



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 3 Núm. 1 | Enero-junio, 2026

ARTÍCULO ORIGINAL

Barreras en la accesibilidad a los servicios de atención sanitaria para personas con discapacidad auditiva residentes en Asunción y el departamento Central del Paraguay

Ruth Isaura Tandi Dohmen¹, Fátima Liz González Ayala¹

¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v3n1.6778](https://doi.org/10.66476/mf.v3n1.6778)



RESUMEN

Introducción: en Paraguay, las personas con discapacidad auditiva enfrentan barreras significativas en el acceso a servicios de salud. Aunque la Ley 6530/2020 reconoce oficialmente la lengua de señas paraguaya (LSPy) y exige intérpretes y mecanismos accesibles, su implementación sigue siendo insuficiente. **Objetivo:** conocer las barreras más prevalentes en la accesibilidad a la atención sanitaria para personas con discapacidad auditiva residentes en Asunción y en el departamento Central del Paraguay, entre julio y noviembre de 2025. **Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo, exploratorio y transversal, con enfoque cuantitativo y componente cualitativo. Se empleó muestreo no probabilístico por conveniencia y en cadena, priorizando un censo de personas accesibles (n = 18). Se aplicó una encuesta semiestructurada adaptada lingüísticamente, con apoyo de un familiar con conocimiento de LSPy o de un intérprete profesional. **Resultados:** predominaron las barreras comunicacionales, seguidas de las estructurales y actitudinales. El 83,3 % de los participantes requería intérprete en cada consulta, el 72,2 % no encontraba personal capacitado en LSPy en su lugar habitual de atención y el 44,4 % reportó haber tomado medicación de forma incorrecta por falta de comprensión de las indicaciones. La mayoría dependía del sistema público (77,8 %) y carecía de seguro médico (83,3 %). **Discusión:** los hallazgos coincidieron con la literatura internacional, señalando la ausencia de comunicación accesible como principal limitante. La dependencia de intérpretes, las dificultades con el lenguaje escrito y la escasa preparación del personal comprometieron la autonomía, la seguridad del paciente y la equidad, en línea con estudios regionales. **Conclusión:** la accesibilidad sanitaria de

Enviado: 11 de abril, 2026 | **Aceptado:** 20 de mayo, 2026 | **Publicado:** 31 de mayo, 2026

Correspondencia: Ruth Isaura Tandi Dohmen. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay. **Correo electrónico:** isartd07@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

las personas con discapacidad auditiva en Paraguay se ve profundamente afectada por obstáculos comunicacionales. Es necesario fortalecer la capacitación en LSPy, incorporar intérpretes, mejorar los mecanismos de agendamiento y garantizar una atención equitativa e inclusiva.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, pérdida auditiva, atención primaria de salud, lengua de señas, equidad en salud, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

En Paraguay, las personas con discapacidad auditiva enfrentan múltiples barreras en el acceso a los servicios de atención a la salud, relacionadas principalmente con obstáculos en la comunicación y la falta de personal capacitado en lengua de señas (1). Aunque la Ley 6530/2020 reconoce oficialmente la lengua de señas paraguaya (LSPy) y obliga a contar con intérpretes y mecanismos de comunicación accesibles, su implementación práctica sigue siendo limitada y depende de la sensibilización y formación del personal sanitario (2).

La ausencia de herramientas comunicacionales efectivas con pacientes con discapacidad auditiva reduce la calidad del diálogo clínico, generando malentendidos y decisiones erróneas de tratamiento, diagnósticos tardíos y peor seguimiento médico (3). En consecuencia, las personas con discapacidad auditiva consultan con menor frecuencia al médico en atención primaria y recurren más a los servicios de urgencias, lo que sugiere un acceso deficiente a cuidados preventivos regulares (4).

A escala global, las personas en situación de discapacidad representan el 16 % de la población mundial (5). En Paraguay, el Censo Nacional de Población y Viviendas de 2022 estimó en 299 839 las personas de 5 años o más con alguna dificultad o limitación permanente, de las cuales el 23,5 % (70 597 personas) presenta discapacidad auditiva (6). Este grupo incluye personas con deficiencia auditiva congénita o adquirida, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una limitación en la capacidad de percepción del tono y la intensidad del sonido, que al interactuar con barreras de información y comunicación encuentra impedimentos para su participación plena en la sociedad (7).

