



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**PROYECTO TERMINAL**

**PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SORDAS EN  
MÉXICO RESPECTO A LOS SERVICIOS DE  
SALUD QUE RECIBEN**

**Para obtener el grado de  
Maestra en Salud Pública**

**PRESENTA**

LTF. Anabel Romero Olguín

**Director (a)**

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

**Codirector (a)**

Dr. Christian Giorgio Jullian Montañez

**Comité tutorial**

Mtro. Carlos Montaña Salazar  
Dr. Mario Isidoro Ortiz Ramírez  
Dr. Rubén García Cruz

Pachuca, Hidalgo, Febrero 2023



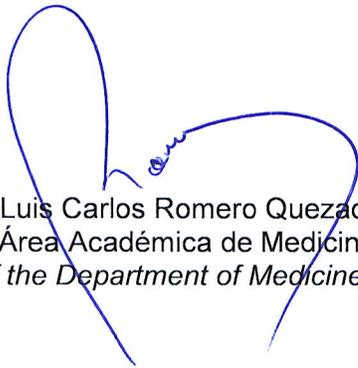
Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/003/2023  
**Asunto:** Autorización de Impresión de PPT  
 Pachuca de Soto, Hgo., enero 18 del 2023

**L.T.F. ANABEL ROMERO OLGUÍN**  
**EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
 GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Percepción de las personas sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.  
 “Amor, Orden y Progreso”

  
 D. en Psic. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña  
 Directora del Instituto de Ciencias de la Salud  
 Dean of the School of Health Sciences

  
 MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del Área Académica de Medicina  
 Chair of the Department of Medicine

  
 P.d.  
 D. en C.E. Lydia López Pontigo  
 Coordinadora de Posgrado del ICSa  
 Director of Graduate Studies of ICSa

  
 M. en C.S. María del Consuelo Cabrera Morales  
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

RMEGS/LCRQ/LLP/MCCM/mchm\*

**M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES**  
**COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**Presente.**

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada **ANABEL ROMERO OLGUÍN**, con número de cuenta 214033, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado **“Percepción de las personas sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben”** está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.



Atentamente.  
“Amor, Orden y Progreso”

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Directora

Dr. Christian Giorgio Julian Montañez

Codirector

Mtro. Carlos Montaña Salazar

Asesor

Dr. Mario Isidoro Ortíz Ramírez

Lector

Dr. Rubén García Cruz

Tutor

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres y familia por su apoyo incondicional, por motivarme y alentarme a ser cada día mejor persona y avanzar en mis metas profesionales.*

*A mis compañeros y profesores que me acompañaron en el camino para hacer este sueño realidad, por sus enseñanzas y crecimiento en conjunto.*

*A mis amigos y miembros de la comunidad de Sordos de México que participó en este estudio, quienes me han enseñado sobre resiliencia, unión, empatía, y que cada parte de nuestro cuerpo tiene algo que comunicar, pero sobre todo a hablar con el corazón a través de las manos.*

*A Esbeidy, amiga, confidente e intérprete por su apoyo y sabiduría compartida en el proceso.*

*A la ciencia, la vida y el universo porque como bien me enseñó mi tío Jorge Romero (científico y gran persona), cada día hay algo nuevo que aprender.*



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
MARCO TEÓRICO	17
Capítulo I. Discapacidad auditiva y políticas en salud	17
Capítulo II. Evaluación de la calidad de la atención en salud de las personas Sordas	26
JUSTIFICACIÓN	39
MÉTODO GENERAL	41
Pregunta de investigación	41
Objetivo General	41
Objetivos Específicos	41
MÉTODO FASE I	43
Pregunta de investigación	43
Objetivo General	43
Objetivos Específicos	43
Tipo de Estudio	43
Tipo de Diseño	43
Variables	44
Hipótesis de trabajo	45
Participantes	45
Población	45
Muestra	45
Tipo de Muestreo	45
Criterios de Inclusión	46
Criterios de Exclusión	46
Criterios de Eliminación	46
Instrumentos	46
Implicaciones Bioéticas	46

Procedimiento	47
RESULTADOS FASE I	49
MÉTODO FASE II	55
Pregunta de investigación	55
Objetivo General	55
Objetivos Específicos	55
Tipo de Estudio	55
Tipo de Diseño	55
Hipótesis de trabajo	56
Participantes	56
Muestra	56
Tipo de Muestreo	56
Criterios de Inclusión	56
Criterios de Exclusión	56
Criterios de Eliminación	56
Instrumentos	57
Implicaciones Bioéticas	57
Procedimiento	57
RESULTADOS FASE II	62
MÉTODO FASE III	67
Pregunta de investigación	67
Objetivo General	67
Objetivos Específicos	67
Tipo de Estudio	67
Tipo de Diseño	67
Hipótesis de trabajo	67
Participantes	68
Población	68
Muestra	68

Tipo de Muestreo	68
Criterios de Inclusión	68
Criterios de Exclusión	68
Criterios de Eliminación	68
Instrumentos	68
Implicaciones Bioéticas	69
Procedimiento	69
RESULTADOS	71
Resultados descriptivos	71
Propiedades psicométricas del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”	71
Análisis descriptivo y correlacional	80
DISCUSIÓN	82
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	90
ANEXOS	91
BIBLIOGRAFÍA	96

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estado del arte en la evaluación de la calidad de la atención de las personas Sordas	33
Tabla 2. Pasos para la construcción de un instrumento	36
Tabla 3. Definición de variables	44
Tabla 4. Estructura del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”	59
Tabla 5. Concordancia entre jueces	64
Tabla 6. Fuentes de información en temas de promoción de la salud	72
Tabla 7. Fuentes de información en temas de prevención	73
Tabla 8. Fuentes de información en temas de prevención y mitigación de riesgos	74
Tabla 9. Fiabilidad del instrumento	79
Tabla 10. Correlación de Pearson entre aspectos de la consulta médica según sexo y servicio médico	80

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases de la investigación	42
Figura 2. Porcentaje de acuerdo interjueces por ítems del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”	62
Figura 3. Calidad percibida sobre aspectos del trato adecuado	76
Figura 4. Calidad de la atención recibida por diversos profesionales de la salud	77

## RESUMEN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reporta que las Personas con Discapacidad notifican la vulneración de este derecho con mayor frecuencia que aquellas sin discapacidad. En México 5,104,664 personas presentan una discapacidad auditiva, un 4% del total de la población. Se considera persona Sorda a aquellas que presentan dicha discapacidad, pero conviven en comunidad con otros de su misma condición y utilizan la lengua de señas como medio de comunicación. El objetivo del estudio es analizar las percepciones de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben. Para ello se dividió la investigación en tres fases, en la primera se revisó el estado del arte y se realizaron dos grupos focales con 9 personas Sordas de México, con los resultados obtenidos se inició la fase II, para el diseño psicométrico y validación del instrumento "Calidad de los Servicios de Salud en LSM" versión en línea y apoyado en Lengua de Señas Mexicana, el cual fue evaluado por 14 jueces expertos, encontrando una concordancia global pobre de  $K=0.183$ , y una concordancia entre jueces de justa a moderada [0.21 – 0.60] y una consistencia interna alta de  $K20=0.816$ . Una vez aprobado, en la fase III se aplicó el instrumento a 94 personas Sordas de la República Mexicana. Se encontró que el instrumento diseñado tiene una consistencia interna alta con un  $\alpha$  de Cronbach global= 0.88 [IC 0.84-0.91]. Se encontró que en los servicios no personales de salud las principales fuentes de información son hospitales, televisión, y amigos o familiares. En los servicios personales, dentro de la consulta se evaluaron como buenos el acceso a redes sociales, autonomía y respeto, el aspecto de menor aprobación fue la comodidad de las instalaciones. La calidad de la atención por otros profesionales de salud de acuerdo a la categorización de este estudio fue percibida alta para enfermería, laboratorio y odontología, mientras que el más bajo fue radiología.

**Palabras clave:** personas Sordas, derechos humanos, calidad, salud, psicometría

## ABSTRACT

The Universal Declaration of Human Rights specifies that everyone has the right to an adequate standard of living regarding health and well-being, however, the World Health Organization reports that People with Disabilities notice the violation of this human right more frequently than those without disabilities. In Mexico, 5,104,664 people have a hearing disability, 4% of the total population. Deaf people are considered to be those who present this disability, but stay in community with others of the same condition and use sign language as a means of communication. The aim of this study is to analyze the perceptions of Deaf people in Mexico regarding the health care services that they receive. In order to do this, the research was divided into three steps, in the first, the state of the art was reviewed and two focus groups were held with 9 Deaf people from Mexico. Once the results were obtained, phase II began, for the psychometric design and validation of the instrument. "Calidad de los Servicios de Salud en LSM" online version supported by Mexican Sign Language, which was evaluated by 14 expert judges, finding a poor overall agreement of  $K=0.183$ , and a fair to moderate agreement between judges [0.21 – 0.60] and a high internal consistency of  $K20=0.816$ . Once approved, in phase III the instrument was applied to 94 Deaf people in Mexico. It was found that the designed instrument has a high internal consistency with a global Cronbach's  $\alpha= 0.88$  [CI 0.84-0.91]. It was found that in non-personal health care services, the main sources of information are hospitals, television, and friends or relatives. In the personal services, within the doctor visit, access to social networks, autonomy and respectful treatment were evaluated as good, the aspect with the least approval was the comfort of the amenities. The quality of care by other health professionals according to the categorization of this study was perceived as high for nursing, laboratory and dentistry, while the lowest was for radiology service.

**Key words:** Deaf people, human rights, quality, health, psychometry

## INTRODUCCIÓN

Los sentidos nos permiten percibir e interactuar con nuestro entorno, cuando alguno de éstos se ve disminuido o perdido, el ser humano ha tenido la capacidad de adaptarse y compensar la pérdida mediante el desarrollo de nuevas habilidades. En el caso de la audición, una de sus principales funciones es el desarrollo del lenguaje oral, pues el infante comienza a escuchar las voces y sonidos de los adultos y el medio que los rodea; cuando ésta se ve alterada y produce sordera, el niño comienza a expresarse con sus manos, gestos y cuerpo.

La sordera como condición de un sujeto puede ser vista desde una perspectiva médica como imposibilidad, falta o discapacidad; o bien, desde una perspectiva socio-antropológica como una condición que da una identidad social y lingüística (1), es en esta identidad que ellos mismos se denominan Sordos, con “S” mayúscula en el momento en que conviven con otros sujetos que utilizan su misma forma de comunicación, la lengua de señas, y forman una comunidad (2).

La presente investigación surge de la inquietud de la investigadora, quien desde hace 9 años ha tenido interacción con la comunidad de Sordos, y le ha llevado a conocer su lengua, costumbres y forma de vida, además de observar las carencias, necesidades e inequidades a las que se enfrentan día a día en los ámbitos educativos, laborales, sociales y en particular de salud.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa la universalidad del derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su proyecto de acción mundial sobre discapacidad 2014-2021, busca garantizar el derecho humano a la salud para este grupo de la población mediante la eliminación de obstáculos y la consiguiente mejora en acceso a programas y servicios de salud, el fortalecimiento de servicios de rehabilitación y fomento a la investigación. A fin de que toda persona con discapacidad (PcD) reciba una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad (4). Resalta además, la importancia de tomar en cuenta la opinión y participación directa de las PcD, pues son ellas quienes día a día enfrentan los obstáculos, y es importante que toda información y comunicación con ellas sea en formatos adecuados y accesibles, por ejemplo, en el caso de la discapacidad auditiva, a través de la lengua de señas.

En el marco de la Objetivos del Desarrollo Sostenible en la Agenda 2030 que busca lograr la cobertura sanitaria universal y reducir las desigualdades (5) y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y sus objetivos de alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar reduciendo desigualdades e inequidades(6), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece la Estrategia y Plan de Acción para Mejorar la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud 2020-2025 (7), en la cual define a la calidad de los servicios de salud como la satisfacción de necesidades de salud de las personas familias y comunidades, basado en las mejores prácticas y contribuyendo a la equidad y el bienestar; reconoce y prioriza la atención a las poblaciones vulnerables, brindando servicios con alta calidad técnica, con condiciones básicas de higiene, salubridad, seguridad física y de confianza para los usuarios, cuidando además el bienestar físico, psicológico y emocional del paciente y sus familiares o cuidadores.

En este estudio se busca conocer cuál es la situación particular en México, realizar una evaluación de cómo perciben los Sordos su atención en los servicios de salud, mediante el desarrollo de un instrumento psicométrico en su propia lengua, la Lengua de Señas Mexicana (LSM), qué necesidades tienen, y qué áreas de oportunidad se presentan para brindarles una mejor atención en salud.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que las Personas con Discapacidad notifican con una frecuencia dos veces mayor que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades; cuatro veces más, que son mal tratados por dicho personal y que se les niega la asistencia tres veces más que a las personas sin discapacidad (8).

Se estima que en el mundo hay 466 millones de personas con pérdida de audición discapacitante, esto equivale a poco más del 5% de la población mundial. (9). En México en el último censo poblacional de 2020, indica que 5,104,664 personas presentan una limitación o discapacidad para escuchar, aunque usen aparato auditivo (10), un 4% del total de la población.

El marco jurídico nacional e internacional señalan la igualdad de valor y condiciones de todos los seres humanos, y su consecuente de no discriminación (3), además de dictar las competencias a las autoridades, cuya obligación será promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (11).

En las más recientes observaciones (2022) que emite la Organización de las Naciones Unidas a México sobre la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (12), se hace un llamado a la transición de la mirada de la discapacidad del modelo médico-asistencialista a un enfoque de derechos humanos; y señala que preocupan ciertas acciones u omisiones en materia de salud, tales como: la falta de información en formatos accesibles, falta de respuesta inclusiva para hacer frente al impacto de la pandemia por covid-19, falta de medidas de prevención y erradicación de violencia contra PcD, particularmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, las restricciones en los servicios de atención sanitaria, como salud mental, sexual y reproductiva; la violación a la autonomía por excepciones legales en el uso del consentimiento informado en pacientes con discapacidad. Y exhorta al Estado Mexicano a corregir

dichas deficiencias, reforzar sus políticas públicas y emprender acciones a favor de las Personas con Discapacidad.

Resulta de interés conocer desde la opinión de las personas Sordas en México si gozan plenamente del derecho a la salud, así como sugieren Campos et al.: investigar las experiencias de atención sanitaria permitirá conocer la multidimensionalidad de sus percepciones, y así conocer las necesidades reales y actuales de esta población (13), abriendo un campo para la mejora en la atención en salud.

## MARCO TEÓRICO

### *Capítulo I. Discapacidad auditiva y políticas en salud*

Los sentidos de la vista, gusto, tacto, olfato y audición nos permiten entrar en contacto con el medio que nos rodea y conocer sus características; la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define a las funciones auditivas, como aquellas funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad (14), el oído humano posee un rango auditivo que por la frecuencia de la onda va de los 20 a los 20,000 Hz, y por la intensidad de 1dB hasta 140 dB (15). Sin embargo, este umbral puede verse afectado por diversos factores, ya sean físicos, biológicos, químicos o mecánicos, produciendo una disminución o pérdida de este sentido.

La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición clasifica la pérdida de la audición según su tipo, grado y configuración. Distingue por tipo la sordera conductiva, cuando el sonido no viaja con facilidad por el canal externo del oído hasta el tímpano y los huesecillos del oído medio, y la neurosensorial, cuando hay daño al oído interno (cóclea) o a los conductos de los nervios entre el oído interno y el cerebro; o mixta. Por grado de afección se refiere a la severidad de la pérdida desde ligera (16 a 25 dB) a profunda (>91dB), y la configuración de la pérdida de audición se refiere a la estructura y grado de la pérdida en toda la gama de frecuencias (tonos) según se ven representados en una gráfica llamada audiograma (16).

Dependiendo el momento de su aparición la sordera se clasifica en prelocutiva o poslocutiva, siendo la primera aquella que ocurre antes de que la persona aprenda un idioma o lengua oral, ya sea de nacimiento o que se adquiere antes de los tres años; y la segunda es aquella en que el sujeto ya tiene una lengua oral bien aprendida y queda sorda por diversas causas (6). Lo que va a diferenciar la forma en que pueda comunicarse y desenvolverse en su entorno.

Según el desarrollo de lenguaje para comunicarse se distinguen los sordos señantes, bilingües y semilingües; los primeros son aquellos nacidos en familias de sordos y que, por estar expuestos desde el nacimiento a la lengua de señas, la adquieren de manera natural y construyen su propia gramática e identidad cultural, similar a lo que sucede en niños oyentes hijos de padres oyentes. Los sordos bilingües, son aquellos que desarrollan y utilizan dos lenguas, en este caso la lengua de señas y la lengua oral-escrita de la sociedad mayoritaria en la que se desenvuelve, en el caso de México, el español. Sin embargo, existen muchos casos en que el niño sordo se encuentra en un contexto de aprendizaje de una segunda lengua (oral-escrita) sin haber recibido el soporte requerido en su lengua natural (señas), por lo que dificulta el aprendizaje de ambas, dando como resultado un sordo semilingüe cuya competencia en las dos lenguas resulta deficiente (17).

Cuando existe una pérdida de audición profunda, es decir que oye muy poco o nada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como sordera (9). Es esta alteración o deficiencia que la coloca dentro de lo que se considera discapacidad, tal como lo precisa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, la cual define que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (18).

Con el fin de alcanzar esa igualdad de condiciones para todas las personas, se han establecido diversas políticas públicas que mediante leyes y normas buscan facilitar el goce de los derechos, favorecer los mecanismos para su realización, regular sobre quién recae su vigilancia y ejecución. Existe un amplio marco jurídico internacional a los cuales México se encuentra alineado, entre los que destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (3), la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra

las Personas con Discapacidad (1999) que como su nombre lo dice busca prevenir y eliminar toda forma de discriminación y propiciar la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad (19), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) que tiene como propósito fundamental asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos para todas las personas con discapacidad (18), además, como miembro de las Naciones Unidas, México es partícipe de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que busca mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás (5).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos precisa que toda persona tiene derecho a la salud y el bienestar, y a recibir la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (3), sin distinción por condición de edad, género, estado civil y/o discapacidad. La OMS considera que la discapacidad es un problema de salud pública, pues afrontan diversas barreras para acceder a distintos servicios, entre ellos de salud; es además una cuestión de derechos humanos pues las PcD enfrentan frecuentemente situaciones de desigualdad, discriminación y/o que vulneran sus derechos; por ello se convierte además en una prioridad para el desarrollo, pues se ha demostrado su relación directa con la condición de pobreza (4).

