

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades



Máster Universitario en Cooperación Internacional al
Desarrollo: Gestión y Dirección de Proyectos

**Proyecto de atención sanitaria inclusiva a
personas sordas en Bafoussam, Camerún.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Yelena Barragán López
Tipo de trabajo:	Proyecto de intervención
Director/a:	A. Pallás Valencia
Fecha:	25. julio 2022

"En este TFM se incluyen organismos reales, Fundación Recover, el Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang y el Centre d' Education et de Réhabilitation des Sourds et Malentendants, con los que se ha mantenido contacto y sin los que dicho trabajo no hubiese sido el mismo. Los dos primeros cooperan juntos y su información se ha obtenido a través de la realización de las prácticas con dicha fundación. El acceso al tercer centro ha sido fruto del trabajo de investigación para la elaboración de este TFM, durante el cual se ha contactado con el mismo y se ha recabado el consentimiento. Quiero agradecer profundamente la disposición a colaborar y la generosidad de estos tres organismos. Asimismo, aprovecho para agradecer a mi director de prácticas el acompañamiento y la flexibilidad que me ha brindado durante todo el TFM. Espero que en un futuro, la ilusión de la que nace este proyecto se convierta en un pequeño desarrollo."

Yelena Barragán López

Resumen

En Bafoussam, Camerún, como en la mayoría de regiones del país, así como en todo África e incluso a nivel mundial, las personas con sordera se ven todavía discriminadas en muchos ámbitos de la sociedad, entre ellos, el sanitario, pues el personal no está capacitado para hablar la Lengua de Signos. Esto impide una buena comunicación en momentos críticos para las personas, como es la salud, y, por tanto, el derecho a una atención sanitaria de calidad, yendo en detrimento del colectivo sordo, aumentando el riesgo incluso de morbimortalidad. Por ello, en este TFM el objetivo es el diseño de un programa de intervención piloto que permita formar en la Lengua de signos del país, al personal sanitario del servicio de Maternidad del Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique, con el fin de mejorar la atención sanitaria de las personas sordas, con especial atención a mujeres, reduciendo así las desigualdades sociales y permitiendo su desarrollo pleno, una vida digna y el respeto de los Derechos Humanos. Además, este proyecto permitirá sensibilizar a la población indirectamente, con respecto a la diversidad funcional, con el fin de prevenir el abandono y la marginación de estas personas y la inclusión en el sistema de protección social de forma temprana y efectiva.

Palabras clave: Diversidad funcional, Derechos Humanos, Comunidad sorda, Inclusividad, ODS 10.

Abstract

In Bafoussam, Cameroon, as in most regions of the country, as well as throughout Africa and even globally, people with deafness are still discriminated against in many areas of society, including health, as staff are not trained to speak Sign Language. This prevents good communication at critical situations for people, such as health, and, therefore, quality health care right, to the detriment of the deaf group, increasing the risk of even morbidity and mortality. Therefore, in this TFM the objective is the design of a pilot intervention program that allows to train in the Sign Language of the country, to healthy personnel of the Maternity service of the Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique, in order to improve the health care of deafness people, with special attention to women, thus reducing social inequalities and allowing their full development, a dignified life and respect for Human Rights. In addition, this project will make it possible to sensitize the population indirectly, with respect to this functional diversity, to prevent the abandonment and marginalization of these people and inclusion in the social protection system in an early and effective manner.

Keywords: Functional diversity, Human Rights, Deaf community, Inclusivity, SDG 10.

Índice de contenidos

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Justificación	13
1.2. Objetivos del TFM	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1. El desarrollo y la inclusividad	24
2.1.1. Amartya Sen y el desarrollo humano	24
2.1.2. Desarrollo humano feminista	25
2.1.3. Desarrollo humano endógeno : “Con la llave en la mente”	27
2.2. La Comunidad sorda y modelos de intervención	30
2.2.1. El modelo médico o rehabilitador	32
2.2.2. El modelo social	33
2.2.3. El modelo de diversidad funcional	34
2.2.4. La Comunidad Sorda como minoría cultural y lingüística	35
2.3. Comunidad sorda y la importancia del lenguaje	37
2.3.1. Paradigma lingüístico generativista	38
3. DISEÑO METODOLÓGICO	40
3.1. Análisis	40
3.1.1. Análisis de situación	40

3.1.2. Diagnóstico	53
3.2. Diseño de la intervención	56
3.2.1. Objetivos del proyecto de intervención	57
3.2.2. Resultados y actividades	59
3.2.3. Análisis de riesgos y sostenibilidad del proyecto	62
3.3. Implementación	63
3.3.1. Recursos humanos, materiales y técnicos	64
3.3.2. Recursos financieros: Presupuesto	64
3.4. Organigrama	66
3.5. Cronograma	68
3.6. Factores transversales	69
3.7. Evaluación	72
3.7.1. Evaluación A PRIORI	72
3.7.2. Evaluación A POSTERIORI	73
4. CONCLUSIONES	75
5. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	77
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
7. ANEXOS	87
7.1 Anexo A. Matriz de marco lógico	87
7.2 Anexo B. Programa de talleres de sensibilización	88

Índice de figuras

Índice de contenido

Figura 1. Carga de enfermedades y causas de muerte en Camerún	42
Figura 2. Distribución los Hospitales en Bafoussam I	50
Figura 3. Distribución los Hospitales en Bafoussam II	51
Figura 4. Distribución los Hospitales en Bafoussam III	52
Figura 5. Árbol de problemas	55
Figura 6. Matriz de interesados	56
Figura 7. Árbol de objetivos	58
Figura 8. Organigrama	67
Figura 9. Análisis DAFO: Recover	68

Índice de tablas

Índice de contenido

Tabla 1. <i>Clasificación de la sordera</i>	30
Tabla 2: <i>Diferencias entre Funcionalismo y Formativismo</i>	37
Tabla 3. <i>Matriz de riesgos</i>	62
Tabla 4. <i>Presupuesto del proyecto</i>	65
Tabla 5. <i>Cronograma del proyecto</i>	68

Índice de abreviaturas

- ACNUR:** Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas
- ACSC:** Association Chrétienne des Sourds du Cameroun
- ANSCAM:** Association Nationale des Sourds du Cameroun
- BM:** Banco Mundial
- CERSOM:** Centre d' Education et de Réhabilitation des Sourds et Malentendants
- CDPD:** Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad
- DWB:** Data World Bank
- ESEDA:** Ecole Spécialisée pour Enfants Déficients Auditifs
- ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura
- FEPPDA:** Fondation pour l'Education et la Promotion des Personnes Déficientes Auditives
- GED:** Género en Desarrollo
- INS:** Instituto Nacional de Estadística de Camerún
- LSF:** Lengua de Signos Francesa
- LSA:** Lengua de Signos Americana
- LSAF:** Lengua de Signos Africana Francófona
- MED:** Mujeres en Desarrollo
- MINAS:** Ministerio de Asuntos Sociales de Camerún
- MISANTE:** Ministerio de Salud Pública de Camerún
- MML:** Matriz de Marco Lógico
- NHO:** Observatorio Nacional de la Salud Pública de Camerún
- OCRS:** Organisation Camerounaise pour la Réinsertion des Sourds
- OECEM:** Oficina Económica y Comercial de España en Malabo
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONGs:** Organización No Gubernamental
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- TFM:** Trabajo de Fin de Máster
- UN/NU:** Naciones Unidas
- WFD:** Federación Mundial de Sordos

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2021), el porcentaje de la población que sufre alguna pérdida auditiva discapacitante supera el 5%, es decir, unos 460 millones de personas, entre ellas, 34 millones de niños, y estima que para el año 2050 esta cifra se duplicará. En base a la Federación Mundial de Sordos (WFD), en el mundo viven unos 70 millones de personas sordas, personas con déficit auditivo severo o profundo (Naciones Unidas, NU, 2021). Ambas organizaciones coinciden en que el 80% de esta población se concentra en países en desarrollo, con ingresos medios o bajos, y, dentro de estos, más concretamente en las regiones de Asia y África no Mediterránea (Majeu, 2021).

En este trabajo se pretende impulsar una propuesta de intervención sobre el personal sanitario en Bafoussam, una comunidad rural de Camerún, con el fin de que puedan atender adecuadamente al colectivo de personas sordas de una forma inclusiva.

Pero ¿qué entendemos por ser una persona sorda? La misma OMS (2021) determina:

Alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor que 20 dB (decibelios). La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda. Puede afectar a uno o ambos oídos y entrañar dificultades para oír una conversación o sonidos fuertes. (párr. 3)

Asimismo, define la pérdida auditiva discapacitante cuando el oído con mejor audición sufre una pérdida superior a 35 dB, las personas sordas se encuentran en umbrales de pérdida grave o profunda.

Continuando con los datos de la OMS (2021), las causas que provocan pérdida auditiva y sordera son diversas, según en qué período de vida se produzcan: antes de nacer, por factores genéticos o infecciones intrauterinas; durante el parto y los primeros días de vida, por asfixia perinatal, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia u otras enfermedades perinatales; en la infancia y adolescencia, causas como otitis, meningitis u otras enfermedades infecciosas; en edad adulta o avanzada, las causas varían desde “enfermedades crónicas, tabaquismo, otosclerosis, degeneración neurosensorial por la edad

o pérdida de audición repentina” (OMS, 2021); y, a lo largo de la vida, pueden darse además por traumatismos, tapones de cerumen, exposición prolongada a ruidos fuertes, sustancias o medicamentos ototóxicos, carencias nutricionales o infecciones.

Las otitis o enfermedades congénitas constituyen las causas evitables de casi el 60% de los niños en países en desarrollo. Según el estudio de Wonkam et al. (2020), en África no Mediterránea, los factores genéticos contribuyen en un 30%-50% de los casos de sordera, siendo hereditaria en su mayoría. En Camerún, según dicho estudio (Wonkam et al., 2020), aunque no hay datos de una prevalencia nacional, en base a los datos reportados, se estima que la población con discapacidad auditiva oscila entre el 0,6%-3,6%, siendo las causas ambientales la principal etiología de la deficiencia auditiva (meningitis y otras infecciones prevenibles, malaria, ototoxicidad por fármacos antituberculosos y VIH), representando entre un 52,6% - 62,2% del total. En los entornos escolares, los casos tienden a ser graves o profundos, es decir, los niños y niñas tienen sordera en un 93,5 % al 98,2% de los casos.

Tanto para la OMS, como para Wonkam et al. (2020), la mayoría de estas causas son prevenibles con medidas de salud pública, para ello es necesario el fortalecimiento del sistema sanitario en los países en desarrollo, como Camerún, en competencias como sensibilización, vacunación, el cribado temprano para la detección precoz y tratamientos adecuados. Estos tratamientos incluyen rehabilitación con el empleo de audífonos, colocación de implantes cocleares, la oralización o el uso de la lengua de signos y, la utilización de tecnología de asistencia auditiva, los aparatos de alerta, los instrumentos de telecomunicaciones o los servicios de subtitulado e intérpretes en lengua de signos (OMS, 2021).

No obstante, este abordaje de prevención y tratamiento de la pérdida auditiva, sitúa a las personas sordas bajo una visión clínica patológica, como bien dice Benavides (2019), ya que la mayoría de las intervenciones se basan en el concepto de “déficit” y tratan de rehabilitar y reintegrar a las personas sordas de forma que puedan comunicarse como las personas oyentes, es decir, “medicalizar” a las personas sordas a través de la rehabilitación, audífonos, implantes cocleares o la oralización, paliando lo que se considera una discapacidad, con el objetivo de que alcancen el estatus de oyentes, convirtiéndose así en personas “normales”.

Estas medidas, aunque tengan éxito en algunas ocasiones, no han conseguido eliminar ni curar la sordera por completo, esto puede deberse a que el abordaje clínico patológico no es el adecuado. Benavides (2015) sostiene que, es preciso un abordaje socio-antropológico, el cual considera que la vida de las personas sordas no está supeditada únicamente por el déficit, existiendo más factores, y donde se prioriza su condición lingüística. No sólo en función del tipo de sordera, el grado de sordera y el momento en el que se produce la misma, sino también en función de factores del entorno como son, el ambiente familiar, el entorno comunicativo y el tipo de escolarización que recibe el niño (Díaz, 2005), las personas sordas se desarrollan de manera distinta pudiendo ser: sordos parlantes o sordos signantes, sordos pre o post lingüísticos y, *Sordos*, que pertenecen a la Comunidad Sorda o *sordos*, que no pertenecen a ella.

Por ello, el acceso a los procesos médicos de rehabilitación no está al alcance de toda la población, no sólo debido a los altos costes socioeconómicos y a que se precisa de entrenamientos para su correcta utilización y rehabilitación, sino también porque el desarrollo de las personas sordas no es homogéneo y, por tanto, dichos procesos no van a funcionar de igual manera en cada una de ellas. En países como Camerún, donde la sanidad es privada aún siendo un país de rentas medias bajas (Ondoua, 2002), la limitación es mucho mayor: no se realiza el despistaje de sordera al nacer; el uso de audífonos no está interiorizado ya que la distribución de los mismos depende de ONGs mayoritariamente y sólo en algún hospital se realizan dichas operaciones porque la financiación depende de nuevo de organismos internacionales u ONGs.

Asimismo, en la actualidad, la Comunidad Sorda está cambiando su concepción social, concibiendo la sordera como una diferencia, desde la capacidad y no desde la discapacidad de su déficit auditivo, es decir, percibiendo la sordera como algo natural, así, las personas sordas son personas completas, no necesitan ser rehabilitadas, sino que es la sociedad misma la que debe adaptarse a ellas. Es por ello por lo que el uso de la lengua de signos no sólo constituye la alternativa más adecuada de respeto a su diversidad, sino que es un mecanismo de inclusión social necesario para el pleno desarrollo de las personas sordas (Benavides, 2019).

Por tanto, a continuación se justificará la necesidad de abordar una intervención que capacite a los profesionales sanitarios en el empleo de la Lengua de Signos, en Camerún, bajo un Enfoque de Diversidad Funcional, considerando que la población sorda forma parte de una minoría lingüística, y, como tales, puedan ejercer sus plenos derechos como es el acceso equitativo al sistema sanitario.

1.1. Justificación

La base de la comunicación es el lenguaje, el cual, en el ser humano, de acuerdo con la *Teoría Lingüística* de Chomsky, es una estructura mental innata e independiente, que le permite crear una gramática posibilitando la producción y comprensión de cualquier idioma natural (Birchenall, Müller, 2014). Por ello, el lenguaje, junto con el pensamiento abstracto, son capacidades específicas del ser humano, que le permiten desarrollarse. Articulando ambas cualidades, a través de la comunicación y la socialización, potencia sus capacidades cognitivas al máximo. Es decir, el lenguaje constituye una potente herramienta para estructurar el pensamiento del ser humano y lograr así su desarrollo cognitivo (Dolza, 2014).

Gracias a esta capacidad, la humanidad ha creado una infinidad de lenguas en todo el mundo. Tanto es así, que las personas sordas, a pesar de no poder escuchar sonidos, también han sido capaces de generar su propia lengua de signos para expresar su pensamiento (Birchenall, Müller, 2014), creando con ello una Cultura Sorda y llegando a convertirse en una minoría lingüística y cultural desde su diversidad.

La lengua de signos se define como tal, pues tiene las mismas características que una lengua oral, no es un lenguaje de mímica, ni gestos aislados, sino que posee sus propias reglas gramaticales, su propio léxico y, es capaz de satisfacer las necesidades cognitivas y expresivas de la lengua hablada, por lo que suple las carencias de la lectura de labios y de capacidad de habla que presentan las personas sordas, permitiéndoles desarrollarse plenamente (Dolza, 2014). La lengua de signos se habla a nivel mundial, pero no es universal, como toda lengua, varía según la región, incluso dentro de cada nación existen dialectos reales (Dolza, 2014). Según Kamei (2008), se estima que hay registradas en el mundo unas 137 lenguas de signos, el continente africano concretamente, siguiendo su trayectoria multicultural y multilingüística, tiene documentadas hasta 25 de ellas. De hecho, en el propio

Camerún, que es conocido como la “mini África” por caracterizarse por su diversidad étnica, geográfica, cultural y lingüística, coexisten varias lenguas de signos, la Lengua de Signos Francesa (LSF), la Lengua de Signos Americana (LSA) y una variación de ambas, con signos territoriales propios añadidos que Kamei (2008) denomina “Langue des Signes d’Afrique Francophone (LSAF)”.

No obstante, la Comunidad Sorda no ha sido reconocida como tal minoría, pues, históricamente las personas sordas, en general, han sido contempladas como una carga para el estado, personas con problemas médico-patológicos, incluso, en ocasiones, personas con deficiencias mentales y, en los últimos años como personas discapacitadas, negando la propia lengua de signos o el acceso a ella (Huerta et al., 2018). Además, la mayoría parlante dominante se ha venido centrando hasta ahora en ocultar o en rehabilitar a este colectivo, como se ha expuesto anteriormente, en lugar de establecer medidas políticas, educativas y sociales inclusivas, partiendo de la diversidad humana. Esta incapacidad del sistema dominante de adaptarse a dicha minoría, ha situado en una posición vulnerable a las personas sordas, que sufren su impacto en tres niveles, como bien describe Majeu (2021):

- Impacto funcional, ya que el déficit auditivo profundo puede provocar un retraso en el desarrollo del lenguaje si no se detecta tempranamente y, por tanto, no se inicia la educación en lengua de signos tan pronto como sea posible.
- Impacto social, son personas con riesgo de exclusión social y aislamiento en su vida cotidiana, habiendo un gran desconocimiento de su cultura, de la lengua de signos y, hoy en día, continúan existiendo grandes prejuicios y estigmas sobre este grupo minoritario.
- Impacto emocional: por todo lo anterior, pueden llegar a experimentar sentimientos de soledad, incluso a caer en depresión y/o tener ansiedad, al sentir discriminación con respecto al resto de la población en el acceso a las mismas oportunidades.

En África Central, se añaden además otros factores que agravan la vulnerabilidad de la comunidad sorda. En esta región, la mayoría de las personas sordas no sólo continúan siendo discriminadas, en ocasiones hasta ocultadas por vergüenza, sino que se encuentran, en general, en una situación de pobreza que dificulta aún más un acceso a la educación y a un trabajo íntegro que les conceda una independencia económica, por lo que viven sujetos a

sus familias, relegados a las tareas del hogar u obligados a trabajos forzados que ponen en riesgo su vida (Majeu, 2021). Así mismo, según concluyen Granier et al. (2015) en una de las pocas investigaciones con personas sordas llevadas a cabo en África Occidental, pudiendo extrapolarse a África Central, las entrevistas con estas personas revelaron que, a menudo se ven excluidas de la vida matrimonial, por lo que tienen prácticas sexuales marcadas por el rechazo de múltiples parejas, afectando especialmente a mujeres y niñas, las cuales, en muchas ocasiones, intercambian sexo por dinero o se ven sometidas a abusos sexuales, por parte incluso de autoridades legales. Todo lo anterior incrementa: el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual, el número de embarazos no deseados y el número de abortos clandestinos, con las consecuentes posibles complicaciones. Además, Granier et al. (2015) sostienen que se vienen desarrollando redes de mendicidad organizadas en la región, donde se “recluta” a personas sordas para un negocio estructurado en el que les obligan a pedir limosna y/o donde las mujeres son objeto de explotación sexual.

En 2006, se aprobó la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas, A/RES/61/106*, de 13 de Diciembre de 2006 (OHCHR, 2006), en vigor desde 2007, estableciendo un marco legislativo que regulase la inclusión de los colectivos discriminados y disminuyese su vulnerabilidad, en la que se incluyó al grupo de personas sordas. Con respecto a esta comunidad, se destacan los siguientes artículos de dicha Convención, siendo especialmente relevantes para el tema de este trabajo:

- El Art. 1, define el propósito del desarrollo de este documento:

Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Art 1º. 13 de Diciembre de 2006)

- El Art. 2, aclara que las lenguas de signos tienen el mismo estatus que las lenguas habladas.
- El Art. 4, expone que son los Estados Partes son los responsables de garantizar y favorecer que los derechos y libertades fundamentales de las personas con

discapacidad se ejerzan plenamente, sin ser objeto de discriminaciones. Para ello, los gobiernos han de: analizar la legislación y diseñar leyes, políticas y programas acordes con la Convención, consultando a la población con discapacidad, fomentar y adaptar los recursos disponibles o crear nuevos, emprendiendo y fomentando la investigación, impulsar la formación de los profesionales que tratan con las personas con discapacidad para mejorar la calidad de la asistencia y los servicios.