En el plano institucional, desde 2013 el Centro de Relevancia del Paraguay ofrece, a través del Servicio de Interpretación en Línea (SIEL), interpretación gratuita en LSPy mediante videollamada como estrategia para garantizar el acceso a la información y la comunicación de la población sorda (8). Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 un estudio con 70 personas sordas en Paraguay documentó que el 65,7 % enfrentó dificultades significativas para acceder a información sanitaria fiable (9), y trabajos previos han evidenciado la exclusión educativa histórica de las

personas sordas en el país, con acceso tardío y desigual a la LSPy (10).

El marco normativo paraguayo se completa con la Ley N.º 4934/2013 de accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad (11). A escala internacional, la OMS ha propuesto cuarenta acciones estratégicas para eliminar barreras estructurales, comunicacionales y procedimentales en los sistemas de salud (12), mientras que el Sistema de Monitoreo de Recomendaciones Internacionales (SIMORE Plus) señaló en su informe de 2023 la necesidad de reforzar la capacitación del personal sanitario paraguayo en comunicación accesible y de garantizar intérpretes de lengua de señas en los establecimientos de salud (13).

Pese a este marco legal, no existen en Paraguay estudios publicados que documenten de manera sistemática las barreras específicas que enfrentan las personas con discapacidad auditiva al acceder a los servicios de salud. Esta investigación tiene como objetivo conocer las barreras más prevalentes en la accesibilidad a la atención sanitaria para personas con discapacidad auditiva residentes en Asunción y en el departamento Central del Paraguay, a fin de documentarlas y de contribuir a orientar políticas de inclusión sanitaria efectivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, exploratorio y de corte transversal, con enfoque cuantitativo y un componente cualitativo complementario, desarrollado entre julio y noviembre de 2025. La población accesible estuvo constituida por personas con discapacidad auditiva (sordera o hipoacusia moderada a severa) residentes en Asunción y en el departamento Central del Paraguay.

Se incluyeron personas de nacionalidad paraguaya o extranjera, mayores de edad, usuarias de servicios de atención sanitaria en Paraguay durante el período de estudio, con discapacidad auditiva bilateral (sordera o hipoacusia moderada a severa), que utilizaran LSPy o lengua de señas propia como forma primaria de comunicación y que aceptaran participar voluntariamente. Se excluyeron los menores de 18 años, las personas con pérdida auditiva unilateral exclusivamente, quienes no hubieran utilizado servicios de atención sanitaria en Paraguay durante el año de estudio, las personas con comorbilidad de discapacidad

intelectual severa o trastorno mental grave que imposibilitara la comunicación incluso con apoyo, y las encuestas incompletas o insuficientemente respondidas.

Dado que se trata de una población de difícil acceso, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y en cadena o «bola de nieve», mediante invitación directa a través de asociaciones, redes comunitarias y contactos institucionales, sin cálculo formal de tamaño muestral: la muestra obtenida representa un censo de todas las personas accesibles dentro del período definido, enfoque adecuado para poblaciones con bajo marco muestral identificable. El reclutamiento se realizó de forma presencial, con apoyo de intérprete profesional, o por vía telemática, mediante encuesta en línea con apoyo de un familiar con manejo de lengua de señas, previo consentimiento informado explicado de forma accesible en ambas modalidades.

Se aplicó una encuesta semiestructurada con preguntas cerradas y una pregunta abierta, que indagó variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral y económica), clínicas y funcionales (grado y edad de inicio de la pérdida auditiva, uso de dispositivos auditivos, comorbilidades crónicas), de acceso al sistema de salud (cobertura médica, lugar habitual de atención, accesibilidad comunicacional en ese lugar, antecedente de atención en Unidades de Salud Familiar), de dificultades percibidas al solicitar citas o recibir atención médica, y de conocimiento y uso del Servicio de Interpretación en Línea (SIEL). El instrumento fue adaptado, en su versión en línea, con gramática y sintaxis simplificada acorde a las necesidades comunicacionales de personas sordas e hipoacúsicas. Su validación incluyó revisión por dos expertas en discapacidad auditiva y una prueba piloto con un grupo reducido de personas con discapacidad auditiva bilateral, tras la cual se realizaron ajustes menores en la redacción y en la secuencia de los ítems.