La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, ratificada en México desde 2001, compromete a los Estados parte a adoptar medidas para eliminar de manera progresiva la discriminación hacia este grupo de la población, sensibilizar a la población y facilitar la integración de las PcD en los distintos ámbitos, priorizando la provisión de servicios para que puedan alcanzar un nivel óptimo de independencia y calidad de vida; además de promover su participación en la toma de decisiones e integración de políticas en su beneficio (20).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad además de definir la discapacidad y sus tipos, busca promover que las PcD gocen

de los derechos humanos en igualdad de condiciones que el resto de la población bajo los principios de respeto, autonomía, inclusión, igualdad, accesibilidad, participación y no discriminación. En lo que a salud concierne, establece que los Estados partes adopten las medidas pertinentes para asegurar el acceso a servicios que sean asequibles, de calidad y lo más cercanos posible, por profesionales de salud sensibles y capacitados para su atención, y en caso de necesitarlo, servicios específicos como consecuencia de su discapacidad. Prohíbe la discriminación y vigila que dichos servicios no sean negados por motivos de discapacidad (18).

La Agenda 2030 de las Naciones Unidas incluye 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que buscan acabar con la pobreza, cuidar del planeta y mejorar la vida de todas las personas. Para alcanzarlos es necesaria la participación de todos los sectores, público, privado, organizaciones de la sociedad civil, académicos y población en general (5). El tercero de los ODS está enfocado a salud y bienestar, entre sus metas se encuentran alcanzar una vida sana, promover el bienestar para todos en todas las edades, reducir la mortalidad, fortalecer la prevención y promoción de la salud, garantizar el acceso universal y lograr cobertura sanitaria universal; lo cual va de la mano con uno de los principios rectores de dicha agenda “no dejar a nadie atrás”, que busca erradicar la pobreza, la discriminación y la exclusión. Lo cual se ahonda en el ODS 10 reducir las desigualdades, el cual promueve la inclusión social, económica y política, garantiza la igualdad de oportunidades y busca erradicar las barreras y vulnerabilidades que ponen en desventaja a ciertos grupos de personas.

A continuación analizaremos el caso del acceso a los servicios de salud por personas con discapacidad auditiva, la necesidad de atención se encuentra en todos los niveles, por ejemplo, cuando una persona Sorda tiene una urgencia o emergencia de salud y requiere una ambulancia, la forma más común de solicitarla es vía telefónica, por lo que buscan otros medios para conseguirla, una vez que lo logran el personal paramédico o de rescate casi nunca conoce la lengua de señas, ni la forma de comunicarse con ellos, además que no se cuentan con servicios de

interpretación; una vez que llega al hospital la situación no cambia, pues esa misma falta de conocimiento por parte de médicos y enfermeras hace muy difícil que el paciente pueda comunicar qué siente, qué le duele, qué está pasando o cómo sucedieron los hechos.

La medida más común que busca el personal sanitario es a través de la escritura, lo cual casi nunca resuelve el problema porque la persona Sorda quizá sabe la seña de lo que quiere decir, pero en ocasiones no recuerda cómo traducirla al español, o bien su nivel de comprensión y producción de la lengua escrita es bajo. Por tanto, muchas veces la persona Sorda se ve obligada a estar acompañada por un familiar, situación que puede resultar incómoda y molesta porque el personal médico se dirige exclusivamente al familiar y no al paciente (21), quedando en ocasiones la información incompleta para el paciente sobre su propio estado de salud; y se ha sabido de repetidas ocasiones en que las decisiones del tratamiento a recibir son autorizadas por los familiares sin consultarlo con el paciente, violando su libertad de decisión y autonomía.

A fin de responder a estas necesidades, cada país establece las políticas en salud pública que considere pertinentes, en México la máxima ley es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), que en su artículo 4° incluye a partir de 1983, que toda persona tiene derecho a la protección a la salud (11) como un derecho universal. De la Constitución se derivan 295 Leyes de diversos temas, en todas ellas se señala la igualdad de valor y condiciones de todos los seres humanos, y su consecuente de no discriminación por origen étnico, edad, género, discapacidad, religión, creencias, preferencia sexual o cualquier otra que atente contra la dignidad humana (3). Además de dictar las competencias a las autoridades, cuya obligación será promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (11).

Del artículo 4° constitucional emana la Ley General de Salud (1984) que desde su promulgación señala que la Secretaría de Salud promoverá ante los gobiernos locales el establecimiento de los mecanismos idóneos para conocer las demandas de servicios básicos de salud para los grupos sociales vulnerables (22) y en coordinación con otras instituciones públicas se dispongan facilidades para las personas con discapacidad (23).

En el año 2005 se emitió la Ley General de las Personas con Discapacidad, en la que se reconoció por primera vez a la Lengua de Señas Mexicana como patrimonio lingüístico de la nación, dispuso el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONADIS) y otorgó la rectoría a la Secretaría de Salud (32,33). En 2007 México ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo que conllevó a establecer estrategias legislativas y administrativas que modificaron la visión asistencialista hacia un enfoque social de la discapacidad, pero fue hasta el 2011 que se publicó la nueva Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, cuyo principal objetivo ha sido establecer las condiciones en las que el Estado debe promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades (26). Desde entonces y hasta la actualidad es el marco legal sobre el que se rige la atención, desarrollo y competencias respecto a las PcD.

El artículo 2° de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad define a la Comunidad de Sordos a todo aquel grupo social cuyos miembros tienen alguna deficiencia del sentido auditivo que les limita sostener una comunicación y socialización regular y fluida en lengua oral alguna. Y reconoce a la Lengua de Señas Mexicana (LSM) como la lengua de una Comunidad de Sordos, que consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimiento corporal, dotados de función lingüística, forma parte del patrimonio lingüístico de dicha

comunidad y es tan rica y compleja en gramática y vocabulario como cualquier lengua oral (26).

Además, el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en su capítulo X dice que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deben promover la utilización de la LSM, el uso de tecnologías de la información, la comunicación accesible, y otros mecanismos que faciliten el acceso a los usuarios o beneficiarios de aquellas instituciones que brinden atención a las PcD. (27).

A partir de esta última Ley, en el período 2014-2018 se publicó el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que se alineó al Plan Nacional de Desarrollo a través de 6 objetivos principales: 1.- incorporar los derechos de las PcD en los programas o acciones de la administración pública, 2.- mejorar el acceso a los servicios de salud, 3.- promover el acceso al trabajo, 4.- fortalecer una educación inclusiva y especial, la cultura, el deporte y el turismo, 5.- incrementar la accesibilidad y tecnologías de la información para PcD y 6.- armonizar la legislación para facilitar el acceso a la justicia y participación política y pública de las PcD (28). En el objetivo que respecta a mejorar el acceso a los servicios de salud, se abordó el diagnóstico temprano, fortalecer y mejorar la calidad en lo que a rehabilitación compete, garantizar el acceso a la cobertura e impulsar acciones especializadas, prevención, promoción de la inclusión social y fomento de la cultura de protección civil.

El actual Gobierno de México, incluye a la Discapacidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, y en los Programas sectoriales de Salud, Bienestar y Trabajo, así como en el de Igualdad y no Discriminación, con políticas orientadas al acceso y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las PcD, como reducir las brechas de desigualdad, brindar un bienestar social y contribuir a una cultura de paz (29); además en el Programa Sectorial de Salud especifica el objetivo de garantizar servicios públicos de salud a toda la población, procesos de salud eficientes,

efectivos y de calidad, así como estrategias, programas y acciones de salud pública y mejorar la protección a la salud (30), sin embargo mantiene una mirada asistencialista de atención a la discapacidad, pues establece una Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad, y de manera muy generalizada promueve políticas de inclusión y bienestar a través de integración en los diversos grupos sociales, respeto a los derechos humanos, promoción de accesibilidad y mecanismos de apoyo para la inclusión de PcD (29).

En el Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación 2021-2024, busca a través de su primer objetivo reducir prácticas que generan exclusión y desigualdad en el ámbito de la salud para grupos históricamente discriminados plantea un ajuste en las políticas públicas existentes para eliminar los obstáculos que puedan afectar el acceso a la salud para dichos grupos, promover la existencia de información accesible y con un enfoque intercultural, capacitación del personal médico y de apoyo para brindar atención diferenciada y sin discriminación (31).

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad, establece los criterios que regulan la forma en que se proporcionan los servicios de atención médica integral a PcD, específico para la de tipo auditivo señala que, se deben diagnosticar las alteraciones congénitas que la provocan antes de los 3 meses de edad, la historia clínica debe orientarse a determinar las causas probables, las pruebas diagnósticas que pueden ser realizadas, deben detectarse problemas de lenguaje, lectura-escritura, voz y habla, aplicación oportuna de procedimientos y técnicas de tratamiento de estimulación, rehabilitación, médico-quirúrgicos, auxiliares auditivos y terapia de lenguaje; así como la vigilancia y seguimiento de la evolución (32).

La NOM-030-SSA3-2013 sobre las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud establece que en los establecimientos donde atiendan a

personas con discapacidad auditiva, deberán contar sistema de alarma de emergencia, a base de señales visibles y lámpara de destellos (33).

De emisión reciente la NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. La cual especifica que en cada inmueble del sector público, privado y social debe mantener actualizado el censo de personas con discapacidad, capacitar y sensibilizar al personal de servicio de emergencia, difundir información sobre rutas de evacuación en formatos accesibles e incluir a las PcD como partícipes de los simulacros. Además contiene recomendaciones para que el personal brinde un trato y manejo digno y adecuado según el tipo de discapacidad; para la auditiva o con baja audición, llamar a la persona por su nombre, hablarle de frente y tranquilo, o puede escribirle, para llamar su atención puede agitar la mano, encender y apagar las luces, o tocarlo levemente al hombro; usar expresividad corporal, mantener el contacto visual, permanezca en espacios iluminados , sugerirle a la PcD que tenga una linterna en su espacio de trabajo o estudio para facilitar la visión en caso de oscuridad (34).

La presente investigación mantiene una mirada desde el principio de igualdad y no discriminación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se apoya en el modelo teórico-conceptual sobre el acceso a servicios de salud en la lógica de la justicia social y el derecho a la salud planteado por Braveman y Gruskin (35), el cual plantea que todas las acciones del sector salud y de otros sectores que afecten a la salud deben realizarse bajo un encuadre de derechos humanos y equidad, identificando y superando los obstáculos (lenguaje, creencias, género, etnia) que ponen en desventaja a los individuos o grupos considerados como vulnerables, fortaleciendo las funciones de salud pública para crear las condiciones necesarias de salud, una financiación equitativa y asegurar que los servicios de salud respondan de manera eficaz (36).

## *Capítulo II. Evaluación de la calidad de la atención en salud de las personas Sordas*

El diccionario de la Real Academia Española define la palabra calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor (37), es decir algo que se puede medir y calificar. Si de calidad en los servicios se habla, existen diversas acepciones, desde la mirada del servicio público puede definirse como la respuesta regular y continua a las necesidades y expectativas de los ciudadanos (38), enfocado en el cliente se puede definir que la calidad se basa en cumplir las expectativas de los mismos en cuanto a los bienes o servicios que ofrecen y que es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar (39); la calidad en los servicios educativos está definida por la mejora continua de los procesos educativos, que permitan lograr resultados medibles, entendiendo las necesidades de los educandos, familia y sociedad; sus necesidades sociales y las expectativas de los educandos en cada nivel para alcanzar su satisfacción (40).

En todas las definiciones descritas la calidad está enfocada en el cliente o usuario, en sus necesidades, expectativas y satisfacción, siempre que las empresas de servicios quieran estar orientadas al cliente, deben basar sus servicios en las perspectivas que tienen los clientes acerca de éste y no en la perspectiva que tiene la empresa del cliente (39), en el ámbito de la salud, que es el que compete a este estudio, esta premisa debe ser tomada en cuenta más que nunca, un servicio de salud no puede esperar que el cliente, usuario o paciente se adapte a la estructura que éste ofrece, si no es el sector salud el que debe adecuarse y modificarse para satisfacer las demandas del usuario.

La OMS define la calidad asistencial, o en salud, como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (41).

Por su parte, la OPS define la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud como la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo (7); una tercera definición específica que la calidad aplicada a la atención en salud, se refiere a la capacidad que tiene una organización o un acto de asistencia sanitaria para dar satisfacción a las necesidades de servicios de salud (42).

Con base en lo anterior, para esta investigación se define la calidad en los servicios de salud como el conjunto de actividades y procedimientos llevados a cabo por el personal de salud de manera efectiva, eficiente y equitativa para brindar una atención centrada en la persona, y que como resultado se ven satisfechas las necesidades de los usuarios.

Lograr la calidad en los servicios de salud implica no sólo mirar el aspecto administrativo-organizacional, sino incluir aquellos aspectos éticos como la comunicación médico-paciente, el resto del equipo de salud y los familiares, generando así confianza, empatía, solidaridad, y sensibilidad entre el prestador del servicio y el usuario (43), entender que la salud es un derecho humano, y que la atención de cada paciente impactará en su persona, su entorno y la sociedad. Para saber si se está cumpliendo o no, requiere ser evaluada, se puede realizar desde dentro, es decir la que se considera por parte de los prestadores del servicio y que se encuentran alineadas a estándares nacionales e internacionales; o bien, desde afuera, desde los usuarios del servicio, quienes califican de acuerdo a sus percepciones, experiencias y expectativas (44)

Avedis Donabedian, señala como base de la evaluación de la calidad tres elementos: estructura, proceso y resultado; se entiende por estructura a las características de cómo se establece y maneja el sistema de atención a la salud, los recursos físicos, materiales y humanos con que se cuenta; el proceso se refiere a lo que hacen los médicos, desde el punto de vista técnico, en la conducción de la

atención a la salud, y su interacción con los pacientes, y los resultados son las consecuencias de la atención o la falta de ella, así como los conocimientos, la educación para la salud y los estilos de vida individuales y poblacionales (51,52).

La legislación Sanitaria en México señala que el Componente de Servicios para la Salud está conformado por los servicios otorgados personales y no personales, los primeros incluyen: consulta externa, hospitalización, urgencias, servicios de corta estancia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y actividades que se realizan en la comunidad por personal auxiliar de salud.

Los servicios no personales incluyen: protección contra riesgos sanitarios, promoción y educación para la salud, y prevención y control de enfermedades a nivel poblacional (47), para lo cual se cuenta con herramientas tales como la mercadotecnia social, la cual permite a la salud pública el aumento de la cultura sanitaria, pues a través de diversos medios promueve conocimientos, actitudes y creencias que refuercen los hábitos y estilos de vida saludables, motivando a la población a cuidar de su salud tanto en lo individual como colectivo (48). La OMS en su plan de acción 2014-2021 manifiesta la necesidad de que las personas con discapacidad tengan igual acceso a servicios y programas preventivos, que reduzcan los riesgos y/o amenazas a la salud y favorezcan el bienestar personal y comunitario (4).

Al ser la salud un derecho universal establecido en el artículo 4° Constitucional, todos los habitantes de la República Mexicana tienen derecho a recibir dichos servicios, sin distinción ni discriminación por condición de raza, sexo, edad, discapacidad u otros. No basta el hecho de que existan servicios de salud, resulta importante que sean accesibles para todos los usuarios, que brinden una atención oportuna, eficaz y eficiente; lo cual en conjunto determina la calidad de los mismos.

Basado en lo anterior es para interés de esta investigación la evaluación de la calidad tanto de la estructura, el proceso y el resultado de los dos tipos de servicios de salud, personales y no personales. Es decir, evaluar si se cuenta con las características necesarias para atender a personas Sordas, si lo contenido en las leyes y reglamentos es llevado a la práctica, si el proceso de la atención es adecuado y cómo se ve reflejada esta atención en la salud de esta población; incluyendo en los servicios personales, desde la llegada a una institución sanitaria, el contacto en caso de urgencia médica, la consulta externa y la hospitalización; y en los servicios no personales si dicha comunidad tiene acceso a la información de promoción y prevención en salud y riesgos sanitarios.

La calidad no siempre se puede cuantificar o definir en términos objetivos, al estar determinada la satisfacción del usuario por aspectos subjetivos como las expectativas y la percepción, se vuelve necesario que las organizaciones califiquen su servicio brindado con base a la percepción de quienes lo reciben (39). Para realizar dicha evaluación es necesario especificar tres factores: el fenómeno que constituye el objeto de interés, los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, y los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor (49). Es por ello que en esta investigación de busca desarrollar un instrumento que permita reflejar las subjetividades de la percepción para transformarlas en datos medibles y cuantificables.

Un elemento esencial para evaluar la calidad es el trato adecuado, como parte de los procesos de atención en salud, sin embargo la percepción de este resulta subjetivo, por ello Murray y Frenk en el año 2000, propusieron un referente que permitiera evaluar en qué medida el sistema de salud da respuesta a las expectativas de la población, el cual consta de ocho puntos (53,54)

- Respeto a la dignidad. Todo prestador de servicios de salud debe respetar al individuo, siendo cortés y amable.

- Respeto a la autonomía personal. Las personas de manera autónoma pueden decidir sobre su propia salud.
- Respeto a la confidencialidad. Las personas tienen derecho a preservar y que sea preservada la confidencialidad sobre su estado de salud.
- Comunicación. El usuario debe obtener toda la información pertinente sobre su problema y las opciones de tratamiento.
- Atención de las necesidades en materia de salud. El acceso físico, social y económico, permitirá recibir atención oportuna.
- Comodidades básicas. Que los servicios de salud cuenten con espacios aseados, accesibles y agradables para el usuario.
- Acceso a redes de apoyo social durante la asistencia. Contar con apoyo de redes sociales mejora los resultados de salud.
- Elección de la institución y persona que dispensa la atención. El usuario puede decidir sobre el prestador de atención que lo atiende y la institución a la que acude.

Todos estos elementos, impactarán en la satisfacción del usuario y por tanto en su salud, mientras más satisfechos se encuentren, mayor apego tendrán a los tratamientos y con mayor seguridad buscarán atención cuando la requieran (52). Por tanto, el trato adecuado, no solo es tarea del médico tratante, si no, de todos los involucrados en los servicios de salud, personal administrativo, auxiliares, técnicos, profesionales, y las distintas relaciones que existan entre ellos (53) siempre teniendo en cuenta la importancia de brindar una buena atención al usuario y satisfacer sus necesidades y expectativas.

La OPS indica además cuadro principios bajo los que deben regirse las instituciones de salud, para establecer un servicio de calidad: equidad, eficacia, eficiencia y enfoque en el cliente. La eficacia corresponde al aprovechamiento de los recursos disponibles para impactar en la salud del individuo y/o población objetivo; la eficiencia corresponde al uso de los recursos para obtener el mejor producto al menor costo posible. El enfoque en el cliente busca satisfacer sus

necesidades de acuerdo a sus percepciones y expectativas, y en conjunto con la equidad busca que los servicios y beneficios de salud lleguen a toda la población según sus propias necesidades físicas, económicas y culturales (38,48).