- El Art. 6, el colectivo de mujeres y niñas con discapacidad, está especialmente sujeto a discriminación múltiple y se debe prestar especial atención a medidas que salvaguarden la igualdad en el ejercicio de sus derechos y libertades.
- El Art. 9, habla de la aprobación, por parte de los Estados, de las medidas necesarias para velar por el acceso equitativo de las personas con discapacidad, a las instalaciones, servicios o sistemas públicos, o de uso público, en cualquier área, incluyendo la lengua de signos para ello.
- El Art. 19, toda persona con discapacidad tiene derecho a ser incluido en la sociedad y a vivir de forma autónoma dentro de ella, estando los servicios comunitarios disponibles en igualdad de condiciones, teniendo en cuenta sus necesidades.
- El Art. 21, reconoce y promueve el empleo de la lengua de signos.
- El Art. 24, exige a los gobiernos a que fomenten el conocimiento de la lengua de signos y protejan la identidad lingüística de la comunidad sorda.
- El Art. 25, está relacionado con la salud, y dice, textualmente:

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Art 25º. 13 de Diciembre de 2006)

- El Art. 28, incide en garantizar un bienestar y una protección social a las personas con discapacidad, concretando que, si éstas y su entorno familiar, se encuentran en situación de pobreza, sea el Estado quien les ayude a costear los gastos derivados de su discapacidad.
- Y los Art. 32 y 37, reconocen la relevancia de la Cooperación Internacional para una adecuada aplicación de dicha Convención y el fomento de la capacidad.

En base a dicha Convención, entre otras, la Asamblea General de la ONU (2018), en su *Resolución A/72/191*, establece el 23 de septiembre como el Día Internacional de la Lengua de Signos y determina, que es vital el uso temprano de la lengua de signos y, es imprescindible una educación en dicha lengua, para el desarrollo de las personas sordas. Asimismo, reconoce la importancia de la lengua de signos como parte: de la diversidad lingüística y cultural mundial; imprescindible para la realización plena de los derechos humanos de las personas sordas y, como herramienta, sin la cual, no sería posible el alcance de los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030.

En dicha Agenda 2030 (UN, 2020), se encuentran referencias específicas para fomentar la inclusividad, se citan textualmente:

- *ODS 3, Salud y Bienestar, Meta 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.* (Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Naciones Unidas)
- *ODS 10, Reducir las desigualdades:*

Meta 10.2: Para 2030, empoderar y promover la inclusión social, económica y política de todos, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o condición económica o de otro tipo.

Meta 10.3: Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y

promoviendo la legislación, las políticas y la acción adecuadas a este respecto. (Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Naciones Unidas)

Por otra parte, el concepto de desarrollo en África, según Ki-Zerbo (2013. Bambara, 2018), aboga por no reducirse al concepto neoliberal occidental, sostiene que el desarrollo debe ser endógeno de cada país y por ello no existe una ruta única para lograrlo. Además, para Stiglitz, el desarrollo debe centrarse en las dimensiones no económicas, englobar las dimensiones más humanas, sociales y culturales, ser local y participativo (Bambara, 2018). Por último, añadir la interesante aportación de Matshedisho (2005), que establece una relación entre paz y desarrollo para el continente africano. No se puede olvidar tampoco la *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos* (ACNUR, 1981), que defiende la tradición histórica y los valores de la civilización africana y, que el continente africano no sólo ha participado y ratificado la elaboración de la Agenda 2030, sino que ha confeccionado su propia hoja de ruta, la Agenda 2063 (African Union, 2013), basándose en el concepto de desarrollo anteriormente descrito. En dicha agenda, la Unión Africana también refleja lo siguiente:

- En su Tercera Aspiración, se compromete a cumplir los derechos humanos y a alcanzar la igualdad de género.
- En su Cuarta Aspiración, reitera el respeto de los derechos humanos, además de la democracia, el buen gobierno y la inclusión social como condiciones necesarias para que África sea un continente próspero, integrado, pacífico y libre de conflictos.
- En su Sexta Aspiración, resalta la inclusión del enfoque de género en su perspectiva de desarrollo y establece que África será un continente inclusivo, sin dejar a nadie atrás ni excluido, por motivos de género, afiliación política o étnica, religión, localidad, edad u otros factores, eliminando toda forma de marginalización y discriminación.

Camerún, como país perteneciente a la Unión Africana, ha ratificado la Agenda 2063, además de la *Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos*. Perteneciente a la ONU desde 1960, también ha adoptado la Agenda 2030. Aunque sólo firmó la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (UN, s.f.), ha desarrollado la *Ley para la*

Protección y Promoción de las personas con Discapacidad. MINAS, Nº 2010/002, de 13 de abril de 2010 (MINAS, 2010), en la que cabe resaltar lo siguiente:

- En su Art. 3, incluye a las personas sordas dentro del grupo de discapacitados físicos.
- En el Art. 5, menciona que es una obligación de solidaridad nacional del Estado, las familias y las personas físicas o jurídicas, la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la integración psicológica, social y económica de la persona discapacitada. A su vez, dichos actores garantizarán el acceso a instituciones y estructuras públicas de las personas con alguna discapacidad.
- En el Art.6, refleja el compromiso a la prevención de la aparición de las deficiencias motoras, sensoriales y/o mentales, como son las vacunas, educación sanitaria, etc, y a reducir las limitaciones funcionales.
- En el Art.24, se enfoca en la educación especial de las personas con discapacidad mediante la aplicación de herramientas de comunicación adecuadas que les permitan el acceso a la escolarización.
- Asimismo, se compromete a cubrir total o parcialmente las necesidades de protección social de las personas con diversidad funcional reconocida.

Como se puede apreciar, no contempla la lengua de signos de forma específica, y, mantiene un modelo rehabilitador más que social ante las personas sordas, o con discapacidad en general, además de no existir medidas efectivas en la realidad que materialicen dicha ley. Esto sugiere que se están realizando esfuerzos por fomentar la inclusión, pero aún existe un gran desconocimiento del colectivo de personas sordas en el territorio, incluso por parte de las autoridades.

De igual manera, la situación de la comunidad sorda está poco documentada en Camerún, el acceso a los datos es difícil puesto que sigue sin haber mucha concienciación sobre la inclusión de estas personas. De acuerdo con Majeu (2021), en base a la media del nivel de ingresos del país, en su mayoría resulta caro mantener a una persona con diversidad funcional, por lo que supone una carga familiar, siendo marginada por la propia familia, incluso a veces llegando a ser abandonada. En cuanto al ámbito social, estas personas suelen

ser ocultadas por sus parientes, por vergüenza, o, si van a la escuela, pueden llegar a experimentar abusos y terminar dejando los estudios. Aunque en Camerún la lengua de signos no está reconocida como idioma oficial del Estado, así como los más de 250 idiomas nacionales que tiene el país (Akumbu, 2020), el gobierno camerunés sí reconoce las 28 escuelas para personas con deficiencias auditivas que, según Kamei (2008), se hallan distribuidas por todo el país, no obstante, esta educación es privada, como en el resto de escuelas camerunesas. De nuevo aquí se aprecian intentos de inclusión de este colectivo, focalizados e independientes del Estado, que fomentan la capacitación de niños sordos y niñas sordas en lengua de signos, pero el país tiene mucho trabajo por delante todavía para mejorar su integración.

En lo que a la sanidad de refiere, no existe seguro social, y el acceso a la atención sanitaria tampoco es gratuito, el Gobierno sólo cubre ciertos costes. El sistema de salud está diversificado en centros públicos y centros privados que se constituyen de organizaciones sin ánimo de lucro, normalmente son las congregaciones religiosas y las organizaciones con ánimo de lucro, que son las clínicas privadas (Ondoua, 2002). El coste de los servicios de salud suele ser caro comparado con la renta de la población y, los relacionados con la audición en particular, más inclusive. No se ha encontrado ninguna referencia sobre formación en lengua de signos al personal sanitario, así como tampoco se fomenta la formación en las lenguas nacionales no oficiales (Liman, 2021).

En base a la experiencia vivida a causa del Covid-19 en Camerún en el año 2020, donde el gobierno camerunés realizó la difusión de la información vital y de las medidas relativas a la pandemia sólo en los dos idiomas oficiales del Estado, francés e inglés, se ha demostrado, según Akumbu (2020), que ha sido una estrategia inefectiva que ha discriminado a una parte importante de la población, que no habla ninguno de los dos idiomas y a la que le llegaba la información sesgada, por traducciones e interpretaciones intermedias mediante diversos canales de comunicación. Por lo que las lecciones aprendidas de esta experiencia, revelan la importancia y necesidad de traducir los comunicados nacionales en todas las lenguas nacionales del país, con el fin de establecer una buena comunicación mediante el lenguaje adecuado, para una comprensión correcta del mensaje, de la que es responsable el Estado, sobre todo, en cuanto a salud pública se refiere. Además, fomenta la inclusividad de la

diversidad poblacional y su colaboración, lo que favorece tanto su desarrollo individual como de la nación.

A ello, se añade la necesidad que aprecia Liman (2021), de fortalecer el sistema sanitario camerunés, que pasa, ineludiblemente, por la capacitación del personal en los idiomas locales para mejorar la comunicación con los pacientes, con el objetivo de cubrir sus necesidades adecuadamente. De acuerdo con Granier et al. (2020), esto debería aplicarse también con las personas sordas, las cuales deben llevar un intérprete oyente a sus consultas, si les es posible, quedando, en ese caso, excluidos de su propio derecho a la salud, puesto que el profesional a menudo se dirige directamente al acompañante tanto para realizar la anamnesis de la propia persona sorda, como para comunicar su diagnóstico y/o tratamiento, privándola del respeto a su intimidad. En el caso de no poder ser acompañadas, el profesional se limita a entregarles un informe con los resultados, el cual deben pedir posteriormente que se lo expliquen, quedando a merced de que el transmisor haya entendido el mensaje (Granier et al., 2015). Dicha necesidad se duplica cuando hablamos del colectivo de mujeres sordas, las cuales tienen un alto índice de embarazos en Camerún, donde un seguimiento adecuado de los mismos reduciría considerablemente la morbimortalidad tanto de la madre como del niño. Al hablar de la transmisión de ETS sucede lo mismo, son enfermedades que frenan el desarrollo de los países africanos por su alta prevalencia, por lo que el control de las mismas requiere de una buena comunicación de las medidas de prevención y de las consecuencias de contraerlas, ya que, cuanto mejor sea la comprensión de la población, mejor será la adhesión al tratamiento y la toma de dichas medidas.

Por todo lo mencionado anteriormente, esta propuesta de proyecto de intervención nace de la necesidad de fomentar el uso de la lengua de signos en sectores de protección social, como es el sanitario, para el desarrollo inclusivo de la población sorda, y, a su vez, favorecería el desarrollo del país y, contribuiría a alcanzar los ODS definidos por la Agenda 2030 y las aspiraciones establecidas por la Agenda 2063 de la Unión Africana.

Entonces, se puede afirmar que es pertinente desarrollar un proyecto de intervención que conecte la comunidad sorda, a las niñas y mujeres en particular, con los servicios de salud de Camerún, en Bafoussam concretamente, mediante la capacitación del personal sanitario en

la lengua de signos más común de la región, con el propósito de lograr un mejor acceso a la salud de este colectivo, reduciendo así la brecha de desigualdad y aumentando la calidad en su atención sanitaria, en la prevención de ETS y en el embarazo. Este tipo de proyectos contribuye al respeto de los derechos humanos de las personas, fomenta el desarrollo individual inclusivo y el desarrollo del país, en coherencia con la concepción africana de desarrollo y con la Agenda 2030. Además, el personal sanitario es el más indicado para realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la detección precoz de los signos de déficit auditivo y la iniciación temprana en la lengua de signos de los niños y niñas que presenten dicho déficit.

1.2. Objetivos del TFM

A continuación, se exponen los objetivos que se esperan alcanzar al desarrollar este trabajo de fin de máster.

1.2.1. Objetivo general:

Diseñar una propuesta de intervención con enfoque de diversidad funcional que capacite al personal sanitario en Lengua de Signos en un centro medicalizado en Bafoussam, Camerún, para poder dar una atención integral e inclusiva a las personas sordas, con perspectiva de género.

1.2.1.1. Identificar las estrategias más adecuadas para la comunicación de los profesionales sanitarios con las personas sordas.

1.2.1.2. Identificar el modelo de atención sanitaria más inclusivo teniendo en cuenta la Comunidad Sorda.

1.2.1.3. Contribuir a incrementar el conocimiento y el respeto sobre la Comunidad Sorda.

1.2.1.4. Mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria de las personas sordas del centro medicalizado de Bafoussam, con especial atención a mujeres y niñas sordas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El desarrollo y la inclusividad

En este TFM no se van a desarrollar las teorías clásicas de desarrollo, puesto que se considera que parten de una postura occidentalizada excluyente, por el contrario, a continuación se exponen las teorías de desarrollo alternativas que van más en coherencia, tanto con la propuesta de intervención del trabajo, como con la visión africana, incluyendo los valores culturales, el feminismo y lo rural.

2.1.1. Amartya Sen y el desarrollo humano

La noción de desarrollo humano de Sen, consta de dos pilares, la libertad y la democracia. Se trata de que el Estado, que es el principal instrumento que tiene la sociedad para ello (Ibáñez, 2016), dote a la ciudadanía de las oportunidades vitales necesarias y suficientes para llevar a cabo sus capacidades, y que sea ésta la que elija libremente si hacer uso de todas, algunas o ninguna de ellas, de forma responsable, en base al desarrollo de su propio proyecto vital, evitando así ideologías supremas (Toasijé, 2011). Por tanto, Sen entiende la libertad como una oportunidad real y no sólo formal (Ibáñez, 2016).

Sen elabora estas ideas de desarrollo, partiendo de sus reflexiones sobre la pobreza y la justicia. Investigando sobre las hambrunas, concluye que se producen, a pesar de la disponibilidad de alimentos cerca, no sólo por factores materiales, sino por la falta de oportunidades reales para los individuos (Gutiérrez, 2016). Entonces, Sen conceptualiza la pobreza como la carencia de las capacidades básicas generada por esta falta de oportunidades, produciéndose una restricción de la libertad pudiendo incluso atentar contra la vida (Ibáñez, 2016). Sostiene que, además, la desigualdad entre países y/o dentro de ellos, que va en aumento, tiene un impacto negativo sobre la pobreza.

Como bien continúa explicando Ibáñez (2016), la concepción de justicia de Amartya Sen también engloba el enfoque de la capacidad (libertad), una revalorización de la democracia y la protección de los derechos humanos desde una perspectiva superadora de la concepción contractualista, acorde con la Diversidad Funcional propia de nuestra sociedad global.

Toasijé (2011, pp.126), ve revolucionaria la teoría de Sen en lo que a cooperación internacional se refiere, al definir “el objeto de la ayuda no en función de la renta sino en función de la ausencia de condiciones para el despliegue de las capacidades de cada persona”, ello conlleva a la necesidad de que la relación de ayuda entre dos países debe entenderse como una asociación, que sustituya la verticalidad.

Martha Nussbaum se aventura a ofrecer un listado de las capacidades que dotan a la persona de dignidad, por lo que deberían ser aseguradas: “vida; salud corporal; integridad corporal; sentidos, imaginación y pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación; otras especies; juego; control sobre el ambiente” (Crespo, 2011, párr. 7). A diferencia de Sen, que considera que es la comunidad, de acuerdo con sus fines definidos, la que debe establecer sus propias capacidades. Esta reflexión es aplicable al contexto de las sociedades africanas, las cuales deben establecer sus propias aspiraciones y proyectos vitales, desde una base rural y siendo partícipes del proceso (Toasijé, 2011).

La principal crítica realizada a la teoría de Sen es sobre su complejidad, dado que es un conjunto de normas, exige más reflexión a la hora de aplicarla en las políticas del desarrollo. Sin embargo, Toasijé (2011) considera que esta dificultad en su aplicación, se convierte en una de sus principales ventajas, debido a que, en consecuencia, le confiere una adaptabilidad que otras teorías no poseen.

El enfoque de desarrollo humano, además de ser coherente con las realidades africanas, es coherente con la inclusividad propuesta en el proyecto de intervención de este TFM, puesto que el fin del desarrollo es el bienestar de los ciudadanos, siendo el resultado del fomento de sus capacidades, cuales quiera que sean o elijan.

2.1.2. Desarrollo humano feminista

Continuando con Nussbaum (González, 2016), y desde el enfoque de desarrollo humano, a nivel global, las mujeres poseen menos oportunidades para desarrollar sus capacidades en base a sus proyectos vitales y, más si cabe, cuando se añade el factor de la pobreza.

El rol de género femenino es una construcción social a nivel global, el cual va vinculado a una condición de discriminación y desigualdad con respecto a los hombres. Lagunas-Vázquez et

al. (2016, pp.63) enuncian que, el desarrollo sostenible, a nivel mundial, solo es posible si se incluye a todas las mujeres y hombres en igualdad y equidad.

La persona pionera en teorizar sobre el papel de la mujer en el desarrollo fue Ester Boserup y, a día de hoy continúa siendo un referente en el tema. Boserup ya apuntaba al desarrollo sostenible en sus teorías, considerando “seis conceptos: ambiente, población, nivel tecnológico, estructura ocupacional, estructura familiar y cultura” (Lagunas-Vázquez et al., 2016, pp.64). A partir de ahí, se integró a las mujeres en el desarrollo, con el movimiento llamado *mujeres en desarrollo* (MED), pero el desarrollo no integró a las mujeres. Entonces surge el GED, *género en desarrollo*, con la finalidad de redefinir los modelos de desarrollo hacia unos más equitativos, eliminando toda forma de discriminación de los mismos y reformulando los roles de las mujeres y los varones (Mendoza, 2000).

La evaluación del impacto de la globalización y del modelo neoliberal ponía de manifiesto que se había producido un aumento de la brecha social y económica entre donantes y donados, afectando más a las mujeres de nuevo (Nazar & Zapata, 2000, pp. 83). Lugones (2008) atribuye este fenómeno a lo que llama *colonialidad del género*, la conceptualización del género se basa en la dimensión racializada y capitalista hegemónica occidental, no tiene en cuenta las diversas realidades en las que viven las mujeres a nivel mundial, lo que hace que fracasen los procesos de desarrollo en detrimento de éstas. El feminismo descolonial trata de superar (Lugones, 2008), mediante la interseccionalidad del género con dimensiones como la raza o la clase social, esta visión colonial y sesgada de la opresión de la mujer, hacia una más amplia, que permita comprender las múltiples perspectivas que favorecen o impiden la vida de las mujeres. Para Ferrari (2020):

La importancia de este concepto y sus alcances giran en torno a la toma de conciencia crítica sobre esa situación de dominación, explotación e inferiorización a la que se somete a las minorías sociales a través de la colonialidad del género. (pp. 116)

Esta visión de supremacía, se puede extrapolar y hablar de manera similar de una colonialidad de la discapacidad (Ferrari, 2020), e igualmente, de una interseccionalidad de la misma con la raza, la clase social y el género mismo. A su vez, Serra sostiene (Fernández, 2018) que no es necesario hablar de un “feminismo de la discapacidad”, basta con entrecruzar ambos paradigmas, feminismo y modelo social de la discapacidad, del cual se

hablará después, para revelar las diferentes opresiones y aportar nuevas perspectivas más inclusivas.

Ollantay (2015), comparte esta postura del feminismo y la relaciona con el medio ambiente y el desarrollo:

El Feminismo, en su sentido amplio, es una propuesta epistemológica de liberación del dominio de colonialismo, occidentalismo, patriarcalismo, clasismo, racismo y especismo. Por ello, el Ecofeminismo se constituyó (en un determinado momento) en un método de liberación para la Madre Tierra presa de la devastación del sistema mundo-occidental. Varones y mujeres estamos permeados por el machismo, y lo reproducimos en diferentes grados, pero no todos/as estamos dispuestos a asumirnos, ni nos asumiremos, como individuos, autónomos, desligados de la comunidad. Urge desoccidentalizar los Feminismos y repensarlos dentro del paradigma de la ecointerculturalidad si acaso deseamos hacer del Feminismo un aporte para la liberación de la Madre Tierra y de la humanidad. (párr.9)

En torno a estas aproximaciones, emerge la teoría del *gender mainstreaming*, que apuesta, no sólo por la inclusión del género en el desarrollo, sino además por su transversalización, como el instrumento más adecuado para alcanzarlo, al introducir el análisis en profundidad del impacto de género en todas las dimensiones de las políticas públicas modificando así el paradigma de todos los campos, hacia otros que realmente se traduzcan en políticas que favorezcan la igualdad de género (Rigat- Pfalum, 2008). Es cierto que este modelo contempla el riesgo de que no se concrete ningún objetivo si se transversaliza el género o, que nadie se responsabilice de facto de la igualdad de género, pero Rigat-Pfalum (2008) sostiene que ello no le resta al *gender mainstreaming* su potencial revolucionario y aboga por un análisis de las causas y procesos de las desigualdades, para transformarlos a través de la articulación de las estrategias feministas antiguas con las nuevas, hacia un mismo propósito de garantizar más justicia, más equidad y más igualdad en el desarrollo.