Los datos cuantitativos se procesaron mediante estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) en Microsoft Excel®. La pregunta abierta se analizó mediante categorización temática simple, evaluando la suficiencia de la información por saturación temática, sin que ello modificara el carácter predominantemente cuantitativo y descriptivo del diseño.

El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki y las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS, considerando a la población participante como un grupo en situación de vulnerabilidad comunicacional. Se garantizó consentimiento informado accesible, confidencialidad mediante anonimización de los datos, autonomía para retirarse del estudio sin consecuencias, y un análisis basado en los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Por tratarse de un estudio de riesgo mínimo, observacional descriptivo, sin intervenciones sanitarias ni acceso a his-

torias clínicas, no requirió aprobación formal de un comité de ética en investigación, aunque el protocolo y los instrumentos fueron revisados y validados por la tutoría académica del programa de posgrado responsable del estudio.

RESULTADOS

Participaron 18 personas con discapacidad auditiva. Predominó el grupo de adultos maduros (44,4 %; 8), seguido de adultos jóvenes (33,3 %; 6); adolescentes (18-19 años) y adultos mayores (≥ 60 años) representaron un 11,1 % (2) cada uno. El 61,1 % (11) fueron mujeres y el 38,9 % (7) hombres. El nivel educativo mostró marcada heterogeneidad: el 16,7 % (3) no asistió a la escuela; el 11,1 % (2) alcanzó primaria incompleta, el 5,5 % (1) primaria completa, el 16,7 % (3) secundaria incompleta, el 5,5 % (1) secundaria completa, el 5,5 % (1) terciaria incompleta y el 38,9 % (7) terciaria completa. El 55,6 % (10) estaba empleado y el 44,4 % (8) desempleado; entre los empleados, el 20 % (2) percibía menos que el salario mínimo, el 70 % (7) un salario mínimo, el 10 % (1) entre 2 y 3 salarios mínimos, y ninguno más de 3. Solo el 38,9 % (7) asumía el sostenimiento económico de su hogar; el 61,1 % (11) no lo hacía.

Respecto al perfil clínico, predominó la sordera bilateral (72,2 %; 13), seguida de hipoacusia severa bilateral (22,2 %; 4) e hipoacusia moderada bilateral (5,6 %; 1). El 61,1 % (11) presentó la discapacidad desde el nacimiento y el 38,9 % (7) la adquirió en la niñez; no se registraron casos de inicio en la adultez. Solo el 16,7 % (3) utilizaba audífono o implante coclear y el 83,3 % (15) no; ningún participante refirió otra discapacidad además de la auditiva. El 83,3 % (15) requería indefectiblemente un intérprete —profesional o familiar— en cada consulta médica y el 16,7 % (3) no. Dos tercios de la muestra (66,6 %; 12) reportó al menos una enfermedad crónica no transmisible: hipertensión arterial (22,2 %; 4), ansiedad (16,6 %; 3), depresión (11,1 %; 2), obesidad (11,1 %; 2), diabetes mellitus (5,5 %; 1) y otras (artritis reumatoidea, Hashimoto; 5,5 %; 1); el 33,3 % (6) no reportó ninguna o la desconocía.

En cuanto a la cobertura médica, el 83,3 % (15) no contaba con ningún seguro de salud. El 77,8 % (14) acudía habitualmente a servicios públicos (Unidades de Salud Familiar, centros de salud u hospitales) y el 22,2 % (4) a servicios privados; ninguno refirió utilizar el Instituto de Previsión Social. Solo el 27,8 % (5) refirió que en su lugar habitual de atención algún miembro del personal se comunicaba con ellos en lengua de señas; el 72,2 % (13) no. Entre quienes habían asistido alguna vez a una Unidad de Salud Familiar (44,4 %; 8), solo el 5,6 % (1) reportó comunicación en LSPy durante esas consultas.

Respecto a las dificultades para conseguir cita médica (respuesta múltiple), la más frecuente fue la falta de per-

sonal con manejo de LSPy (83,3 %; 15), seguida de la imposibilidad de solicitar turnos por medios distintos al telefónico (33,3 %; 6) y episodios de maltrato o discriminación (16,6 %; 3). Durante la consulta, el 77,7 % (14) refirió necesitar un intermediario: el 55,5 % (10) acompañado de un familiar o intérprete y el 22,2 % (4) mediante videollamada con intérprete; el 16,7 % (3) se comunicaba con papel o texto escrito y solo el 5,5 % (1) no requería intermediario porque el personal sabía lengua de señas.