En el caso de las personas Sordas, dicha accesibilidad implica no solo que existan servicios de salud cercanos a ellas, si no que realmente puedan utilizarlos, que sean atendidas conforme a sus necesidades, eliminando las barreras que se los impida, siendo la más notable la barrera de la comunicación, pues al ser una minoría lingüística, pocas veces reciben la atención en su lengua; en algunos países como España o Estados Unidos se cuenta con intérpretes de lengua de señas en los hospitales, lo cual ha facilitado la comunicación médico-paciente, pues su función, como en cualquier otra lengua, es la de trasladar de manera neutral, simultánea y en tiempo real los mensajes de una a otra lengua (55). Sin embargo, en México, esta figura no está presente en los servicios de salud, lo que obliga así a los pacientes a ir acompañados por un familiar o acompañante que se encargue de realizar ese puente de comunicación.

Las asociaciones, federaciones y confederaciones de personas Sordas hacen un llamado por integrar el modelo bilingüe-bicultural en todos los ámbitos de interacción social, como educación, política, salud, etcétera. Tal y como lo señala la Carta de la Federación Mundial de Sordos sobre los derechos de la lengua de señas para todos, que en su apartado 3.3 destaca la necesidad de impartir formación en lengua de señas a la amplia gama de personas que pueden interactuar directamente con las personas Sordas, entre otras, trabajadores de la salud, trabajadores sociales y funcionarios públicos. Además hace hincapié en que la igualdad de acceso a la atención médica es crucial para las personas sordas si quieren prosperar como seres humanos y garantizar que la vida de todos sea respetada, protegida y digna (56).

Existe un llamado de la comunidad Sorda a nivel mundial para satisfacer el acceso a la universalidad de salud; una invitación a la mayoría oyente para que

comprendan que las personas Sordas viven inmersas en dos mundos, pues tienen una lengua y cultura con características específicas, que tienen derecho a recibir información en su lengua, y participar de todos los espacios en igualdad de oportunidades (55).

En diversas partes del mundo las comunidades de Sordos se han hecho visibles y han despertado el interés de los investigadores en el campo de la atención en salud, encontrando los siguientes hallazgos (Tabla 1):

**Tabla 1**

*Estado del arte en la evaluación de la calidad de la atención de las personas Sordas*

Autor (es)	Lugar y año	Tipo de estudio	Resultados obtenidos
Loredo Martínez N, Matus Miranda R.(57)	México, 2012	Revisión bibliográfica	Las tres formas de comunicación que resultan más efectivas son: lenguaje de señas oficial, uso de materiales visuales en forma escrita, imágenes y/o video, y uso de intérpretes oficiales. Mientras que las estrategias que no resultan exitosas en el cuidado fueron: lenguaje verbal, lectura facial y labial, y uso de familiares como intérpretes.
Witko Joanne, Boyles Pauline, Smiler Kirsten, McKee Rachel (58)	Nueva Zelanda, 2017	Cualitativo	La principal barrera para acceder a los servicios de salud es la comunicación, los pacientes sordos requieren ir personalmente a sacar una cita o requieren ellos llevar un intérprete, pues las instituciones no proveen el servicio y la comunicación digital es poco aprovechada. La necesidad de acudir acompañados genera sentimientos de estrés y falta de confidencialidad. Además, la información impresa no resulta comprensible y solicitan al personal de salud que reconozcan su lengua y cultura.
Kubi Appiah P., Agartha Fenu G., Adebayo Asalu G., Mensah Dzata W., Abdulai Bonchel D., Abdul-Rahman T., Zunuo Dongdem A. (59)	Ghana, 2018	Transversal mixto	El 90.9% de los participantes utilizan la mímica y ayuda de un oyente (familiar o amigo) para comunicarse con los profesionales de la salud, pero preferirían hacerlo en lengua de señas. Refieren que la comunicación escrita no resulta efectiva y carecen de servicio de intérpretes en la región. La mayoría no se siente autónomo para decidir sobre su tratamiento, sienten que el tiempo de consulta es muy breve para expresar sus problemas de salud y han experimentado inequidad, discriminación, demora y una deficiente atención.
Campos V, Cartes-Velásquez R. (13)	Chile, 2019	Revisión sistemática exploratoria	El 48% de las personas con discapacidad auditiva reporta un bajo alfabetismo en salud, y advierten las siguientes barreras: solicitud de citas médicas vía teléfono, comunicación con el personal de oficina, desconocimiento de la Lengua de Señas, uso de lectura labiofacial y notas escritas no resultan efectivas; generando percepciones de discriminación, desconfianza, maltrato, frustración y miedo frente al personal de salud. El uso de familiar como intérprete no es una solución pertinente y coarta la autonomía del paciente. También advierten la utilización de párrafos extensos y la utilización de un lenguaje muy técnico por parte de los profesionales de la salud.

Cayuela Fuentes PS, Pastor Bravo M del M, Conesa Guillén M de los Á. (60)	España,2019	Observacional, descriptivo y transversal	La profesionalidad y trato humano recibido por parte del personal médico y administrativo fue percibido como deficiente, considerándose bueno en caso de las enfermeras. La satisfacción global es menor a la de la población general. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de sordera y la profesionalidad percibida, el trato humano y la profesionalidad percibida y entre el sistema o apoyo comunicativo y la calidad de la atención percibida. Concluyendo que es necesario realizar adaptaciones en la atención que deriven en mayor acceso y seguimiento a este colectivo en el sistema sanitario.
Pinilla S, Walther S, Hofmeister A, Huwendiek S. (61)	Alemania,2019	Cualitativo	Las personas Sordas expresan su preferencia por el uso de la lengua de señas para comunicarse, o bien aceptan el uso de intérpretes de lengua de señas profesionales quienes deben conocer el vocabulario específico de salud; y piden sensibilizar a los profesionales respecto de su cultura, haciendo algunas recomendaciones a los profesionales de la salud para mejorar la comunicación: mantener una buena iluminación de los espacios, mantener el contacto visual, articular las palabras lo más claro posible para facilitar la lectura labiofacial, poder utilizar información escrita en forma sencilla y con palabras simples, al usar servicios de interpretación, éste debe situarse junto al médico para mantener el contacto con el paciente de la mejor manera.
Fuentes-López E, Fuente A. (62)	Chile,2020	Observacional transversal	Las personas sordas acuden con mayor frecuencia con médicos practicantes, especialistas en salud mental, por el alto nivel de depresión, y otros especialistas. Sin embargo, acuden muy poco a revisiones generales del estado de salud y a consultas ginecológicas, resaltando esta última situación, debido a las barreras de comunicación entre las personas sordas y el personal de salud, y el sentimiento de inferioridad y vergüenza de las mujeres sordas de no poderse comunicar con el profesional que debe revisar su zona genital.
Luengo-Rubalcaba S., Abad-García R., Tíscar-González V. (63)	España,2020	Cualitativo	Las mujeres Sordas refieren sentirse discriminadas en el acceso al sistema sanitario, que son ignoradas cuando está presente otro interlocutor, sintiéndose anuladas como personas; además de recibir información resumida que coarta su derecho de autonomía en la toma de decisiones. Algunas barreras son la megafonía, el uso del teléfono, la dificultad para comunicarse en situaciones de urgencias; mientras entre los facilitadores se encuentran los mensajes de texto, el correo electrónico, los intérpretes y sugieren la existencia de un símbolo de identificación para los pacientes Sordos. La necesidad de que los profesionales de la salud las miren a la cara,

			vocalicen más despacio y se dirijan a ellas. Además de sentirse vulnerables al no recibir información de prevención como el resto de las mujeres, agravando la desigualdad, discriminación e inequidad en salud.
Madero-Zambrano K., Vallejo-Arias S., Castro-Bocanegra V.(64)	Colombia, 2021	Cualitativo	Los pacientes Sordos refirieron poca satisfacción de la atención en salud, por la falta de profesionales que conozcan e interpreten la lengua de señas, lo que conlleva a imposibilidad de comprender su problema de salud, la solución de éste y aumenta el riesgo de cometer errores. Además, la necesidad de ir acompañados les resta independencia y privacidad. Provocando sentimientos de discriminación, tristeza, impotencia, rabia. Opinan que los profesionales de salud deberían conocer lengua de señas, lo que mejoraría la comunicación, independencia y ahorro de dinero; o bien utilizar la aplicación web de intérpretes con que se cuenta en dicho país.

Se puede observar que la mayoría de los estudios realizados son de tipo cualitativo, realizados a través de entrevistas diseñadas por cada investigador, sin embargo, no se cuenta con ningún instrumento validado y/o adaptado a las necesidades específicas de lengua e interculturalidad de la comunidad Sorda.

Actualmente en México la Secretaría de Salud realiza la evaluación de la calidad en todos los servicios de salud a través de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno, en tres áreas: consulta externa, hospitalización y urgencias. La encuesta mide la calidad percibida y de los servicios a través de seis dominios: trato digno, atención oportuna, comunicación, autonomía, financiamiento y satisfacción. En sus lineamientos de aplicación establece que el personal que aplique la encuesta debe conocer la lengua de la comunidad donde se aplique o bien contar con un traductor o intérprete (65); sin embargo, en los resultados proporcionados por la Secretaría no especifica las características de la población a los que se aplicó la encuesta (66).

La encuesta mencionada anteriormente, está diseñada para su aplicación al momento en que el paciente o el familiar egresan del área de atención, sin embargo, por la complejidad de la población requerida para este estudio, es necesario contar con un instrumento que pueda aplicarse en cualquier momento, y que posea las características del modelo bilingüe-bicultural para su comprensión, y con las debidas propiedades psicométricas.

Existen diferentes propuestas sobre los pasos a seguir para la construcción de un instrumento de medición, con ligeras variaciones sobre el número de etapas a seguir, por ejemplo, autores como Muñiz y Fonseca-Pedrero (2018) y José Supo (2013) establecen 10 pasos, mientras que Downing y Haladyna (2006) señalan 12 pasos a seguir (67), los cuales se describen en la siguiente tabla:

**Tabla 2**

*Pasos para la construcción de un instrumento*

PASOS	DESCRIPCIÓN
1. Plan general	Se plantea la estructura global del instrumento, el objetivo a medir, se plantea el formato que tendrán los ítems, se describe la población a la que se aplicará, el/los aplicadores; así como el formato y la temporalidad para realizarlo.
2. Definición del contenido	Se establecen los constructos a medir basado en la revisión teórica. El rigor metodológico que desde aquí se establezca permitirá una mayor validez, confiabilidad y reproductibilidad.
3. Especificaciones del instrumento	Detalla las actividades y definiciones operativas del instrumento: el formato que tendrá, el tipo y número de ítems, su clasificación por niveles del conocimiento, si contendrá estímulos visuales, las reglas de puntuación, la interpretación de los resultados obtenidos y los límites de cada ítem.
4. Desarrollo de los ítems	Construcción de los reactivos y sus posibles respuestas. Cuestionamientos con respuestas de opción múltiple resultan prácticos, eficientes, evitan divergencias y facilitan el entendimiento de los usuarios.
5. Diseño del instrumento y consenso	Integración del cuestionario, se ordenan y categorizan los ítems, de tal manera que se cumplan las especificaciones planteadas en el paso 3. En caso de que se establezcan respuestas correctas e incorrectas, estas deben estar distribuidas de manera homogénea en la primera, segunda y n posición.

6. Producción del instrumento	Se reproduce, imprime, graba o publica el instrumento en el medio elegido. Debe verificarse su calidad, legibilidad, armonía física y visual; la presencia de errores restará validez.
7. Aplicación del test	Es la parte pública y visible del trabajo realizado, las condiciones del entorno de aplicación, los límites de tiempo, la habilidad del aplicador y la supervisión para controlar variables externas a la prueba serán crucial para la calidad y validez. Se debe cuidar además la confidencialidad y la seguridad de los datos recogidos, ya sea de manera impresa o digital.
8. Conteo de las respuestas	La revisión y conteo de las respuestas nos permite crear una medición, puede ser muy sencilla o compleja dependiendo el tipo de instrumento o de cada reactivo que lo compone. De su medición depende extraer el desempeño del encuestado, por tanto, debe ser objetiva y precisa.
9. Calificación de las respuestas	Algunos instrumentos cuentan con una ponderación que permite categorizar los resultados obtenidos, comúnmente requiere de una valoración por expertos para evaluar el desempeño esperado.
10. Reporte de los resultados	Suele ser un paso complejo, existen diversas normas estandarizadas para el reporte de los resultados, dependiendo de las características de la información obtenida (AERA, APA, NCME). Un buen informe depende de una adecuada interpretación de los resultados, que sea claro, comprensible para el público objetivo, y sin errores.
11. Aseguramiento de ítems	El almacenamiento seguro del instrumento desarrollado y la información relacionada con él, permitirá su futura reproducción y posible mejora.
12. Reporte técnico	Todo instrumento bien diseñado, aportará información importante, por lo que debe integrarse en un documento de reporte técnico que indique los aspectos más relevantes del cuestionario: su diseño y desarrollo, aplicación, revisión de resultados, análisis y evaluación.

Elaboración propia (2022)

De manera paralela al proceso descrito anteriormente, Soriano Rodríguez (2014) engloba el proceso de elaboración de un instrumento con fines de medición en cuatro fases (68):

- 1) Consideraciones teóricas y objetivos de la investigación. Puede ser unidimensional, es decir centrado en un atributo o característica a medir; o multidimensional, que requiere de varias escalas unidimensionales; pero siempre centrado en un objetivo único a medir.

- 2) Validación de jueces expertos. Una vez redactada la primera versión es importante someter a un juicio de expertos, cuya especialización sea relacionada con el tema y permita evaluar cada ítem de contenido y forma. Una vez obtenidas sus observaciones deben ser sometidas a un acuerdo de concordancia. Los juicios emitidos, ayudarán al investigador a la mejora del instrumento.
- 3) Selección de la muestra para la prueba piloto y administración del instrumento. Ya con las mejoras realizadas al instrumento, se aplicará a una población con características similares a la muestra que se investigará y se analizarán los resultados obtenidos.
- 4) Proceso para validación psicométrica. Se pueden evaluar diversos aspectos de la prueba, tales como si el constructo es uni- o multidimensional, la confiabilidad, la cual evalúa el grado en el que un conjunto de ítems presenta relación y miden consistentemente una muestra.

## JUSTIFICACIÓN

El presente estudio surge al observar las dificultades con las que se enfrentan las personas Sordas en México para acceder a los servicios de salud, de una manera eficiente y asequible, que garantice el respeto a sus derechos humanos, su autonomía e independencia, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones

Tradicionalmente el modelo médico ha conducido a prácticas sociales y gubernamentales de corte asistencial y proteccionista en búsqueda de la “normalización” de las personas con discapacidad (69). En la década de 1970 en Estados Unidos, nació el movimiento a favor de la vida independiente de las personas con discapacidad con el lema “*Nada sobre nosotros sin nosotros*”, dicho lema resalta la importancia de no tomar decisiones, suponer o dar por hecho las necesidades de este sector de la población (70), es decir, que sean tomadas en cuenta sus necesidades reales y sentidas para la toma de decisiones.

En el actual Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024, derivado del Plan Nacional de Desarrollo, señala que el 12% de la población con discapacidad enfrenta carencia por acceso a los servicios de salud en comparación con 15.8% de la población sin discapacidad, aunque las PcD cuentan con la afiliación a los servicios de salud, no hay información suficiente que permita conocer las condiciones y características del mismo, respecto a los servicios de atención médica, los costos, la oferta de servicios apropiados, las limitaciones físicas en el acceso a servicios básicos y hospitalización o la calidad de estos (29). Con esta investigación se busca conocer la percepción de la calidad de los servicios de salud que reciben las personas con discapacidad, en este caso específico, discapacidad auditiva.

La perspectiva de derechos humanos señala que la responsabilidad del Estado no únicamente es atender las necesidades de las personas con discapacidad, sino garantizar una vida digna y un desarrollo humano pleno en condiciones de igualdad con las demás personas (69). Es así que con este estudio

se busca dar voz a las personas Sordas para que expresen cuáles son sus necesidades reales al acudir a un servicio de salud, cómo requiere ser la atención por parte de los prestadores de servicios, qué adaptaciones, características físicas o espaciales son funcionales y cuáles podrían mejorar o ser cambiadas.

No se ha encontrado en la literatura ningún instrumento que evalúe la calidad en los servicios de salud, con características accesibles para esta población, por tanto, se propone el diseño de un instrumento que, bajo la técnica metodológica para la creación de instrumentos psicométricos, permita conocer las percepciones de las personas Sordas en México, en Lengua de Señas Mexicana y en un formato en línea que permita su fácil acceso en todo el territorio nacional.

Los resultados obtenidos de este estudio, buscarán crear conciencia en los tomadores de decisiones pertinentes y los propios prestadores de servicios de salud a fin de brindar un mejor servicio de calidad, calidez y accesibilidad para las personas Sordas. Además de abrir un campo de estudio con posibilidad a profundizar con nuevas investigaciones respecto a la atención de grupos minoritarios y la evaluación de calidad en salud.

## MÉTODO GENERAL

### *Pregunta de investigación*

¿Cuál es la percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben?

### *Objetivo General*

Analizar la percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben a través de la creación y aplicación de un instrumento psicométrico.

### *Objetivos Específicos*

Conocer las necesidades de las personas Sordas en los servicios de salud en México a través de grupos focales para generar un banco de reactivos que posteriormente nos permita la construcción de un instrumento psicométrico.

