

unicef 

para cada niño



Guía

Inclusión de los niños y niñas
con discapacidad en la acción
humanitaria

Salud y
VIH/sida

Los seis manuales sobre inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los programas humanitarios se centran en las esferas siguientes:



Inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la acción humanitaria:

Preparación

Respuesta y recuperación temprana

Recuperación y reconstrucción

Salud y VIH/sida

El UNICEF, en colaboración con Handicap International, ha preparado el documento *Orientación sobre la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la acción humanitaria: salud y VIH/sida*. El equipo central estaba formado por Ricardo Pla Cordero, Gopal Mitra y Megan Tucker. Los manuales se prepararon bajo la supervisión de Rosangela Berman Bieler, Asesora Principal y Jefa de la Sección de Discapacidad del UNICEF.

También realizaron aportaciones importantes otros colegas de las oficinas en los países, las oficinas regionales y la sede del UNICEF, así como expertos externos. Mención especial merecen Besan AbdelQader, Dina al Jamal, Kate Alley, Jaya Burathoki, Anna Burlyaeva, Dick Chamla, Begna Edo, Anne Filorizzo, Jumana Haj-Ahmed, Ettie Higgins, Sunita Kayastha, Muhammad Rafiq Khan, Marie Leduc, Jennifer Leger, Chewe Luo, Asma Maladwala, Aline Mandrilly, Jane Mwangi, Maureen Njoki, Heather Papowitz, Luwei Pearson, Stefan Swartling Peterson, Beth Ann Plowman, Hendrikus Raaijmakers, Cristina Roccella, Jessica Rodrigues, Tamara Rusinow, Lieve Sabbe, Yukiko Sakurai, Cecilia Sanchez Bodas, Midori Sato, Betsy Sherwood, Frederic Sizaret, Peter Skelton, Pauline Thivillier, Nurten Yilmaz y Juliet Young por sus valiosas contribuciones, en especial sus aportaciones como expertos, su asesoramiento y sus opiniones.

Las directrices se validaron en talleres en Jordania y Nepal, a cuyos participantes expresamos nuestro más sincero agradecimiento (se puede consultar una lista de los participantes en el taller en el sitio web). Deseamos transmitir asimismo nuestro más sincero agradecimiento a Isabella Castrogiovanni, Kendra Gregson, Ettie Higgins, Tomoo Hozumi, Doreen Mulenga y Alok Rajouria por su apoyo.

Agradecemos también de forma especial a los colegas del UNICEF de la División de Comunicaciones su asesoramiento para la publicación de este manual: Angus Ingham, Catherine Langevin-Falcon, Timothy Ledwith, Christine Nesbitt, David Ohana, Charlotte Rutsch y Samantha Wauchope.

El UNICEF no comparte ni apoya necesariamente los ejemplos de organismos externos incluidos en esta publicación.

Los seis manuales, y la información y los materiales complementarios (como carteles, presentaciones, listas de verificación, etc.) están disponibles en www.training.unicef.org/disability/emergencies.

Además de las versiones impresas y en PDF, la guía de orientación también está disponible en varios formatos accesibles, entre ellos ePUB, archivo preparado para Braille y formatos HTML accesibles. Para más información, póngase en contacto con disabilities@unicef.org.

Edición: Christine Dinsmore

Revisión: Timothy DeWerff

Verificación de datos: Hirut Gebre-Egziabher

Maquetación y diseño gráfico: Jason Robinson

Ilustración: Frank Barbara

Traducción: Strategic Agenda

Diseño gráfico de la traducción: Slimane Sorour



Se calcula que 1 de cada 10 niños tiene una discapacidad. Los conflictos armados y las catástrofes aumentan aún más las discapacidades en la infancia. En cualquier comunidad afectada por una crisis, los niños, niñas y adultos con discapacidad son uno de los grupos más marginados, y pese a ello a menudo quedan excluidos de la asistencia humanitaria.

Los Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria del UNICEF constituyen un marco para la prestación de asistencia humanitaria a todos los niños y niñas, independientemente de su condición o contexto. Los niños y niñas con discapacidad son ante todo niños y niñas que requieren los mismos servicios básicos para sobrevivir y prosperar: nutrición, atención sanitaria, educación, agua potable y un entorno de protección. Debido a su discapacidad tienen necesidades adicionales, como entornos accesibles y ayudas técnicas.