Sobre la comprensión del tratamiento médico (respuesta múltiple), el 44,4 % (8) reportó haber consumido incorrectamente la medicación por falta de comprensión de las indicaciones, el 33,3 % (6) señaló el uso de terminología médica compleja y el 22,2 % (4) la dificultad para la lectura labiofacial ante la velocidad del habla del profesional.

En relación con el SIEL, el 83,3 % (15) conocía el servicio, aunque la mitad (50 %; 9) nunca lo había utilizado y el 33,3 % (6) sí lo había empleado; el 16,7 % (3) desconocía su

existencia y ninguno refirió haberlo intentado usar sin obtener respuesta.

Ante la pregunta abierta sobre la principal dificultad experimentada durante la atención médica, las frecuencias por categoría se resumen en la Tabla 1. Las respuestas, transcritas conservando las particularidades lingüísticas de la comunicación de los participantes, ilustran estas barreras: «Los médicos o el personal no sepan lengua de señas, o hablen rápido y no puedan leerles los labios» (participante 1); «Ella no sabe escribir, no terminó la primaria, cuando va al hospital sus mellizos de 10 años le hacen la interpretación» (participante 7); «Tratan de escribirle y no entiende el lenguaje escrito» (participante 14); «El doctor no mira a la cara y asume que podrá leer indicaciones» (participante 15); «Nadie tener paciencia» (participante 8). Una respuesta se distinguió por un tono de afirmación de derechos: «Nada difícil. Yo defender mis derechos como persona sorda» (participante 9).

Tabla 1. Principales barreras autopercibidas por la muestra durante la atención sanitaria (n = 18)

Barrera o dificultad	n (%)
Falta de personal capacitado en LSPy	8 (44,4 %)
Dificultad para lectura labiofacial (habla rápida)	3 (16,6 %)
Dificultad con lenguaje escrito	3 (16,6 %)
Necesidad de intérprete externo o dependencia de familiares	3 (16,6 %)
Falta de paciencia o empatía del personal	2 (11,1 %)
Sin dificultad	1 (5,5 %)

Nota. Los participantes podían señalar más de una barrera.

DISCUSIÓN

En este estudio, las personas con discapacidad auditiva enfrentaron múltiples barreras comunicacionales durante la atención en salud. La barrera más mencionada fue la falta de personal capacitado en LSPy (44,4 %), seguida de la dificultad para la lectura labiofacial, la dificultad con el lenguaje escrito, la necesidad constante de intérprete externo y la falta de paciencia o empatía del personal.

Esto coincide con categorías emergentes descritas en estudios cualitativos realizados en Chile y en el Líbano, que destacan barreras lingüísticas, estructurales, actitudinales y relacionadas con el «letramento en salud» —las dificultades de las personas para comprender, procesar y utilizar información sanitaria— como determinantes centrales de la inequidad comunicacional (14,15).

El perfil etario de esta muestra, con predominio de adultos maduros y jóvenes y una mayoría de mujeres, es compatible con lo descrito en el estudio libanés, donde las personas en edad adulta productiva concentraban la mayor demanda de servicios de salud (15). La marcada he-

terogeneidad educativa observada —desde un 16,7 % sin escolarización hasta un 38,9 % con educación terciaria completa— es consistente con la exclusión educativa histórica de las personas sordas documentada en Paraguay (10) y con la literatura regional, que señala niveles educativos más bajos en personas con discapacidad auditiva respecto de la población sin discapacidad (14).

El elevado desempleo (44,4 %) y el predominio de ingresos bajos entre quienes trabajaban reflejan una inserción laboral precaria, congruente con la literatura internacional sobre mayor desempleo y dependencia económica en esta población (14).

Dos tercios de los participantes (66,6 %) reportaron al menos una enfermedad crónica, en línea con estudios regionales que muestran prevalencias similares o superiores a las de la población general, pero con mayores barreras para la prevención, el diagnóstico oportuno y el seguimiento (14,16). McKee et al. plantearon que la combinación de barreras comunicacionales, baja accesibilidad informativa y servicios no adaptados contribuye a una «brecha de salud» sistemática en pacientes con pérdida

auditiva (17), hallazgo directamente relevante para explicar la carga de enfermedad crónica observada en esta muestra.