2.1.3. Desarrollo humano endógeno : “Con la llave en la mente”

Esta teoría, según Ki Zerbo (Bandini, 1999), es la que mejor responde a las necesidades del continente, y, a su vez, es la que mejor se adapta a esta propuesta de proyecto de

intervención, puesto que, como ya defendía Kabunda en el año 1993, el desarrollo se produce desde dentro, con la integración y el fortalecimiento de las capacidades de autotransformación y autosuficiencia de los pueblos africanos.

Vázquez (2007), habla así sobre el concepto de desarrollo endógeno:

El desarrollo endógeno, por último, se ha convertido en una interpretación que facilita la definición de estrategias y políticas, que los actores de un territorio pueden ejecutar aprovechando las oportunidades que presenta la globalización. Cualquiera que sea el enfoque que se adopte, las políticas de desarrollo tienen que construirse a partir de factores económicos, sociales, ambientales, institucionales, políticos y culturales que se combinan de forma única en cada localidad, en cada territorio. Por ello, la política de desarrollo endógeno sostiene que las iniciativas de desarrollo difieren de un territorio a otro, de una localidad a otra. (pp.206)

El motor del desarrollo endógeno del continente africano, es la integración regional controlada por los propios pueblos, buscando un *panafricanismo horizontal* y potenciando el desarrollo interno, cambiando el enfoque de las relaciones en la cooperación internacional hacia una cooperación más horizontal (Kabunda, 1993).

En base a Ki Zerbo (Bandini, 1999), se debe dejar de mimetizar el desarrollo occidental en el territorio africano, el cual lo desconecta de sus raíces y su concepción propia. Por ello, Ki Zerbo propuso un desarrollo “con la llave en la mente”, alcanzándose por medio de una educación que fomente la reflexión y la creatividad propia de las comunidades africanas, evitando así una política de desarrollo de “mano tendida” o de las “fábricas ‘llave en mano’”, la cual ha resultado ser nociva para África. Es decir, la educación es un instrumento que permite establecer unas estrategias de desarrollo propias, que conjuguen pasado, presente y futuro, integrales y en armonía con el continente africano, con el fin de poder ponerlas en práctica. Este concepto de desarrollo vincula la teoría con la práctica necesariamente.

Asimismo, Ki Zerbo argumenta: ““endógeno” no significa “autarquía”, ni repliegue en uno mismo, ni referencia unilateral y obsesiva al pasado o a lo “tradicional”, sino reivindicación previa de ser uno mismo antes de todo intercambio con otro” (Bandini, 1999, pp. 7). África puede pensar por sí misma, no necesita que nadie de fuera piense por ella ni le diga lo que

debe hacer, de esta manera, podrá contribuir también al mundo global y la cooperación internacional será horizontal.

Este enfoque constituye la base del renacer africano, de forma autónoma, creadora y progresista, que, tanto para Ki Zerbo (Bandini, 1999) como para Kabunda (2020), es la única capaz de impulsar el desarrollo. El desarrollo endógeno implica la superación de la visión meramente economista y tecnocrática, la consideración, en su justa medida, de la tradición, para evitar el desarraigado, y, la educación escolar y universitaria son condiciones imprescindibles para ello. Previamente, es necesaria la “africanización” de los sistemas educativos, adaptándolos a las realidades y las lenguas africanas (Kabunda, 2020).

Este modelo de desarrollo va en coherencia con el proyecto de intervención que aquí se propone, la capacitación en lengua de signos a los profesionales sanitarios, supondría un desarrollo “con la llave en la mente”, esta intervención no desarrolla en sí, sino que da las llaves para favorecer un desarrollo de la salud de las mujeres sordas desde dentro, sin necesidad de imitar, pues se trata de una propuesta piloto, prácticamente a nivel global, que podría aportar un gran valor a la cooperación internacional. Además, se respetaría la *africanidad* de la comunidad sorda, en particular a las mujeres y niñas, fomentando y valorando su cultura y su lengua de signos, las cuales forman parte a su vez de las lenguas africanas, consideradas indispensables, como hemos visto, para el desarrollo endógeno, tanto territorial como intelectual.

2.2. La Comunidad sorda y modelos de intervención

La sordera tiene muchas construcciones, pues no todas las personas sordas se han desarrollado de la misma manera, sino en función del tipo de sordera, del grado de pérdida auditiva que tengan, en función de cuándo se haya producido esa pérdida y de la interacción que hayan tenido con el entorno (García Fernández, 2004).

Tabla 1. *Clasificación de la sordera*

TIPO DE SORDERA	GRADO DE PÉRDIDA	EDAD
Sorderas conductivas: son aquellas en la que los trastornos auditivos están situados en el oído externo o en el oído medio. En general sus efectos no son muy graves y pueden llegar a suprimirse por medio de tratamientos adecuados.	Audición normal: de 0 a 20 dB Pérdida ligera: de 21 a 40 dB Pérdida media: de 41 a 70 dB	Sorderas Prelocutivas (o Congénitas): anterior a la adquisición del lenguaje; tienen graves repercusiones para la comunicación con las personas oyentes. En estos casos el lenguaje oral no se aprende de manera natural.
Sorderas neuro-sensoriales o de percepción: son más graves y permanentes con un pronóstico mucho más complicado. Están ocasionadas por lesiones co- cleares o por disfunciones que afectan desde el oído interno hasta el área auditiva del lóbulo temporal. La mayoría de sorderas prelingüísticas son de este tipo.	Pérdida severa: de 71 a 90 dB Pérdida profunda: de 91 a 120 dB Pérdida total o Cofosis: de 121 o más dB. Es muy poco frecuente.	Sorderas Postlocutivas : surgen después de la adquisición del lenguaje oral.
Sorderas mixtas: tienen componentes perceptivos y de transmisión.		

Fuente: García Fernández (2004), <http://hdl.handle.net/10481/1987>

En base a esto, las personas sordas pueden tener diversas realidades (Rodríguez, 2005):

- Poder hacer uso de tecnología y dispositivos auditivos y con ello aproximarse a la tendencia oyente, o, no tener esa posibilidad, ya sea intrínseca, si su déficit auditivo no puede tratarse médicaamente, o extrínseca, si no tiene medios o acceso al tratamiento.
- Ser una persona sorda parlante, la cual utiliza la oralización y la lengua hablada, ser una persona sorda signante, cuando su idioma materno es la lengua de signos o ser una persona que se considera bilingüe.

- Ser una persona sorda prelingüística, si su sordera es algo natural y no conocen la lengua oral o, postlingüística, si la pérdida de audición se ha producido tras haber aprendido el lenguaje hablado.
- Ser una persona sorda, hija de padres oyentes, o hija de padres sordos, que más miembros de la familia sean sordos o ser el único.
- Otra posibilidad es, si la propia persona se identifica con la Cultura Sorda y se siente perteneciente a una Comunidad Sorda, se nombra habitualmente con *s* mayúscula, persona *Sorda* o, por el contrario, puede no sentirse dentro de esta comunidad, a la que se denomina persona *sorda*, con *s* minúscula. Las personas Sordas perciben su sordera como parte de su identidad total y no como una deficiencia, las personas sordas, al no reconocer aspectos culturales y lingüísticos en su sordera, la perciben como una discapacidad y un trastorno sensorial (Jambor, 2005).

Es cierto que, en la actualidad, como hemos visto en el marco legal con la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, se ha incluido a las personas sordas dentro de este grupo, con el fin de darles protección social. No obstante, el concepto de discapacidad en la comunidad sorda, ha ido variando en función de los paradigmas o modelos de intervención desarrollados, dando lugar a diferentes enfoques.

Sin embargo, como se ha explicado, la comunidad sorda es un colectivo muy homogéneo, donde sus prioridades y necesidades no siempre coinciden, esto hace que no haya una única opción de intervención válida para las personas sordas y, con ello, que los diferentes modelos de intervención aún coexistan y sean aplicables, según la perspectiva y la libre elección de dichas personas (Pérez de la Fuente, 2014).

Antes de realizar un análisis de los modelos de intervención vigentes para las personas sordas, se ha de mencionar primeramente que, históricamente, ya en la antigüedad había personas con diversidad funcional que, bajo el llamado modelo de *prescindencia* (Palacios, 2008), basado en la religiosidad y en que la persona es totalmente prescindible de la sociedad, la discapacidad se percibía como la presencia del demonio, de espíritus malignos o de un Dios inconformista (González et al., 2013). Estas personas no eran ni consideradas en algunas épocas como humanas, se las trataba de “imbéciles”, incluso se han datado sacrificios. No obstante, según mencionan González et al. (2013, pp.83), algunos “autores

exponen que en África, tribus primitivas como los Chagg, tenían tendencias de considerar a las personas con diversidades funcionales como poderosas y especiales, lo cual les permitía alejar a los malos espíritus.” Este modelo se centró posteriormente en la beneficiencia, puesto que las personas con diversidad funcional se consideraba que no aportaban nada a la sociedad, su cuidado y su permanencia en la comunidad era mera caridad (Palacios, 2008).

Dicho paradigma de discapacidad está en desuso, pero es importante mencionarlo, pues ha influido en los siguientes.

2.2.1. El modelo médico o rehabilitador

Este modelo, es un modelo paternalista y parte de la base del concepto de discapacidad como una enfermedad, por tanto, la causa de la sordera es científica, y se debe prevenir, tratar y/o rehabilitar (Palacios, 2008). La deficiencia que posee la persona al tener una pérdida de audición, es la que le confiere la discapacidad, y ello le hace menos capaz o válido que la mayoría de personas oyentes (Palacios, 2008), en consecuencia, los esfuerzos para integrar a dichas personas en la sociedad deben ir encaminados a rehabilitarlas con el fin de “normalizarlas” con respecto a las personas oyentes (Toboso, 2018). Este modelo da lugar a procesos que se basan en la medicalización, institucionalización y educación especial de la persona sorda, centrándose en el oralismo, la implantación o el uso de dispositivos auditivos y la prevención de la pérdida de audición (Paul y Moores, 2010).

Canimas (2015) sostiene que este modelo no debe desecharse, puesto que hay personas sordas que sí sienten que oír es mejor que no oír u oír menos, perciben su déficit de audición como una discapacidad intrínseca, que es tratable gracias al avance de la ciencia, la cual, sin este enfoque, no hubiese sido posible. Asimismo, este paradigma, daría importancia a la prevención, como la vacunación o el tratamiento de infecciones, lo que constituye una medida imprescindible en países en desarrollo. No obstante, el modelo médico niega o infravalora la lengua de signos como forma de comunicación y de desarrollo pleno de la población sorda, así como elemento de identidad de la Cultura Sorda (Paul y Moores, 2010). De hecho, las lenguas de signos han sido discriminadas, incluso han estado vetadas en los espacios públicos durante mucho tiempo y no empezaron a reconocerse institucionalmente hasta la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad* de 2006

(González y Calvo 2009). Por último, vincula la integración de una persona, en función de lo que puede aportar a la sociedad (Palacios, 2008).

Por ello, la aproximación rehabilitadora no cubre las necesidades de aquellas personas sordas que sienten que su discapacidad no les limita, ni de aquellas que no sienten su sordera como una discapacidad. Esto dio lugar al modelo social.

2.2.2. El modelo social

En este paradigma, desarrollado a finales de la década de los sesenta, el concepto de discapacidad se separa del concepto de deficiencia. El déficit de audición, en este caso, es intrínseco a la persona y se refiere a la pérdida o limitación total o parcial de la audición. Esto no le confiere una discapacidad, la cual es un factor extrínseco a la persona, una construcción social, por tanto, es la sociedad la que posee límites a la hora de cubrir las necesidades de las personas (Palacios, 2008), debiendo ésta *rehabilitarse*, eliminando las barreras sociales que impiden que las personas con alguna deficiencia, sean parte integrante de la sociedad (Amezcua- Aguilar y Amezcua- Aguilar, 2018).

Palacios y Bariffi (2007) basan este modelo en el principio de que todas las personas, con o sin limitaciones, tienen intrínsecamente el mismo valor, el cual es inestimable, por ello, las personas, tengan o no discapacidad, aportan lo mismo a la sociedad. Sin embargo, las que poseen discapacidad, se encuentran oprimidas socialmente, pues la accesibilidad a los espacios públicos está configurada mayoritariamente bajo la norma dominante de las segundas.

El modelo social, por tanto, confiere a las personas con discapacidad una dignidad y una autonomía, continúa asumiendo que algunas personas tienen una deficiencia en su funcionamiento (Pérez de la Fuente, 2014), sin embargo, ya no se centra en la medicalización e institucionalización, sino en establecer medidas de protección social en base a una discriminación positiva, en forma de leyes, priorizando y dedicando más recursos y atenciones a las personas con discapacidad.

Aunque, para Toboso (2018), existen “anomalías” en el modelo social: sostiene que al “desbiologizar” la discapacidad con un fin emancipador, se desvía la reivindicación de las

personas y se interpreta la discapacidad de tal forma que no se ajusta totalmente a las diversas experiencias que de la misma tienen las propias personas con discapacidad. A su vez, la diferenciación entre el concepto de deficiencia y el de discapacidad, conlleva a que se “entregue el cuerpo a la medicina”. Toboso (2018) sostiene que este paradigma mantiene una visión occidentalizada y hegemónica de la discapacidad, prestando poca atención a lo que sucede en los países en desarrollo, donde está el 80% de las personas con discapacidad. Finalmente, el paradigma social sigue centrando su discurso en las capacidades del ser humano, vinculándolas a la dignidad. Así, según este autor, estas fueron las motivaciones que llevaron al planteamiento del modelo de diversidad funcional.

2.2.3. El modelo de diversidad funcional

En el año 2006, Palacios y Romañach (2020) presentan este nuevo modelo de diversidad funcional que va más allá del eje teórico de la capacidad que no deja de ser otro intento de acercarse a la *normalidad*, cuando lo que caracteriza a este colectivo es la diversidad de funcionamientos, por tanto, el concepto de discapacidad se desintegra. Bajo este enfoque, las personas sordas son completas en sí mismas, no necesitan aspirar a los estándares de la sociedad, puesto que ya poseen una dignidad inherente que no está vinculada a la capacidad, los autores defienden que la solución a la discriminación está en reconocer a las personas en su diversidad y es esta diversidad en sí misma, la que enriquece la sociedad. Este nuevo modelo, en el que el eje es la dignidad de la diversidad, permite a las personas con diversidad funcional construir una nueva identidad no negativa (Toboso, 2018).

Las personas poseen un modo propio de funcionamiento, por lo que cada una realiza algunas actividades de manera diferente a la mayoría de personas (Palacios y Romañach, 2020). Este modelo, según Toboso (2018), conectaría con el enfoque de capacidades de Amartya Sen, para que una persona pueda ser o hacer, se debe garantizar la oportunidad de que ésta pueda elegir el conjunto de funcionamientos que considere más valiosos para llevar a cabo la forma de vida que desee. Así, no sólo se alcanza la igualdad, sino también el bienestar y la calidad de vida, la sociedad no se adapta con el objetivo de fomentar que las personas con diversidad funcional puedan funcionar en base a los estándares, sino que la sociedad debe impulsar la diversidad de funcionamientos de las personas.

Mencionar que esta teoría tiene sus detractores, como Canimas (2015), que argumenta que, con este paradigma en el que ninguna forma de funcionar es mejor que otra, es difícil justificar la discriminación positiva y la necesidad de una justicia distributiva, además, sostiene que, al fomentar la no reducción de la deficiencia, puede caerse en la posibilidad de la producción de la diversidad funcional, y la que queda estigmatizada es la normalidad. Esto se contradice con lo expuesto por García Fernández (2004), donde las entrevistas con personas sordas revelan que son felices siendo sordas, que no sólo no se arrepienten, sino que están orgullosas, de su cultura, de su lengua y de su identidad.

A pesar de las críticas, este modelo ha supuesto un gran avance para la inclusión de las personas con diversidad funcional, en concreto en este trabajo, para las personas sordas. No obstante, en coherencia con García Fernández (2004), la diversidad funcional sigue sin responder a las necesidades de esa parte del colectivo sordo que se siente perteneciente a una Comunidad Sorda, con su cultura, costumbres y lengua específica. Es por ello, que hay otras corrientes teóricas que engloban a la Comunidad Sorda en un modelo de minorías culturales y lingüísticas, y, desde ahí reivindican las medidas de discriminación positiva. Según la propuesta de intervención de este TFM, este modelo se ajustaría bien como marco para desarrollar el proyecto, sin embargo, existen ciertas características de este grupo, que se explican en el siguiente apartado, que hacen que sea más apropiado el siguiente marco.

2.2.4. La Comunidad Sorda como minoría cultural y lingüística

De los 70 millones de personas sordas signantes existentes, según la WFD, se estima que unos 4 o 5 millones son personas Sordas (Oviedo, 2006), por lo que conforman una minoría, con respecto al resto de la población. Como ya se ha visto, considerarse Sordas quiere decir que se conciben dentro de una Comunidad Sorda, la cual está formada por agrupaciones sociales que históricamente han ido construyendo una Identidad Sorda, autoreconociéndose como Sordas, no se definen como personas discapacitadas sino como personas diferentes, tienen una Cultura Sorda, una forma de vivir, con su propia lengua nativa, la Lengua de Signos, la cual constituye el principal elemento identitario (Amezcu-Aguilar y Amezcu-Aguilar, 2018).

Asimismo, existe una solidaridad dentro del grupo que les confiere cohesión interna, buscan un empoderamiento institucional como minoría, poseen una experiencia compartida de

subordinación y vulnerabilidad con la que se identifican, sintiéndose discriminados por su cultura y su lengua (Pérez de la Fuente, 2014). Por todos estos factores, la Comunidad Sorda reivindica que se la reconozca como una minoría cultural y lingüística (Lane, 2005), con la consecuente implementación de la Lengua de Signos como lengua oficial.

Del sentimiento de estigmatización de la sordera no sólo surgió la identidad de grupo, sino que además se convirtió en una noción de orgullo (Rodríguez, 2005), en el movimiento que se denominó Orgullo Sordo (World Federation of Deaf, 2010). Esto supone un argumento irrefutable para el reconocimiento de esta Comunidad como minoría, pues parte de la propia autoconcepción de este colectivo.

Aunque no hay que olvidarse, que el colectivo de personas sordas no es homogéneo, sin embargo, como bien dice Pérez de la Fuente (2014):

La clave del debate es respetar la libertad de elección de cada persona en este contexto, pero proveer mecanismos para hacer de la Cultura Sorda una opción viable, atractiva, positiva e inclusiva. En esto se deberían modificar los valores de la minoría y sobre todo, de la mayoría. (pp.283)

Es por ello, que en este trabajo se considera que, este paradigma es el que mejor se ajusta a este proyecto. Capacitar al personal sanitario en Lengua de Signos, no incidir en la libre elección de las personas sordas y evitar la comunicación indirecta por medio de intérpretes, integra la mejor forma de poder abarcar los cuidados en toda la diversidad que representa el colectivo sordo, pudiendo adaptarse el personal a cada situación, a cada desarrollo. A la vez, se fomenta la cultura y la lengua propia de esta comunidad, introduciendo al personal sanitario en el conocimiento de la Comunidad Sorda, comprendiéndola mejor a través de una comunicación directa, y con ello, estableciendo unos programas sanitarios más adecuados, integrando los elementos de esta cultura y favoreciendo la capacidad de participación y apropiación de las personas sordas, en particular las mujeres, del manejo de su salud. En consecuencia, se produce una mejora de la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria de las mujeres sordas, que permitirá un desarrollo sostenible en el tiempo, eliminando de raíz las desigualdades de acceso y atención con respecto a dichas mujeres en el sistema sanitario y pudiendo hacer efectivas las leyes desarrolladas, que no se están cumpliendo hasta ahora.

2.3. Comunidad sorda y la importancia del lenguaje

Por último, se va a tratar de explicar por qué la lengua de signos es tan relevante como factor identitario de la Comunidad Sorda y su importancia para el desarrollo de este colectivo, en igualdad de condiciones que las personas oyentes.

Existen diferentes paradigmas lingüísticos para explicar el desarrollo del lenguaje, del *Estructuralismo* de Ferdinand de Saussure, que fue el que estableció los pilares de la ciencia del lenguaje, al *Generativismo* de Noam Chomsky, que revolucionó la mencionada ciencia, pasando por las teorías alternativas, como son, la *Teoría de la Variación*, cuyo representante es Labov, la *Teoría Lingüística Funcional* de Halliday y la *Lingüística Cognitiva* de Langacker (Cabré y Lorente, 2003). De la gran variedad de modelos, los más influyentes son el generativista y el funcionalista, siendo el primero el paradigma dominante hoy en día, el cual se incluye en la línea lingüística formativista. A continuación se adjunta un cuadro explicativo de las diferencias entre estas dos grandes corrientes, con el fin de dar una contextualización global, para centrarnos posteriormente en el paradigma de la Gramática Generativista, como base para la argumentación de la importancia de la Lengua de Signos como lengua nativa de la población sorda, que las distingue como minoría cultural y lingüística.