El UNICEF fue una de las primeras organizaciones en adoptar la Carta sobre la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria, presentada en la Cumbre Humanitaria Mundial. Esto corrobora nuestro compromiso con atender los derechos y las necesidades de los niños y niñas con discapacidad.

La inclusión de los niños y niñas con discapacidad requiere una mejor comprensión de los desafíos a los que se enfrentan en las crisis humanitarias. También es crucial saber cómo adaptar los programas humanitarios a sus necesidades y cómo asociarse con organizaciones con experiencia en asuntos relacionados con la discapacidad.

Los programas humanitarios que ejecuta el UNICEF en todo el mundo se ocupan cada vez más de los niños y niñas con discapacidad. El número de oficinas en los países que informan sobre acciones humanitarias inclusivas de las personas con discapacidad se ha quintuplicado en los últimos cinco años. Esta guía de orientación, elaborada mediante amplias consultas con el personal del UNICEF, explica cómo hacer en la práctica que los programas humanitarios sean más inclusivos de las personas con discapacidad. Esperamos que ayude a los profesionales de este ámbito a conseguir que la acción humanitaria sea más equitativa e inclusiva para los niños y niñas con discapacidad.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'TC' with a large loop at the bottom.

Ted Chaiban
Director de la
División de Programas
UNICEF

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'MF' with a long horizontal stroke at the end.

Manuel Fontaine
Director de la
Oficina de Programas de Emergencia
UNICEF

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos | 4 |
| Prólogo | 6 |
| Índice | 8 |
| Siglas | 9 |
| 1 Introducción | 10 |
| 2 Consecuencias de las emergencias sobre la salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad | 13 |
| 3 Por qué se excluye a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las intervenciones en materia de salud y VIH/sida | 16 |
| 4 Marcos y enfoques | 18 |
| 5 Acciones programáticas | 21 |
| 6 Preparación | 23 |
| 7 Respuesta y recuperación temprana | 47 |
| 8 Recuperación y reconstrucción | 80 |
| 9 Consejos prácticos | 93 |
| 10 Consejos sobre infraestructuras accesibles | 101 |
| 11 Glosario | 107 |
| 12 Recursos clave | 111 |
| 13 Bibliografía | 112 |
| Anexo: Compromisos básicos para la infancia y los niños y niñas con discapacidad | 117 |

| | |
|--------|--|
| CDPD | Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad |
| ISO | Organización Internacional de Normalización |
| MICS | encuesta de indicadores múltiples por conglomerados |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | organización no gubernamental |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| RECU | del inglés <i>reach, enter, circulate and use</i> (llegar, acceder, circular y utilizar) |
| sida | síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| Sitrep | informe sobre la situación |
| SSR | salud sexual y reproductiva |
| VIH | virus de la inmunodeficiencia humana |
| WASH | agua, saneamiento e higiene |
| WRC | Women's Refugee Commission |

El propósito de la guía *Inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la acción humanitaria* es impulsar la inclusión de los niños, niñas y mujeres con discapacidad y de sus familias en la preparación para emergencias, la respuesta y recuperación temprana, y la recuperación y reconstrucción. Esta serie de manuales proporciona una perspectiva completa sobre la situación de los niños y niñas con discapacidad en los contextos humanitarios, pone de relieve las maneras en que quedan excluidos de la acción humanitaria y detalla acciones prácticas y consejos para mejorar la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en todas las etapas de la acción humanitaria.

Estos manuales se crearon en respuesta a las comunicaciones de los colegas sobre el terreno del UNICEF que ponían de manifiesto la necesidad de contar con un recurso práctico como orientación para su labor. La información y las recomendaciones se basan en las pruebas y buenas prácticas recopiladas de las referencias bibliográficas y las experiencias del personal sobre el terreno.

Recuadro 1: Destinatarios

Todo el personal humanitario que trabaja en el ámbito de la salud y el VIH/sida puede hacer aportaciones significativas para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad, aunque no sean expertos o especialistas en aspectos relacionados con este tema. Este manual proporciona consejos prácticos y puntos de partida para poner en marcha el proceso.

Aunque se ha concebido principalmente para el personal sobre el terreno del UNICEF —incluidos los oficiales sobre el terreno, punto focales, especialistas y asesores de asuntos humanitarios en materia de salud y VIH/sida— también puede ser de utilidad para los asociados del UNICEF y otras partes interesadas. Todo el personal puede contribuir activamente a garantizar que se incluye a los niños y niñas con discapacidad en las intervenciones humanitarias.

