promoción de la salud de líderes de su propia comunidad. **Métodos:** se condujo una investigación acción participativa basada en comunidad en la que se identificaron necesidades de educación para la salud de la población sorda de un departamento de Colombia; posteriormente se diseñó e implementó un curso de formación de promotores comunitarios de salud. **Resultados:** se identificó que las personas sordas desconocen sobre derechos en salud, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física y salud mental, lo cual orientó la construcción participativa de un curso de formación de promotores comunitarios de salud, bajo los principios de diseño universal del aprendizaje. **Conclusión:** se formaron nueve promotores comunitarios de salud con competencias para realizar educación en cuidado de la salud y en prevención de la enfermedad.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Personas con deficiencia auditiva; Educación en salud.

Abstract

Introduction: The sociocultural barriers faced by deaf people in accessing health care information can be overcome through health promotion training of leaders from their own community. **Methods:** Community-based participatory action research was conducted in which health education needs of the deaf population in a department of Colombia were identified; subsequently, a training course for community health promoters was designed and implemented. **Results:** It was identified that deaf people do not know about health rights, sexual and reproductive health, healthy eating, physical activity and mental health, which guided the participatory construction of a training course for community health promoters, under the principles of universal learning design. **Conclusion:** Nine community health promoters were trained with competencies to carry out health education and disease prevention

Keywords: Community health workers; Persons with hearing impairments; Health education.

¹Universidad CES, Medellín, Colombia.

Introducción

Las personas sordas en Colombia enfrentan múltiples barreras para acceder y ejercer efectivamente al derecho a la salud. Desde la posibilidad de recibir información relacionada con el cuidado de sí, el aprovechamiento de las estrategias de promoción de la salud y acceso a las intervenciones para la prevención de la enfermedad¹, sumado a las dificultades que deben superar cuando requieren atención sanitaria, y no logran comunicarse con el profesional de la salud^{2,3}. El idioma oficial de las personas sordas en Colombia, es la lengua de señas colombiana (LSC)⁴, la cual es poco aprendida y utilizada por la comunidad oyente. Por tal razón, las barreras comunicativas en el sistema de salud para la población sorda son evidentes, y resultan en prácticas perjudiciales para la salud, como morbilidad por causas evitables, consulta tardía a los servicios sanitarios, baja adherencia y abandono de los tratamientos⁵. Este panorama, reclama atención desde un enfoque de derechos^{6,7} y supone un reto para todos los actores del sistema, específicamente a partir de la atención primaria en salud (APS)^{8,9}.

El modelo APS adoptado por el sistema de salud colombiano en el 2011, privilegia las actividades comunitarias¹⁰, en las que los servicios de salud se acercan a los contextos en los cuales viven las personas, teniendo en cuenta sus particularidades socioculturales y funcionales¹¹. No obstante, las personas sordas resultan al margen de las estrategias de educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad e incluso de la atención sanitaria, precisamente porque no se garantiza el servicio de interpretación de la LSC. Esto debido a que el sistema de salud no cuenta con los ajustes razonables y el personal sanitario no está formado para brindar una atención inclusiva y en este lenguaje¹². En coherencia con los principios de la APS respecto a la autorresponsabilidad y la autodeterminación de las personas, surge la recomendación desde la Organización Mundial de la Salud de formar gestores comunitarios de salud¹³. Sin embargo, en Colombia no se han diseñado propuestas formativas con enfoque intercultural, que aborden las particularidades culturales, tradiciones, contexto y el perfil epidemiológico de minorías lingüísticas, para ofrecer un modelo de atención y promoción de la salud inclusivo⁵, adaptado a los intereses y necesidades en salud de los diversos territorios y grupos poblacionales.

Para dar respuesta a situaciones como la previamente planteada, la figura del promotor comunitario de la

salud (PCS), resulta ser clave para apoyar los servicios de salud familiar y comunitaria a los que acuden las personas sordas. Dichos promotores, podrían brindar un acompañamiento culturalmente competente, dado que actúan como intermediarios culturales entre el sistema de salud y la comunidad sorda; condición indispensable para la promoción, educación para la salud, prevención de la enfermedad y la orientación para el uso de los servicios sanitarios¹⁴.