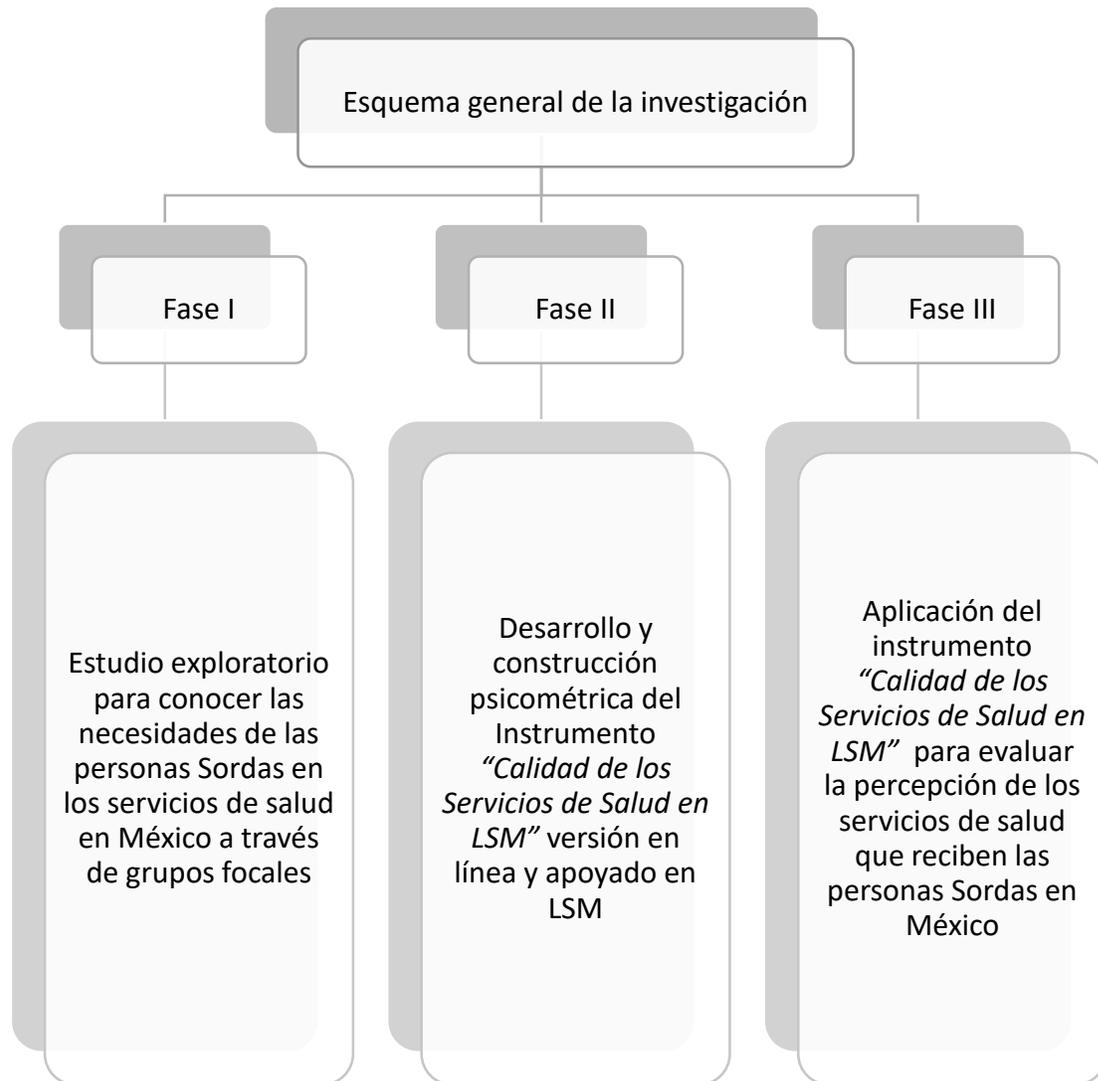
Diseñar un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas versión en línea y que se apoye en Lengua de Señas Mexicana para la evaluación de la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México

Evaluar la percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben a través del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”.

Para lograr esto la presente investigación se encuentra dividida en tres fases (Figura 1):

**Figura 1**

*Fases de la investigación*



## MÉTODO FASE I

### *Pregunta de investigación*

¿Cuáles son las necesidades de las personas Sordas en los servicios de salud en México?

### *Objetivo General*

Conocer las necesidades de las personas Sordas en los servicios de salud en México a través de grupos focales

### *Objetivos Específicos*

Indagar las experiencias de las personas Sordas en los servicios de salud en México a través de grupos focales.

Identificar las necesidades de las personas Sordas en los servicios de salud en México mediante grupos focales.

Construir un banco de reactivos para el diseño de un instrumento con propiedades psicométricas para la evaluación de la calidad en los servicios de salud en México.

### *Tipo de Estudio*

Exploratorio

### *Tipo de Diseño*

Cualitativo

## Variables

**Tabla 3**

### Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Lengua materna	La que todo niño en condiciones normales aprende en el seno de su familia (74).	Solo los sordos hijos de sordos pueden acceder a la lengua de señas como primera lengua (75).
Edad de aprendizaje de LSM	El proceso de aprendizaje de la lengua de señas es igual para todos los sordos oralizados: en sus primeros años asisten a las escuelas oralistas donde entran en contacto con la lengua oral, de cuya gramática cada individuo sordo logra apropiarse en grado diferente. Comúnmente, en su juventud muchos asisten a las asociaciones de Sordos donde comienzan a aprender un vocabulario de señas (76).	Expresada en años
Ayudas técnicas	Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad (26).	Clasificación de Ayudas Técnicas que amplifican y/o modifican el sonido: -Audífonos -Amplificadores de mesa - "Codificadores" de sonido (implante coclear) (77)
Bilingüismo	Configuración lingüística que resulta de la conjugación de una lengua que pertenece a la sociedad mayoritaria que se transmite en una modalidad oral - auditiva –escrita y otra lengua que se transmite en una modalidad visual y gestual (17).	Deben leer (entender) tanto en Lengua de Señas como en la lengua correspondiente a la cultura en que el individuo se inserta – español- y también expresarse en señas y por escrito (78).
Oralización	Capacidad de la persona sorda para expresarse oralmente, lo que ocurre a través del aprendizaje de la articulación de palabras y distinciones físicas entre los movimientos articulatorios de los labios (79)	Persona sorda capaz de vocalizar algo, en una lengua oral cualquiera (80). Español.
Lectura labiofacial	Se basa en el aprendizaje de los componentes visuales fonológicos del habla a través de los movimientos labiales, linguales y mandibulares (77).	El arte de comprender la palabra interpretando los movimientos de los labios y el resto de gestos con los que el interlocutor acompaña la emisión de la palabra (80)
Enfermedad crónica	Son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta (81).	Cardiopatías y enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión(82).
Derechohabiencia	Se refiere al derecho adquirido para disponer de servicios de salud, al estar afiliado a un sistema o programa de salud o institución de seguridad social (83).	Inscripción que ofrece a las personas el derecho a recibir servicios médicos en instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina), públicas (Insabi)* y privadas (84).

Frecuencia de asistencia a servicios de salud	Frecuencia. Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo (71).	Expresada en número de veces al mes.
Sector de salud preferido	El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago (85)	Expresada en público o privado.
Acompañante a servicios de salud	Familiares y/o amigos que están presentes cuando el paciente acude a los diferentes servicios y se involucran en el cuidado del enfermo (86).	Expresado en negativo o afirmativo y quién.
Fuentes de información de salud	Todo lo que contiene información para ser transmitida o comunicada y que permite identificarse con el origen de la información (87).	Búsqueda de información de salud: amigos con el mismo padecimiento, consulta en internet, familiares y compañeros, profesionales de la salud (61)

\* A partir del 1 de enero de 2020 los recursos humanos, financieros y materiales con que cuente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) serán transferidos al Instituto de Salud para el Bienestar (88).

### *Hipótesis de trabajo*

Las personas Sordas como usuarios de los servicios de salud en México tienen necesidades específicas de atención, comunicación, señalética e infraestructura.

### *Participantes*

#### *Población*

Personas Sordas afiliadas a la Unión Nacional de Sordos de México (UNSM)

#### *Muestra*

14 personas Sordas, divididas en 2 grupos, pertenecientes a la UNSM

#### *Tipo de Muestreo*

No probabilístico, por sujetos tipo

### *Criterios de Inclusión*

- Mayor de 18 años
- Usuario de la LSM

### *Criterios de Exclusión*

- No aceptar consentimiento informado (Anexo 3)
- Tener otra discapacidad asociada que impida comprender la entrevista.

### *Criterios de Eliminación*

- Si la conexión es interrumpida en 3 ocasiones o más
- Abandono de la videoconferencia

### *Instrumentos*

Entrevista semi-estructurada, elaborada para este fin. Consiste de 5 ejes:

- a) ¿Cuál es tu opinión de la atención en salud en México?
- b) Si tienes una emergencia médica, ¿qué haces?
- c) Al llegar a un servicio de salud, hospital o centro de salud, ¿Cómo te atienden?
- d) Al momento de la consulta ¿Cómo es tu relación médico-paciente?
- e) ¿Qué consideras que se requiere para mejorar la atención en salud de las personas Sordas?

### *Implicaciones Bioéticas*

El presente estudio es una investigación sin riesgo, con base al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

La investigadora principal mantendrá los registros detallados de todos los sujetos del estudio, quienes mediante consentimiento informado aceptaron participar en la investigación.

Los datos y registros relativos al estudio serán vigilados por el Comité de ética e investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (Anexo 1).

### *Procedimiento*

Se contactó al presidente de la mesa directiva de la UNSM (Anexo 2) para realizar la solicitud-invitación a participar en la investigación, una vez aceptada la colaboración se diseñó un cuestionario en línea apoyado en LSM para caracterizar a los participantes del grupo focal, se sometió a revisión del presidente de la UNSM para la aprobación de la traducción español-LSM; una vez aprobado se difundió entre los líderes Sordos, obteniendo 32 respuestas.

Se procedió a diseñar una entrevista semi-estructurada en español y se tradujo a LSM, dicha traducción fue sometida a revisión y aprobación por el presidente de la UNSM. Posteriormente, de las 32 respuestas obtenidas en el primer cuestionario, se seleccionaron por sujetos tipo, según el sexo, edad, lugar de residencia y derechohabencia, 14 sujetos a los que se les envió vía WhatsApp invitación para participar en un grupo focal; buscando crear dos grupos que fueran equitativos en cuestión de género, separados en bloques generacionales para observar posibles diferencias, de distintos lugares de residencia para crear un panorama general de la situación en el país y equilibrio entre derechohabientes y no derechohabientes para conocer ambas experiencias.

El día de la cita para llevar a cabo los grupos focales mediante videoconferencia en la plataforma web Zoom Meetings, se presentaron únicamente 5 personas en el primero y 4 en el segundo grupo, en ambos se solicitó la autorización para participar en la investigación a través del consentimiento informado (Anexo 3), y se solicitó

permiso para grabar la reunión, una vez aceptados ambos procedimientos se aplicó la entrevista semi-estructurada previamente diseñada. Cabe resaltar que la entrevista fue realizada por la investigadora principal y se contó con la presencia de una intérprete de LSM a manera de apoyo en la comunicación.

A continuación, de los videos obtenidos, se realizó la traducción de la LSM al español de los resultados obtenidos en ambos grupos focales y su transcripción para su posterior análisis; dicha traducción fue verificada por la intérprete de LSM.

## RESULTADOS FASE I

Participaron en total 4 mujeres y 5 hombres, de entre 23 y 44 años de edad, habitantes de distintos estados de la República Mexicana, Oaxaca, Chihuahua, Chiapas, Baja California, Jalisco, Zacatecas, Estado de México y Yucatán. Respecto a derechohabiencia, 5 fueron afiliados del IMSS, 2 del ISSSTE y 2 sin derechohabiencia.

### **¿Cuál es tu opinión de la atención en salud en México?**

La mayoría de los participantes coincidieron que existen múltiples barreras de comunicación, poniendo en primer lugar la falta de conocimiento de la Lengua de Señas Mexicana por parte de los prestadores de servicios de salud, además refieren la falta de intérpretes, el uso de cubrebocas que limita la lectura labiofacial y una comunicación escrita inefectiva, ya sea por la negativa de parte del personal a comunicarse mediante este medio o por la falta de una buena comprensión lectora y producción escrita por parte de los Sordos, además de la complejidad de los tecnicismos utilizados; lo que condiciona la necesidad de ir acompañado, normalmente de un familiar, para crear este puente de comunicación.

Por otra parte, califican los servicios de salud como insuficientes por la falta de apoyo, paciencia, experiencia y sensibilidad en la atención de personas con discapacidad; sintiéndose discriminados e ignorados, por lo que piden respeto e igualdad, tal como lo expresa una de las participantes:

*“Se necesita que los doctores, enfermeras y todo el personal que atiende a los sordos, sepa que sordos y oyentes nos enfermamos por igual, pero los Sordos topamos con más barreras...”*

- Categorías encontradas: comunicación, atención

### **Si tienes una emergencia médica, ¿qué haces?**

Al interrogar sobre su actuar frente a una emergencia médica, todos los participantes concuerdan en que pedir ayuda es una situación difícil para ellos, pues en México los servicios de ayuda se contactan vía telefónica, lo cual es inaccesible para ellos, por tanto, requieren buscar primero la ayuda de un oyente que facilite la comunicación, ya sea un familiar o amigo, un intérprete o un vecino, y si alguno de estos no conoce la lengua de señas, buscan comunicar la situación a través de la escritura o de mímica.

Además, varios de los participantes demandan la falta de intérpretes en sus estados de residencia, y si los hay, en ocasiones trabajan para alguna oficina o dependencia que tiene un horario limitado; por su parte, los prestadores de servicios de emergencia como bomberos, policías, paramédicos o médicos, incluso han llegado a desconfiar de ellos cuando se acercan a solicitar ayuda, ignoran cómo atender a este sector de la población y cómo comunicarse con ellos, muestra de ello se refleja en una de sus experiencias:

*“...en un curso les pregunté cómo un sordo podría contactar al 911, y dijeron ¡ah, los sordos pueden hablar!, le dije, pero no todos los sordos pueden hablar, me dijeron: ‘si para eso usan sus aparatos’, para escuchar cuando tocan el sonido del claxon, quizá, pero escuchar en el teléfono bien, no; a lo que me dijo, ‘pero pueden mover los labios y hablar’...”*

Solamente una persona refirió el beneficio de las alarmas y cámaras de videovigilancia colocadas en las calles de algunas ciudades, las cuales se encuentran conectadas a los centros de vigilancia locales, estatales o regionales; destacan además la importancia de que exista un gobierno informado, expresan que como asociación se han dirigido a los gobiernos Federal y Estatales para solicitar apoyo, tanto en el pago de intérpretes, capacitación del personal y en el aprovechamiento de las tecnologías, resaltando que la opción de que exista una triangulación por video llamada sería de mucha utilidad, poniendo el ejemplo del país vecino de Estados Unidos:

*“...en Estados Unidos el 911, le pregunté a miembros de la comunidad sorda, ¿llaman al 911?, -no, presionamos #1 ahí se pide un intérprete, el 911 es pura llamada, el 911#1 es para video llamada con intérprete, -oh que interesante; ojalá pudiéramos tenerlo aquí en México.”*

- Categorías encontradas: dificultad para acceder a ayuda, falta de intérpretes, uso de tecnologías

### **Al llegar a un servicio de salud, hospital o centro de salud, ¿Cómo te atienden?**

Cuando se abordó el tema de la atención que reciben al llegar a un servicio de salud, hospital o centro de salud, ha habido tanto experiencias positivas como negativas, pues tres de los participantes dijeron conocer a algún doctor que sabe LSM y se ha mostrado empático con ellos, prestándoles atención y esforzándose por explicar el padecimiento y el tratamiento que requiere. El resto menciona haber encontrado prestadores de servicios de salud arrogantes, que al ver su condición de sordera se molestan, los hacen esperar o los ignoran, un ejemplo de ello se presenta desde el momento en que son voceados para ingresar a consulta:

*“le das tu carnet a la enfermera y le dices tengo cita hoy, te busca en su computadora, ‘ah, sí, espere, tome asiento’, y me siento muy atento a verla, no es que me dé miedo, pero la veo reírse, platicar, y los nombres los gritan; yo le digo ‘soy Sordo, por favor, cuando sea mi turno, avísame (toque mi hombro)’, ‘ah, sí, sí’; sigue en su plática y quizá ya repite varias veces mi nombre, pongo atención en sus labios y si veo que dice mi nombre ‘soy yo’, ‘ah, sí’, le dije que me avisara o hiciera una seña, siempre es lo mismo”*

- Categorías encontradas: conocimiento de LSM por personal de salud

### **Al momento de la consulta ¿Cómo es tu relación médico-paciente?**

Ya que se encuentran en consulta, los participantes refieren que no hay una buena comunicación, por lo que es necesario buscar alternativas entre las que se

encuentran los dibujos, el cuerpo y gestos, mímica, algunos se esfuerzan por hablar y leer los labios, pero les resulta muy complicado.

*“...cuando estamos hablando, y voltean a algún lado o agachan la cabeza hacia la computadora, la comunicación se interrumpe, y aunque les diga “por favor, mantén tu vista al frente”, no están acostumbrados a poner atención a la persona que tiene enfrente... “por favor no le entiendo, hábleme de frente y despacio”, ahora con el cubrebocas es peor, ya no logro ver sus labios y si de pronto le digo “por favor, puede quitarlo un momento”, responden ‘no, no se puede...”*

Otro recurso es la escritura, pero la mayoría de veces resulta inefectiva, pues muchos sordos tienen un bajo nivel de lectura y escritura del español, o desconocen el vocabulario médico. Por otra parte, expresan que los médicos tienen idea que los Sordos no saben escribir, sólo lo básico; o bien, al ver que su escritura está en desorden, son ignorados o les da flojera y no se dan el tiempo para intercambiar notas; prefieren pedir la presencia de un acompañante, sin embargo, cuando llevan a dicho acompañante toda la información se les da directamente a ellos y quedan excluidos de la conversación, como se observa en el siguiente testimonio:

*“...’ ¿tienes problemas para comunicarte? Necesitas venir con tu papá, mamá o algún familiar que pueda hablar’. Yo siento feo porque yo solo puedo comunicarme, me da pena que ya soy grande y me tenga que acompañar mi mamá, además (en consulta) ni siquiera se dirigen a mí, aunque se los pida, todo se lo dicen a mi mamá, yo les digo que yo puedo entender leyendo sus labios si hablan claro, eso me disgusta, es discriminación; o si les digo que podemos comunicarnos escribiendo, no quieren porque no tienen tiempo, eso me enfurece, que nos pongan barreras...”*

- Categorías encontradas: comunicación, barreras, escritura, acompañantes

### **¿Qué consideras que se requiere para mejorar la atención en salud de las personas Sordas?**

Por unanimidad destaca la importancia de capacitar a diferentes prestadores de servicios de salud, tales como médicos, enfermeras, paramédicos, psicólogos,

odontólogos y servicios de emergencias como ambulancias y bomberos; indicando que no es necesario que sean expertos en LSM, pero sí que haya en cada unidad de todo México al menos uno que conozca un vocabulario básico enfocado en temas de salud. Además de hacer énfasis en que es importante que dicha capacitación sea brindada por un Sordo hábil, bilingüe, que tenga buen dominio de la LSM, pero que también sepa leer y escribir español, así se favorecerá la enseñanza de una mejor expresión a través del cuerpo, cara y manos; complementada con el conocimiento de la cultura Sorda.