Tabla 2: *Diferencias entre Funcionalismo y Formativismo*

Funcionalista	Formativista
1. La lengua es una herramienta para la interrelación social.	1. La lengua es una agrupación de enunciados .
2. Comunicar es el cometido esencial de la lengua.	2. Expresar pensamientos es el cometido primordial de la lengua.
3. La dimensión psíquica de la lengua es capacidad para interrelacionarse socialmente a través de la lengua (competencia comunicativa).	3. La dimensión psíquica de la lengua: es la habilidad de deducir y medir enunciados (competencia lingüística).
4. El ámbito del uso de la lengua es la base del estudio de la lengua.	4. Prioriza el estudio lógico, basado en una metodología, de la competencia lingüística antes que el estudio del uso de la lengua .
5. Los elementos lingüísticos de la lengua se describen intrínsecamente unidos a los contextos donde se utilizan.	5. Los elementos lingüísticos se describen con independencia del contexto donde se emplean.
6. El sistema lingüístico se adquiere mediante la exposición a un <i>input</i> muy sistematizado y extenso.	6. La lengua se adquiere de forma innata . El <i>input</i> es acotado y no sistematizado: teoría de la pobreza del estímulo.
7. Las propiedades universales de la lengua están vinculadas a objetivos comunicativos , el uso de la lengua y el contexto .	7. Las propiedades universales de la lengua son innatas del ser humano, tanto mental como fisiológicamente.
8. La semántica y la sintaxis se estudian bajo la pragmática y están al servicio de ella.	8. La sintaxis, la semántica y la pragmática son autónomas entre sí.

Fuente: Dik (1978). The Functional Grammar. North-Holland, Amsterdam.

2.3.1. Paradigma lingüístico generativista

El paradigma de la Gramática Generativista de Noam Chomsky, como se aprecia en el cuadro, postula que existe un órgano del lenguaje, diferenciado del resto de sistemas cognitivos, siendo innata la capacidad del lenguaje, entonces, éste no se desarrolla con el fin de la comunicación, sino que la comunicación es consecuencia de la predisposición genética del ser humano a construir oraciones y estructuras gramaticales complejas, gracias a la cual ha podido desarrollar las lenguas. Sostiene además, que los mecanismos gramaticales son de carácter formal, es decir, se rigen por reglas matemáticas, por tanto, la gramática es universal (Cabré y Lorente, 2003). Aunque Chomsky se refiere al lenguaje de los oyentes, es válido para la lengua de signos, como se ha demostrado posteriormente.

La Lengua de Signos posee una gramática, con su fonología, morfología, sintaxis y semántica, la cual tiene una estructura formal similar a las lenguas habladas, con los mismos niveles de análisis lingüísticos, según múltiples estudios realizados por lingüistas y psicólogos del lenguaje, “Bellugi y Fischer, 1972; Padden y Perlmutter, 1987; Liddell y Jonson, 1989; Fischer y Siple, 1991; Petitto, 2000, entre muchos otros” (Herrera, 2005). Estos autores demostraron igualmente, que las personas sordas que adquieren el lenguaje de forma innata, pasan por etapas semejantes que las personas oyentes.

De hecho, los primeros mensajes lingüísticos que produce el ser humano, ya sea oyente o sordo, son gestos déicticos, señalar con el dedo. Asimismo, los autores mencionados confirmaron que el balbuceo ocurre tanto en lenguajes hablados como en lenguajes de signos, y que esto es debido a que la capacidad del lenguaje tiene una base neurológica y se produce una maduración de la misma y, la capacidad expresiva es capaz de procesar diversos tipos de señales (Herrera, 2005), además, existe una organización silábica en el balbuceo manual, basada en el movimiento de abrir y cerrar la mano.

Según Masataka (1996), los bebés sordos producen un 40% de combinaciones fonológicas formales en su balbuceo manual mientras que los oyentes sólo un 10%. Y Petitto (2000) descubre que los bebés sordos, ya manejan 10 signos distintos al año de vida, y, a los 20 meses su lexicón es mayor a 100 signos, cuando los bebés oyentes de esa edad manejan la mitad de expresiones habladas.

En resumen, a pesar de que las personas sordas no poseen el sentido de la audición, la capacidad innata del ser humano les ha permitido desarrollar otros constructos lingüísticos igual de válidos que han posibilitado a la Comunidad Sorda comunicarse y sobrevivir de igual forma que los oyentes. Este argumento del innatismo de la lengua de signos desarrollada a partir de la capacidad del lenguaje de las personas sordas, podría explicar que, a pesar de la tendencia histórica a prohibir su uso, o a forzar a dicho colectivo al oralismo o a comunicarse siguiendo la normatividad oyente (Amezcuá-Aguilar y Amezcuá-Aguilar, 2018), dicha lengua no sólo no ha desaparecido, sino que se ha diversificado, expandido y desarrollado independientemente y en contra de la normatividad, sin embargo, la consecuencia de esta prohibición y medicalización de las personas sordas ha sido la exclusión (Benavides, 2019).

Por tanto, dado que el empleo de la lengua de signos es inevitable y específico de la Comunidad Sorda, con más razón dicha lengua confiere una identidad a este colectivo, debiendo ser considerado como una minoría lingüística, preservando y promoviendo la Lengua de Signos.

La WFD (2010), califica las lenguas de signos como factor clave para que las personas sordas se integren en la sociedad, y construyan una identidad propia y una comunidad sorda. Sostiene que la utilización de la lengua de signos es un derecho inalienable del ser humano, y por ello, no debe ser negado a las personas sordas, pues iría en contra de sus libertades y su dignidad y, vulneraría las leyes, tanto nacionales como internacionales, que respetan, promocionan y protegen el empleo de dichas lenguas.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

En este apartado se va a proceder a desarrollar la propuesta de intervención, en la cual se capacitará en el empleo de la Lengua de Signos, al personal sanitario de un centro de salud en Bafoussam, Camerún, en base a un análisis de situación de dicha región. La metodología empleada es el marco lógico, por ser la que mejor se ajusta a la intervención. Para realizar el análisis de la región, se ha llevado a cabo una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, para recoger información sobre Camerún, efectuando una búsqueda bibliográfica de fuentes secundarias, en bases de datos como: PNUD, OMS, el Data World Bank (DWB), el Ministerio de Salud Pública camerunés (MISANTE), una guía elaborada por la Oficina Económica y Comercial de España en Malabo (OECEM), el Instituto Nacional de Estadística de Camerún (INS) y el Observatorio Nacional de la Salud Pública de Camerún (NHO). Al mismo tiempo, se ha realizado una revisión bibliográfica de varios autores que han aportado datos cuantitativos a través de encuestas y observación participante. Se ha aplicado la perspectiva de género en lo posible, segregando datos por sexos. Asimismo, se ha aplicado un enfoque de diversidad funcional, teniendo en cuenta a su vez, las minorías lingüísticas y, un enfoque de desarrollo humano.

En base a dicho análisis, se han establecido tanto el diagnóstico, los objetivos de la intervención y la matriz de marco lógico, bajo los mismos enfoques y perspectivas.

3.1. Análisis

3.1.1. Análisis de situación

3.1.1.1. Contexto sociopolítico de Camerún.

La República de Camerún es un país de ingresos medios bajos (PIMB), es una república presidencialista, cuyo jefe de Estado es Paul Biya. Ubicado en África No Mediterránea, tiene una superficie de 475.440 km², su capital es Yaoundé, y su ciudad más poblada es Douala. Actualmente alberga una población de unos 26.545.864 habitantes (DWB, 2020), donde más de un 40% es menor de 15 años, y casi el resto está entre 15-24 años (DWB, 2020). Está dividido en 10 regiones o divisiones políticas: (1) Adamaoua; (2) Centro; (3) Este; (4) Extremo-Norte; (5) Litoral; (6) Norte; (7) Nor-Oeste; (8) Oeste; (9) Sur; (10) Sur-Oeste.

Sin embargo, el país también se encuentra dividido, por influencia de la época de la colonización y el fin de la Primera Guerra Mundial, donde era administrado por Francia y Gran Bretaña, y tras la guerra de independencia, en la zona francófona, que comprende el área sur y occidental, y la zona angloparlante, que comprende los territorios del Norte y Este, la cual está en conflicto reclamando su independencia, cuyos defensores la denominan Ambazonia.

Continúa ocupando el puesto 153 (de 189 países) según el Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2020) y un Índice de GINI de 46,6 (PNUD, 2020). Según la FAO, aproximadamente el 70% de la población depende de la agricultura y el pastoreo. Camerún tiene una de las mayores extensiones de tierra destinada a la conservación de la biodiversidad: en torno al 14% del territorio nacional son parques naturales y reservas (OECM, 2019).

Posee dos idiomas nacionales, francés e inglés, además, existen más de 200 dialectos locales. El país, además, tiene de una gran diversidad étnica: en la Región Norte: predominan los musulmanes y la etnia fulani (foulbé) y kirdi; en la Región Extremo Norte: en esta zona los árabes choa; en las regiones occidentales: dominan los bamiléké, el grupo étnico más extendido en el país; en la Sur: los beti y bulu, subgrupo de los beti-fang, y grupo étnico donde se asientan las principales bases del poder del Presidente, Paul Biya; en las zonas costeras (Regiones del Sudoeste, el Litoral y el Sur) existe una etnia conocida en su conjunto como Grand Sawa. El Presidente Biya, lleva en el Gobierno desde 1982 y, desde su presencia en el poder, el país se mantiene políticamente estable, a pesar de los conflictos en la zona angloparlante del Norte y de la presencia del grupo Boko Haram en el país (OECM, 2019).

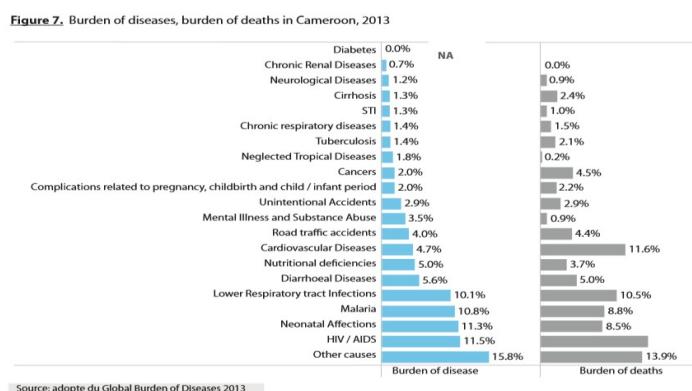
Según los últimos datos de la Estrategia Nacional de los ODS (INS, 2021), la tasa de pobreza estaba en 37,5% en 2015, siendo un 55% mayor en las áreas rurales. La tasa de escolarización rondaba el 39% en 2020, presentando una ligera elevación durante los últimos años, teniendo una tasa de finalización de primaria del 71% en el mismo año y un índice de paridad del 0,89 (INS, 2021). En 2018, el 79,4% (INS, 2021) tenía acceso a agua potable, pero solo el 58% de la población de Camerún tiene acceso a unas condiciones mínimas de saneamiento. Camerún tuvo una tasa de crecimiento del PIB del 3,7%, en 2019. En 2020, debido al COVID-19, esta tasa de crecimiento cayó al 0,5%. El 33% de la población entre 15-49 años tiene acceso a internet (INS, 2021).

El número de desplazados internos total asociados a conflictos y violencia es de 1.003.000 y el de nuevos desplazados por desastres naturales es de 116.000 en 2020, siendo las zonas más afectadas las regiones Noroeste y Suroeste del país, y, sobre todo, la región Extremo Norte, produciéndose los desplazamientos dentro de estas zonas mayoritariamente (IDMC, 2020). Entre 1984 y 2017, 36 desastres naturales han golpeado a Camerún, afectando aproximadamente a 265.000 personas, provocando 4.587 muertos y enormes daños materiales, en consecuencia, 41.235 personas se encuentran sin hogar.

Su índice de brecha de género es de 0,560 en 2019 por lo que ocupa el puesto 141 de 153 países de las Naciones Unidas (PNUD, 2020). Tiene una esperanza de vida al nacer es de 59,6 años (DWB, 2020), la esperanza de vida femenina es de 60,9 años y la masculina de 58,4 años (DWB, 2020). Según con los datos aportados por la OMS (2020), la tasa de mortalidad infantil es de 48,3 por 1000 habitantes, la tasa de mortalidad materna es de 529 por 100000 nacimientos (los últimos datos encontrados son de 2017). La incidencia de HIV es de 0,6 por 1000 personas sanas, la de malaria de 260 por 1000 personas en situación de riesgo, siendo las personas sordas un grupo de mayor riesgo por la doble vulnerabilidad a la que están sometidas, y, en especial atención a las mujeres, se les añade el factor de género y aumenta el riesgo de mortalidad materna también.

En base al Observatorio Nacional de Salud Pública (2013), las principales causas de muerte en Camerún son el SIDA, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias, como refleja la imagen:

Figura 1. Carga de enfermedades y causas de muerte en Camerún



Fuente: NHO Camerún(2013)

http://onsp.minsante.cm/profiles_information/index.php/Cameroun:Burden_of_diseases_and_Causes_of_deaths/en

3.1.1.2. Contexto de las personas sordas en Camerún.

En Camerún, el ya mencionado estudio de Wonkam et al.(2020), sostiene que aunque no hay datos actualizados de una prevalencia nacional, en base a los datos reportados, se estima que la población con diversidad auditiva oscila entre el 0,6%-3,6% de la población total camerunesa, tanto Kamei (2008) como Majeu (2021) coinciden en que 1 de cada 1000 personas en Camerún, posee déficit auditivo. Según la bibliografía consultada, el último *Censo General de Población y Vivienda* realizado por el Instituto Nacional de Estadística de Camerún (INS, 2010) fue en 2005, en el cual se realiza una estimación de las personas con discapacidad, siendo éstas unas 262 119 personas, representando el 1,5% de la población total. Refleja que el 51,4% de las personas con discapacidad son hombres, el 48,2% son mujeres y el 58% vive en el medio rural.

Este censo consta de un apartado en el que analiza más en profundidad los datos de las personas con discapacidad, disagregándolas por tipo, concluyendo que la discapacidad mayoritaria es la sordera, abarcando un 38,8% del total de personas con discapacidad. Del total de personas sordas, el 50,3% son mujeres y el 49,7% hombres, viviendo el 36,9% en medios rurales y el 41,4% en ciudades. Por rango de edad, según el censo del INS (2010), la proporción mayoritaria de las personas sordas se ubica en las edades comprendidas de 0-15 años, con un 57,6%, aunque la prevalencia es mayor en personas mayores de 60 años.

La tasa de escolarización de las personas sordas en estudios de primaria (entre 6 y 12 años) está en el 71,6% en hombres y 70,7% en mujeres, aunque el censo especifica que las personas sordas presentan dificultades por la falta de adaptabilidad y accesibilidad de las escuelas e infraestructuras existentes. Sin embargo, la proporción de las personas sordas en base a su nivel educativo es: (1) En hombres: el 23,9% no tiene estudios, el 47,1% tienen estudios de primaria, el 15% ha terminado el primer ciclo de secundaria, el 7,4% ha finalizado el segundo ciclo de secundaria y sólo el 6,6% posee estudios superiores. (2) En mujeres: el 31,2% no tiene estudios, el 44,5% tienen estudios de primaria, el 13,9% ha terminado el primer ciclo de secundaria, el 5,3% ha finalizado el segundo ciclo de secundaria y sólo el 5% posee estudios superiores. (3) En conjunto: el 27,6% no tiene estudios, el 45,8% tienen estudios de primaria, el 14,4% ha terminado el primer ciclo de secundaria, el 6,3% ha

finalizado el segundo ciclo de secundaria y sólo el 5,8% posee estudios superiores. En general, la tasa de alfabetización de las personas sordas a nivel nacional es del 68,1%.

En el censo también se proporcionan datos sobre la ocupación de las personas según su tipo de discapacidad, dedicándose la población sorda a la agricultura en un 66,7%, siendo la actividad mayoritaria, seguida del comercio con un 10,2% y del trabajo en la administración pública en un 9%. Según el sexo, las mujeres se dedican en mayor proporción todavía (75,8%) a la agricultura. La población sorda tiene la tasa de empleo más baja dentro de las personas con discapacidad, y se centra básicamente en empleos como autónomos, al dedicarse la mayoría a la agricultura, siendo más alta en hombres que en mujeres. Sin embargo, los salarios de las personas sordas son ligeramente más altos (Tasa de salarización, TS, de 28,1%), no obstante, se mantiene la brecha salarial entre hombres (TS 32,8%) y mujeres (TS 21,9%) sordas. El tipo de empleo mayoritario, con diferencia, es el informal agrícola, un 63,3% de la población sorda tiene este tipo, las mujeres un 72,5% y los hombres un 56,2%, lo que denota una importante inestabilidad laboral.

La proporción de personas sordas solteras, de 12 años en adelante, en Camerún es de 30,4%, los hombres en un 34,1% y las mujeres en un 30,4%. Y la proporción de personas sordas con el mismo rango de edad, casadas es de 60,8% en hombres y 60,4% para mujeres, mayor en el medio rural que en el urbano. La tasa de divorcios es muy baja para todas las personas que presentan alguna discapacidad en general y la de viudedad de un 12,1%, por sexos, un 1,4% en hombres y un 5,3% en mujeres.

Con respecto al tipo de viviendas familiares entre la comunidad sorda, predominan las de clase baja (32,6%), de tipo tradicional mejoradas, siendo mayor la proporción en medios urbanos, la brecha con la clase media es considerable (18,2%), y existe, aunque en menor proporción (2,6%), hogares de clase alta de familias encabezadas por una persona con discapacidad. Estos datos son más bajos que los del resto de la población, que no presenta ninguna discapacidad, tanto en medios rurales como en urbanos, y tanto en hombres como en mujeres. El nivel de pobreza ronda el 41,9%, siendo mayor en el medio rural (63,5%), destacando una proporción baja en el medio urbano de personas con discapacidad bajo niveles de pobreza, 11,1%.

Por último, el censo incide sobre la estigmatización que sufren las personas que presentan discapacidades y el hecho de que en gran proporción permanecen escondidas, por lo que es difícil censarlas y por tanto, concluye que el número estimado en dicho documento podría ser mayor.

Siguiendo con el análisis, en base a lo mencionado en la justificación, en Camerún, conocido como la “mini África” por caracterizarse por su diversidad étnica, geográfica, cultural y lingüística, coexisten varias lenguas de signos, la Lengua de Signos Francesa (LSF), la Lengua de Signos Americana (LSA) y una variación de ambas, con signos territoriales propios añadidos que Kamei (2008) denomina “Langue des Signes d’Afrique Francophone (LSAF)”.

Kamei (2008) es el primer autor que realiza un análisis exhaustivo sobre la educación de las personas sordas en Camerún y la lengua de signos, y prácticamente el único que ha documentado esta comunidad. Existe un estudio posterior, llamado *Sourds d’Afrique : Contribution à l’étude sur la situation des sourds au Cameroun*, pero el cual no está accesible al público de forma gratuita, pero que se basa en los estudios de Kamei. Por tanto, en base a los estudios de Kamei (2008), el primer colegio de personas sordas nació en Yaoundé en 1972, que incorporó la enseñanza en LSF en 1994, y, en la zona angloparlante, la primera escuela abierta fue en Kumbha, en 1977. Previamente a ellas, se cree que existían signos familiares en los núcleos parentales. Hoy en día, parece que existen 28 colegios de personas sordas, distribuidos por todo el país, 21 de ellos de habla francesa y 7 de habla inglesa, concentrándose en áreas urbanas con gran densidad de población, siendo todas privadas. Sólo en Bafoussam y Kumbha, la educación es hasta secundaria completa, en Yaoundé, la primera escuela, llamada *Ecole Spécialisée pour Enfants Déficients Auditifs* (E.S.E.D.A., s.f.), tiene hasta el primer ciclo de secundaria y algunas clases de formación profesional, el resto de escuelas, sólo ofrecen estudios primarios. Posteriormente, si desean continuar su formación superior, deben incorporarse a escuelas de enseñanza regular. No existe ninguna universidad preparada para los estudios de personas sordas. Actualmente, las escuelas brindan enseñanza oral y en lengua de signos simultáneamente, las regiones franco parlantes suelen utilizar la LSF, las angloparlantes la LSA, aunque la más frecuente la LSAF.

Continuando con Kamei (2008), no hay intérpretes de lengua de signos públicos capacitados. Se creó la Asociación de Intérpretes en Lengua de Signos, que usan la LSF, coexistiendo la LSAF también. A su vez, existe una Asociación Cristiana de Sordos de Camerún, donde se reúnen en la iglesia para celebrar oficios en lengua de signos. Las iglesias para sordos están ubicadas en Yaoundé y Douala, además, la Iglesia Católica de Yaoundé y en Bafoussam, están dotados de servicio de interpretación en lengua de signos. Las escuelas también sirven de lugar de reunión de las personas sordas, aún habiendo acabado sus estudios, realizando actividades, deporte, juegos, sirviendo de conexión entre las personas sordas y creando Comunidad Sorda.