Las particularidades culturales, los perfiles epidemiológicos y las posibilidades contextuales de la comunidad sorda en Colombia, sumado a su vulnerabilidad histórica y los determinantes sociales demandan la formación de líderes propios para la abogacía y educación para la salud de dicha población. Teniendo en cuenta que, la comunidad sorda se constituye como una minoría lingüística y socialmente invisibilizada¹⁵, un promotor representa una oportunidad para acercarse al sistema de salud con un par y en su lengua materna. Por tanto, el presente trabajo describe una propuesta formativa de promotores comunitarios de salud sordos y los aprendizajes que se derivan de su implementación.

Métodos

La apuesta epistemológica y metodológica del presente estudio es la investigación acción participativa basada en comunidad, con el fin de aportar a la comprensión y transformación de una deuda histórica con la comunidad sorda, que supone exclusión, múltiples desventajas socioeconómicas y vulneración del derecho a la salud. Se condujo un estudio cualitativo para conocer las necesidades de educación para la salud de la población sorda y posteriormente se diseñó e implementó un programa de formación de promotores comunitarios de salud para la población sorda con la participación de actores de esta comunidad. En todas las actividades en las que participaron personas sordas se contó con un intérprete oficial de LSC, que asumió la función de mediador comunicativo entre el equipo investigador, docentes y demás participantes.

A partir de las necesidades de educación para la salud de la población sorda, indagadas en entrevistas y grupos focales, se definieron unos ejes temáticos para la formación del promotor comunitario de salud, que fueron abordados posteriormente con profesionales expertos en mesas de trabajo, en las que se definieron la estructura curricular del curso. Adicionalmente se condujo una mesa de trabajo con personas sordas y

representantes de la Asociación Antioqueña de Personas Sordas ASANSO, para validar la propuesta curricular y definir estrategias pedagógicas del programa.

Posteriormente se convocaron encuentros de consenso, en los cuales participaron 12 profesionales de la salud de diferentes áreas del conocimiento, tales como, enfermería, odontología, medicina, fisioterapia, nutrición, psicología y psiquiatría, seleccionados por el conocimiento en sus campos disciplinares y su experiencia en procesos de docencia. Durante estos espacios se compartió el proceso de formación de los promotores y las percepciones de las personas sordas respecto a sus necesidades para el cuidado de su salud. Luego, a partir de este ejercicio dialógico y participativo con los expertos, se definió la intensidad horaria, módulos y submódulos temáticos, el componente conceptual y práctico, las estrategias pedagógicas y didácticas para la construcción del curso, teniendo en cuenta los ritmos de aprendizaje de las personas sordas y los ajustes razonables necesarios para un proceso de formación inclusivo.

El proceso analítico de la información recabada en las primeras dos fases, se realizó mediante una exploración inicial de las transcripciones de los grupos focales, entrevistas y mesas de trabajo, a través de lectura individual de los textos por parte del equipo investigador. Posteriormente el análisis siguió un patrón de codificación abierta y codificación axial¹⁶ en el software Atlas Ti. Versión 9. Todo el proceso investigativo fue realizado en cumplimiento de los criterios de rigor metodológico de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad¹⁷.

Resultados

Se contó con la participación de 44 personas sordas de Antioquia, que señalaron que sus conocimientos para el cuidado de la salud se derivan de aprendizajes adquiridos en el núcleo familiar, información que se comparte entre pares a través de la LSC y conductas que se incorporan en la cotidianidad por imitación. Desde sus experiencias y percepciones, emergió un sistema de categorías compuesto por necesidades en educación para la salud, sobre el cuidado del cuerpo y la higiene, alimentación, práctica de actividad física, salud sexual, salud mental, prevención de las enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, entre otras y el funcionamiento del sistema de salud colombiano¹⁸.