Solicitan también que el personal tenga paciencia para atenderlos, que entiendan que la salud de todas las personas es importante, que no sean vistos como un problema ni los excluyan; y expresan el anhelo de que los prestadores de servicios de salud muestren interés por el aprendizaje de su lengua y cultura, entendiendo además que existen diferentes tipos de sordera *“...los que saben señas, los que usan la mímica, los que pueden oralizar, todo eso ayudaría a mejorar la calidad de la atención”*

Algunas otras propuestas para mejorar la atención que reciben, fueron: que exista un área específica para la atención a personas con discapacidad, que se aproveche el uso de tecnologías para el contacto con intérpretes, que se renueve la legislación mexicana, por ejemplo, para la existencia de señales luminosas que alerten sobre una situación de emergencia en diversos espacios, y que la misma información que se distribuye a la población sea presentada en forma accesible para personas con discapacidad:

*“...que la información sea más visual, que pongan imágenes, por ejemplo, si se está hablando de gripe, que haya dibujos para que sea más claro, pues nosotros aprendemos de manera visual...”*

También expresaron que, si bien el ideal es que los prestadores de servicios de salud conozcan la Lengua de Señas Mexicana para evitar la triangulación de información, el gobierno debería hacerse responsable de pagar los servicios de

interpretación en los hospitales, ya sea presencial o con el uso de las tecnologías, pues los Sordos reconocen que la mayoría no tiene los suficientes ingresos económicos para pagar este servicio, y peor aún, para asistir a un servicio particular que pudiera ser más amable o recibir una mejor atención, pero resulta incosteable. Finalmente enfatizan en la necesidad de sensibilizar e informar a los tomadores de decisiones sobre la comunidad Sorda, su lengua y su cultura.

*“...hace falta ampliar la visión sobre la salud, que no se le reste importancia a la comunicación, falta más sensibilidad...”*

- Categorías encontradas: conocimiento de LSM por personal de salud, atención, tecnologías, accesibilidad

## MÉTODO FASE II

### *Pregunta de investigación*

¿Qué elementos debería considerar un instrumento con propiedades psicométricas para evaluar la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México?

### *Objetivo General*

Diseñar un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas versión en línea que se apoye en Lengua de Señas Mexicana para la evaluación de la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México

### *Objetivos Específicos*

Construir un instrumento para la evaluación de calidad de los servicios de salud basado en la metodología para el desarrollo de instrumentos psicométricos.

Validar por expertos jueces los ítems que conforman un instrumento psicométrico de evaluación de calidad de los servicios de salud.

Adaptar a una versión en línea un instrumento de evaluación de calidad de los servicios de salud, apoyado en Lengua de Señas Mexicana.

### *Tipo de Estudio*

Descriptivo

### *Tipo de Diseño*

Transversal

### *Hipótesis de trabajo*

El instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM” tendrá una consistencia interna superior a  $\alpha=0.70$

### *Participantes*

#### *Muestra*

14 jueces expertos

#### *Tipo de Muestreo*

No probabilístico, por sujetos tipo

#### *Criterios de Inclusión*

- Tener al menos 1 año de experiencia profesional
- Perfil profesional de expertos en psicometría, evaluación de la calidad y/o evaluación de la calidad en los servicios de salud.

#### *Criterios de Exclusión*

- Contar con un perfil distinto al área de psicometría y/o evaluación de la calidad

#### *Criterios de Eliminación*

- No aceptar consentimiento informado
- No calificar todos los ítems del cuestionario

### *Instrumentos*

Formulario de Google “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”– Validación interjueces”, el cual incluye 3 secciones:

- 1) Consentimiento de participación
- 2) Datos de identificación del Juez Experto
- 3) Calificación sobre el cumplimiento de los aspectos a medir en el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”

### *Implicaciones Bioéticas*

El presente estudio es una investigación sin riesgo, con base al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

La investigadora principal mantendrá los registros detallados de todos los sujetos del estudio, quienes mediante consentimiento informado aceptaron participar en la investigación.

Los datos y registros relativos al estudio serán vigilados por el Comité de ética e investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (Anexo 1).

### *Procedimiento*

Con base en la metodología para el desarrollo eficaz de instrumentos de Downing y Haladyna (2006) y Soriano Rodríguez (2014) se establecieron 11 pasos para la elaboración del instrumento (61,62): 1. plan general, 2. definición del contenido, 3. especificaciones del instrumento, 4. desarrollo de ítems, 5. construcción del cuestionario, 6. validación interjueces, 7. modificación según observaciones, 8. traducción español-LSM, 9. validación por intérprete de LSM y pilotaje con persona Sorda bilingüe, 10. producción del instrumento, 11. Aplicación.

Para las primeras etapas en coordinación con el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (Ceneval), se elaboró un plan general definiendo las áreas, subáreas, temas, aspectos a medir, escala propuesta y número de ítems para cada una de ellas. Dando como resultado 2 grandes áreas a evaluar por medio del instrumento: la primera “servicios no personales”, dividida en 3 subáreas promoción de la salud, prevención, y prevención y mitigación de riesgos; y la segunda de “servicios personales”, que contiene 4 subáreas contacto con los servicios sanitarios, urgencias y emergencias, consulta médica, y consulta con otros profesionales, la estructura general del instrumento se muestra a continuación en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Estructura del instrumento "Calidad de los Servicios de Salud en LSM"*

Área	Subárea	Tema	Aspecto a medir	Escala propuesta	
Servicios no personales. son aquellas acciones dirigidas al medio ambiente y las poblaciones	Promoción de la salud. proceso que brinda herramientas a las personas para mantener, mejorar y prolongar su salud. Estilos de vida saludables y redes sociales (familiar, laboral, comunitario)	Información impresa. en centros de salud u hospitales, escuelas, edificios, periódicos	existencia de información impresa	acuerdo-desacuerdo	
			claridad de la información	acuerdo-desacuerdo	
		Información digital. televisión, internet, redes sociales	existencia de información digital	acuerdo-desacuerdo	
			claridad de la información	acuerdo-desacuerdo	
	Prevención. medidas para controlar y erradicar enfermedades (prevenibles por vacunación, infectocontagiosas, por vector, salud sexual, adicciones)	Campañas de vacunación, cloración de agua, descacharrización, lavado de manos, de alimentos, uso de anticonceptivos, prevención de adicciones	recepción de información	si/no	
			forma de información	múltiple (hospital o centro de salud, televisión, internet, amigo o familiar)	
			conocimiento del protocolo de acción	si/no	
		Prevención y mitigación de riesgos. probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que cause daño o efecto no deseado	Riesgos ambientales. naturales y generados por el hombre (incendios, sismos, inundaciones)	forma de información	múltiple (hospital o centro de salud, televisión, internet, amigo o familiar)
				existencia de alarmas luminosas y protocolos	si/no
				dónde	múltiple (escuelas, hospitales, casa, calle)
Servicios personales. son aquellos que se	Contacto con los servicios sanitarios	Accesibilidad	existencia cerca de casa	si/no	

brindan a nivel individual, principalmente en la consulta médica		forma de llegada	múltiple (caminando, camión o combi, carro o taxi)
		tiempo de llegada	múltiple (menos de 15 minutos, de 15 a 30min, 30min a 1 hora, más de 1 hora)
	Citas	proceso	múltiple (personalmente en institución de salud, mensaje de texto, correo electrónico, internet)
		espera	múltiple (menos de 5 días, 5 a 15 días, 15 a 30 días, más de 1 mes)
Urgencias y Emergencias	Contacto.	he requerido servicios de emergencias	si/no
		¿cómo consiguen servicios de apoyo?	múltiple (ayuda de oyente, mensaje, redes sociales, video, busco policía, cámaras 911)
	Atención. paramédicos, protección civil	el trato recibido es adecuado	acuerdo-desacuerdo
Consulta médica	Trato adecuado. autonomía, trato digno, confidencialidad, comunicación, atención pronta, acceso a redes sociales, capacidad de elección, calidad de las comodidades básicas	calificación de cada 1 de los 8 aspectos	acuerdo-desacuerdo
	Relación médico-paciente.	forma más común de comunicación	múltiple (lengua de señas, mímica, escritura, dibujo, ayuda de familiar, intérprete)
Consulta otros profesionales	enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, odontología, médico especialista	he recibido atención de los siguientes profesionales	múltiple (psicología, nutrición, odontología, trabajo social, otro médico especialista-cuál)
		el trato recibido es adecuado, amable, pude comunicarme	acuerdo-desacuerdo

A partir de dicha estructura propuesta se obtuvo una primera versión que incluye una ficha de datos socioeconómicos, y un total de 36 ítems, 14 para el área de servicios no personales y 22 de servicios personales. 18 con escala de respuesta tipo likert, 3 de selección sí o no y 15 de opción múltiple.

Posteriormente a través de la aplicación de Google Forms se envió el cuestionario “Calidad de los Servicios de Salud en LSM– Validación interjueces”, a distintos jueces expertos en áreas de psicometría, evaluación de la calidad y/o evaluación de la calidad en salud, para que calificaran si cada ítem cumplía o no con el objetivo a medir. Se obtuvo un total de 14 evaluaciones. Los resultados obtenidos se analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 28 para conocer datos descriptivos de la evaluación y prueba de confiabilidad.

A partir de las observaciones efectuadas por los expertos, se realizaron correcciones al instrumento y se obtuvo una segunda versión, con un total de 38 ítems, 16 del área de servicios no personales, y 22 de servicios personales. 17 de escala tipo likert, 1 de selección sí o no, 20 de opción múltiple y 1 pregunta abierta.

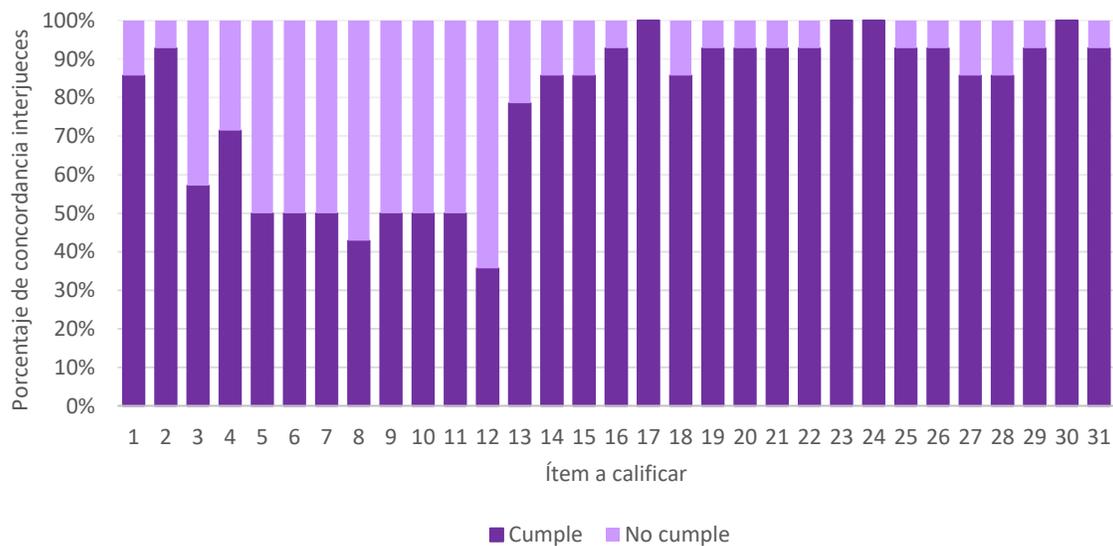
Posteriormente se realizó la traducción del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”, del español a la Lengua de Señas Mexicana, dicha traducción fue revisada por una intérprete de LSM y se dada la complejidad de la población se eligió pilotear el instrumento con una persona Sorda bilingüe, con alta competencia tanto en español como en LSM, coincidiendo ambas en su correcta gramática y comprensión.

## RESULTADOS FASE II

Participaron 14 jueces expertos, de los cuales el 7.1% tenía entre 1 y 5 años de experiencia, el 14.3% contaba con una experiencia entre 5 y 10 años y el 78.6% su experiencia profesional superaba los 10 años. De los 31 ítems a calificar, el 100% de los jueces opinó que 4 de ellos cumplían con el objetivo a medir, otros 10 cumplían para el 92.86 de los jueces, el resumen de las evaluaciones por jueces se muestra en la figura 2.

**Figura 2**

*Porcentaje de acuerdo interjueces por ítems del instrumento "Calidad de los Servicios de Salud en LSM"*



Del ítem 1 al 14 se desarrolló el área de servicios no personales, siendo las primeras cuatro, las referentes a promoción de la salud, las pregunta 1 y 2 sobre suficiencia e información de la información impresa colocada en las instituciones sobre temas de salud y bienestar (alimentación, actividad física y descanso), contaron con un acuerdo por arriba del 85% entre los jueces, la 3 y 4 sobre suficiencia y comprensión del mismo contenido, pero mostrada de manera digital en televisión e internet, fue calificada acorde por los jueces expertos entre un 57 y 71%; las principales observaciones recibidas fueron que se requería separar los tres rubros incluidos en los temas, al igual que los medios por los que se informa,

diferenciar la existencia o no de la información y sugieren cambiar comprensibilidad de la información por accesibilidad, o preguntar directamente si se entiende bien.

Los temas de prevención se incluyeron en los ítems 5 a 9, se obtuvo un acuerdo entre jueces del 42.8% para la pregunta 8 y del 50% para el resto de ellas; con las observaciones de mejorar la redacción, puesto que las instrucciones de las preguntas no coincidían con las posibles respuestas, se incluían dos cuestionamientos en uno solo, y eliminar el término “importancia” pues sugiere un juicio de valor.

Los ítems 10 a 14 abordaron temas de prevención y mitigación de riesgos, las tres primeras presentaron un acuerdo de cumplimiento por parte de los jueces entre el 35 y 50%, quienes observaron que no había una concordancia entre la pregunta y las posibles respuestas, además sugirieron especificar en el rubro de internet, de qué tipo de sitios se trata, por ejemplo, páginas oficiales o redes sociales. Mientras tanto, las preguntas 13 y 14 cumplían con el objetivo a medir para el 78.5 y 85.7% respectivamente, sin observaciones específicas.

La segunda parte del cuestionario, ítems 15 a 31 cuestionaron sobre los servicios personales de salud. Del 15 al 19 incluyeron interrogantes sobre el contacto con los servicios de salud, en ellas los jueces tuvieron un acuerdo superior al 85%, únicamente con observaciones sobre redacción. Los servicios de urgencias y emergencias se incluyeron en los ítems 20 a 22, las cuales cumplieron con el objetivo a medir para el 92.8% de los jueces y no presentaron observaciones.

El trato adecuado durante la consulta médica se cuestionó del reactivo 23 a 30, todas con un acuerdo superior al 85%, con algunas observaciones de redacción para hacerlas más claras y comprensibles. La última pregunta cuestionó sobre la consulta con otros profesionales y obtuvo un acuerdo de cumplimiento del 92.8%, con la sugerencia de separar a los integrantes del equipo de salud.

Se realizó un análisis de concordancia de las evaluaciones emitidas por los jueces expertos, con la medición de la Kappa de Cohen, obteniendo una concordancia global pobre de  $K=0.183$ , y una concordancia entre jueces como se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Concordancia entre jueces*

Jueces expertos	Kappa ponderados	J2 - J3	.230	J3 - J7	.047
J1 - J2	.034	J2 - J4	.595	J3 - J8	.110
J1 - J3	.009	J2 - J5	-.090	J3 - J9	.510
J1 - J4	.330	J2 - J6	.175	J3 - J10	.459
J1 - J5	.279	J2 - J7	-.208	J3 - J11	-.192
J1 - J6	-.060	J2 - J8	.259	J3 - J12	.434
J1 - J7	.239	J2 - J9	.495	J3 - J13	.000
J1 - J8	-.157	J2 - J10	.475	J3 - J14	.000
J1 - J9	.385	J2 - J11	-.050	J4 - J6	.151
J1 - J10	.233	J2 - J12	.385	J4 - J7	.344
J1 - J11	.151	J2 - J13	.000	J4 - J8	.220
J1 - J12	.446	J2 - J14	.000	J4 - J9	.919*
J1 - J13	.000	J3 - J4	.446	J4 - J10	.853*
J1 - J14	.000	J3 - J5	.384	J4 - J11	.031
		J3 - J6	-.064	J4 - J12	.832*

J4 - J13	.000	J6 - J12	-.060	J9 - J10	.775
J4 - J14	.000	J6 - J13	.000	J9 - J11	-.050
J5 - J6	-.062	J6 - J14	.000	J9 - J12	.912*
J5 - J7	.299	J7 - J8	-.124	J9 - J13	.000
J5 - J8	-.175	J7 - J9	.396	J9 - J14	.000
J5 - J9	.377	J7 - J10	.260	J10 - J11	.052
J5 - J10	.209	J7 - J11	.047	J10 - J12	.693
J5 - J11	-.300	J7 - J12	.456	J10 - J13	.000
J5 - J12	.439	J7 - J13	.000	J10 - J14	.000
J5 - J13	.000	J7 - J14	.000	J11 - J12	-.132
J5 - J14	.000	J8 - J9	.048	J11 - J13	.000
J6 - J7	-.054	J8 - J10	.326	J11 - J14	.000
J6 - J8	.475	J8 - J11	.258	J12 - J13	.000
J6 - J9	-.061	J8 - J12	-.157	J12 - J14	.000
J6 - J10	.114	J8 - J13	.000		
J6 - J11	.088	J8 - J14	.000		

La kappa ponderada y sus estadísticas relacionadas no se pueden calcular para las variables J13 y J14, porque cada una de estas variables tiene menos de dos categorías válidas.

Se observa que la mayoría de los jueces presentó un acuerdo de justo a moderado, conforme a lo sugerido por Landis y Koch (1977), quienes indican que el acuerdo entre jueces se califica de la siguiente manera (89):

<0.20: concordancia pobre  
0.21-0.40: concordancia justa  
0.41-0.60: concordancia moderada  
0.61-0.80: concordancia buena  
0.81-1.00: concordancia muy buena

Finalmente se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson por utilizar una escala dicotómica de evaluación sobre el cumplimiento o no del objetivo a medir, obteniendo una confiabilidad alta de  $K20=0.816$ .

## MÉTODO FASE III

### *Pregunta de investigación*

¿Cuáles son las percepciones de la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México?

### *Objetivo General*

Evaluar las percepciones de la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México mediante el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”.

### *Objetivos Específicos*

Aplicar el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM” para evaluar la calidad de los servicios de salud que reciben las personas Sordas en México

Analizar las percepciones de las personas Sordas en México respecto a la calidad de los servicios de salud que reciben

### *Tipo de Estudio*

Descriptivo

### *Tipo de Diseño*

Transversal

### *Hipótesis de trabajo*

Las personas Sordas en México no reciben suficiente información de servicios no personales de salud y se encuentran insatisfechas de los servicios de salud que reciben en el trato por profesionales de la salud.

## ***Participantes***

### *Población*

370,841 personas Sordas de 18 a 60 años que viven en la República Mexicana.

### *Muestra*

100 personas Sordas que viven en la República Mexicana (Teoría clásica de los test)

### *Tipo de Muestreo*

**Probabilístico**

### *Criterios de Inclusión*

- Mayor de 18 años
- Ser persona Sorda señante de LSM

### *Criterios de Exclusión*

- No firmar el consentimiento informado.
- Tener otra discapacidad asociada que le impida entender el cuestionario.

### *Criterios de Eliminación*

- No responder completo el cuestionario.

## ***Instrumentos***

Se aplicó el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM” (Anexo 4) versión en línea apoyado en LSM, elaborado en la Fase II.