Lo último que aporta Kamei (2008), es la relación de asociaciones de personas sordas existentes en Camerún, como la *Association Nationale des Sourds du Cameroun* (ANSCAM), uno de sus fundadores es Innocent Djonthé, el cual es el actual presidente de la asociación, es perteneciente a la Federación Mundial de Sordos, y es el director de la escuela de sordos *Centre d' Education et de Réhabilitation des Sourds et Malentendants*, en Bafoussam (CERSOM, s.f.). Dicha asociación posee filiales repartidas por las grandes ciudades de los estados de Camerún, salvo la región Este, Extremo Norte y Norte, donde las personas sordas no están organizadas. Otra asociación es la *Organisation Camerounaise pour la Réinsertion des Sourds* (OCRS), y otra, el anterior grupo de cristianos mencionado, *Association Chrétienne des Sourds du Cameroun* (ACSC).

3.1.1.3. El sistema sanitario camerunés

Como ya se ha mencionado previamente, el sistema de salud de Camerún es privado, las personas pagan por los servicios recibidos, y no existe régimen de seguridad social que luego cubra los gastos y los reembolse.

Según el *Plan Estratégico del Sector de Salud 2016-2027*, publicado por el Ministerio de Salud Pública de Camerún (MISANTE, 2016), el sistema sanitario consta de 3 niveles:

- El nivel nacional: donde se encuentra la administración central, que se encarga de elaborar políticas de salud, coordinarlas y supervisarlas. Consta de Instituciones de Apoyo para ayudar en la gestión de dichas políticas: la Central Nacional de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales (CENAME), el Laboratorio Nacional de Control de Medicamentos

([LANACOME](#)), el Comité Nacional de Epidemiología (CNE) y el Centro Pasteur de Camerún (CPC). Asimismo a este nivel pertenecen estructuras sanitarias de referencia nacional como son los hospitales centrales, hospitales universitarios docentes, hospitales generales, entre ellos, el Hospital Central de Yaoundé, el Hospital Jamot de Yaoundé y el Hospital Laquintinie de Douala. Estos hospitales tienen más de 200 camas y médicos especialistas permanentemente.

- El nivel regional: compuesto por estructuras de apoyo técnico, que coordinan los distritos de salud. El suministro de medicamentos a los establecimientos de este nivel, que son los hospitales regionales, públicos y privados, y estructuras de formación paramédica, es realizado por el Centro Regional de Abastecimiento Farmacéutico (CAPR). En cada distrito hay un hospital regional con capacidad de 100 a 150 camas y cuenta con la presencia de un médico al menos.
- El nivel local: son los distritos de salud, que engloban uno o más barrios o aldeas. En estas áreas de salud, existe al menos un Centro Integrado de Salud, de carácter público y/o privado, compuesto prácticamente por personal de enfermería, encargado de la atención básica de salud y la prevención.

El sistema sanitario, a su vez, se divide en tres sectores (MISANTE, 2016): (1) Público, constituido por los hospitales y estructuras públicas a cargo del Ministerio de Salud; (2) Privado, que consta de centros de atención sin fines lucrativos, como son los organismos religiosos o las ONG, los cuales poseen la mayoría de centros de salud privados, y, centros de atención que sí tienen fines lucrativos, como son las clínicas privadas, representan el 5% del sector privado, aproximadamente; (3) Tradicional: todavía tiene mucho peso en el sistema sanitario, debido a la dificultad en el acceso a las estructuras sanitarias y la pobreza, se compone de curanderos, parteras, entre otros.

En lo que se refiere al personal sanitario, en Yaoundé están las facultades para formar a los profesionales médicos especializados y luego hay repartidas escuelas de enfermeras, auxiliares y técnicos por todo el país. Los médicos necesitan permiso del Ministerio de Salud para poder ejercer, y lo hacen compaginando el sector público con el privado normalmente. Los datos encontrados en la bibliografía consultada sobre los salarios ponen de manifiesto que son relativamente bajos, unos 213,43 euros (Ondoua, 2002). El personal sanitario es

escaso y tiene mucha sobrecarga laboral por tanto. No se ha encontrado bibliografía que documente la existencia de formación de dicho personal sanitario en Lengua de Signos. No obstante, el *Ecole Spécialisée pour Enfants Déficients Auditifs* (ESEDA) (FEPPDA, s.f.), ubicado en Yaoundé, sí ofrece formación al personal sanitario, entre otros, en lengua de signos.

3.1.1.4. Análisis de la región específica de Bafoussam

Bafoussam, o Fussep en la lengua local, es la capital de la Región Oeste de Camerún, se encuentra en el departamento de Mifi (Etongué, 2007), tiene una población aproximada de 290,768 habitantes (Geodatos, 2020), es la tercera ciudad más grande, después de Yaoundé y Douala. Es la ciudad principal de la etnia Bamiléké. Tiene una actividad comercial considerable, sirve de punto de conexión del transporte de mercancías entre el resto de regiones camerunesas. Su principal vía de ingresos es la agricultura, con el cultivo del Café Arábica. Hoy en día, el alcalde y jefe de Bafoussam es su Majestad Njitack Ngompé. Se habla mayoritariamente en francés. Existen varias organizaciones de personas con discapacidad como la *Asociación Nacional de Ciegos de Camerún* (ANAC) y la anteriormente mencionada Asociación Nacional de personas sordas ANSCAM (Etongué, 2007).

En la Región Oeste viven unas 29.746 de personas con discapacidad (INS, 2010), lo que supone una prevalencia del 1,76%, ubicándose mayoritariamente en el medio rural. Las personas sordas en la Región Oeste suponen un 34,2% de la población con discapacidad. La tasa de escolarización en primaria de esta población, en dicha región, es del 80,5% en varones y del 85% en mujeres. Y la tasa de alfabetización es del 77,5% en hombres y del 71,3% en mujeres, a nivel de toda la región es del 74,1%, siendo superior a la estatal, pues en todo Camerún, la tasa de alfabetización de la comunidad sorda es del 68,1%. El tipo de empleo de esta región se mantiene coherente con el nivel estatal, siendo informal agrícola en un 69,6% y autónomos en un 79,6%. La tasa de empleo y los salarios persisten más altas en hombres que en mujeres en esta región (INS, 2010).

La proporción de personas sordas solteras, a partir de 12 años en adelante, en esta región es de 27, 3%, los hombres en un 31,9% y las mujeres en un 23,1%. La proporción de personas casadas, con el mismo rango de edad, es menor que la proporción estatal, siendo del 50%, en hombres un 58,3% y en mujeres un 42,5%. La tasa de viudedad es del 18,8%, siendo mucho menor para los hombres, 5,6%, que para las mujeres, 30,7% (INS, 2010).

En cuanto al tipo de viviendas de las familias encabezadas por personas sordas, se mantienen los niveles nacionales, habiendo una mayor proporción de viviendas de clase baja, de tipo tradicional mejorado, con un 33,2%. Por otra parte están las personas con varias discapacidades, entre ellas la sordera, donde la región Oeste es la que mayor proporción presenta, con un 32%, dándose más en mujeres que en hombres (INS, 2010).

Bafoussam está dividido en tres distritos: Bafoussam I, Bafoussam II y Bafoussam III, cada una dividida en pueblos, y comprenden, en conjunto, 79 zonas administrativas. Cada distrito está dotado con centros de enseñanza y sanitarios, el distrito que concentra casi todos los centros de salud, el que tiene más hospitales y centros educativos, incluidas universidades, es Bafoussam I (Rues du Cameroun, s.f.).

Como ya se ha mencionado previamente, Bafoussam es, junto con Kumbha, una de las dos ciudades de Camerún con una escuela para personas sordas que oferta estudios de secundaria completos. Dicha escuela, es la única existente en Bafoussam, se llama *Centre d' Education et de Réhabilitation des sourds et Malentendants*, con acrónimo CERSOM, (CERSOM, s.f.).

La página web del centro explica toda la información que a continuación se expone (Consentimiento de CERSOM para ser parte del presente trabajo recabados por escrito en fecha 16/08/2022). CERSOM, fundada en 1987 por Monsieur Innocent Djonthé, que continúa siendo su director, consta de un jardín de infancia, la escuela primaria y una escuela secundaria desde 2014, en la cual los alumnos han de superar el examen BEPC para completarla. La escuela da formación hoy en día a unas 90 personas sordas y con discapacidad auditiva, de entre 4 y 23 años, viviendo en el internado asociado unos 60. CERSOM también brinda educación a niños y niñas oyentes con problemas de afasia.

La plantilla consta actualmente de 16 trabajadores permanentes, profesores, un logopeda, un conductor, una secretaria, un guardia y los encargados del internado, y se ampliará el profesorado. A esto se añade personal temporal que trabaja en la cocina, el internado y un conductor para el autobús escolar y se apoya con el voluntariado europeo, sobre todo de Francia y Alemania. Por último, la escuela se financia con los ingresos de los familiares, que a menudo son insuficientes y no pueden pagar la matrícula, o, por el contrario, se niegan a pagarla por rechazo, por lo que la brecha se complementa con donaciones exteriores, donde

parece que el centro cuenta con apoyos. Las escuelas de personas sordas tampoco cuentan con ayudas por parte del gobierno.

En cuanto a los centros sanitarios, se encuentran distribuidos de la siguiente manera, según distritos (Rues Du Cameroun, s.f.):

– Bafoussam I:

Ubicadas las dos estructuras regionales privadas más grandes, la *Fondation ACHA Clinique de Bafoussam*, sin fines lucrativos, dirigida por ACHA y el *Hôpital Baptiste de Bafoussam* también sin fines de lucro, dirigida por Cameroun Baptist Convention Healthcare. Además de el Hôpital de la Police, el Hôpital Famla, el Hôpital King Place B, el Hopital Protestant Petit Mbouo y el SOS Santé. Luego posee 12 centros de salud, adscritos en los distritos a nivel local.

Figura 2. Distribución los Hospitales en Bafoussam I



Hôpital

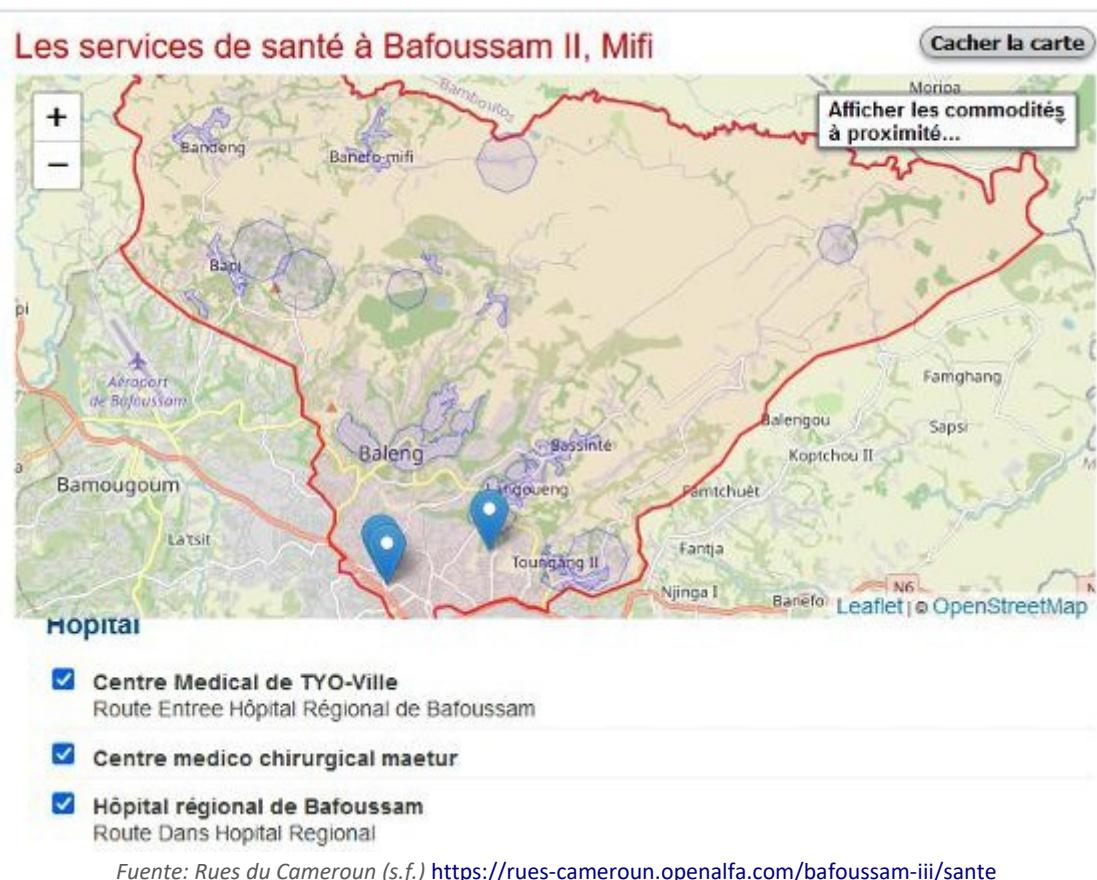
- Acha Annex
- Bingo Baptist Hospital
Axe Bingo Baptist Hospital (Nouvelle Route Eveche)
- Centre Hôpitalier Régional de Bafoussam

Fuente: Rues du Cameroun (s.f.) <https://rues-cameroun.openalfa.com/bafoussam-iii/sante>

– Bafoussam II:

Donde se ubica el hospital regional de referencia, recién construido en 2021, el *Hôpital Régional de Bafoussam*, el cual es público (Accueil, 2022). También se encuentran en este distrito el Centre Medical de TYO-Ville, y el Centre Medico- chirurgical Maetur, los cuales son privados. No hay centros de salud documentados en la zona.

Figura 3. Distribución los Hospitales en Bafoussam II



– Bafoussam III:

En este distrito se encuentran ubicados el Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang, el Centre de Soins Palliatifs et de Maladies de Lafe, el Centre Medical d'Arrondissement de Lafe Baleng y el Centre Medical la Trinite, siendo todos privados. El Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang es el centro elegido para la implementación del proyecto de intervención, del cual se extenderá la información a continuación.

El *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang*, es un centro privado, está gestionado por la Congregación de las Dominicas de la Anunciata, responsables del centro (Consentimiento del centro para ser parte del presente trabajo recabado por escrito en fecha 16/08/2022). Cubre la atención de unas 5000 personas de la región de Bafoussam. Consta de diversos servicios, entre los que destacan: consultas externas, 52 camas de hospitalización, 3 salas de maternidad, 1 quirófano, 1 laboratorio y otros servicios médicos como odontología, ecografía. El suministro de agua está garantizado gracias a la red pública y un pozo cercano y la electricidad para la actividad asistencial se garantiza gracias a un generador, ante la ausencia de alumbrado en la red eléctrica. Se financia en base a los pagos por los servicios de la población, los cuales son asequibles y más bajos que en el servicio público.

Figura 4. Distribución los Hospitales en Bafoussam III



Fuente: Rues du Cameroun (s.f.) <https://rues-cameroun.openalfa.com/bafoussam-iii/sante>

3.1.2. Diagnóstico

Tras el análisis efectuado, se puede concluir que Bafoussam es adecuado como emplazamiento para el desarrollo del proyecto de intervención, dado que es la ciudad más importante y grande de la Región Oeste, cuando dicha urbe muestra unos datos, tanto sociodemográficos como sobre las personas sordas, similares a los estatales, por lo que puede ser representativo de la diversidad de Camerún.

A esto se añade que, en dicha ciudad se ubica el mencionado *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang*, el cual se ha elegido por varias razones:

- (1) Por su cercanía con la escuela para personas sordas CERSOM, a 6 km de dicho centro de salud, es una de las pocas escuelas que tiene estudios de secundaria completos y su director, al ser miembro de la ANSCAM y de la Federación Mundial de Sordos, es un importante contacto con gran sensibilización e influencia.
- (2) La cercanía del centro de salud con la escuela permitirá el mejor acceso a la atención sanitaria de la comunidad sorda de la zona y una mejor publicidad sobre la capacitación del personal sanitario en lengua de signos. Del mismo modo, permitirá realizar campañas de sensibilización de ETS en la escuela con mayor facilidad de desplazamiento.
- (3) Asimismo, la organización con la que se colabora, trabaja directamente con el centro de salud, por lo que ya se tienen los enlaces y contactos pertinentes para poder implementar el proyecto.
- (4) Dicho centro de salud se encuentra en fase final de su rehabilitación, ampliación y equipamiento, por lo que la atención está restringida, lo que permitirá el desplazamiento de una parte del personal sanitario a la escuela ESEDA de Yaoundé, para su formación en lengua de signos, sin que se produzca un detrimento de la atención sanitaria en la zona.

Una vez ejecutado el análisis y acotada la zona, se procede a la identificación de necesidades mediante el desarrollo del árbol de problemas y, a la identificación de los actores implicados

y los beneficiarios de la intervención, con la matriz de interesados, con el fin de realizar una buena aproximación al problema.

3.1.2.1. Identificación de necesidades

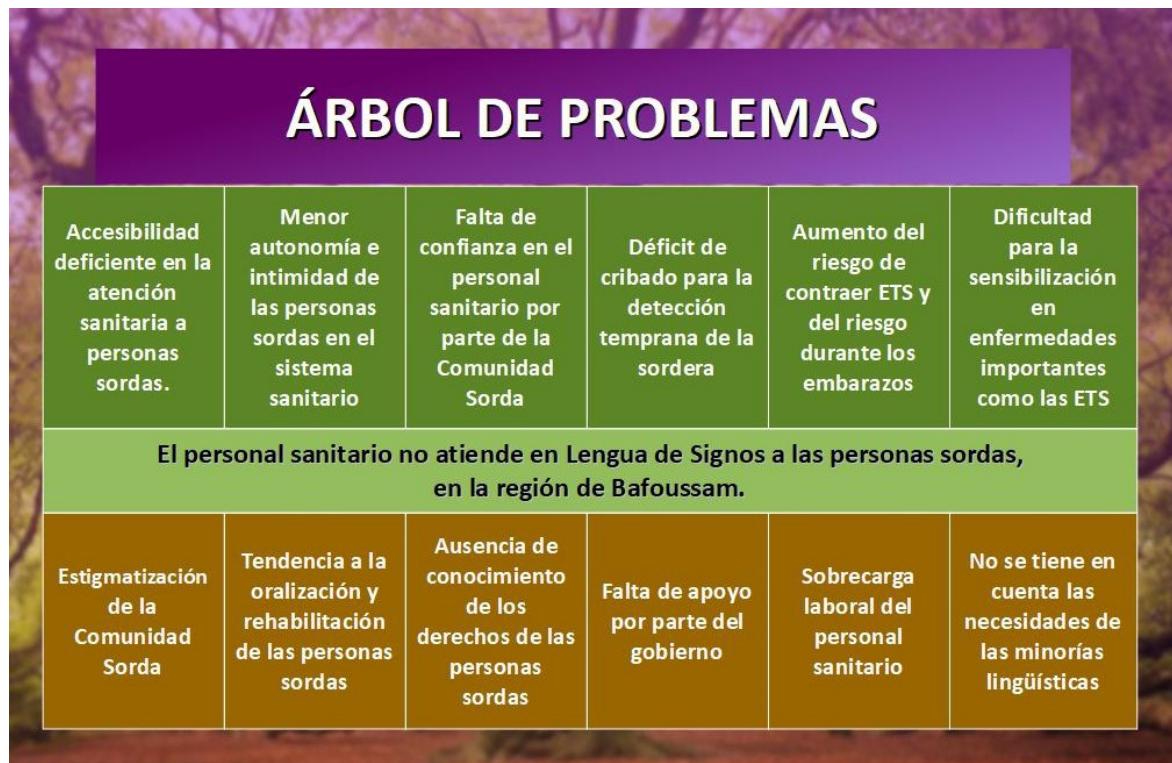
Por todo lo expuesto anteriormente, se evidencia una falta de atención sanitaria integral e inclusiva hacia la Comunidad Sorda, dado que, el personal sanitario no se encuentra preparado para comunicarse en lengua de signos, sin embargo, la población sorda debe ser tomada en cuenta, por su importancia como minoría lingüística. Las causas de la no formación de este personal son las expuestas en la Figura 5 (Pág. 54).

Ello conlleva al difícil acceso de la comunidad sorda a la atención sanitaria, a que tengan que recurrir a familiares para hacer las funciones de intérpretes, pues ya se ha mencionado la escasez de intérpretes en lengua de signos, siendo éstos voluntarios, por lo que las personas sordas pierden su autonomía e intimidad a la hora de compartir sus problemas médicos y en la toma de decisiones.

A su vez, como el personal sanitario se centra en la persona oyente a la hora de hacer preguntas y dar indicaciones médicas, la población sorda desconfía del personal, al sentirse invisibilizado. La falta de comunicación directa y bidireccional dificulta el entendimiento entre el personal sanitario y las personas sordas, lo que ocasiona la dificultad de comprensión de las medidas de prevención y la adhesión al tratamiento, en enfermedades que impiden el desarrollo del país, como son las ETS, o en la planificación familiar o seguimiento de los embarazos. Por último, dificulta la realización del cribado para la detección temprana de la sordera, puesto que las personas sordas evitan acudir a la sanidad en la medida de lo posible.