“nadie me había explicado ese tema y yo quedé súper asustada muy preocupada de quedar embarazada,

entonces le conté a mi mamá y ella no sabía cómo explicarme...”P1

“me parece que hace falta la salud mental porque hay muchas cosas que pasan, que dependen de las emociones que pueden llegar a convertirse en una enfermedad...”P4

“sobre la depresión y desesperanza que tienen algunos, todos esos temas en lengua de señas, sería muy importante que lo supieran, ayudaría a mejorar la calidad de vida”P12

“si uno le pregunta a la persona sorda como cuidas tu salud, sabes cuánto tiempo debes de dormir?, ¿cuánto debes de comer?, qué deporte debes de hacer?, no, de esos temas no sabemos” P7

“...el tema de la alimentación, por ejemplo, qué no se puede comer, qué va subir los triglicéridos, problemas de la sangre, explicar a las personas sordas”P6

Del proceso de construcción con representantes de la comunidad sorda y profesionales de la salud expertos, se obtuvo una estructura curricular compuesta por siete módulos; que inicia con la reflexión sobre el proceso salud enfermedad y técnica de cartografía social; un módulo que explica el sistema de salud colombiano y el rol del promotor, seguido por el módulo de higiene corporal e higiene bucal. Posteriormente se aborda la salud sexual y salud reproductiva, seguido por los módulos acerca de la alimentación saludable, actividad física y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles; y finaliza con el módulo de salud mental, completando una formación de una intensidad total de 160 horas.

El curso se planteó con el principio del diseño universal, dictado en LSC, con especial énfasis en el uso de recursos visuales, videos, y actividades que implicaban el movimiento, la expresión corporal, el aprendizaje experiencial, en coherencia con la identidad cultural de los sujetos sordos.

Para el componente virtual del curso se diseñó un aula virtual de apoyo (AVA), accesible para personas señantes, en donde se encontraban alojados contenidos de repaso, materiales y actividades de estudio, en LSC para reforzar los conceptos abordados en los encuentros presenciales. Con el propósito de fortalecer los módulos del aula virtual, se produjeron videos educativos en LSC, sencillos y didácticos, en los que se integró la narrativa explicativa de los conceptos y su aplicación en situaciones dramatizadas por personas sordas, lo cual hacía de estos un material de fácil apropiación por los estudiantes.

El componente práctico está compuesto por un ejercicio de cartografía social del territorio del promotor en formación, así como, la realización de talleres sobre la toma de signos vitales, de medidas antropométricas para tamizaje cardiovascular y metabólico, y el cálculo de riesgo cardiovascular global. Lo antes descrito, se realizó de forma presencial con actividades de integración tipo caso simulado, que los estudiantes debían compartir posteriormente en el aula virtual.

Los docentes involucrados en este proceso de enseñanza y aprendizaje fueron capacitados y acompañados, por el equipo investigador con experiencia de trabajo con personas sordas e intérpretes de LSC, para lograr un proceso armónico de formación, acorde con las necesidades educativas de los estudiantes. Esto permitirá garantizar la apropiación de los conocimientos fundamentales que debe tener un promotor comunitario de salud, para servir de nexo efectivo entre su comunidad y el sistema sanitario.

Es importante destacar que el equipo formador incluyó a una docente sorda, lo que enriqueció la experiencia educativa y permitió una conexión más auténtica con los estudiantes. Esta inclusión no solo contribuyó a la visibilización de las necesidades de la población sorda, sino que también desafió las estructuras educativas tradicionales que a menudo excluyen sus voces.

De este modo, la combinación de docentes capacitados y la participación activa de una docente sorda no solo permite el desarrollo de competencias técnicas, sino que también contribuye al enriquecimiento de los significados que los estudiantes construyen a lo largo de su trayectoria educativa. Esto refleja la importancia de un aprendizaje que vaya más allá de las lógicas tradicionales, y se enfoque en el contexto y las realidades de los participantes.¹⁹

De otra parte, la evaluación permanente del aprendizaje de los estudiantes sordos se diseñó utilizando la metodología aprendizaje basado en problemas (ABP) y elementos de la evaluación por competencias (EPC) en escenarios simulados. Se les proporcionaba a los estudiantes la descripción de una situación problema y unos sujetos con necesidades concretas de educación para la salud, y el estudiante, debía asumir su rol como promotor y orientar a los protagonistas de la situación, a través de videos y escenarios simulados por el equipo de docentes.