### *Implicaciones Bioéticas*

El presente estudio es una investigación sin riesgo, con base al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

La investigadora principal mantendrá los registros detallados de todos los sujetos del estudio, quienes mediante consentimiento informado aceptaron participar en la investigación.

Los datos y registros relativos al estudio serán vigilados por el Comité de ética e investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (Anexo 1).

### *Procedimiento*

Se realizó una revisión bibliográfica sobre temas de calidad en la atención en salud de las personas Sordas en diferentes partes del mundo, con base en los hallazgos se diseñó una entrevista semiestructurada que se aplicó a 9 líderes Sordos pertenecientes a la Unión Nacional de Sordos de México, de diferentes estados de la República Mexicana, a través de 2 grupos focales, cuyos resultados se describen con mayor detalle en fase I.

Posteriormente con lo obtenido en la fase I, y con base en la metodología para el desarrollo eficaz de instrumentos de Downing y Haladyna, 2006 se establecieron 11 pasos para la elaboración del instrumento(67): 1. plan general, 2. definición del contenido, 3. especificaciones del instrumento, 4. desarrollo de ítems, 5. construcción del cuestionario, 6. validación interjueces, 7. modificación según observaciones, 8. traducción español-LSM, 9. validación por intérprete de LSM y pilotaje con persona Sorda bilingüe, 10. producción del instrumento, 11. Aplicación. Dando como resultado el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM” en una versión en línea apoyado en LSM, el cual está formado por 38 ítems, sus características se detallan a profundidad en la fase II.

Para la obtención de la muestra se lanzó la convocatoria en las redes sociales WhatsApp y Facebook en páginas o grupos relacionados con la UNSM y que siguen personas Sordas de todo México, para invitarlos a responder el instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”, de manera digital mediante Formularios de Google. Se obtuvieron 101 respuestas al cuestionario, se excluyeron 6 respuestas por no aceptar el consentimiento informado y se eliminó 1 por no responder completo el cuestionario, quedando una muestra final de 94 respuestas.

## RESULTADOS

### *Resultados descriptivos*

Participaron 94 personas Sordas de México, de los cuales 35.1% fueron hombres y 64.9% mujeres. De una edad media de 33.83 años, mediana de 32 años, y una desviación estándar de 10.39, siendo la edad mínima 18 y la máxima 63 años. Se obtuvo al menos una respuesta de 26 de los 32 estados de la República Mexicana.

La escolaridad de los participantes es 20.2% nivel básico, 24.4% media superior, 45.7% superior y 9.6% posgrado. Respecto a su ocupación el 30.9% son empleados, 26.6% estudiantes, 20.2% docentes, 21.2% otras ocupaciones y solo el 1.1% se encuentra desempleado.

El 38.3% son derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 20.2% reciben atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 12.8% son usuarios de los servicios de Secretaría de Salud, 7.4% de servicios de salud privados y 21.3% no cuentan con ningún servicio de salud. Refieren ser una población sana, ya que solo el 13.8% indicó tener algún padecimiento crónico.

### *Propiedades psicométricas del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”*

El instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”, tuvo una consistencia interna alta, de un  $\alpha$  de Cronbach global= 0.88.

Los servicios no personales de salud ( $\alpha=0.90$  [IC 0.86-0.91]) se evaluaron interrogando sobre las principales fuentes de donde obtienen información de 3 subescalas: promoción de la salud ( $\alpha=0.79$  [IC 0.71-0.85]), prevención ( $\alpha=0.87$  [IC 0.82-0.90]), y prevención y mitigación de riesgos ( $\alpha=0.84$  [IC 0.78-0.89]). En lo correspondiente a promoción de la salud, incluyendo alimentación, descanso y actividad física, la información es obtenida principalmente a través de amigos o familiares, escuela y redes sociales, distribuidos de la siguiente manera (Tabla 6).

**Tabla 6**

<i>Fuentes de información en temas de promoción de la salud</i>				
<i>n=94</i>				
Fuente	Tema	alimentación	ejercicio	descanso
hospital		22.3%	7.4%	8.5%
escuela		16.0%	<b>23.4%</b>	17.0%
televisión		4.3%	4.3%	17.0%
internet		12.8%	17.0%	5.3%
redes sociales		10.6%	10.6%	<b>19.1%</b>
amigo o familiar		<b>25.5%</b>	21.3%	14.9%
otro		4.3%	10.6%	8.5%
ninguno		4.3%	5.3%	9.6%
<b>total</b>		100%	100%	100%

En temas de prevención, los temas interrogados fueron adicciones, vacunación, uso de anticonceptivos, métodos definitivos de planificación familiar, lavado de manos, lavado de alimentos, desinfección de agua y descacharrización para evitar proliferación de insectos vector, las primeras fuentes de información sobre dichos temas son el hospital y amigos o familiares, tal y como se muestra en la Tabla 7. Destacando la importante difusión sobre vacunación y la falta de información sobre prevención de adicciones.

**Tabla 7**

*Fuentes de información en temas de prevención*

*n=94*

Fuente \ Tema	adicciones	vacunación	anticonceptivos	planificación familiar	lavado de manos	lavado de alimentos	agua potable	insectos vector
hospital	7.4%	<b>57.4%</b>	<b>28.7%</b>	<b>23.4%</b>	19.1%	19.1%	<b>20.2%</b>	<b>18.1%</b>
escuela	20.2%	6.4%	24.5%	11.7%	20.2%	11.7%	12.8%	8.5%
televisión	10.6%	5.3%	3.2%	4.3%	11.7%	11.7%	9.6%	14.9%
internet	7.4%	5.3%	6.4%	5.3%	4.3%	5.3%	6.4%	7.4%
redes sociales	6.4%	8.5%	9.6%	7.4%	10.6%	8.5%	12.8%	11.7%
amigo o familiar	18.1%	11.7%	9.6%	20.2%	<b>24.5%</b>	<b>33.0%</b>	24.5%	16.0%
otro	6.4%	1.1%	4.3%	9.6%	5.3%	6.4%	4.3%	9.6%
ninguno	<b>23.4%</b>	4.3%	13.8%	18.1%	4.3%	4.3%	9.6%	13.8%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Una de las formas más comunes de información por parte de los servicios de salud es el uso de posters o infografías sobre diversos temas, la población participante calificó su contenido en un 37.2% comprensible, 33% muy comprensible, 22.3% poco comprensible y sólo 7.4% dijeron que no son comprensibles.

En temas de prevención y mitigación de riesgos se cuestionó sobre las fuentes de información sobre formas de actuar ante eventos adversos, tales como incendio, inundación y sismo; siendo en todos los casos la televisión la principal vía de conocimiento (Tabla 8). Además, se preguntó si han visto alarmas luminosas y dónde se encuentran éstas, el 51.1% indicó no haber visto ninguna, 17% únicamente las que tienen en casa, 19.1% mencionó haberlas visto en la calle y hospitales (9.57% respectivamente), mientras que el 12.8% restante en lugares como escuelas, fábricas y oficinas de gobierno (4.25% cada uno).

**Tabla 8**

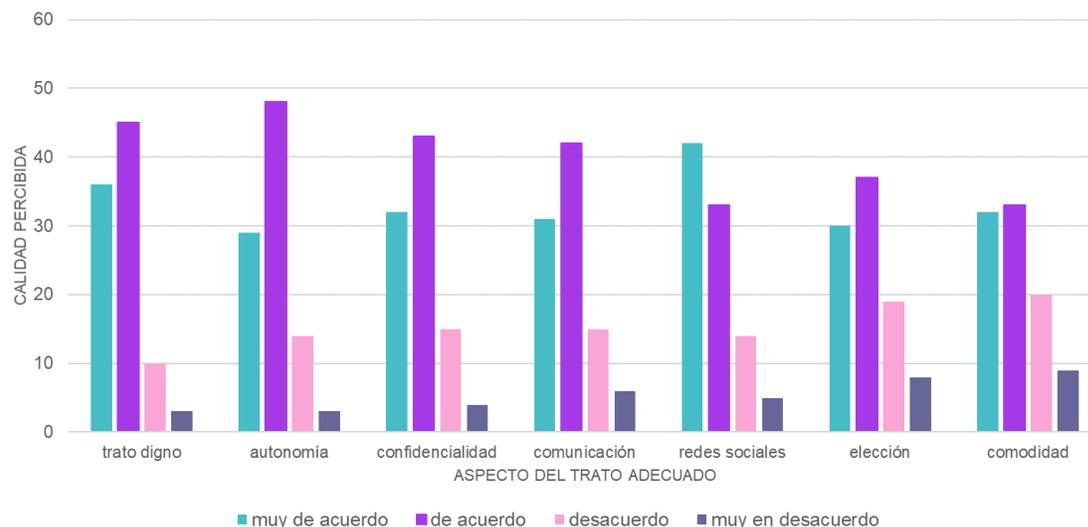
<i>Fuentes de información en temas de prevención y mitigación de riesgos</i>				
<i>n=94</i>				
Fuente \ Tema	sismo	inundación	incendio	
hospital	4.3%	7.4%	9.6%	
escuela	21.3%	13.8%	17.0%	
televisión	<b>23.4%</b>	<b>22.3%</b>	<b>18.1%</b>	
internet	9.6%	10.6%	8.5%	
redes sociales	14.9%	14.9%	10.6%	
amigo o familiar	16.0%	13.8%	12.8%	
otro	6.4%	2.1%	8.5%	
ninguno	4.3%	14.9%	14.9%	
total	100%	100%	100%	

La segunda parte que aborda los servicios personales de salud ( $\alpha=0.84$  [IC 0.78-0.89]), contiene 4 subescalas: consulta médica ( $\alpha=0.75$  [IC 0.66-0.82]), y consulta con otros profesionales ( $\alpha=0.91$  [IC 0.88-0.93]), y 2 de carácter descriptivo, contacto con los servicios sanitarios, y urgencias y emergencias.

En la subescala referente a consulta médica se indagó sobre la percepción de la calidad en el trato adecuado al momento de acudir al médico, en una escala tipo Likert dividida en 4 categorías, que va de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”, se encontró que, de los 7 aspectos a medir, el 44.7% afirma estar muy de acuerdo en contar con la posibilidad de acceder a la presencia de redes sociales en caso de necesitarlo, el 51% está de acuerdo en tener autonomía para decidir sobre su salud, el 47% calificó estar de acuerdo con sentirse respetados y recibir un trato digno al momento de acudir a los servicios de salud. Aunado a esto, 45% está de acuerdo en sentir que la confidencialidad de sus datos está asegurada y que pueden aclarar sus dudas respecto a su salud durante la consulta. Únicamente el 39% de los participantes indicaron estar de acuerdo en tener la posibilidad de elección sobre la persona que los atiende, en lo concerniente a las instalaciones de las unidades de salud 35% está de acuerdo y 34% muy de acuerdo, en percibir las cómodas (Figura 3).

**Figura 3**

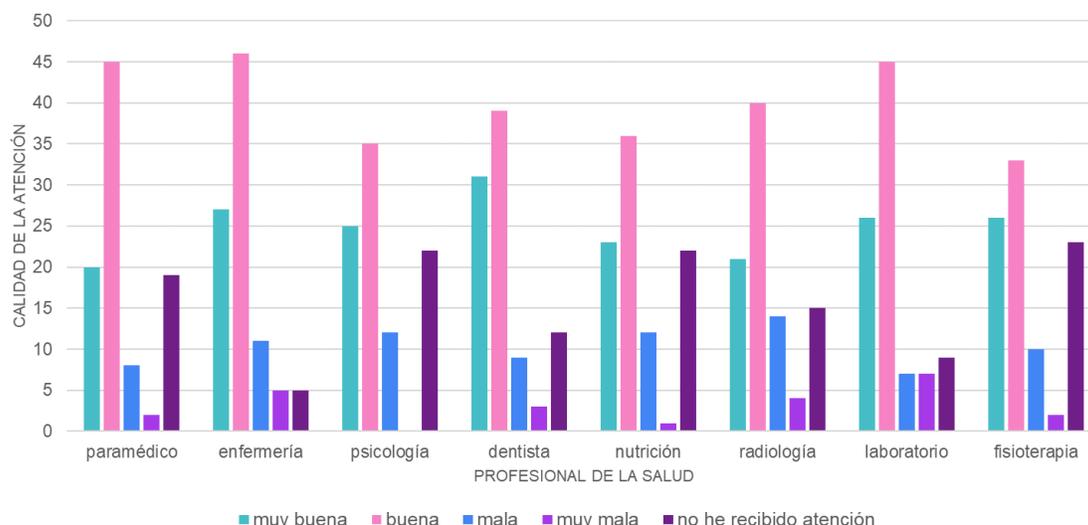
*Calidad percibida sobre aspectos del trato adecuado*



La subescala de consulta con otros profesionales de la salud se solicitó que evaluaran la atención recibida mediante escala tipo Likert en 4 niveles de muy buena a muy mala. Cerca de la cuarta parte indicó no haber recibido atención de algunas áreas como psicología, nutrición y fisioterapia. Si bien todas las profesiones interrogadas obtuvieron una calificación de la atención como buena o muy buena, destacan enfermería, personal de laboratorio y odontología con las mejores valoraciones. Se detalla dicha evaluación en la siguiente Figura.

**Figura 4**

*Calidad de la atención recibida por diversos profesionales de la salud*



En la subescala de servicios sanitarios los hallazgos fueron que 7 de cada 10 participantes mencionaron que existe un hospital o centro de salud cercano a su domicilio, 47.9% a menos de 15 minutos, 35.1% de 16 a 30 minutos, 11.7% de 31 a 60 minutos y sólo el 5.3% indicó que se encuentra a más de 1 hora de su domicilio. Entre las formas de traslado de su casa al hospital o centro de salud más cercano, el 59.6% lo hace en automóvil, 23.4% en transporte público y 17% caminando.

Cuando las personas Sordas en México requieren agendar una cita 57.4% acude personalmente, 24.5% lo hace a través de internet, 8.5% vía telefónica, 7.4% por mensaje y un 2.1% vía correo electrónico. Una vez obtenida la cita, el tiempo de espera para acudir a consulta es de 1 a 5 días para el 44.7%, entre 6 y 15 días para el 26.6%, 12.8% espera de 16 a 30 días y un 16% más de 1 mes.

El momento de la consulta establece una relación directa médico-paciente, requiriendo establecer un vínculo de comunicación, la forma más frecuente en México para las personas Sordas es mediante la ayuda de un familiar (53.2%), en otros casos recurren a formas como la escritura (19.1%), verbalización (13.8%) y

mímica (3.2%); algunos demandan el apoyo de un intérprete de LSM (8.5%) y sólo el 2% tiene la oportunidad de recibir consulta en su propia lengua, Lengua de Señas Mexicana.

En temas de urgencias y emergencias la forma más común de contacto con este servicio es con la ayuda de un oyente (41.5%), seguido de los recursos tecnológicos como videollamada (12.8%), mensaje (10.6%), teléfono (9.6%) y redes sociales (6.4%); sólo un 3.2% ha empleado los botones y cámaras de videovigilancia instaladas en las calles de algunas ciudades de México, el 16% restante refiere nunca haber necesitado servicio de urgencias.

El último ítem es una pregunta abierta, donde se cuestionó a los participantes qué mejorarían de la atención que recibe en los servicios de salud, la respuesta con mayor prevalencia fue que el personal de salud aprenda LSM, seguido de la necesidad de intérpretes; piden sensibilidad, atención, menor tiempo de espera y un buen trato al paciente, que sea respetuoso y amable. Destaca también que el uso del cubrebocas ha dificultado la comunicación por no poder leer los labios, sugieren el uso de videollamadas y pantallas en los servicios de salud para tener un mejor acceso a la información. Finalmente solicitan el apoyo del gobierno a la vigilancia de las leyes que protegen los derechos de las personas con discapacidad, y con tener oportunidades de atención a costos accesibles.

Por tanto, a manera de resumen las propiedades psicométricas del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”, se muestran en la tabla 9.

**Tabla 9***Fiabilidad del instrumento*

<b>Categoría</b>	<b>Consistencia</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>IC 95%</b>
Global	alta	0.88	0.84-0.91
<i>Servicios no personales</i>	alta	0.90	0.86-0.92
-Promoción de la salud	buena	0.79	0.71-0.85
-Prevención	alta	0.87	0.82-0.90
-Prevención y mitigación de riesgos	alta	0.84	0.78-0.89
<i>Servicios personales</i>	alta	0.84	0.78-0.88
-Consulta médica	buena	0.75	0.66-0.82
-Consulta otros profesionales	alta	0.91	0.88-0.93

Se decide eliminar 2 ítems por no cumplir con las propiedades psicométricas requeridas.

### *Análisis descriptivo y correlacional*

Se buscó verificar la relación respecto al sexo de la percepción de calidad en cada uno de los aspectos que incluye el trato adecuado durante la consulta médica: trato digno, autonomía, confidencialidad, comunicación, redes sociales, elección y comodidad. Únicamente se encontró una relación estadísticamente significativa sobre la percepción de autonomía durante la asistencia a la consulta médica ( $r_p=0.230$ ,  $p<0.05$ ), y la percepción de confidencialidad de la información ( $r_p=0.215$ ,  $p<0.05$ ) (ver tabla 10).

**Tabla 10**

*Correlación de Pearson entre aspectos de la consulta médica según sexo y servicio médico*

	<b>Sexo</b>		<b>Servicio médico</b>	
	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)
<b>Trato digno</b>	.088	0.400	-.062	0.551
<b>Autonomía</b>	.230	0.026*	-.052	0.617
<b>Confidencialidad</b>	.215	0.037*	-.036	.732
<b>Comunicación</b>	.067	0.520	-.023	.825
<b>Redes sociales</b>	.017	0.869	-.006	.952
<b>Elección</b>	.187	0.072	-.115	0.269
<b>Comodidad</b>	.164	0.114	-.013	0.904

\*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

*Correlación de Pearson entre consulta con otros profesionales de la salud según sexo y servicio médico*

	<b>Sexo</b>		<b>Servicio médico</b>	
	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)
<b>Paramédico</b>	-0.093	0.373	.108	0.301
<b>Enfermería</b>	-0.082	0.431	.008	0.941
<b>Psicología</b>	.085	0.418	-.053	0.613
<b>Dentista</b>	.000	0.997	.028	0.786
<b>Nutrición</b>	-.015	0.886	-.054	0.605
<b>Radiología</b>	.087	0.404	-.106	0.310
<b>Laboratorio</b>	-.042	0.687	.034	0.743
<b>Fisioterapia</b>	.044	0.672	-.028	0.789

## DISCUSIÓN

Para brindar una atención de calidad en el área de la salud resulta indispensable la evaluación continua de los servicios, tanto de manera interna, de los prestadores del servicio, como externa, por parte de los usuarios. Sin embargo, en muchas ocasiones se deja de lado la opinión de grupos minoritarios, sobretodo, de aquellos que utilizan una lengua distinta a la mayoritaria, pues no se cuenta con instrumentos traducidos y adaptados para dicha población.