El apartado «Consejos prácticos» (véase la sección 9) contiene sugerencias prácticas que pueden resultar útiles a los oficiales del ámbito humanitario, los médicos, los enfermeros, el personal de rehabilitación y los trabajadores sanitarios de la comunidad a la hora de interactuar directamente con niños y niñas con discapacidad y sus familias (por ejemplo, al proporcionar servicios de salud, al realizar pruebas de VIH o en la elaboración de mensajes para las poblaciones afectadas).

Esta orientación se compone de seis manuales sobre inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los programas humanitarios: 1) orientación general; 2) protección de la infancia; 3) educación; 4) salud y VIH/sida; 5) nutrición; 6) agua, saneamiento e higiene (WASH). Cada uno de los manuales es un recurso independiente con acciones humanitarias específicas de sectores concretos que engloban a niños, niñas, adolescentes y familias con discapacidad.

Las acciones y los consejos prácticos son relevantes en diferentes contextos humanitarios:

- desastres repentinos, como inundaciones, terremotos, tifones o tsunamis;
- desastres de evolución lenta, como sequías o hambrunas;
- emergencias de salud pública, como el ébola;
- desplazamientos forzados, incluidos los refugiados y los desplazados internos;
- conflictos armados, incluidas las crisis prolongadas.

Esta guía de orientación se centra en la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en las intervenciones de emergencia en materia de salud, un derecho de todas las personas con discapacidad. Aunque la prevención de la discapacidad es también una cuestión de salud pública (incluso en los contextos humanitarios), se halla fuera del alcance de esta guía.

Comentarios y opiniones: el presente es un documento vivo que se irá actualizando y adaptando a medida que se desarrolle la labor del UNICEF orientada a la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la acción humanitaria y este recurso se aplique sobre el terreno. Los colegas y asociados del UNICEF pueden remitir sus comentarios a disabilities@unicef.org.

Recuadro 2: Niños, niñas y adolescentes con discapacidad

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se define a los adultos, adolescentes y niños y niñas con discapacidad como aquellos que:

- tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo; y
- se enfrentan a barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006).

La CDPD, ratificada por 174 países en junio de 2017, subraya que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud y a lograr y mantener la máxima independencia.¹ Esto incluye el acceso igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva, a la información, prevención, atención y tratamiento del VIH, y a unos servicios y programas integrales de rehabilitación (véase el glosario, sección 11).

¹ Los países que han ratificado la CDPD deben informar sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos estipulados en la Convención, incluidos los relacionados con el artículo 11 sobre situaciones humanitarias. Para acceder a la lista de países que han ratificado la CDPD, los informes de los países y las observaciones finales sobre estos informes del Comité de la CDPD, véase <http://www.ohchr.org/sp/HRbodies/crpd/Pages/CRPDindex.aspx> (Naciones Unidas, 2006).

2 Consecuencias de las emergencias sobre la salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad

- Los desastres y conflictos pueden tener consecuencias catastróficas para la salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad; entre ellas:
 - Mayor riesgo de incidencia de enfermedades infantiles, como la gripe, la diarrea y la neumonía, que requieren acceso a los servicios de salud² (UNICEF y OMS, 2012).
 - Mayor riesgo de afecciones secundarias como úlceras de decúbito e infecciones del tracto urinario en niños y niñas con discapacidad física (WCPT, 2016), así como infecciones oportunistas en el caso de los niños y niñas con discapacidad seropositivos (CPO, 2004).
 - Mayor riesgo de nuevas discapacidades debidas a enfermedades crónicas no tratadas (Handicap International y HelpAge International, 2014).
 - Desarrollo de trastornos psicosociales³ como la ansiedad situacional y el trastorno por estrés postraumático, además del empeoramiento de trastornos existentes como la esquizofrenia y la depresión (Reinhardt *et al.*, 2011).
 - En los contextos humanitarios, los niños y niñas con discapacidad tienen más probabilidades que aquellos sin discapacidad de sufrir angustia psicológica provocada por la separación de sus cuidadores, la alteración de sus rutinas, el elevado riesgo de ser víctimas de abusos, etc. (UNICEF, 2013).
- Las niñas con discapacidad son especialmente vulnerables a la violencia sexual, sobre todo en contextos afectados por conflictos, lo que incrementa las lesiones y el riesgo de exposición al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual⁴ (Universidad de Oxford, 2010).
- A consecuencia de su discapacidad y su género, las niñas con discapacidad también pueden verse expuestas a la violencia y las violaciones de los derechos humanos, como la esterilización forzada,

² Los niños y niñas con discapacidad tienen una probabilidad significativamente mayor que aquellos sin discapacidad de padecer enfermedades graves en los 12 meses posteriores a una emergencia (ACNUR y Reach, 2014).