Para lograr evidenciar el proceso de apropiación y aplicación de los conocimientos, al finalizar el curso

de formación, se realizó un ejercicio evaluativo en el Centro de Excelencia en Competencias (CEC) de la universidad CES. Para ello y a partir de la metodología de examen clínica objetivo estructurado (ECO), que permite la evaluación del aprendizaje en escenarios clínicos simulados²⁰, se realizó la adaptación a situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental, estilos de vida y la higiene, representadas por actores sordos, con los cuales los estudiantes debían interactuar y analizar el contexto puesto en escena para dar orientaciones en salud, desde su rol y alcance como promotores. Para garantizar la confidencialidad y la tranquilidad de los estudiantes, a través de una cámara de Hessel, docentes investigadores evaluaron las competencias demostradas del estudiante, teniendo como referencia una lista de chequeo para cada caso simulado. Una vez finalizada la simulación se llevó a cabo la retroalimentación del ejercicio de manera individual y colectiva. Una vez finalizado el ECOE y con el cumplimiento del 80 % del curso, los estudiantes fueron certificados y graduados como promotores comunitarios de salud.

Convocatoria de estudiantes

Con el propósito de convocar estudiantes sordos, se difundió un video con la presentación del curso, en el que un representante de la ASANSO, indicó qué era un promotor comunitario de salud, en qué consistía la formación y las instrucciones para inscribirse.

Para el proceso de selección se estableció un “perfil del promotor comunitario de salud” que contemplaba los siguientes atributos: ser una persona sorda, usuaria de la LSC, mayor de edad, líder reconocido por la comunidad sorda en el territorio del departamento donde residía, tener vocación de servicio, haber terminado la secundaria, tener capacidad de gestión y poseer un nivel de español medio. Posteriormente, se condujeron entrevistas a los interesados, donde además de lo antes descrito, se indagó por el municipio de residencia, ocupación, nivel de escolaridad, interés y disponibilidad para formarse.

Del proceso de admisión se constituyó un grupo de 10 personas sordas, de los cuales 4 eran residentes de Medellín, 3 de Itagüí, una persona de Envigado, una de Bello y una de Belmira, Antioquia. En cuanto a género, el grupo estuvo compuesto por 5 hombres y 5 mujeres. Con relación al nivel de escolaridad, 2 participantes eran profesionales y 1 contaba con formación técnica.

De 10 estudiantes que iniciaron el curso, 9 personas finalizaron la formación y cumplieron los requisitos para certificarse como promotores (ver **Tabla 1**). El acompañamiento posterior se realizó por medio de presentación formal de los promotores ante las instituciones del Estado encargadas de las acciones de salud pública en los territorios en los que residían. Esto con el propósito de articular a los graduados en los procesos de atención primaria en salud, educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para darle sentido y aplicación a lo aprendido en el contexto de la salud comunitaria.

Tabla 1. Características de los promotores.

		n =9
Sexo	Mujer	4
	Hombre	5
Municipio	Medellín	3
	Itagüí	3
	Envigado	1
	Bello	1
Zona de residencia	Belmira	1
	Urbana	8
	Rural	1

Discusión

Las personas sordas identificaron necesidades en educación sobre el cuidado del cuerpo, salud sexual y reproductiva, salud mental, alimentación saludable y práctica de actividad física, como elementos relevantes para mantenerse sano, sin embargo, expresaron que la información sobre estos temas no está disponible en LSC, y por tanto no pueden acceder a ella¹⁸. Este panorama ha sido reportado en estudios realizados en Colombia, Chile, Estados Unidos, Reino Unido y España²¹⁻²⁵ en los cuales se recomienda imperativamente la implementación de programas con pertinencia cultural y que garanticen la comunicación efectiva con las personas sordas²⁶.