Actualmente destaca la importancia de aprovechar los avances tecnológicos, de tal manera que en este estudio se incide con el diseño de un instrumento para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, traducido a Lengua de Señas Mexicana, con las debidas propiedades psicométricas, y que al estar en línea y en formato de vídeo, permite ser utilizado a distancia y comprendido por la comunidad Sorda.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 afirma que las personas con discapacidad presentan mayores rezagos educativos, pues mientras el 46.9% de la población nacional alcanza niveles de educación media superior o superior, solo el 22% de las personas con discapacidad alcanzan esos niveles (90). Los participantes de este estudio, se encuentran por arriba de esas cifras, 24.4% cuenta con nivel medio superior, 45.7% superior y 9.6% posgrado.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su informe 2020, señala que como consecuencia del rezago educativo, la población con discapacidad presenta tasas más elevadas de desempleo que el resto de la población, indica que únicamente 38.6% tienen un empleo y el resto se encuentran desocupados o no son económicamente activos (91); los participantes de este estudio, muestran un comportamiento distinto, pues solo el 1.1% se encuentran desempleados, el resto son empleados, docentes, obreros o desempeñan otras ocupaciones.

El sistema de salud en México tiene una característica de fragmentación institucional asociada al empleo formal, la institución para la que se trabaja y los ingresos percibidos, según los cuales será la institución de salud a la que se recurre en caso de enfermedad, en este estudio más de la mitad de las personas Sordas (58.5%) recurren a los servicios de IMSS e ISSSTE por derechohabencia, 12.8% son usuarios de los servicios de Secretaría de Salud (SSA), 7.4% de servicios de salud privados y 21.3% no cuentan con ningún servicio de salud. Estas cifras difieren ligeramente con lo expuesto en 2017 por el Consejo Nacional para prevenir la Discriminación (CONAPRED), quienes hallaron que el 46.2% de las personas con discapacidad auditiva acuden a los servicios de SSA, 32% se atienden en instituciones de derechohabencia (IMSS, ISSSTE, PEMEX), 12.4% en servicios privados, 7.4% acude a consultorios de farmacias y 1.9% no utiliza servicios de salud (90).

El CONEVAL señala que las personas con discapacidad presentan condiciones menos favorables de salud, en las que el 25% padece diabetes, hipertensión y/o enfermedades cardiovasculares (91), lo cual difiere de la población encuestada quienes solo el 13.8% indicó tener algún padecimiento crónico, sin embargo no se descarta que dicha diferencia se deba a la edad de los participantes, cuya media y mediana se encontró dentro de la tercera década de la vida.

La Ley General de Salud, confiere a la Secretaría de Salud y gobiernos de las entidades federativas, la tarea de realizar actividades para prevenir y controlar enfermedades transmisibles y no transmisibles, mediante difusión, divulgación y promoción a la salud en los diferentes sectores y poblaciones (23), en la presente investigación destaca un buen cumplimiento en lo que a prevención de enfermedades transmisibles se refiere, pues el hospital y/o centros de salud son la principal fuente de información (hasta 57%) para las personas Sordas en temas como vacunación, uso de anticonceptivos y medidas para evitar la proliferación de insectos vector.

Sin embargo, existe una deficiencia en lo concerniente a enfermedades no transmisibles, pues en temas de hábitos saludables e higiene, la información la obtienen las personas Sordas a través de familiares y/o amigos y redes sociales (hasta 24%) y solo una pequeña parte lo hace directo de las instituciones de salud (menos del 10%). Además, resulta alarmante que el 23% de las personas Sordas entrevistadas no han recibido ninguna información en temas de prevención de adicciones.

Ante una situación de emergencia, como sismo, incendio o inundación, resulta indispensable que toda persona sepa cómo actuar, de una manera ágil, ordenada y segura a fin de proteger su integridad y su vida; las personas Sordas no son ajenas a este tipo de eventos, por tanto deben conocer dicha información (92); destaca que la mayoría de los participantes refirieron recibir dicha información a través de la televisión o la escuela. Lo que muestra un área de oportunidad para fortalecer los lazos entre los sectores, educativo, sanitario, de protección civil y telecomunicaciones.

Distintos grupos de investigadores como los dirigidos por Stout (2004) e Ivey (2014) afirman que las personas sordas y con problemas de audición son el último grupo en recibir información ante una emergencia (93), las Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015 (34) y NOM-030-SSA3-2013 (33), así como la Guía con Recomendaciones para considerar a las personas con discapacidad en protocolos de protección civil, que emite la Comisión Nacional de Derechos Humanos (94), indican que los inmuebles y espacios de los sectores público, privado y social deberán instalar dispositivos de alarma de acuerdo a las características del inmueble y los distintos tipos de discapacidad, en el caso de la auditiva puede ser desde un foco hasta una sirena con lámpara estroboscópica intermitente, aunque es una norma de aplicación federal, y se obtuvo respuesta de 26 de los 32 estados del país, solo el 31.9% de los participantes refirieron haberlas visto en espacios públicos, 17% las instaladas en sus propias casas y 51.1% indicó no haber visto ninguna, lo que refleja un bajo orden y cumplimiento de la legislación.

En México desde el año 2017 se estableció a nivel nacional el número de emergencias 9-1-1, el cual funciona mediante llamada telefónica, lo que pone en desventaja a usuarios Sordos, tal y como lo expresa el 41.5% de los participantes en este estudio, que requieren ayuda de un oyente en caso de contactar el servicio de urgencias. Los participantes de la fase I, recomiendan el aprovechamiento de nuevas tecnologías para su integración, tal y como sucede en otros países como Estados Unidos (Deaf911) (95), Francia (Urgence 114) (96) y Brasil (Surdomed) (97), quienes han diseñado aplicaciones para teléfono móvil donde usuarios Sordos pueden contactar directamente los servicios de urgencias en su propia lengua de señas.

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, el 70% de los participantes afirmaron la existencia de un hospital o centro de salud cercano a su domicilio, solo el 5.3% indicó que requiere desplazarse más de una hora para llegar a él, lo que indica menos tiempo a lo mencionado por el CONEVAL, que reporta que al 2018 el 8.4% de las PcD tardaría dos horas o más en llegar a un hospital (91).

En la evaluación de la calidad en el trato adecuado durante la consulta médica, el 44.7% afirma contar con acceso a redes sociales, similar a lo expresado por los participantes de la primera fase, quienes comentaron incluso la necesidad de contar con un acompañante para poder recibir la atención médica. Dicha necesidad de contar con un acompañante, genera que solo el 51% se perciba autónomo para decidir sobre su salud y únicamente 45% sienten que la información intercambiada durante la consulta es confidencial y que tienen en la libertad de aclarar sus dudas respecto a su salud; fenómeno expresado con frecuencia por pacientes sordos, quienes ante la presencia de un familiar o intérprete ven limitada su libertad de expresión y de recibir información (9,63,64,97).

Respecto a la comunicación médico-paciente, en la fase I de la investigación 3 de los 9 participantes refirieron conocer algún médico que sabe lengua de señas, y que ha mostrado empatía para brindarles una buena atención, sin embargo, todos

coincidieron que, con el resto del personal de salud y administrativo en los servicios de salud los problemas de comunicación representan la principal barrera para recibir una atención de calidad. Al interrogar a la comunidad Sorda de México, únicamente el 2% ha recibido consulta en su propia lengua (LSM), el resto se comunica mediante escritura, verbalización o mímica, y más de la mitad (53.2%) requiere la ayuda de un oyente. Lo cual coincide con autores como Silveira de Souza y colaboradores (2017) y Montes Rotela (2019) quien concluye que además de coartar la autonomía del paciente, pone en riesgo la adecuada anamnesis, la comprensión del diagnóstico y el apego al tratamiento (98,99) .

Se pidió a los participantes que evaluaran la atención por parte de distintos profesionales de la salud de los que hubieran requerido servicio alguna vez, la mayoría fueron calificados de manera general como “buena”, por ejemplo, el área de psicología fue calificada 37.2% como buena, 26.5% como muy buena, lo que difiere con lo hallado por Purse M. (2021) (101), Ramos Cortes (2015) (102) y Villota (2011) (103) en que los pacientes sordos refieren experiencias deficientes y/o poco positivas con el servicio de psicología. El personal de enfermería recibió una calificación de muy buena por el 48.9% de los entrevistados y buena por el 28.7%, similar a lo hallado por las investigaciones lideradas por Witko (2017) y Cayuela (2019) quien concluye que esto se debe a que es uno de los profesionales de salud que establece mayor contacto con los pacientes (60), y que muchos de ellos realizan grandes esfuerzos por establecer una buena relación profesional-paciente (63,100); sin embargo hay diversas investigaciones que han evaluado la percepción del personal de enfermería al brindar su atención a los pacientes sordos, encontrando en lo común barreras de comunicación, formación y desconocimiento de su lengua y cultura (100,101,102,103).

Al igual que Martínez y Pinos (2019) (108) considero fundamental que los profesionales de la salud conozcan la lengua y cultura de las personas Sordas, pues todos en algún momento pueden tener un paciente de este grupo, y el no tener

dichos conocimientos vulnera el derecho humano a la salud y a recibir una atención digna, oportuna y de calidad.

## CONCLUSIONES

La salud es un derecho humano al que todos debemos tener acceso y recibirlo de la manera más asequible y adecuada para las necesidades de cada individuo, ya que como profesionales de la salud es prioritaria la atención centrada en el paciente y las comunidades. Es por ello que el diseño de instrumentos dirigidos específicamente hacia grupos minoritarios con los ajustes de lengua e interculturalidad resulta un trabajo innovador y que abre la posibilidad a nuevos campos de investigación y acción.

La aportación metodológica que se realiza en este estudio es de alta fiabilidad, ya que se demostró que la consistencia interna del instrumento diseñado fue alta tanto a la evaluación por jueces expertos, como al momento de llevarlo a su aplicación con la comunidad Sorda de México.

La percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben, permiten ver que en lo concerniente a servicios no personales existen muchos vacíos de información, la prevención y promoción de la salud son la base para el autocuidado y el bienestar personal y comunitario, se deben fortalecer los lazos interinstitucionales de educación, salud y comunicaciones, a fin de poder brindar información veraz, con calidad de contenido y en formatos accesibles para la comprensión por parte de los usuarios Sordos.

Las políticas en salud pública han establecido leyes y normativas que buscan garantizar el acceso equitativo para todas las personas a los servicios de salud, sin embargo, se observó que estas no se cumplen a cabalidad, como lo es la falta de información en formatos accesibles, la falta de intérpretes de lengua de señas en los servicios públicos de salud y la carencia de alarmas luminosas que permitan conocer a las personas Sordas cuando existe una situación de emergencia.

Se observó una buena accesibilidad de los servicios de salud en el país, pues la mayoría de los participantes tiene un hospital o centro de salud cercano a su

domicilio al que pueden llegar en menos de 30 minutos y los tiempos de espera para la atención a partir de la solicitud de la cita en su mayoría no rebasan los 15 días.

Pero no solo se trata de que existan los servicios de salud, si no se pueden utilizar o aprovechar adecuadamente, pues al momento del contacto con ellos, observamos que la principal barrera está en la comunicación, pues solo una mínima parte ha recibido consultas en su propia lengua, prevalece la necesidad de ir con un acompañante, lo cual genera sentimientos de dependencia, discriminación y privación de la confidencialidad. Es importante considerar el aprendizaje de la Lengua de Señas Mexicana por parte del personal de salud, tanto médicos, como el resto de profesionales como enfermería, psicología, fisioterapia, etcétera, o garantizar el acceso a intérpretes profesionales, para brindar una atención de calidad.

Finalmente rescato la importancia en el aprovechamiento del uso de las tecnologías de la informática y comunicaciones, vivimos en un mundo globalizado en que las TIC's son parte de nuestro día a día y la comunidad Sorda propone el uso de ellas para facilitar la comunicación entre ellos y los servicios de salud, bajo tres demandas específicas: la existencia de pantallas digitales que permitan en los hospitales o centros de salud conocer cuándo es su turno, la existencia de una aplicación móvil que permita el contacto con servicios de urgencias o emergencias a través de videollamada, y el uso de videollamadas para facilitar la comunicación con intérpretes durante la prestación de las consultas.

## RECOMENDACIONES

Los participantes en los grupos focales fueron representantes de 8 estados de los 32 que conforman a la República Mexicana, se sugiere ampliar el número de entrevistados con participación de otras entidades, lo cual permitirá una mayor saturación teórica y así ampliar la visión sobre las fortalezas, debilidades y oportunidades en la prestación de servicios de salud para esta población.

Se sugiere la aplicación del instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM” en aquellos servicios de salud donde las personas Sordas son usuarias, para conocer su percepción de la calidad y poder brindar así una mejor atención en salud.

## ANEXOS

### Anexo 1. Dictamen del Comité de ética e investigación UAEH



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
Instituto de Ciencias de la Salud  
School of Medical Sciences  
Coordinación de Investigación  
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 09 de junio de 2021  
Oficio Comiteei.icsa 18/2021  
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

**DRA. ANDROMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ**

**Investigador Principal**

Correo electrónico ro214033@uaeh.edu.mx

**PRESENTE**

**Título del Proyecto: Percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben .**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
Aprobado

Este protocolo tiene vigencia del 09 de junio del 2021 al 08 de junio del 2022.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola  
**Presidenta del Comité**

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: #::Z{BJ3-

<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n  
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín  
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306  
investigacion\_icsa@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)

## **Anexo 2. Contacto mesa directiva de la Unión Nacional de Sordos de México**



Pachuca, Hidalgo; 23 de septiembre de 2020

**Lic. León Ricardo Parra Encinas**  
**Presidente UNSM**  
**P R E S E N T E**

Por este medio me presento ante usted y la apreciable mesa directiva que dirige, mi nombre es Anabel Romero Olguín, soy estudiante de la maestría en Salud Pública en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en este programa educativo uno de los principales objetivos es analizar, proponer y/o generar políticas públicas que garanticen el bienestar de la población y la accesibilidad universal a los servicios de salud.

En los últimos años he podido convivir y trabajar con personas Sordas, teniendo además el gusto de compartir espacio con ustedes en sus Convenciones Anuales de Líderes Sordos, lo que me ha permitido entender y respetar su lengua y cultura, reconozco el compromiso que implica para con la comunidad Sorda la promoción de la LSM y he buscado aprender día a día, por lo que también he asistido a talleres y congresos de intérpretes con la AIT-LS.

Como profesional del área de la salud y el contacto con la Comunidad Sorda me ha permitido observar las barreras y limitaciones a las que se enfrentan las personas Sordas al acudir a consultas médicas; es por ello que en mi tesis de maestría busco conocer la "PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SORDAS EN MÉXICO RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBEN", a fin de dar voz a sus necesidades y brindarles un mejor servicio.

Motivada por todo lo anterior, me permito hacerles la solicitud/invitación para realizar esta investigación en colaboración con su organización. En caso de ser aceptada mi petición, como primer paso requeriría saber algunos datos: ¿Cuántos Estados de la República Mexicana se encuentran afiliados a la UNSM? ¿Cuántos sordos en total componen la UNSM? De ellos, ¿todos son mayores de edad y señantes de LSM?

Una vez que tenga esos datos, lo integre a mi protocolo y en colaboración con los maestros integrantes de mi Comité de Tesis. Estaría informando y acordando con ustedes la forma en que realizaremos este trabajo de investigación, las fechas, plataformas digitales para realizar las entrevistas y demás detalles requeridos.

Esperando una respuesta favorable a esta invitación, les envío un afectuoso saludo y quedo a sus órdenes.

LTF. Anabel Romero Olguín



# Unión Nacional de Sordos de México, A.C.

RFC: UNS0712137J4

RPP: 9331100573418PERNYDM

Tijuana, B.C. a 09 de Octubre de 2020  
ASUNTO: Respuesta oficio del 23/09/2020

LTF. ANABEL ROMERO OLGUÍN  
MAESTRIA SALUD PUBLICA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
PRESENTE.-

Presidente  
Lic. León Ricardo Parra Encinas

Vicepresidente  
Ing. Hernán Guillermo Aguilar

Secretario General  
Mtra. María Guadalupe Gil Castillo

Tesorero  
C. Armando Gallego Ibarra

Consejo Consultivo I  
Ing. Jaime Ariel Martínez Ponce

Consejo Consultivo II  
Aq. Carlos Manuel Espinosa Alonso

Consejo Consultivo III  
Prefa. Xochitl Yadra Us Gallén

Comisario Vigilancia  
Prefa. Dina Salgado Sotelo

Reciba un cordial saludo y agradecimiento por la invitación efectuada en su oficio con fecha del 23 de septiembre del presente año, en donde nos invita a colaborar en la investigación para el desarrollo de su tesis: PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS SORDAS EN MÉXICO RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE RECIBEN.

Habiendo presentado su solicitud a la mesa directiva de la UNSM, le informamos que la respuesta es positiva; con gusto nos sumamos en la medida de lo posible a la investigación que esta por comenzar.

A continuación dare respuesta a las cuestiones planteadas en su oficio:

- ¿Cuántos estados de la república se encuentran afiliados a la UNSM?
  - o 23 estados.
  - o 24 asociaciones civiles, 2 agrupaciones estatales y 1 Miembros Individual.
- ¿Cuántos sordos en total componen a la UNSM?
  - o Una muestra aproximada de entre 54 a 65 personas Sordas.
  - o Lo anterior, entendiéndose líderes Sordos de las agrupaciones.
  - o No se contempla los agremiados correspondientes a cada asociación.
- ¿Todos son mayores de edad y señantes de LSM?
  - o Todos son mayores de edad.
  - o En relación a ser señantes de LSM, exponemos lo siguiente:
    - La mayoría son señantes de LSM.
    - Algunos son señantes de Español Sigando Mexicano (ESM).
    - Algunos son señantes de Comunicación Total (CT).

Si surgieren mas preguntas al respecto con gusto podemos seguir colaborando con usted. Para lo anterior dejo los datos de contacto de la UNSM (6643870011 msj. txt) y correo [unsm.mexico@gmail.com](mailto:unsm.mexico@gmail.com).

Quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE  
  
LIC. LEÓN RICARDO PARRA ENCINAS  
PRESIDENTE



Email: [unsm.mexico@gmail.com](mailto:unsm.mexico@gmail.com), [secgen.unsm@gmail.com](mailto:secgen.unsm@gmail.com)

### **Anexo 3. Consentimiento informado grupos focales fase I**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La Licenciada en Terapia Física Anabel Romero Olguín estudiante de la maestría en Salud Pública como parte de las actividades programadas en la investigación sobre percepción de las personas Sordas en México respecto a los servicios de salud que reciben, en colaboración con el Cuerpo Académico de “Salud Emocional” del Instituto de Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Solicitamos su consentimiento para participar en la entrevista a través de la técnica de grupo focal, misma que será video grabada. La información recolectada será de uso exclusivo de los investigadores para fines científicos, por lo que se manejará de forma confidencial y manteniendo el anonimato de los participantes. El estudio no representa ningún costo económico ni riesgo para la salud de los participantes.