La ausencia de personal capacitado en LSPy en los lugares habituales de atención (72,2 %; 94,4 % entre quienes habían asistido a una Unidad de Salud Familiar) es consistente con investigaciones brasileñas que documentan que, pese al reconocimiento legal de la lengua de señas, su enseñanza no se ha incorporado sistemáticamente a los currículos de salud (18,19). En Paraguay, un estudio previo ya había evidenciado la limitada disponibilidad de intérpretes y materiales accesibles en LSPy durante la pandemia de COVID-19 (9); los resultados de este estudio muestran que esa brecha estructural persiste en la atención clínica cotidiana, más allá del contexto de emergencia sanitaria.

La elevada dependencia de intérpretes o acompañantes observada (83,3 % la percibía necesaria; 77,7 % la utilizaba efectivamente) coincide con estudios regionales y con el trabajo libanés, que describen cómo, en ausencia de personal capacitado, la comunicación recae en familiares, comprometiendo la autonomía, la confidencialidad y la participación activa del paciente en la toma de decisiones (14,15). La exigencia frecuente de contacto exclusivamente telefónico para agendar consultas, señalada por un tercio de los participantes, ha sido identificada en la literatura como un filtro crítico de acceso para esta población (20).

Las dificultades para comprender el tratamiento —errores de medicación por falta de comprensión, terminología compleja, dificultad de lectura labiofacial— coinciden con lo documentado en un estudio mexicano, que describe que muchas personas sordas abandonan la consulta sin entender completamente lo que deben hacer, aunque aparenten comprensión para evitar incomodidad (16). Esto refuerza que la atención a pacientes sordos debe entenderse como un problema de calidad asistencial y de seguridad del paciente, no como una adecuación opcional.

Aunque el 83,3 % de los participantes conocía el SIEL, la mitad nunca lo había utilizado, lo que indica que la disponibilidad de un servicio no se traduce necesariamente en uso efectivo; un estudio paraguayo previo en el contexto de la pandemia ya señalaba que diversos dispositivos de accesibilidad se encontraban infrautilizados por falta de difusión y de articulación institucional (9). Los servicios de video-interpretación, si bien representan una alternativa relevante, ven su utilidad restringida por la disponibilidad limitada por horarios, la dependencia de una conexión estable a internet y la descoordinación entre el momento de acceso al intérprete remoto y el turno médico efectivo.

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. El muestreo no probabilístico y el tamaño reducido de la muestra —propios de una población de difícil acceso— limitan la generalización de los hallazgos, y el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad. Como fortaleza, el estudio trabajó directamente con personas con sordera e hipoacusia moderada a severa, obteniendo información de primera mano enriquecida por un componente cualitativo, y aporta evidencia original en un área escasamente explorada en el ámbito nacional.

En conclusión, el acceso a la atención sanitaria de las personas con discapacidad auditiva en Paraguay continúa condicionado por barreras marcadamente comunicacionales: la ausencia de personal capacitado en lengua de señas, la dependencia de intérpretes y las dificultades para comprender indicaciones médicas comprometen la autonomía, la seguridad del paciente y la equidad en la atención. Aunque el Servicio de Interpretación en Línea es ampliamente conocido, su uso efectivo sigue siendo limitado por barreras tecnológicas y de integración al circuito asistencial. Fortalecer la capacitación del personal de salud en LSPy, incorporar alternativas accesibles para el agendamiento de citas y promover la comunicación inclusiva como componente de la calidad asistencial son pasos necesarios para garantizar una atención sanitaria equitativa a esta población.