Los promotores de salud son actores legítimos en contextos rurales dispersos y en comunidades indígenas²⁷. Sin embargo, la formación de promotores comunitarios de salud sordos, es la primera experiencia de implementación de este actor para contribuir a la salud de la población sorda. Este proceso no solo representa un reto desde la perspectiva formativa, sino también desde la práctica del promotor capacitado, quien inicia actividades con comunidades, familias y personas sordas y que a su vez articularse con el sistema de salud colombiano.

La presente experiencia, confirmó la necesidad y la oportunidad de formar promotores comunitarios con capacidades para construir conocimientos sobre el cuidado de la salud con sus comunidades y en su misma lengua, así mismo es necesario capacitarlos en determinantes sociales de la salud, actividades de detección temprana de enfermedades prevalentes y prevención de estas²⁸.

El proceso de educación para la salud en la investigación que da origen a este manuscrito se concibió desde un enfoque crítico social. Para los participantes, la educación para la salud no es solo un intercambio de información, sino un proceso de construcción colectiva de conocimientos que refleja sus realidades. Este enfoque permite que los sujetos involucrados no solo sean receptores, sino también cocreadores de su aprendizaje, lo que enriquece el proceso educativo y lo hace más relevante y significativo²⁹. Así mismo desde una apuesta epistemológica de las investigadoras, se reconoce a las personas sordas como sujetos de conocimientos que, en coherencia con el dialogo de saberes en salud aportan a la construcción de propuestas curriculares culturalmente pertinentes.

Este curso fue diseñado y desarrollado en conformidad con el principio de diseño universal del aprendizaje (DUA)³⁰, bajo las lógicas de estrategias didácticas interactivas, se usaron metodologías participativas, y experienciales, de fácil comprensión, apropiación y cercanas a los contextos y situaciones de las personas sordas. De otra parte, para garantizar los principios de la educación inclusiva es preciso el diseño de procesos formativos adaptados a los ritmos de aprendizaje de las personas, que conserven la identidad cultural de los grupos y supere las barreras comunicativas³¹.

Lo anteriormente descrito se alinea con el enfoque constructivista del aprendizaje experiencial³⁰, que destaca la relación entre la persona y su entorno para fomentar un desarrollo holístico y multidimensional. Este enfoque no solo permite aprender a conocer, hacer, convivir y ser, sino que también fundamenta una perspectiva que visibiliza las necesidades de la población sorda y desafía las estructuras y prácticas que perpetúan su exclusión.

En este sentido, se considera esencial reconocer las dimensiones propuestas por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), que promueven el aprendizaje como un proceso cultural y social. Esta visión

enfatisa la importancia de construir conocimientos y significados a partir de las experiencias cotidianas, reflexionando sobre ellas y aplicando los saberes adquiridos en la práctica. Desde esta perspectiva, la reflexión y el pensamiento generados a partir de la experiencia se convierten en catalizadores del aprendizaje, lo que permite un crecimiento integral y un verdadero empoderamiento de las personas sordas en sus procesos educativos y de salud.

La formación de profesionales sordos en el ámbito de la salud debería ser considerada no solo un objetivo, sino una meta que transforma el paradigma educativo. Este cambio puede llevar a una reconfiguración del entendimiento de la salud como un proceso inclusivo y multidimensional, donde cada voz cuenta y cada experiencia suma.

Conclusiones

El proceso de formación en el campo de la salud con personas sordas demanda una planeación curricular que sea coherente con sus procesos de aprendizaje. Para esto se debe tener en cuenta la intensidad horaria requerida para abordar los ejes temáticos, terminología en salud en español armonizada con la LSC a través de acuerdos lingüísticos, el trabajo conjunto con los intérpretes de LSC previo, durante y posterior a los encuentros presenciales con los estudiantes y la retroalimentación de los mismos por medio de valoración de cada módulo.