Por todas estas razones, se puede concluir que existe una necesidad de formar al personal sanitario en lengua de signos en la región de Bafoussam, dada la ubicación de una importante escuela para sordos en la zona, la cual forma a un número considerable de alumnos al año, que pueden demandar asistencia sanitaria integral en cualquier momento y con los que sería importante realizar campañas de sensibilización de prevención de ETS y planificación familiar, con especial atención a las mujeres y niñas, en el idioma nativo de estas personas.

Figura 5. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia (2022)

3.1.2.2. Beneficiarios y actores implicados

En esta propuesta de intervención, los beneficiarios directos serán: el personal sanitario del *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang*, al cual se formará en lengua de signos y, las mujeres y niñas sordas en edad comprendida entre los 6 y 23 años, con las que se realizarán campañas de sensibilización y planificación familiar.

Los actores indirectos, pero no menos importantes, son: el resto de la comunidad sorda, que se beneficiará de la atención integral en su idioma nativo, las familias de las personas sordas, la comunidad oyente y los líderes comunitarios, que amplían su conocimiento sobre la Comunidad Sorda, por lo que disminuye la estigmatización. Finalmente, el Ministerio de Sanidad, el cual verá mejorada la situación sanitaria nacional, por lo tanto, el desarrollo del país y, la Fundación Recover, implementando dicha propuesta de proyecto de intervención.

A continuación se expone la matriz de interesados, para visualizar el grado de interés y poder que tiene cada grupo, con el fin de saber en quién hay que incidir más o prestar más atención durante el desarrollo del programa.

Figura 6. Matriz de personas interesadas



Fuente: Elaboración propia (2022)

3.2. Diseño de la intervención

El proyecto de intervención que se propone en este TFM tendrá una duración total de 24 meses. Consiste en concertar una formación de un año de duración para dos profesionales sanitarios, a ser posible mujeres, del *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang*, en Bafoussam, en LSAF. Previamente a esto, se mantendrán reuniones con el centro de salud, a fin de obtener el consentimiento de las personas que vayan a formarse, entendiendo la necesidad de ello.

En los siguientes 2 meses posteriores a la formación, se hará promoción de la oferta del servicio de atención integral e inclusiva para la Comunidad Sorda en la región, mediante una “Jornada de Encuentro”, en la que los profesionales del centro de salud visitarán el colegio para personas sordas CERSOM durante una mañana, previamente anunciado con carteles. Los profesionales sanitarios repartirán folletos a las niñas y niños del colegio, con la información del servicio de atención sanitaria en LSAF, para que se los entreguen a sus familias. En el folleto vendrá la dirección del centro y el contacto de los profesionales

sanitarios capacitados en LSAF. Además, conversarán con los niños y las niñas con el fin de conocerse mutuamente, y comprobar que son capaces de comunicarse con ellos en su lengua nativa, generando así un vínculo de confianza.

Posteriormente, se realizarán tres campañas de sensibilización en ETS y planificación familiar, con las mujeres y niñas del colegio CERSOM, una por mes. Estimando que el CERSOM forma a 90 alumnos por año, según la proporción por sexos del país, que es el 50% de hombres y 50% de mujeres aproximadamente, se calculan una 45 niñas y mujeres en un rango de edad entre 6 y 23 años. Con ello, cada campaña tendría un ratio de 15 niñas y mujeres. En dichas campañas, se colgarán carteles informativos sobre ETS y planificación familiar en el colegio y en el centro de salud, adaptados a la LSAF, se entregarán folletos informativos, los cuales explicarán los profesionales sanitarios, se realizarán dos talleres, uno de ETS y otro de planificación familiar, y por último habrá un espacio de dudas y preguntas que responderá dicho personal.

Durante y al final del proyecto, los profesionales sanitarios quedarán a disposición de la Comunidad Sorda en el centro de salud. Se evaluará el impacto del proyecto y, si resulta positivo, se podría continuar trabajando con la población sorda de forma mantenida en el tiempo, siendo sostenible.

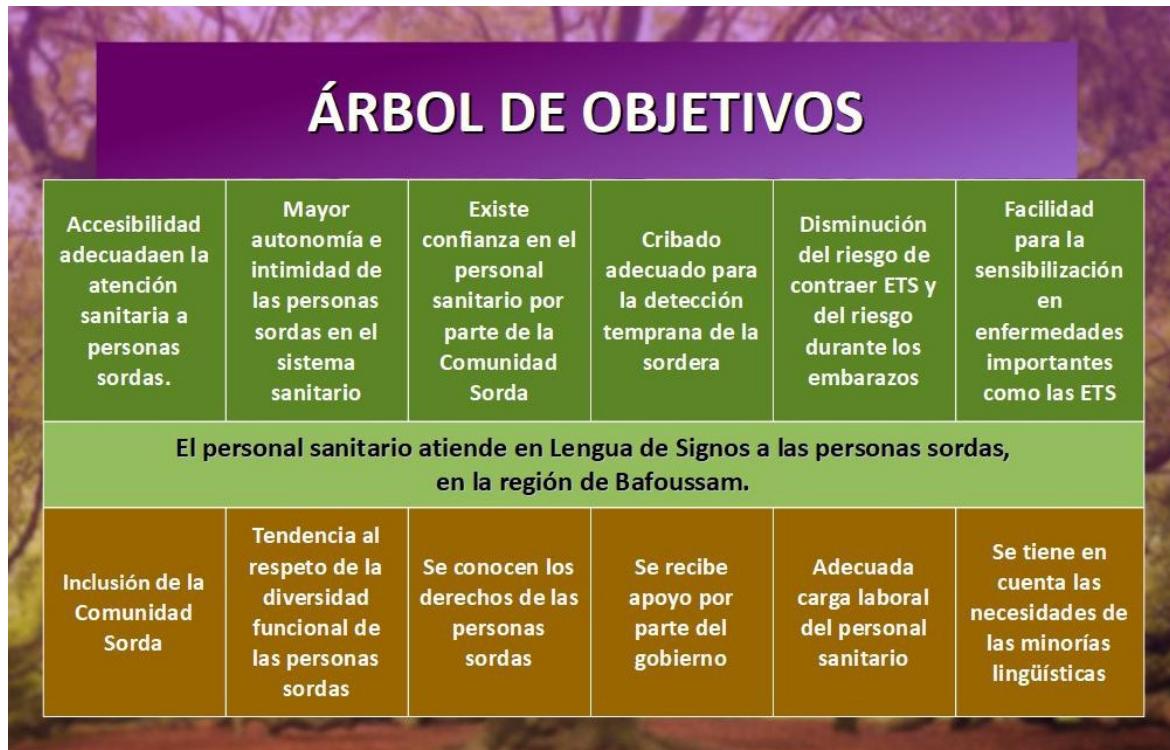
3.2.1. Objetivos del proyecto de intervención

En base al análisis de situación y de necesidades realizados, siguiendo con la metodología de marco lógico, los objetivos de la propuesta de proyecto, en función del árbol de objetivos de la Fig 7. (Pág. 57), son los siguientes:

- Objetivo general: Proporcionar una atención sanitaria integral e inclusiva a la Comunidad Sorda en la región de Bafoussam, Camerún, con especial atención en las mujeres y niñas sordas.
- Objetivo específico: Conseguir que el personal sanitario del *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang*, situado en Bafoussam, atienda en Lengua de Signos a las personas sordas de la región, con especial atención en las mujeres y niñas sordas.

Para lograr los objetivos planteados, se realizarán una serie de actividades cuya finalidad es alcanzar unos resultados esperados donde se vean reflejados dichos objetivos, como bien establece la Matriz de Marco Lógico (MML, ver Anexo A). Las actividades y los resultados esperados se detallarán en el siguiente apartado.

Figura 7. Árbol de objetivos



Fuente: Elaboración propia (2022)

Para estimar el grado de alcance de los objetivos, se han establecido los siguientes indicadores de progreso, con sus respectivas fuentes de verificación:

- IOVG: A los 7 meses de la Jornada de Encuentro, se ha mejorado la calidad asistencial de las personas sordas en Bafoussam.

FV: Encuestas de satisfacción a personas sordas atendidas en el centro de salud.

- IOVE: A los 7 meses de la Jornada de Encuentro, el centro de salud ha atendido en lengua de signos al 98% de personas sordas que acuden al centro de salud.

FV: Registros de pacientes del centro de salud, encuestas de satisfacción a las personas sordas atendidas en el centro.

3.2.2. Resultados y actividades

3.2.2.1. Resultado 1: Capacitado el personal sanitario del centro de salud, en Lengua de Signos.

- A1: Mantener reuniones con los profesionales del *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang* y el director del CERSOM, en Bafoussam, explicarles el proyecto de intervención, su importancia y la necesidad de llevar a cabo este proyecto. Para ello, la directora de proyecto de Recover, viajará a terreno. De dicho encuentro, saldrán dos profesionales sanitarios elegidos, a ser posible mujeres, pues las campañas con niñas y mujeres se realiza mejor si los profesionales sanitarios son de este sexo. La Fundación Recover financiará la formación en ESEDA y la estancia al personal escogido.
- A2: Gestionar la matrícula y la estancia en ESEDA: contactar con la Escuela para personas sordas de Yaoundé, ESEDA, donde realizan formaciones de personal sanitario, entre otros, en lengua de signos y gestionar la matrícula, con estancia, de dos profesionales sanitarios del centro de salud de Djunang, para que reciban formación en LSAF, durante un año.
- A3: Formación de un año de duración, en el centro ESEDA de Yaoundé, de dos profesionales sanitarios del centro. Una vez gestionada la matrícula, se procederá al traslado del personal sanitario a ESEDA. Una vez finalizada la formación se les entregará el certificado correspondiente que acredite los estudios.

Para este resultado se han establecido los siguientes indicadores de progreso, con sus respectivas fuentes de verificación:

IOV1: El personal sanitario seleccionado finalizará la formación dentro del año previsto con una evaluación favorable.

FV: Certificados de acreditación del curso, resultados de evaluaciones continuas, encuestas de satisfacción del personal sanitario, vídeos del personal sanitario en lengua de signos.

3.2.2.2. Resultado 2: Establecidos lazos de confianza entre el personal sanitario y la Comunidad Sorda.

- A1: Difusión de la capacitación del personal sanitario en Lengua de Signos: mediante carteles adaptados. Se confeccionarán carteles en lengua de signos, pictogramas y texto, comunicando la formación del personal sanitario del centro de salud y anunciando la fecha de la “Jornada de Encuentro” en el colegio CERSOM, entre el personal sanitario y las alumnas y alumnos, así como profesorado. Además, se diseñaran los folletos informativos sobre el centro de salud.
- A2: Realización de una “Jornada de Encuentro” en el CERSOM, como toma de contacto entre profesionales sanitarios y las niñas y niños del colegio. Durante la jornada matutina de la fecha elegida, el personal sanitario se trasladará al CERSOM, allí repartirá a cada niño y niña del centro educativo, unos folletos informativos sobre el centro de salud y sus contactos, también diseñados en lengua de signos, junto con pictogramas y texto. Los irán repartiendo por cada clase y posteriormente se presentarán, esperarán feedback de las alumnas y alumnos e informarán sobre la realización de las campañas de sensibilización.

Para este resultado se han establecido los siguientes indicadores de progreso, con sus respectivas fuentes de verificación:

IOV2: Aumenta la demanda sanitaria en el centro de salud en un 5% al mes de haber realizado la Jornada de Encuentro.

FV: Registro de pacientes del centro de salud, entrevista al director del CERSOM.

3.2.2.3. Resultado 3: Realizadas tres campañas de sensibilización de ETS con mujeres y niñas sordas.

- A1: Diseñar carteles para las campañas de sensibilización. Se imprimirá un cartel por cada clase y un cartel para la consulta del centro sanitario donde atiendan los profesionales sanitarios formados en LSAF. Los carteles contendrán información relevante sobre las ETS y sobre planificación familiar, adaptados a la lengua de signos con pictogramas y texto. El día de la primera campaña de sensibilización, se colgarán

en las respectivas aulas, en las otras dos campañas siguientes se verificará su mantenimiento y buen estado.

- A2: Elaboración del material didáctico de las campañas, acorde con la Comunidad Sorda: diseño de folletos visuales, con información clara, sencilla y relevante sobre ETS y planificación familiar, en la misma línea que el material anterior, en lengua de signos, con pictogramas y texto. Se repartirá uno a cada niña o mujer, en cada campaña, por lo que serán necesarias mínimo 45 unidades. Además, se elaborará el temario con el que impartir los talleres, en presentación de Power Point, luego se proyectará.
- A3: Elaboración del material de evaluación de las asistentes: preparar un pequeño test de evaluación de contenido, sencillo, de 5 preguntas tipo test máximo, con 3 opciones a elegir, en el que se aprecie el nivel de entendimiento sobre los temas a tratar de las campañas. El test será adaptado al nivel educativo de las alumnas y los profesionales sanitarios traducirán las preguntas en LSAF previamente a su respuesta.
- A4: Realización de tres campañas de sensibilización: en cada campaña se entregará un folleto a cada niña y realizará un taller de ETS, de hora y media de duración, y un taller de planificación familiar, de otra hora y media de duración, habiendo entre medias un descanso de media hora. Cada taller se dividirá en media hora de explicación teórica, media hora de ejercicios prácticos y media hora para dudas y preguntas. El temario y programa específico de los talleres se adjunta en el Anexo B.

Para este resultado se han establecido los siguientes indicadores de progreso, con sus respectivas fuentes de verificación:

IOV3: Han asistido a las campañas de sensibilización un 95% de las niñas y mujeres del CERSOM, a su finalización.

FV: Hojas de asistencia a las campañas, test de evaluación de contenido de los talleres.

3.2.3. Análisis de riesgos y sostenibilidad del proyecto

Es importante tener en cuenta los riesgos que pueden sobrevenir durante el ciclo del proyecto, con el objetivo de actuar lo más tempranamente posible, o de anticiparse al riesgo, implementando soluciones alternativas previstas con anterioridad. Ello conlleva a garantizar la sostenibilidad del proyecto, y que puedan cumplirse los plazos. A continuación se ha realizado una Matriz de Riesgos, donde se contempla todo lo mencionado.

Tabla 3. **Matriz de riesgos**

Matriz de Riesgos							
Tipo de riesgo	Descripción del riesgo	Causa/ Raíz	Probabilidad	Impacto	Puntuación	Clasificación	Mitigación
Procesos	Falta de intérprete en LSAF	Escasez de intérpretes y no disponibilidad de ninguno	3	2	5	Moderado	Tener preparados escritos e intentar buscar uno con antelación
Procesos	No admitan al personal en ESEDA	La escuela ESEDA esté cerrada o ya no formen personal	2	4	6	Alto	Buscar otra escuela alternativa en el país
Procesos	No finalización de la formación.	El personal sanitario se desmotive o por motivos personales del personal	3	4	7	Extremo	Realizar un seguimiento estrecho del personal, tener en cuenta sus necesidades
Procesos	No funcione la red eléctrica	Falta de buenas instalaciones y las condiciones meteorológicas	3	2	5	Moderado	Tener cargado completamente el portátil, previamente a los talleres
Social	Poca demanda del servicio de atención sanitaria en LSAF.	Desconfianza en el personal sanitario	2	1	3	Bajo	Establecer vínculos en la Jornada de Encuentro. Demostrar la capacitación del personal en LSAF
Social	Falta de apoyo de los líderes comunitarios y familias	Estigmatización de la Comunidad Sorda	3	2	5	Moderado	Fomentar buenas relaciones con los líderes y familias, que se adhieran también al contrato de garantías
Social	Las personas sordas no acuden a las campañas.	Falta de interés, estigmatización sobre las ETS y la planificación familiar, vergüenza.	2	2	4	Bajo	Adaptar los contenidos al nivel educativo y a la cultura del país. El director de CERSOM favorecerá la confianza.

Fuente: Elaboración propia (2022)

Como se puede apreciar, hay riesgos que comprometen seriamente el proyecto, como la imposibilidad de realizar la formación en ESEDA o que los profesionales sanitarios abandonen la formación antes de su finalización, en lo que la Fundación trabajará en las alternativas, desde antes de la implementación del proyecto, hasta el cierre de la formación.

Con respecto a la falta de intérprete, se contactará con antelación a la celebración de las reuniones, con la Asociación de Intérpretes en Lengua de Signos de Camerún, para solicitar un intérprete voluntario en LSAF. Dicho intérprete obtendrá una remuneración al finalizar

sus funciones. En el caso de que no se pudiese contactar con dicha asociación o no hubiese ningún intérprete disponible, se hablará con el resto de asociaciones nacionales de personas sordas enumeradas anteriormente, contando con la ventaja de que el presidente de la ANSCAM es el director de CERSOM. El tener el apoyo del presidente de la ANSCAM, no sólo aporta facilidad para obtener recursos, sino que, a su vez, favorece las buenas relaciones con el resto de los líderes comunitarios y las familias de las personas sordas, que mantienen estrecha relación con el director de CERSOM.

En lo que al mal funcionamiento de la red eléctrica se refiere, es cierto que impediría la adecuada realización de las campañas, pero no lo imposibilitaría y dicho riesgo tiene una alternativa plausible. Los dos riesgos restantes, no se considera que se vayan a dar, gracias a que el proyecto en sí hará que la Comunidad Sorda se sienta incluida y respetada.

3.3. Implementación

El proyecto de intervención se implementará en tres fases:

La primera durará un máximo de dos meses, en la que se llevarán a cabo las reuniones entre la Fundación Recover, el personal del *Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang* y el director de CERSOM, con el fin de redactar un contrato de garantías que permita la coherencia de políticas y el éxito del proyecto. Finalizará con la gestión de la matrícula y la estancia de los profesionales sanitarios en ESEDA.

La segunda fase será la que comprende la formación del personal sanitario en LSAF en ESEDA, durará un período de un año. Durante el mismo, la persona de Recover volverá a terreno a realizar un seguimiento sobre su estancia en la escuela, su aprendizaje y motivación.

Y la tercera y última fase abarcará un período de 6 meses, en la que se desarrollarán la “Jornada de Encuentro” y tres campañas de sensibilización. La Jornada se realizará el segundo mes y las campañas se llevarán a cabo el cuarto, quinto y sexto mes, para dejar espacio a imprevistos y para los preparativos de las mismas.

Tras la Jornada de Encuentro, los pacientes sordos y sordas que sean atendidos en el centro de salud, recibirán una encuesta de satisfacción sencilla y adaptada a la LSAF. A los 7 meses

de la Jornada, se analizarán las encuestas de satisfacción entregadas a las personas sordas que acudan al centro de salud, con el fin de evaluar la atención inclusiva recibida. Para implementar el proyecto se necesitan los siguientes recursos:

3.3.1. Recursos humanos, materiales y técnicos

Como recursos humanos se precisa una persona de Recover que viaje a terreno para mantener las reuniones con el centro medicalizado y CERSOM, que explique el proyecto. Para ello, además, se precisaría de un intérprete en LSAF. Asimismo, es necesario dos profesionales sanitarios, a ser posible mujeres, que se presten a formarse durante un año en ESEDA.

Por otra parte, los recursos materiales indispensables son: carteles, folletos, los test de evaluación, el material didáctico de los talleres, un proyector, un ordenador, los cables de conexión para el proyector, las encuestas de satisfacción del personal sanitario y de las personas sordas y las hojas de asistencia a las campañas.

Finalmente, los recursos técnicos principales que se necesitarían constan de: el transporte para trasladar a los profesionales sanitarios, tanto a Yaoundé, ESEDA, como a la escuela CERSOM, así como los trasladados del director de CERSOM al centro medicalizado, y los trasladados de la persona de Recover. Las estancias y alimentación de la persona de Recover en terreno, la cual realizará tres visitas a terreno, una en la primera fase, la más larga y las dos restantes para el seguimiento y evaluación del proyecto, y, las estancias y alimentación de los profesionales sanitarios en ESEDA. Por último, para la realización de las campañas será preciso un aula con enchufe a la red eléctrica.

3.3.2. Recursos financieros: Presupuesto

Esta propuesta sólo precisa de una financiación principalmente en la primera fase de la implementación, para sostener los trasladados, la formación y la estancia del personal sanitario en ESEDA durante un año. El resto del proyecto, precisa de un presupuesto mínimo, para realizar las campañas. Tras ello, la intervención ya es sostenible por sí misma, dado que una vez capacitado el personal no conlleva ningún gasto el que se pueda facilitar el servicio en lengua de signos, de hecho, supondría una pequeña fuente de ingresos para el centro

medicalizado, dado que fidelizarían pacientes sordos que no son atendidos de forma inclusiva en otros centros.