La responsable de esta actividad es la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz, profesora investigadora de ICSa. Y se encuentra bajo vigilancia del Comité de Ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Si usted acepta participar voluntariamente en este estudio, favor de levantar la mano.

## Anexo 4. Instrumento “Calidad de los Servicios de Salud en LSM”

Calidad de los Servicios de Salud en LSM

indicaciones pregunta 1

Señale dónde ha recibido información sobre los siguientes temas

	Hospital o centro de salud	Escuela	Televisión	Internet: sitios oficiales de salud	Redes sociales: facebook, twitter, instagram	Amigo o familiar	Otro	No recibió información
1. 🍏 Alimentación saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 🏃 Actividad física y ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 😴 Descanso y horas de sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 🚫 Adicciones: alcohol, tabaco y drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Versión en línea en Lengua de Señas Mexicana disponible en  
<https://forms.gle/8tc1RmBME4D6LHMK8>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas López SL de los Á. La sordera en diálogo interdisciplinar. En: La sordera como campo semántico: discapacidad, discriminación o producción de subjetividad emergente [Internet]. San Luis Potosí, México; 2017. p. 5–13. Disponible en: <http://comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/simposios/1770.pdf>
2. Woodward J. How you gonna get to heaven if you can't talk with Jesus: on depathologizing deafness [Internet]. Estados Unidos de América: T.J. Publishers; 1982. 88 p. Disponible en: <https://archive.org/details/howyougonnagetto0000wood/page/n3/mode/2up>
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
4. OMS. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2014 p. 27. Disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/index.php/articulos-discapacidad/accion-mundial-de-la-oms>
5. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Agenda De Salud Sostenible para las Americas 2018-2030 [Internet]. PAHO, editor. Washington, DC; 2017. 57 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>
7. PAHO, OMS. Estrategia Y Plan De Acción Para Mejorar La Calidad De La Atención En La Prestación De Servicios De Salud 2020-2025. CD57/12 2019 p. 34.
8. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud [Internet]. Discapacidad y Salud. 2020. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

9. OMS. Sordera y pérdida de la audición [Internet]. OMS. 2021. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
10. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/Olap/Proyectos/bd/censos/cpv2020/pt.asp>
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México; 2020 p. 343. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
12. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de México. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2022.
13. 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):634–42.
14. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001. 249 p.
15. Manrique Rodríguez M, Marco Algarra J. Audiología. CYAN PE, editor. España: SEORL PCF; 2014. 473 p.
16. ASHA AS-L-HA. Tipo, grado y configuración de la pérdida de audición [Internet]. Vol. 11566. 2016. Disponible en: <https://www.asha.org/uploadedFiles/Tipo-grado-y-configuracion-de-la-perdida-de-audicion.pdf>
17. Juliarena GE. Bilingüismo en sordos. En: IV Jornadas de Español como Lengua Segunda y Extranjera [Internet]. La Plata, Argentina; 2012. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.2725/ev.2725.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2725/ev.2725.pdf)
18. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Vol. 1. Nueva York y Ginebra; 2008. 62 p. Disponible en: [https://www.ohchr.org/documents/publications/advocacytool\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/documents/publications/advocacytool_sp.pdf)
19. OEA O de los EA. Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad [Internet]. 2018 p. 18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13662-017->

1121-6%0Ahttps://doi.org/10.1007/s41980-018-0101-2%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.cnsns.2018.04.019%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.cam.2017.10.014%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.apm.2011.07.041%0Ahttp://arxiv.org/abs/1502.020

20. Secretaría de Relaciones Exteriores. Tratados internacionales [Internet]. 2022. Disponible en: [https://aplicaciones.sre.gob.mx/tratados/muestratratado\\_nva.sre?id\\_tratado=573&depositario=](https://aplicaciones.sre.gob.mx/tratados/muestratratado_nva.sre?id_tratado=573&depositario=)
21. Ramos Benítez D, Zambrano Caicedo M, Cachiotis Salazar R, Palma García AC. Habitar la ciudad siendo persona Sorda. *Trans-pasando Front.* 2020;(15):195–206.
22. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social [Internet]. México; 1986. Disponible en: <https://leyco.org/mex/fed/214.html>
23. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México; 2020 p. 316.
24. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de las Personas con Discapacidad [Internet]. México; 2005. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgpd/LGPD\\_abro.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/abro/lgpd/LGPD_abro.pdf)
25. INEGI IN de E y G. Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010. México: INEGI; 2013. 272 p.
26. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [Internet]. Nueva Ley DOF 30-05-2011 México; 2018 p. 29. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011)
27. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [Internet]. México; 2012 p. 1–23. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGIPD.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGIPD.pdf)
28. Secretaría de Salud. Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 [Internet]. México; 2014.

- Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014)
29. Secretaría de Bienestar. Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024 [Internet]. México; 2020. Disponible en:  
<https://sidof.segob.gob.mx/notas/5595663>
  30. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2020-2024 [Internet]. México; 2020. Disponible en:  
[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020)
  31. Consejo Nacional para prevenir la Discriminación. Programa Nacional para la Igualdad y no Discriminación 2021-2024. México: Gobierno de México; 2021.
  32. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. [Internet]. México; 2012. Disponible en:  
<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4861/SALUD/SALUD.html>
  33. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013 [Internet]. México; 2013 p. 16. Disponible en:  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/35897/NOM-030-SSA3-2013.pdf>
  34. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre [Internet]. México; 2016. Disponible en:  
[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5447778&fecha=12/08/2016](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5447778&fecha=12/08/2016)
  35. Arrivillaga M, Borrero Y, Eugenia A. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(5):15.
  36. Braveman P, Gruskin S. Policy and Practice Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ*. 2003;81(7):539–45.
  37. Española RA. Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española. 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
  38. Nevado-Batalla Moreno PT. Calidad de los servicios. *Estud Socio-Juríd*

- [Internet]. 2003 [citado el 8 de octubre de 2021];5(1):19–23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/esju/v5n1/v5n1a01.pdf>
39. Arellano-Díaz HO. La calidad en el servicio como ventaja competitiva. *Dominio las Ciencias*. 2017;3:72–83.
  40. Senlle A, GUtiérrez N. *Calidad en los servicios educativos*. España: Ediciones Díaz de Santos; 2005.
  41. García Saisó S, Álvarez del Río F, Terrazas Valdés P, Molina Mandujano I. La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. En: *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*. 2a ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2015. p. 209–21.
  42. Organización Panamericana de la Salud. *Guías e Instrumentos Para Evaluar La Calidad De La Atención* [Internet]. Vol. 1, Programa de Mejoría de la Calidad. Santo Domingo, D. N.; 2003. p. 1–166. Disponible en: [https://www.paho.org/dor/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category\\_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273](https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20-guia-e-instrumentos-para-evaluar-la-calidad-de-la-atencion&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=273)
  43. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioeth*. 2010;16(2):127–32.
  44. Robledo Galván HG, Fajardo Dolci G, García Saisó S. Reflexiones en torno al hexágono de calidad de los servicios de salud. En: *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*. 2a ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2015. p. 47–85.
  45. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Rev Calid Asist*. 2001;16(1):s64–6.
  46. García-Fabila EJ. Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. *Calidad de la atención médica*. *Rev Med e Investig Univ Autónoma del Estado México*. 2018;6(1):54–8.
  47. Secretaría de Salud. *NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud* [Internet]. México; 2012. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-035-SSA3-2012.pdf>

48. Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015;41:97–106. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
49. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. *Rev Calid Asist.* 2001;16:s29–38.
50. Murray C, Frenk J. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud [versión en español]. *Boletín la Organ Mund la Salud.* 2000;78(6):717–31.
51. Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monroy T, Garrido-Latorre F. Trato adecuado: Respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Publica Mex.* 2005;47(SUPPL. 1).
52. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(6):394–402.
53. Forrellat Barrios M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Rev Cuba Hematol Inmunol y Hemoter.* 2014;30(2):179–83.
54. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex.* 2015;57(2):180–6.
55. González Mosquera L. La comprensión de la alteridad sorda desde una perspectiva sociocultural. *Rev Española Discapac.* 2020;8(1):159–80.
56. WFD. World Federation of the Deaf Charter on Sign Language Rights for All [Internet]. 2019. Disponible en: <https://wfdeaf.org/charter/>
57. Loredó Martínez N, Matus Miranda R. Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Enfermería Univ.* 2012;9(4):57–68.
58. Witko J, Boyles P, Smiler K, McKee R. Deaf New Zealand sign language users' access to healthcare. *N Z Med J.* 2017;130(1466):53–61.
59. Appiah PK, Fenu GA, Asalu GA, Dzata WM, Bonchel DA, Abdul-Rahman TI, et al. Communication Experiences of Speech and Hearing Impaired Clients in Accessing Healthcare in Hohoe Municipality of Volta Region, Ghana. *Eur Sci*

- Journal, ESJ. 2018;14(12):209.
60. Cayuela Fuentes PS, Pastor Bravo M del M, Conesa Guillén M de los Á. Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. 2019;303–12.
  61. Pinilla S, Walther S, Hofmeister A, Huwendiek S. Primary non-communicable disease prevention and communication barriers of deaf sign language users: A qualitative study. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):1–10.
  62. Fuentes-López E, Fuente A. Access to healthcare for deaf people: A model from a middle-income country in Latin America. *Rev Saude Publica*. 2020;54:1–11.
  63. Luengo-Rubalcaba S, Abad-García R, Tíscar-González V. Accesibilidad de las mujeres sordas al sistema público sanitario del País Vasco. *Gac Sanit*. 2020;34(6):608–14.
  64. Madero-Zambrano K, Vallejo-Arias S, Castro-Bocanegra V. Necesidades sentidas de personas con capacidades disímiles ante la atención de profesionales de la salud. *Rev Científica Multidiscip [Internet]*. 2021;6(1):10–21. Disponible en: <https://latinjournal.org/index.php/ipsa%0AREvista>
  65. Secretaría de Salud. Lineamiento para el Monitoreo Institucional de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno. 2018;110. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Lineamiento\\_monitoreo\\_institucional\\_estad.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Lineamiento_monitoreo_institucional_estad.pdf)
  66. Secretaría de Salud. Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno [Internet]. 2022. Disponible en: [https://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt\\_tabla?gobierno=&mesurando=MG000001&periodo=202202&dominio=&origen=0](https://desdgc.es.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tabla?gobierno=&mesurando=MG000001&periodo=202202&dominio=&origen=0)
  67. Downing M. S, Haladyna M. T. *Handbook of test development*. United States of America: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
  68. Soriano Rodríguez AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos*. 2014;19–40.
  69. Hernández Sánchez MA, Fernández Vázquez MT. Nada sobre nosotros sin nosotros. La Convención de Naciones Unidas sobre discapacidad y la gestión

- civil de derechos [Internet]. 2016. 137 p. Disponible en: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Nada sobre nosotros sin nosotros-Ax.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Nada_sobre_nosotros_sin_nosotros-Ax.pdf)
70. Madrid Pérez A. Nothing about us without us! El movimiento de vida independiente: comprensión, acción y transformación democrática. *Rev Int Ética Y Política* [Internet]. 2013;(2):22–39. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/viewFile/6292/8034>
  71. RAE. Real Academia Española [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.rae.es/>
  72. SEP. La estructura del sistema educativo mexicano. *Sist Inf tendencias Educ en América Lat* [Internet]. 2018;38. Disponible en: [https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_mexico\\_0101.pdf](https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0101.pdf)
  73. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08) [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/docs/resol08.pdf>
  74. Martín JMM. La lengua materna en el aprendizaje de una segunda lengua. Universidad de Sevilla, editor. España; 2000. 175 p.
  75. Cruz Cruz, Johan Cristian, Margarita Moreno-Bonett RMÁG y JTP. La Comunidad Sorda y sus derechos lingüísticos, Ciudad de México [Internet]. 1a ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. 144 p. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/54438312/la-comunidad-sorda-y-sus-derechos-linguisticos>
  76. Arado BP de. Cultura Sorda [Internet]. ¿Lengua de señas? 2011. Disponible en: <https://cultura-sorda.org/lengua-de-senas/#:~:text=La lengua de señas es,ser humano%2C social y cultural.>
  77. Martínez C, Ación FL. Métodos De Intervención En Discapacidad Auditiva. *Int J Dev Educ Psychol*. 2008;3(1):219–24.
  78. Lissi MR, Svartholm K, González M. El Enfoque Bilingüe en la Educación de Sordos: Sus implicancias para la enseñanza y aprendizaje de la lengua escrita. *Estud Pedagog*. 2012;38(2):299–320.

79. TOFFOLO ACR, BERNARDINO ELA, VILHENA DDA, PINHEIRO ÂMV. Os benefícios da oralização e da leitura labial no desempenho de leitura de surdos profundos usuários da Libras. *Rev Bras Educ.* 2017;22(71):1–24.
80. Corzo González ME. Guía clínica de terapia para hipoacusia postlocutiva o postlingüística. En: *Manual de guías clínicas.* Instituto. Secretaría de Salud; 2010.
81. OMS. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013 [citado el 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)
82. OMS. Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2006. 54 p. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=16322&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16322&Itemid)
83. INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2018 [citado el 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=Ensanut\\_2018](https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=Ensanut_2018)
84. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal 2015: marco conceptual [Internet]. INEGI, editor. México: INEGI; 2017. 234 p. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825098742.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825098742.pdf)
85. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H FJ. Sistema de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):220–32.
86. Sutton AH, Fernando O, De R, Hernández RA, Selene R, García F, et al. La experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: Un acercamiento cualitativo. *Medigraphic* [Internet]. 2013;58:26–36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc131f.pdf>
87. Gallego Lorenzo J, Juanca Campdepadrós M. Fuentes y servicios de

- información. España: Universitat Oberta de Catalunya; 42 p.
88. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de los Institutos Nacionales de Salud [Internet]. México; 2019. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51\\_291119.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_291119.pdf)
  89. Oviedo U de. Concordancia entre observadores: Kappa de Fleiss en SPSS 26 [Internet]. 2019. Disponible en: [http://gdiyadiuniovi.blogspot.com/2019/11/concordancia-entre-observadores-kappa.html#:~:text=El estadístico kappa de Fleiss,tipo \(Gwet%2C 2014\)](http://gdiyadiuniovi.blogspot.com/2019/11/concordancia-entre-observadores-kappa.html#:~:text=El estadístico kappa de Fleiss,tipo (Gwet%2C 2014))
  90. CONAPRED CN para prevenir la D. Resultados sobre personas con discapacidad. En: Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. Ciudad de México; 2020. p. 96.
  91. CONEVAL CN de E de la P de DS. Informe evaluación de la política de desarrollo social 2020. Ciudad de México: CONEVAL; 2020. 240 p.
  92. Fomeque Ortíz S, Lamus Hernández EJ, Monroy Cifuentes YA. La discapacidad auditiva no es un impedimento ante la respuesta a una emergencia y desastre. Universidad Militar Nueva Granada; 2021.
  93. Ivey SL, Tseng W, Dahrouge D, Engelman A, Huang D, Gurung S. Assessment of State- and Territorial-Level Preparedness Capacity for Serving Deaf and Hard-of-Hearing Populations in Disasters. Public Health Reports. 2014;148–55.
  94. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Guía con recomendaciones para considerar a las personas con discapacidad en protocolos de protección civil. Ciudad de México: CNDH; 2018. 42 p.
  95. Deaf911 [Internet]. How do the deaf reach out for help during an emergency? 2022 [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://deaf911.org/#1>
  96. FFA FF de l'Accessibilité. Urgence 114 [Internet]. Appel d'urgence pour sourds et malentendants. [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.info.urgence114.fr/>
  97. de Assis Almeida P. Medium [Internet]. Surdomed: Ajudando na atenção e comunicação de pessoas com surdez. 2022 [citado el 20 de septiembre de

- 2022]. Disponible en: <https://brasil.uxdesign.cc/surdomed-estratégias-de-comunicação-de-ouvintes-com-pessoas-surdas-estudo-de-caso-de-ux-ui-7ab1f97d688f>
98. Sena S, Silva C. ¿Qué sucede en las consultas médicas? Situación de las personas sordas en el departamento de Paysandú. Universidad de la República; 2014.
  99. Silveira de Souza MFN, Brito Araújo AM, Fonseca Sandes LF, Antunes Freitas D, Soares WD, Schwenck de Mello Vianna R, et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. Rev CEFAC. 2017;19(3):395–405.
  100. Aragón Joseph AIK, Botero Botero M. Habilidades y métodos comunicativos del personal de enfermería durante el cuidado de personas con limitación auditiva. Corporación Universitaria Adventista; 2017.
  101. Purse M. Deaf Community and Mental Health [Internet]. Verywell mind. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.verywellmind.com/mental-health-issues-in-the-deaf-community-380577>
  102. Ramos C. Atención psicológica para personas sordas: Una aproximación a la comprensión de sus necesidades [Internet]. Universidad de la Sabana; 2015. Disponible en: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/17431/CinthyajhoanaRamosCortes %28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/17431/CinthyajhoanaRamosCortes%28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  103. Villlota M, Gladys N. Validación de un modelo de intervención psicológica para familias con miembros sordos [Internet]. 2011. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1334>
  104. Castelo Rivas WP, Chavarría Zambrano KK, Vaicilla Vega CM, Vanegas Viñan JB. Atención De Calidad a Pacientes Con Deficiencia Auditiva Y Verbal, Por Parte Del Personal De Enfermería Del Hospital General Santo Domingo. Enfermería Investig. 2021;6(5):10.
  105. Perea Perea I, Oter Quintana C. La relación terapéutica enfermera con pacientes sordos. Universidad Autónoma de Madrid; 2019.

106. Cóceres AM, Rovira MS, Vallejos SM, Auchter MC. La comunicación entre el enfermero asistencial y los pacientes con discapacidad auditiva en un hospital público de la ciudad de Corrientes . Año 2020. Rev la Fac Med la Univ Nac del Nord. 2021;56(1):4–16.
107. Sousa De Miranda R, Oliveira Shubert C, Alves Machado WC. Communication with people with hearing disabilities: an integrative review. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online. 2014;6(4):1695–706.
108. Martínez Paredes EG, Pinos Taboada JD. Comunicación del enfermero/a con pacientes que padecen deficiencia auditiva y verbal en el hospital general Santo Domingo [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo; 2019. Disponible en: [https://issuu.com/pucesd/docs/trabajo\\_de\\_titulaci\\_n\\_mart\\_nez\\_pino](https://issuu.com/pucesd/docs/trabajo_de_titulaci_n_mart_nez_pino)