Los aprendizajes construidos entre los estudiantes sordos, intérpretes de LSC, docentes y equipo investigador invitan al reconocimiento del valor de la diversidad, flexibilidad y creatividad en los procesos pedagógicos para superar barreras lingüísticas y culturales heredadas socialmente.

Los promotores comunitarios de salud sordos que trabajen bajo la perspectiva de APS deben desarrollar una serie de conocimientos, habilidades, prácticas y actitudes durante su formación, que les permita responder de manera oportuna, integral, efectiva y competente a las necesidades de salud de las comunidades que hacen parte³². Este ejercicio de formación abre posibilidades para la inclusión de personas sordas en procesos de educación para la salud, en roles de liderazgo y de mayor autonomía. No obstante, el reto se centra en que una vez preparados estos actores, puedan ser integrados de manera operativa y eficiente, en las dinámicas de un sistema de salud fragmentado y centrado en la enfermedad, como es el colombiano.

Contribución de autores

ALE: concepción de la idea, formulación del proyecto, recolección e interpretación de la información, ejecución del proyecto, escritura y revisión del manuscrito final.
JMA y SYCM: apoyo en la formulación y ejecución del proyecto, escritura y revisión del manuscrito final.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos y actividades de la presente investigación se realizaron bajo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki¹⁴, en el Reporte Belmont y en las Pautas CIOMS³³. Se obtuvo aval del Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad CES. Las personas invitadas al estudio aceptaron participar mediante consentimiento informado, el cual fue interpretado en LSC, previo al encuentro con el equipo investigador. Posteriormente se amplió información del estudio y se resolvieron inquietudes que surgieron entre los interesados. Según la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993³⁴, este estudio se clasificó como investigación de riesgo mínimo, por lo cual se contó con acompañamiento psicosocial para los participantes en caso de presentar malestar emocional durante las actividades del proyecto. En coherencia con el principio de confidencialidad, se le asignó a cada participante un código para su identificación en el proceso de recolección y análisis de la información.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto fue financiado por la Universidad CES, en convenio con la Asociación de Personas Sordas de Antioquia (ASANSO). Además, se contó con apoyo de la Dirección de Salud Colectiva de la Dirección Seccional de Salud de la Gobernación de Antioquia.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

Referencias

1. Santos AS, José A, Portes F. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>
2. Ayala-Hernandez JM, Lopera-Escobar A, Cadavid-Mazo SY, Pulgarin-Ossa DA. The interaction between the healthcare professional and the deaf person. Experiences from the Colombian healthcare system. *J Dev Phys Disabil*. 2021; <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09784-4>
3. García González AM, Conceiro Rúa A, García González AM, Conceiro Rúa A. Barreras de comunicación: experiencia de la persona sorda en la unidad de urgencias. *Index Enfermería*. 2021; 30(1–2): 14–18.
4. República de Colombia. Ley 982 de 2005. Colombia: Congreso de la República; 23 de septiembre de 2005 [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=17283>
5. Amaya C. Gestores comunitarios de salud: una experiencia pedagógica piloto en la Universidad del Rosario. *Rev Cienc Salud*. 2006; 4(Esp): 33-40. doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.541>
6. Gobierno de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Colombia: Congreso de la República; 16 de febrero de 2015 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf
7. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Minsalud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 27 de febrero de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031. 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
10. República de Colombia. Ley 1438: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
11. Assembly L. Access to health services for deaf peopl. Vol. I. 2015. Disponible en: https://www.london.gov.uk/sites/default/files/london_assembly_health_committee_-_access_to_health_services_for_deaf_people_-_june_2015_-_updated.pdf
12. Instituto Nacional para Sordos INSOR, Subdirección Promoción y Desarrollo. De la garantía a la realización del derecho a la salud de las personas sordas: análisis de dificultades y oportunidades. 2018. Disponible en: http://www.insor.gov.co/observatorio/download/garantia_realizacion_der_salud_per_sordas.pdf
13. PAHO. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. 1978.
14. WestRasmus EK, Pineda-Reyes F, Tamez M, Westfall JM. Promotores de salud and community health workers: an annotated bibliography. *Fam Community Health*. 2012; 35(2): 172-182. doi: [10.1097/FCH.0b013e31824991d2](https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31824991d2)
15. Pérez de la Fuente O. Las personas sordas como minoría cultural y lingüística. *Dilemata*. 2014; 15: 267–287.
16. Medina Moya J. Análisis de datos cualitativos en el enfoque etnográfico. In: Deseo de cuidar y voluntad de poder La enseñanza de la enfermería. 2006. p. 5–10.
17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017.
18. Lopera-Escobar A, Cadavid Mazo SY, Ayala Hernández JM. Creencias y prácticas para el cuidado de la salud de las personas sordas de Antioquia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2023; 41(2): e351971–e351971. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e351971>
19. Vygotsky L. Interaction between learning and development. In: M. Gauvain, M. Cole, editors. *Readings on the development of children*. Second. New York: Scientific Academic Books; 1978. p. 34–40.
20. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev Med Herediana*. 2017; 28(3): 192. doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3188>
21. Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Rev Med Chil*. 2019; 147(5): 634–642. doi: [http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634](https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634)