REFERENCIAS

1. Franco Pacuá F. Derribar barreras para reparar deudas históricas. En: Codehupy, editor. Derechos Humanos en Paraguay 2021. Asunción: Codehupy; 2021. p. 123-138. Disponible en: <https://ddhh2021.codehupy.org.py/derribar-barreras-para-reparar-deudas-historicas/>
2. Congreso de la Nación Paraguaya. Ley N.º 6530/2020 que otorga reconocimiento oficial a la Lengua de Señas Paraguaya (LSPy). Asunción: Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación; 2020. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9206/ley-n-6530-otorga-reconocimiento-oficial-a-la-lengua-de-senas-paraguayas-lspy>
3. Abou-Abdallah M, Lamyman A. Exploring communication difficulties with deaf patients. Clin Med (Lond). 2021;21(4):e380-e383. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0111>
4. Boston University School of Public Health. Healthcare language barriers affect deaf people, too [Internet]. Public Health Post. Disponible en: <https://www.bu.edu/sph/news/articles/2018/healthcare-language-barriers-affect-deaf-people-too/>

5. World Health Organization. Discapacidad y salud [Internet]. Ginebra: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
6. Instituto Nacional de Estadística (Paraguay). Datos del Censo 2022 indican que casi 300 000 personas tienen alguna discapacidad en Paraguay [Internet]. Asunción: INE; 2024. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/noticias/2241/datos-del-censo-2022-indican-que-casi-300000-personas-tienen-alguna-discapacidad-en-paraguay>
7. World Health Organization. Deafness and hearing loss [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
8. Consulado General de Colombia en Miami. Centro Relevo del Paraguay: comunicación accesible para personas sordas [Internet]. Miami: Consulado General de Colombia en Miami; 2013. Disponible en: <https://miami.consulado.gov.co/node/news/2047/centro-releva-del-paraguay-comunicacion-accesible-personas-sordas>
9. Armoa Báez VE, Ovando Martínez LA. Situación de la accesibilidad de la información para personas sordas de Paraguay en el contexto del COVID-19. Cuad Sociol. 2021;1(1):39-48. <https://doi.org/10.54549/cs.2021.1.1.4600>
10. Gímenes S. Inclusión de personas con discapacidad auditiva en Educación Superior en Paraguay. Magister: Revista Miscelánea de Investigación. 2018;29(2):9-14. <https://doi.org/10.17811/msg.29.2.2017.9-14>
11. Paraguay. Ley N.º 4934/13 «De accesibilidad al medio físico para las personas con discapacidad». Congreso de la Nación Paraguaya; 2013. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/archivos/1143/20141016101933.pdf>
12. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-006360-0.
13. República del Paraguay. Sistema de Monitoreo de Recomendaciones Internacionales — SIMORE Plus. Informe de seguimiento 2023 [Internet]. Asunción: Ministerio de Relaciones Exteriores; 2023. Disponible en: <https://www.mre.gov.py/simoreplus/Home/Informe>
14. Campos V, Cartes-Velásquez R. Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. Rev Med Chile. 2019;147(5):634-642. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000500634>
15. Bouclaous C, Rachid M, Echtaï L, Abdallah R, Abdelrazzak A, Chakas L. A qualitative study on deaf individuals' access to health knowledge and services in Lebanon. Public Health. 2025;246:105830. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105830>
16. Fuentes Chiquito AR, Vázquez Velázquez N, Gutiérrez Velázquez AS, Flores Raygoza BF, Tenorio Martínez H, Vivero Acosta E, Altamira Camacho R. Experiencia vivida de las personas con discapacidad auditiva durante la atención sanitaria. Rev Cienc Salud. 2024;22(3):1-14. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13287>
17. McKee M, James TG, Helm KVT, Marzolf B, Chung DH, Williams J, Zazove P. Reframing our health care system for patients with hearing loss. J Speech Lang Hear Res. 2022;65(10):3633-3645. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00052
18. Costa SCP, Mueller AA, Fabricio A. A comunidade surda e o atendimento em Unidades Básicas de Saúde: questão legal assegurada. Serv Soc Saúde. 2024;22:e023012. <https://doi.org/10.20396/sss.v22i00.8674058>
19. Rodrigues GS, Lago DC, Paz NM. Sistema Único de Saúde: acessibilidade das pessoas surdas no interior da Bahia. RECIIS. 2023;17(4):815-834. <https://doi.org/10.29397/reciis.v17iahead-of-print.3518>
20. Izquierdo-Condoy JS, Sánchez Abadiano LE, Sánchez W, Rodríguez I, De La Cruz Matías K, Paz C, Ortiz-Prado E. Exploring healthcare barriers and satisfaction levels among deaf individuals in Ecuador: a video-based survey approach. Disabil Health J. 2024;17(3):101622. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2024.101622>