Tabla 4. *Presupuesto del proyecto*

Concepto	Precio unitario (EU)	Unidades	Total del proyecto
A. COSTES DIRECTOS			
1. MATERIAL DIDÁCTICO			
1.1 JORNADA DE ENCUENTRO			
Folletos (Paquete 25 Unidades)	30,27 €	4	121,08 €
Carteles A1 grande (1188x420 cm)	27,66 €	10	276,60 €
			0,00 €
TOTAL	57,93 €		397,68 €
1.2 CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN			
Folletos (Paquete 25 Unidades)	30,27 €	3	90,81 €
Carteles A1 grande (1188x420 cm)	27,66 €	6	165,96 €
Power Point	0,00 €	1	0,00 €
Test Evaluación	4,00 €	50	200,00 €
Hojas de asistencia	1,00 €	3	3,00 €
Bolígrafos	0,42 €	50	21,00 €
Ordenador	499,00 €	1	499,00 €
Cables ordenador	15,00 €	2	30,00 €
Proyector sesiones	299,00 €	1	299,00 €
TOTAL	876,35 €		1.308,77 €
1.3 EVALUACIÓN			
Encuestas satisfacción pacientes (Paquetes de 100)	10,00 €	2	20,00 €
Encuestas satisfacción personal (Paquetes de 100)	10,00 €	2	20,00 €
TOTAL	20,00 €		40,00 €
2. FORMACIÓN PERSONAL SANITARIO			
Matrícula ESEDA/persona	500,00 €	2	1.000,00 €
Estancia ESEDA un año/persona	2.000,00 €	2	4.000,00 €
Alimentación+ transporte 1 año/persona	1.500,00 €	2	3.000,00 €
Intérprete LSAF	100,00 €	1	100,00 €
			0,00 €
TOTAL	4.100,00 €		8.100,00 €
6. VIAJES Y ESTANCIAS			
Viaje+seguro directora del proyecto Yecover	1.000,00 €	3	3.000,00 €
Alimentación+ transporte directora Yecover	229,00 €	3	687,00 €
TOTAL	1.229,00 €		3.687,00 €
7. OTROS GASTOS			
Imprevistos	800,00 €		800,00 €
TOTAL	800,00 €		800,00 €
TOTAL COSTES DIRECTOS			
TOTAL	7.083,28 €		14.333,45 €
B. COSTES INDIRECTOS			
TOTAL	800		800
TOTAL COSTES INDIRECTOS			
TOTAL	800,00 €		800,00 €
TOTAL	7.883,28 €		15.133,45 €

Fuente: Elaboración propia (2022)

3.4. Organigrama

- **Fundación Recover** (Consentimiento del centro para ser parte del presente trabajo recabado por escrito en fecha 16/08/2022): es una institución privada, laica y sin ánimo de lucro especializada en cooperación internacional para el desarrollo en el sector sanitario en el continente africano. Su trabajo se centra en hacer accesible la sanidad a las personas en países de África donde la sanidad no sólo no es gratuita, sino que es extremadamente cara. Tiene amplia experiencia en la transformación de pequeños hospitales, normalmente en situación de abandono, en grandes centros profesionalizados, sólidos, autogestionables y sin fines de lucro, dotándoles de infraestructuras y equipamiento y capacitando al personal local a nivel sanitario y de gestión. La finalidad es que puedan ofrecer una buena calidad en la atención sanitaria con tarifas asequibles, las mínimas para sufragar costes de gestión y garantizar su sostenibilidad en el tiempo, a la vez que se evita que los centros sean abandonados de nuevo. Esta organización centra su labor en países políticamente estables. Su metodología de trabajo es a largo plazo, basándose en desarrollar los hospitales con los que trabaja en los países africanos, a fin de que sean independientes.

Fundación Recover trabaja directamente con el Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang, con el que tiene un convenio desde 2014. Dicho centro está gestionado por un socio en terreno, una orden religiosa, que a pesar de ser una fundación laica, trabaja con dicho socio por las siguientes razones: la mayor parte de la asistencia sanitaria en estos países es llevada a cabo por misioneros, los cuales tienen años de experiencia en terreno, conocen a la comunidad y sus necesidades y su cultura; estas misiones tienen una continuidad en el tiempo, por lo que resultan más fácil realizar los seguimientos de los proyectos con mayores garantías; no toleran la corrupción ni la admiten; fomentan el empleo local pues sus plantillas están formadas por personal de la zona; son estructuras sin fines lucrativos; sus precios son reducidos y poseen un fondo social para aquellas personas que no pueden costearse los tratamientos o pruebas.

La persona de Recover que se encargará de la dirección del proyecto es la misma que realiza este TFM, Yelena Barragán. será la persona responsable de dirigir el proyecto y realizar su seguimiento. Yelena dirige el Departamento de Formación de Recover, la organización tiene

otro Departamento de Hospitales y, está liderada por la directora de la organización, que hace las funciones de CEO y Community Manager.

- **Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang:** está gestionado y dirigido por la congregación religiosa de las Hermanas Dominicas de la Anunciata, fundada en Cataluña en el año 1856. Llevan establecidas en Camerún desde el año 1969, reconocidas por el gobierno camerunés, donde han realizado una labor encomiable con respecto a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del Sida/VIH, formándose y aumentando sus competencias, dando en la actualidad tratamiento retroviral de primera línea, sobre todo a mujeres, y de segunda línea. Desde el 2014 se encuentran rehabilitando este centro en Djunang.

La directora del proyecto de la Fundación Recover viajará a terreno, pondrá en contacto a la Congregación y personal del centro medicalizado con el director de la escuela CERSOM, el cual, como líder de la Comunidad Sorda, hará de enlace, para mantener las reuniones. La Fundación será la encargada principal de la fase de formación, de ponerse en contacto con ESEDA, con la colaboración de la Congregación y el director de CERSOM. Una vez formadas las profesionales, ellas mismas se encargarán de elaborar el material y preparar la Jornada y las campañas, con los conocimientos, respetando la cultura de la zona y, el director de CERSOM se encargará de adaptarlo a la Comunidad Sorda. Recover sólo se encargará en estas fases de la financiación, el seguimiento y la evaluación del proyecto. Si dicha intervención tiene éxito, podrá seguir la atención de forma autónoma e independiente.

Figura 8. Organigrama



Fuente: Elaboración propia (2022)

Se ha realizado además, un análisis DAFO de la Fundación Recover, con el objetivo de complementar la planificación estratégica.

Figura 9. Análisis DAFO: Recover



Fuente: Elaboración propia (2022)

3.5. Cronograma

Tabla 5. Cronograma del Proyecto

ACTIVIDADES/MES	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24
Mantener reuniones con los profesionales del C. M. C. Saint Domingue																								
Gestionar la matrícula y la estancia en ESEDA																								
Formación de un año de duración, en el centro ESEDA de Yaoundé																								
Difusión de la capacitación del personal sanitario en Lengua de Signos																								
Realización de una "Jornada de Encuentro" en el CERSOM																								
Diseñar carteles para las campañas de sensibilización																								
Elaboración del material didáctico de las campañas																								
Elaboración del material de evaluación de las asistentes																								
Realización de tres campañas de sensibilización																								
Elaboración de encuestas de satisfacción del personal sanitario																								
Elaboración de encuestas de satisfacción de las personas sordas																								
Seguimiento del proyecto																								
Evaluación final del proyecto																								

Fuente: Elaboración propia (2022)

3.6. Factores transversales

Los problemas de cooperación internacional al desarrollo son multicausales y multidimensionales, por lo que resulta difícil y costoso elaborar un proyecto de intervención que los abarque todos. Sin embargo, sí es posible priorizar una dimensión determinada y centrar el proyecto de intervención en ella, integrando estrategias en todas las fases del proyecto, encaminadas a identificar la desigualdad y la discriminación en esa dimensión y, subsanarla. Esto es lo que ocurre con la aplicación de los enfoques transversales en los proyectos de intervención.

Como ya se ha explicado en este TFM, el concepto de diversidad funcional surge de la aproximación del concepto de discapacidad (deficiencia física o psíquica, que impide realizar una vida normal), la cual surge de un modelo rehabilitador, que pretende “reparar” la deficiencia en la persona, para capacitar a la persona y que ésta se integre normalmente en la sociedad. Esto evoluciona a un modelo social, donde se separa el concepto de deficiencia, intrínseca de la persona, y discapacidad, extrínseca a la persona, siendo una construcción social y, se concluye que es la sociedad la que debe adaptarse a las personas con deficiencia y eliminar las barreras para que se integren en la sociedad. Finalmente, el Foro de Vida Independiente desarrolla el concepto de diversidad funcional, donde se eliminan las ideas de deficiencia y discapacidad, considerando que las personas no tienen discapacidades sino funcionalidades diversas y no tienen que aproximarse a ninguna “normalidad”, son completas en sí mismas y dignas de integrarse en la sociedad, siendo la sociedad la que debe respetar estas funcionalidades distintas y facilitar el empoderamiento de las personas excluidas.

En el *Informe Mundial sobre la Discapacidad* redactado por la OMS y el BM (2011), se concluye que todas las personas, a lo largo de su vida, tendrán al menos una diversidad funcional, ya sea temporalmente o de forma permanente. De hecho, la incidencia de diversidad funcional está subiendo, debido a que cada vez somos más longevos y las enfermedades se vuelven crónicas, disminuyendo nuestra autonomía vital.

La diversidad funcional influye tanto en los países de ingresos medios altos como en los países de ingresos bajos, en estos últimos, la prevalencia de este grupo de personas es

mayor todavía. Además, se está demostrando que existe un vínculo entre la pobreza y la diversidad funcional, siendo bidireccional. Las personas que presentan alguna diversidad ven aumentado su riesgo de pobreza, pues sufren más abandono escolar, tienen menos acceso a los servicios públicos y al empleo y, enfrentan gastos adicionales relacionados con su diversidad. A su vez, la pobreza aumenta el riesgo de diversidad funcional, al empeorarse las condiciones de salubridad y, por tanto, de salud, de las personas (OMS, BM, 2011, pp. 11-12). Por ende, la población con diversidad funcional presenta mayor vulnerabilidad, siendo mayor todavía el impacto en países en desarrollo. En resumen, la diversidad funcional es consustancial al ser humano y las condiciones de desigualdad y pobreza intensifican su vulnerabilidad y sus consecuencias.

En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* se reconoce por primera vez la diversidad funcional, no obstante, hasta la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad* de la ONU no se plasman explícitamente los derechos de estas personas, empezando a promoverse políticas públicas y legislaciones a favor de la igualdad real. Así, la CDPD se convierte en el principal marco normativo internacional de la diversidad funcional. El BM también contempla la diversidad funcional en su *Marco sobre la Inclusión de la Discapacidad y la Rendición de Cuentas* (Mcclain-Nhlapo et al., 2018) y, presenta 10 compromisos en la Cumbre Mundial sobre Discapacidad (BM, 2018), estableciendo las áreas donde es necesario priorizar para favorecer un desarrollo inclusivo, entre ellas, la financiación de programas de desarrollo que sean inclusivos. Asimismo, en el informe que redactaron el BM y la OMS (2011), se daban directrices para adoptar medidas, en distintos niveles: ONU, gobiernos nacionales, organizaciones de personas con discapacidad y sector privado.

Teniendo en cuenta que las personas con diversidad funcional, en países en desarrollo, son más vulnerables y están inmersas en un círculo de pobreza y discriminación y viceversa, es necesario que el modelo de desarrollo incorpore la diversidad funcional, con el fin de romper dicho círculo y poder erradicar así la pobreza y la desigualdad. Además, si se construyen estados y sociedades bajo un enfoque de diversidad funcional, como todas las personas tendrán alguna diversidad a lo largo de su vida, se consigue un desarrollo sostenible e inclusivo, que evite caer de nuevo en el círculo, ya que la sociedad estaría preparada para sostener las diversidades futuras. De la misma manera, un modelo de

desarrollo con la transversalización de este enfoque, busca alcanzar la dignidad humana, haciendo de la diversidad un elemento propio de la sociedad, eliminando cualquier concepto discriminatorio relacionado con la “normalidad”.

El enfoque de diversidad funcional es importante en este proyecto de intervención pues tiene el mismo propósito, enriquecer la sociedad a través de la diversidad de las personas sordas, tratando de equiparar sus condiciones al resto de la población, con el fin de que participen en la sociedad de igual forma, respetando su dignidad. Ello conllevará un desarrollo sostenible, con estados preparados para las diversidades auditivas futuras, evitando que vuelvan a caer en el círculo de la pobreza.

Incluso se ha ido un paso más allá, considerando a la Comunidad Sorda como una minoría lingüística, empleando su lengua como herramienta de inclusión, igualdad y desarrollo, potenciando su dignidad. De forma complementaria a este enfoque, se ha aplicado el enfoque de capacidades, con el fin de fortalecer los servicios de salud, suprimiendo la brecha de desigualdad. Por último, en este TFM se ha incorporado la diversidad funcional con un “enfoque de doble vía”, aplicándola a través de todas las fases de la intervención y llevando a cabo acciones específicas.

3.7. Evaluación

La evaluación es un proceso que debe estar presente durante todo el ciclo del proyecto. De esta manera, al ser un proyecto de intervención que no se ha implementado todavía, es esencial una buena evaluación. Se va a centrar en el análisis de objetivos, diseñando un proceso mixto, con instrumentos cuantitativos y cualitativos, de evaluación interna, dado que la Comunidad Sorda es de difícil acceso y es preferible que exista un vínculo de confianza para que expresen sus opiniones, sin temor a que el proyecto sea cancelado.

Asimismo, el personal sanitario debe sentirse cómodo para expresar su motivación y la repercusión en el aumento de la carga de trabajo que le puede suponer. Por último, se van a plantear diferentes momentos de evaluación: a priori y a posteriori. A continuación, se desarrollan los criterios de evaluación que se tendrán en cuenta en cada momento.

3.7.1. Evaluación A PRIORI

En este momento del proceso, se evaluarán la pertinencia del proyecto, su viabilidad, así como la coherencia, la apropiación y el grado de participación de los actores implicados en la intervención.

La pertinencia consistirá en medir si el proyecto es adecuado para los objetivos planteados, es decir, si la falta de formación en lengua de signos de los profesionales sanitarios y los datos de morbimortalidad por ETS y embarazos no deseados de las personas sordas, así como su sentimiento de autonomía, justifican la puesta en marcha del proyecto.

La coherencia medirá si las actividades y los resultados van en la línea para alcanzar los objetivos. A su vez, si la implementación, el cronograma y el presupuesto son acordes a los tiempos y objetivos del proyecto.

Con respecto a la apropiación y grado de participación, se medirá el nivel de interés tanto de los profesionales sanitarios como de las personas sordas del CERSOM, su motivación y si perciben la necesidad del proyecto. Esto permitirá evaluar a su vez la viabilidad de la intervención, pues del grado de apropiación y participación de dichos actores implicados dependerá el éxito y la sostenibilidad de la atención inclusiva y el trabajo de salud comunitaria con la población sorda.

Las reuniones con el personal del centro sanitario y el director del CERSOM previstas en la primera fase del proyecto, contemplarán también la realización de dos focus group, uno con el personal sanitario y otro con las alumnas y alumnos sordos del CERSOM. Se elige esta metodología cualitativa, pues es menos costosa y conlleva menor tiempo, además de poder obtener información más profunda sobre las opiniones, motivaciones e interés de los actores implicados. Para el focus group de los alumnos y alumnas sordas, se necesitará un intérprete en lengua de signos, y será necesarios medios audiovisuales para grabar la sesión y poder transcribir posteriormente con más detalle los testimonios. Las personas sordas comprenderán edades entre 15 y 23 años, pues se considera que en ese rango de edad ya pueden expresar sus opiniones con más madurez. El focus group del personal sanitario abarcará a todo el personal del centro, pues la plantilla no es muy grande.

Debido a los problemas de estigmatización de la población sorda y el poco respaldo del estado, será necesaria la elaboración de un contrato de garantías entre el centro sanitario y el CERSOM, por lo que se evaluará la proporción de personal sanitario que se adscribe a él, como garantía de la viabilidad del proyecto.

Los datos obtenidos de la evaluación *a priori*, serán redactados en un informe, compartidos a todos los actores implicados del proyecto, y, servirán para la elaboración participativa y consensuada de dicho documento de garantías, con el fin de que sea aceptado por todas las partes.

3.7.2. Evaluación A POSTERIORI

Esta evaluación medirá la eficacia, la eficiencia y el impacto del proyecto.

La eficacia medirá si los objetivos y resultados se han llevado a cabo en el tiempo previsto. Para ello, se utilizarán los indicadores de objetivo verificables de los resultados y sus fuentes de verificación correspondientes, de la matriz de marco lógico del Anexo A. Incluye una entrevista semiestructurada, contemplada en la matriz también, al director del CERSOM, como persona de enlace entre el centro sanitario y los alumnos y las alumnas y observador del proyecto.

La información relacionada con la eficiencia nos la proporcionará un análisis de coste-beneficio, se contrastará el presupuesto diseñado para el proyecto, con el presupuesto real final, con el fin de saber si ha habido que incrementar los gastos para obtener los resultados deseados o, por el contrario, se ha precisado menos financiación para ello.

El impacto medirá los efectos, tanto negativos como positivos del proyecto, a través de los indicadores de objetivo verificables del objetivo general y del propósito del proyecto, con sus fuentes de verificación correspondientes, reflejadas en la matriz de marco lógico del Anexo A. Se ha establecido que el momento de la evaluación sea a los 7 meses de haber realizado la Jornada de Encuentro en el CERSOM, que es el momento en que se da a conocer la prestación sanitaria en lengua de signos y se reparten los folletos informativos del centro. De esta forma, habrá pasado un período de tiempo considerable para que haya habido demanda del servicio de atención inclusiva en el centro sanitario.

En cada consulta realizada, se registrará la atención prestada en el centro y se entregará una pequeña encuesta de satisfacción, con preguntas cerradas y abiertas, a la persona sorda, sencilla y adaptada, para conocer si han recibido una atención integral e inclusiva. Si es necesario, el profesional sanitario hará de intérprete para la buena comprensión de las preguntas. Al mismo tiempo, se realizarán encuestas, de preguntas mixtas también, al personal sanitario del centro, para conocer el nivel de satisfacción con la atención que han prestado y el beneficio que ha supuesto tanto para dicho personal, como para el centro. A los 7 meses se analizarán estos datos con técnicas cuantitativas, con el fin de ver el grado de consecución de los objetivos y, en qué se puede mejorar.

Las conclusiones de la evaluación *a posteriori*, se plasmarán en un informe, junto a un documento de lecciones aprendidas, con el fin de mejorar las posteriores replicaciones del proyecto. Esta información será compartida a todas las partes participantes, así como a las familias de las personas sordas, a la población en general y a los gobiernos locales y, serán difundidas por redes sociales a través de la página web del CERSOM y las instituciones públicas, con el propósito de sensibilizar a la población y organismos públicos sobre la Comunidad Sorda y sobre la importancia de la atención sanitaria inclusiva.

4. CONCLUSIONES

Con la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, se comenzó a promocionar y proteger los derechos de las personas sordas, convirtiéndose en sujetos de derechos. A pesar de que Camerún firmó dicha convención y ha elaborado una ley propia a favor de las personas con discapacidad, queda mucha labor por realizar en cuanto a la igualdad de acceso a los servicios públicos, el empleo y la desestigmatización de estas personas.

La diversidad funcional, y la sordera en particular, tiene una prevalencia más alta en países de ingresos bajos, como es Camerún. Como se ha expuesto, es una cuestión relevante que no puede dejarse de lado a la hora de combatir la pobreza, la desigualdad, la discriminación, sobre todo cuando se trata de mujeres, y a la hora de alcanzar el desarrollo, constituyendo la salud y el acceso al sistema sanitario, pilares básicos para el avance de cualquier sociedad. Sin embargo, las personas con diversidad funcional no son un grupo homogéneo, sino todo lo contrario, donde la Comunidad Sorda posee unas características específicas que van más allá de esta diversidad, considerándose también como una minoría lingüística, por lo que el abordaje es muy particular.

Es cierto que es importante llevar a cabo proyectos de intervención sobre prevención de las causas que originan la sordera, no obstante, también es fundamental atender las necesidades de las personas que ya presentan déficit auditivo, pero debido a la estigmatización, se invierten pocos recursos y esfuerzos en esta población. Por ello, este proyecto es innovador y relevante, ya que con pocos recursos, consigue eliminar de raíz las carencias en el acceso a la salud de las personas sordas, fomentando el respeto de su lengua nativa y su comunidad, generando una mejora de su calidad de vida y de su salud, a largo plazo.

Este TFM se ha centrado en la elaboración de una intervención de atención inclusiva a las personas sordas, prestando especial atención a las mujeres, en Camerún, dado que en este país la sordera es la diversidad funcional más prevalente y no se han encontrado proyectos desarrollados en el ámbito sanitario relacionados con la inclusión de esta población. Podría constituir un proyecto piloto, el cual, si resulta exitoso y sostenible, podría replicarse en más

centros de salud de la región, e incluso extenderse por todo el país. Indirectamente, podría impulsar protocolos nacionales estandarizados, de atención inclusiva a personas sordas.