22. Gil-Cano PA, Navarro-García AM, Serna-Giraldo C, Pinzón-Seguro M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019; 37(2). doi: <http://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a12>
23. Kushalnagar P, Reesman J, Holcomb T, Ryan C. prevalence of anxiety or depression diagnosis in deaf adults. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2019; 24(4): 378–385. doi: <http://doi.org/10.1093/deafed/enz017>
24. Casas D, Linares M, Lemos M, Restrepo DA. Depresión y ansiedad en personas con deficiencia auditiva: revisión de literatura. *Rev Virt Univ Católica del Norte*. 2009; 28: 1–15.
25. Segovia-Quñones M, Ponce-López V, Chaveiro N, Gómez-Rodríguez E, Rodríguez-Martín D. Promoción de la salud en personas sordas mayores de la comunidad sorda. *Rev UFG*. 2020; 20. doi: <http://doi.org/10.5216/REVUFG.V20.66751>
26. Morisod K, Malebranche M, Marti J, Spycher J, Grazioli S, Bodenmann P. Interventions aimed at improving healthcare and health education equity for adult d/Deaf patients: a systematic review. *Eur J Public Health*. 32(4): 548–556. doi: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckac056>
27. Zuluaga Salazar SM, Otalvaro Castro GJ. Las promotoras rurales de salud, una práctica social en extinción: Estudio de caso en el municipio de Andes, Antioquia, 1976-2015. *Rev Ger Polit Salud*. 2020; 19. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prsp>
28. De Almeida Moraes M, Sampaio E, Geovana da Silva Pires C, Santos Muniz L, Ferreira dos Santos C, de Almeida Moraes M, et al. Training experience with community health agents: Focus on prevention and identification of stroke. *J Nurs Edu Practice*. 2021; 11(7). doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v11n7p63>
29. Díaz Mosquera P, Carrascal Vega A, Guevara Ángel V, Parra Gil S, Salazar Durango MÁ, Trigos Contreras AL, et al. Procesos comunicativos en la atención odontológica: vivencias de personas Sordas. Medellín, Colombia. *Rev Ger Polit Salud*. 2023; 22: 1–27. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.pcao>
30. Delgado K. Diseño universal para el aprendizaje, una práctica para la educación inclusiva. Un estudio de caso. *RIAI*. 2021; 7(2): 14-25. doi: <https://doi.org/10.17561/riai.v7.n2.6280>
31. Escarbajal Frutos A. Educación inclusiva e intercultural. *Int J Develepm Ed Psychol*. 2010; 3(1): 411–418.
32. Rey-Gamero A, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013; 12(25). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-25.ecpe>
33. OPS, CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2017. 150 p. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
34. República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>