Si para el cumplimiento de la Agenda 2030, es fundamental *no dejar a nadie atrás*, son imprescindibles proyectos como este.

5. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Una limitación a la hora de desarrollar el TFM ha sido material: la población sorda en Camerún, debido a que persiste su estigmatización todavía, como el resto de personas con diversidad funcional, está poco documentada, y mucha bibliografía existente no es de acceso público o resulta costosa, siendo nula la bibliografía encontrada sobre el conocimiento de la Comunidad Sorda en el ámbito sanitario camerunés. Además, no ha sido posible el desplazamiento a terreno para realizar una investigación de primera mano sobre la calidad de la atención sanitaria en las personas sordas, con lo que se hubiese ajustado mucho más la información al TFM.

Limitaciones económicas no han existido, puesto que la investigación del contexto ha provenido de fuentes secundarias y sólo se trata de una propuesta de intervención, aunque hubiese sido interesante costear alguna documentación con el objetivo de profundizar más en la información.

Por último, la limitación temporal por la poca disponibilidad de horarios, así como la dificultad de idioma, ya que la mayoría de los documentos están en francés, la cual no se domina en este TFM, han supuesto una mayor lentitud a la hora de elaborar el TFM.

En lo que a la prospectiva se refiere, sería conveniente más investigaciones sobre la Comunidad Sorda, más visibilización del colectivo que permitiese un mejor acceso a dicha población y una mayor sensibilización de la población en general. Habría que fomentar más propuestas de intervención que ampliasen el círculo de accesibilidad a todos los servicios comunitarios, no centrarse sólo en el ámbito educativo como viene ocurriendo ahora en Camerún, ello haría más efectiva y real la ley camerunesa en cuanto a personas con diversidad funcional.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accueil. (2022, 7 abril). CHR Bafoussam. <https://chrbafoussam.com/>
- ACNUR. (1981). *CARTA AFRICANA SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LOS PUEBLOS*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf>
- African Union (AU). (2013). *Agenda 2063: The Africa we want (Popular version)*.
https://au.int/en/Agenda2063/popular_version
- Akumbu, P.W. (2020). Legitimizing the development and use of Cameroon's national languages: Lessons from COVID-19. *Journal of the Cameroon Academy of Sciences*, 15 (3), 193-206. DOI: [10.4314/jcas.v15i3.5](https://doi.org/10.4314/jcas.v15i3.5)
- Amezcua-Aguilar, T., & Amezcua-Aguilar, P. (2018). Contextos inclusivos: el reconocimiento de la lengua de signos como derecho de las personas con diversidad funcional. *Index.comunicación*, 8(2), pp.123-148. URI: <http://hdl.handle.net/10115/15755>
- Bambara, R. É. (2018). Philosophie et développement de l'Afrique. *Africa Development / Afrique et Développement*, 43(3), 1–24. <https://www.jstor.org/stable/26645578>
- Banco Mundial. (2018). *El Grupo Banco Mundial anuncia nuevos compromisos en favor de la inclusión de la discapacidad*. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/24/world-bank-group-announces-new-commitments-on-disability-inclusion>
- Bandini, A. (1999). Joseph Ki Zerbo: El desarrollo "con las llaves en la mano". *En perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (Paris, Unesco : Oficina Internacional de Educación), 29 (4), pp. 685-697.
- Benavides Mogro, M. M. (2019). Sordera y discapacidad auditiva: un análisis en la Comunidad Sorda Ecuatoriana (Bachelor's thesis, PUCE-Quito).URI: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17093>

Birchenall, L.B., Müller, O. (2014). La Teoría Lingüística de Noam Chomsky: del Inicio a la Actualidad. *Lenguaje*, 42(2), 417-442.

Cabré, M. T.; Lorente, M. (2003) Panorama de los paradigmas en lingüística. *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*. Vol. Ciencias exactas, naturales y sociales, coordinador por A. ESTANY. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2004.

Canimas Brugué, J. (2015). ¿ Discapacidad o diversidad funcional?. *Siglo Cero*, 46 (2), pp. 79-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/scero20154627997>

CERSOM. (s. f.). *CERSOM-Centre d'Education Spécialisée et de Rehabilitation des Sourds et Malentendants*. <https://cersom.jimdofree.com/contact/>

Crespo, R. (2011). Nussbaum y las diez capacidades básicas del desarrollo. *Gabriel Navarro*.

<http://www.gabrielnavarro.es/2012/06/16/martha-nussbaum-y-las-diez-capacidades-basicas-del-desarrollo/>

Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Naciones Unidas*, A/RES/61/106, de 13 de Diciembre de 2006, 1-22. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Data World Bank (DWB). (2020). *World Development Indicators / DataBank*. The World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

Deaf cultures and Sign Languages of the world: Africa. (2000). Deaf cultures and Sign Languages of the world: Africa. <https://theinterpretersfriend.org/indj/dcoew/africa.html>

Díaz, E. (2005). El sujeto sordo en el lenguaje. Buenos Aires: iRojo Editores

Dolza, E. (2014). Segni per África. Contributo per lo studio della Lingua dei Segni in Camerun.

Etongué, M. E. J. (2007). *ETUDE SUR LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES AU CAMEROUN PAR L'Union Africaine des Aveugles (UAFA) et l'Association Nationale des Aveugles du Cameroun (ANAC) en partenariat avec la Promotion Internationale des Droits des Personnes Handicapées (PIDPH) du Canada et l'Association Suédoise des Personnes*

Handicapées et Malvoyantes (SRF).

<https://www.yorku.ca/drpi/files/DRPICameroonRepFr.pdf>

FEPPDA. (s. f.). *Historique de l'Ecole pour enfants sourds de Yaoundé (1972–2012). Ecole Spécialisée pour Enfants Déficients Auditifs (ESEDA)*. <http://www.feppda.org/historique-de-lecole-des-enfants-sourds-yaounde/>

Fernández, B. L. (2018). Libro: Mujeres con discapacidad: sobre la discriminación y opresión interseccional, de María Laura Serra. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 57-58.

Ferrari, M. B. (2020). Feminismos descoloniales y discapacidad: hacia una conceptualización de la colonialidad de la capacidad. *Nómadas*, (52), 115-131.
DOI:10.30578/nomadas.n52a7

García Fernández, B. (2004), Cultura, educación e inserción laboral de la comunidad sorda. *Tesis Doctoral, Universidad de Granada*. URI: <http://hdl.handle.net/10481/1987>

González, C. J. (2016). *Martha Nussbaum: desarrollo humano y mujer. El vuelo de la lechuza*. <https://elvuelodelalechuza.com/2012/11/27/martha-nussbaum-desarrollo-humano-y-mujer/>

González, M. y Calvo, G. (2009). Ponce de León y la enseñanza de sordomudos. En XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Irueña, 29, 30, pp. 627-638.

González, H. J. V., Gómez, L. P., & Santiago, N. M. (2013). De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica. *Informes Psicológicos*, 13(2), 79-101. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229736>

Granier, A-L., Dagron, J., Debeaudrap, P. (2015). Les Sourds : une population particulièrement vulnérable aux pratiques sexuelles à risque en Afrique de l'Ouest. *Colloque Franco-Latinoaméricain sur le Handicap*, Santiago du Chili, Chili.

Gutiérrez, E. (2008). De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable: Historia de la constitución de un enfoque multidisciplinario. *Ingenierías*, 11 (39), pp. 21-35.

Herrera, V. (2005). Adquisición temprana del lenguaje de signos y dactilología. *Revista psicopedagógica Repsi*, 77-78 (13), pp. 2-10.

Huerta Solano, C.I., Varela Barraza, J.A., Soltero-Avelar, R., y Nava Bustos, G. (2018). No a la discapacidad: la sordera como minoría lingüística y cultural. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(2), 63-80.

<https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/download/384/360>

Ibáñez Ruiz del Portal, E. (2016). Sen y la justicia y la pobreza en un mundo (no) globalizado. *Sociedad, valores y economía. Aproximaciones a la complejidad de nuestro tiempo*, pp.72-92.

Institut National de la Statistique Du Cameroun (INS). (2021). *INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE AU CAMEROUN*. <https://ins-cameroun.cm/en/statistique/indicateurs-de-developpement-durable-au-cameroun-edition-2021-2/>

Institut National de la Statistique Du Cameroun (INS). (2010). *CAMEROUN - Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2005)*. https://www.nada.stat.cm/index.php/catalog/89/related_materials

Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). (2021). *Cameroon*. IDMC. <https://www.internal-displacement.org/countries/cameroon>

Jambor, E.; Elliot, M. (2005). Self-esteem and Coping strategies among deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10 (1), pp. 63-81. <https://doi.org/10.1093/deafed/eni004>

Kabunda, M. (1993). Las estrategias de desarrollo en África. Balance y alternativas. *Norba Revista de Historia*, 13, pp. 227-244.

Kabunda, M. (2020). Retos del África Subsahariana en los próximos diez años: Una mirada al caso del Sahel. *Fundación CIDEAL de Cooperación e Investigación*. <https://www.cideal.org/wp-content/uploads/2020/05/Publicaci%C3%B3n-Mbuyi-Kabunda-Final-3.pdf>

Kamei, N. (2008). The Deaf Community in Cameroon: Essay on the Ethnography of African Deaf Communities. *Japanese Journal of Sign Language Studies* 17, 99-112.
DOI:[10.7877/jasl.17.99](https://doi.org/10.7877/jasl.17.99)

Lagunas-Vázquez, M., Beltrán-Morales, L. F., & Ortega-Rubio, A. (2016). Desarrollo, feminismo y género: cinco teorías y una canción desesperada desde el Sur. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4(2), 62-75.

Lane, H. (2005). Ethnicity, Ethics and the Deaf-World. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10 (3), pp. 291-310. <https://doi.org/10.1093/deafed/eni030>

Les services de santé à Bafoussam. (s. f.). Rues du Cameroun. <https://rues-cameroun.openalfa.com/bafoussam-iii/sante>

Ley para la protección y promoción de las personas con discapacidad, *Ministerio de Asuntos Sociales (MINAS) de Camerún*, nº2010/002, de 13 de abril de 2010, 1-9. <http://minas.cm/fr/lois/30-loi-n-2010-002-du-13-avril-2010-portant-protection-et-promotion-des-personnes-handicapees/file.html>

Liman, H. A. O. (2021). De l'introduction des langues locales dans l'enseignement professionnel au Cameroun. Le cas du personnel de santé. *JEYNITAARE-Revue panafricaine de linguistique pour le développement*, 1(1), 131-151. <https://www.revues.scienceafrique.org/jeynitaare/texte/haoua2021/>

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, pp. 73-101. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.340>

Mabika, W.K. (2021). Adolescent Health in Sub-Saharan African Countries. *Annales Africaines de Médecine*, 15 (1), e4415-e4416. DOI: [10.4314/aaemed.v15i1.1](https://doi.org/10.4314/aaemed.v15i1.1)

Majeu Defo, F. (2021). GLIMPSE IN THE WORLD OF DEAF PEOPLE: DEAFNESS AND DEAF EDUCATION. *IJSSHR-International Journal of Social Science and Humanities Research*, 4(01), 12-30. <http://www.gphjournal.org/index.php/ssh/article/download/359/187>

Masataka, N. (1996) Perception of motherese in a signed language by 6 month old deaf infants. *Developmental Psychology*, 32 (5), 874-879.

Matshedisho, K.R. (2005). Development and Peace in Africa. *African Journal of International Affairs*, 8 (1-2), 105-121. DOI: [10.4314/ajia.v8i1-2.57236](https://doi.org/10.4314/ajia.v8i1-2.57236)

Mcclain-Nhlapo,C. V.; Sivonen,L. H. A.; Raja,D. S.; Palummo,S., Acul,E. (2018). *Marco sobre Inclusión de la Discapacidad y Rendición de Cuentas* (N.º 126977). The World Bank Group.
<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/437451528442789278/disability-inclusion-and-accountability-framework>

Mendoza, R. (2000). El género y los enfoques de desarrollo. Escuela para el Desarrollo.

Ministère de la Santé Publique (MISANTE), Republique du Cameroun. (2016). HEALTH SECTOR STRATEGY 2016–2027.
https://www.minsante.cm/site/sites/default/files/HSS_english_0.pdf

MISANTE. (s. f.). *Ministère de la Santé Publique*. Portail Web du Ministère de la Santé Publique du Cameroun. <https://minsante.cm/site/?q=fr>

National Observatory of Public Health. (2013). *Cameroon:Burden of diseases and Causes of deaths/en* - NHO Cameroon.
http://onsp.minsante.cm/profiles_information/index.php/Cameroon:Burden_of_diseases_and_Causes_of_deaths/en

Nazar Beutelspacher, Austreberta , & Zapata Martelo, Emma (2000). DESARROLLO, BIENESTAR Y GÉNERO: CONSIDERACIONES TEÓRICAS. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (11),73-118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88412392005>

Oficina Económica y Comercial de España en Malabo (OECEM). (2019). *Guía de País: Camerún*. Secretaría de Estado de Comercio.

Ollantay I. (2015). ¿Por qué muchas indígenas se resisten a algunas corrientes feministas? Rebelión. En línea: <https://www.alterinfos.org/spip.php?article6812>

OMS. (2021). *Sordera y pérdida de la audición*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

OMS.	(2020).	Country	Details	Cameroon.
https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/cameroun? countryProfileId=79e4cda0-11b1-4806-9c63-d40904289ced				

OMS y Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>

Ondoua, J. P. (2002). Le système de santé camerounais. *Actualité et Dossier Santé Publique*, 39, 61-65. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad396165.pdf>

Oviedo, A. (2006). Los sordos y la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU). Obtenido de Cultura Sorda: <https://cultura-sorda.org/>

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España: Ediciones CINCA

Palacios, A., & Romañach, J. (2020). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista Sociológica de pensamiento crítico*, 14(2/1), pp. 43-54. <https://intersticios.es/article/view/20493/13615>

Paul, P. y Moores, D. (2010). Perspectives on deaf epistemologies. *American Annals of the Deaf*, 154(5), 417-420. Doi: 10.1353/aad.0.0115

Pérez De la Fuente, O. (2014). Las personas sordas como minoría cultural y lingüística. *DILEMATA* año 6 (2014), nº 15, 267-287
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1025>

Petitto, L. A. (2000). The acquisition of natural signed languages: lessons in the nature of human language and its biological foundation. En C. Chamberlain, J. P. Morford & R. Mayberry (Eds.), *Acquisition of Language by Eyes*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Población de Camerún - 2020. (s. f.). Geodatos.
<https://www.geodatos.net/poblacion/camerun>

PNUD. (2020). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera El desarrollo humano y el Antropoceno. https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_es.pdf

Rigat-Pflaum, M. (2008). Gender mainstreaming: un enfoque para la igualdad de género. *Nueva Sociedad*, (218), 40-56. <https://nuso.org/articulo/un-enfoque-para-la-igualdad-de-genero/>

Rodríguez, L. (2005). Estudi sobre la identitat cultural a la comunitat sorda. *Revista d'etnologia de Catalunya*, 27, pp. 154-157. <http://hdl.handle.net/2445/62445>

SL Projects. (s. f.). *Emancipation in Cameroon*. Sign Language Projects. <https://www.signlanguageprojects.com/en/emancipation-cameroon>

Toasijé, A. (2011). Desarrollismos, despistes y auto-realización africana en torno a Amartya Sen y a M. Molyneux. *Revista española del tercer sector*, 16, pp. 121-133. ISSN 1886-0400.

Toboso Martín, M. (2018). Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre discapacidad. *Politica y Sociedad* 55 (3), pp. 783- 804. <http://hdl.handle.net/10261/184123>

UN Human Rights Office (OHCHR). (s.f.). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

United Nations. (s. f.). *United Nations Treaty Collection*. https://treaties.un.org/Pages/TreatyParticipantSearch.aspx?clang=_en

United Nations. (2018). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2017* (A/RES/72/191). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/455/16/PDF/N1745516.pdf?OpenElement>

United Nations. (2020). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

United Nations. (2021). *Día Internacional de las Lenguas de Señas / Naciones Unidas.*

<https://www.un.org/es/observances/sign-languages-day>

Vázquez, A. (2007). Desarrollo endógeno. Teorías y políticas de desarrollo territorial.

Investigaciones Regionales, Sección PANORAMA Y DEBATES, 11, pp. 183-210. URI:
<http://hdl.handle.net/10017/30390>

Wonkam Tingang, E., Noubiap, J. J., F Fokouo, J. V., Oluwole, O. G., Nguefack, S., Chimusa, E.

R., & Wonkam, A. (2020). Hearing impairment overview in Africa: the case of Cameroon.

Genes, 11(2), 233. <https://doi.org/10.3390/genes11020233>

Wonkam, A., Noubiap, J. J. N., Djomou, F., Fieggen, K., Njock, R., & Toure, G. B. (2013).

Aetiology of childhood hearing loss in Cameroon (sub-Saharan Africa). *European journal of medical genetics*, 56(1), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2012.09.010>

World Federation of the Deaf. (s. f.). *Statements and Position Papers Archives*. WFD.

<https://wfdeaf.org/news/resources-category/statements/>

World Federation of the Deaf. (2010). Global Deaf renaissance: Durban 2011:

XVI World Congress of the World Federation of the Deaf (third announcement).

7. ANEXOS

7.1 Anexo A. Matriz de marco lógico

	Descripción	Indicadores de progreso	Fuentes de verificación	Supuestos
Objetivo general	Proporcionar una atención sanitaria integral e inclusiva a la Comunidad Sorda en la región de Bafoussam, Camerún.	IOVG: A los 7 meses de la Jornada se ha mejorado la calidad asistencial de las personas sordas en Bafoussam.	Encuestas de satisfacción a personas sordas atendidas en el centro de salud.	Falta de apoyo de los líderes comunitarios y familias
Propósito	Conseguir que el personal sanitario del <i>Centre Médicalisé Catholique Saint Dominique de Djunang</i> , situado en Bafoussam, atienda en Lengua de Signos a las personas sordas de la región.	IOVE: A los 7 meses de la Jornada el centro de salud ha atendido en lengua de signos al 98% de personas sordas que acuden al centro de salud.	Registros de pacientes del centro de salud Encuestas de satisfacción a las personas sordas atendidas en el centro.	No finalización de la formación. Poca demanda del servicio de at. Sanitaria en LSAF
Resultados	R1: Capacitado el personal sanitario del centro de salud, en Lengua de Signos. R2: Establecidos lazos de confianza entre el personal sanitario y la Comunidad Sorda R3: Realizadas tres campañas de sensibilización de ETS con mujeres y niñas sordas.			Falta de intérprete en LSAF No admitan al personal en ESEDA Las personas sordas no acuden a las campañas.
Actividades	R1: A1: Reunión con el centro de salud. A2: Gestionar la matrícula y la estancia en ESEDA. A3: Formación de un año de duración, en el centro ESEDA de Yaoundé, de dos profesionales sanitarios del centro. R2: A1: Difusión de la capacitación del personal sanitario en Lengua de Signos. A2: Realización de una Jornada de Encuentro en el CERSOM. R3: A1: Diseñar carteles para las campañas. A2: Elaboración del material didáctico. A3: Elaboración del material de evaluación. A4: Realización de campañas.	IOV1: El personal sanitario seleccionado finalizará la formación dentro del año previsto con una evaluación favorable. IOV2: Aumenta la demanda sanitaria en el centro de salud en un 5% al mes de la Jornada. IOV3: Han asistido a las campañas de sensibilización un 95% de las niñas y mujeres del CERSOM, a su finalización.	Certificados de acreditación del curso. Resultados de evaluaciones continuas. Encuestas de satisfacción. Vídeos del personal sanitario en lengua de signos Registro de pacientes del centro de salud. Entrevista al director del CERSOM.	Traslado personal de Yecover a terreno. Intérprete en LSAF. Matrícula de ESEDA Estancia en ESEDA Traslado a ESEDA del personal Carteles, Folletos. Traslado del personal sanitario al CERSOM. Carteles, Folletos. Encuestas, Proyector. PC, Test, Hojas de asistencia. Traslado del personal al CERSOM

7.2 Anexo B. Programa de talleres de sensibilización

HORARIO	ACTIVIDADES TALLER
TALLER SOBRE ETS	
9:00- 9:30	Charla sobre los tipos de ETS, su forma de transmisión, prevención y tratamientos
9:30- 10:00	Práctica: Juego de dibujos, asociar cada enfermedad a formas de transmisión y prevención
10:00- 11:00	Dudas y preguntas
11:00- 11:30	Descanso
TALLER SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
11:30- 12:00	Charla sobre embarazos no deseados, mal control de los mismos y métodos anticonceptivos
12:00- 12:30	Práctica: Instrucciones para usar un preservativo masculino y femenino
12:30- 13:00	Dudas y preguntas. Cierre