³ Los trastornos psicosociales constituyen un tipo de discapacidad. Véase el glosario, sección 11, para obtener más información sobre los diferentes tipos de discapacidad.

⁴ Como indica un estudio realizado en una zona afectada por el conflicto como es el norte de Uganda.

la denegación de ayudas técnicas para la movilidad o la comunicación, y la denegación de ayuda para su higiene personal o sus tareas cotidianas (Consejo de Derechos Humanos, 2012).

- Los desastres (como los terremotos) y los conflictos armados también pueden provocar un importante número de lesiones traumáticas y generar nuevas discapacidades (Reinhardt, 2011), en los niños y niñas con y sin discapacidad.
- En comparación con los adultos, el impacto de los restos explosivos de guerra en los niños y niñas es desproporcionado. En 2013, los niños representaron el 46% de las muertes mundiales por restos explosivos de guerra; sin embargo, en países como la República Democrática del Congo, este porcentaje alcanzó el 90% (Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo, 2014).
- Las tasas de mortalidad en los desastres también son más altas para las personas con discapacidad; por ejemplo, en el terremoto y posterior tsunami de 2011 en el Japón la tasa de mortalidad de las personas con discapacidad duplicó la del resto de la población (FICR, Handicap International y CBM, 2015).



Marmane, de 8 años, mira a la cámara desde la silla de ruedas en la que está sentada en un centro de rehabilitación dirigido por la ONG internacional Médecins Sans Frontières en Puerto Príncipe (Haití). Una bala perdida le alcanzó el cuello mientras jugaba en el patio del colegio y ahora está paralizada de cintura para abajo.

3 Por qué se excluye a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad de las intervenciones en materia de salud y VIH/sida

- En los sistemas de información sanitaria raras veces se recopilan datos fiables, detallados y desglosados sobre la prevalencia de la discapacidad y las afecciones médicas ligadas a esta (Reinhardt, 2011).
- En los contextos humanitarios a menudo no se dispone de los servicios de salud necesarios para atender los trastornos psicosociales (WRC, 2013b).
- El personal sanitario no tiene la formación adecuada para tratar a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y comunicarse con ellos (OMS, CBM et al., 2013).
- Los países de ingresos bajos y medianos suelen tener unos servicios de rehabilitación dotados de escasos recursos que pronto se ven desbordados tras un desastre (WCPT, 2016), lo que limita el acceso a los niños y niñas con discapacidad, sea esta preexistente o recién adquirida.
- La percepción incorrecta de que los niños y niñas con discapacidad no necesitan vacunas puede impedir su acceso a los Programas Ampliados de Inmunización.
- Asimismo, la creencia errónea de que los adolescentes con discapacidad no tienen (o no deberían tener) relaciones sexuales puede dar lugar a que se les niegue o se vean excluidos de la información y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos los relacionados con el VIH (UNICEF, 2013).
- Es posible que la información relativa a la salud, incluida la información sobre salud sexual y reproductiva, el VIH y los servicios de salud de emergencia, no se presente en formatos que los niños, niñas, adolescentes y cuidadores con discapacidad puedan entender.
- Diversas investigaciones realizadas entre los refugiados sirios en el Iraq revelaron que a menudo los centros de salud y dispensarios de los asentamientos humanitarios son de difícil acceso, están masificados, no resultan accesibles y no proporcionan atención prioritaria o vías de acceso alternativas a las personas con discapacidad, como atención domiciliaria o periférica (ACNUR y Reach, 2014).

- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad pueden perder sus ayudas técnicas (véase *el glosario, sección 11*) durante las crisis humanitarias, y la interrupción de los servicios de salud puede retrasar o imposibilitar su sustitución. Esto reduce su capacidad para acceder a diversos servicios (WRC, 2013a), incluidos los medios de prevención y el tratamiento del VIH, como la terapia antirretroviral, la profilaxis después de la exposición y la prevención de la transmisión maternoinfantil.

4.1 Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria del UNICEF

Los Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria del UNICEF constituyen un marco global que sirve de orientación para el Fondo y sus asociados en situaciones de emergencia, y describen los compromisos y los puntos de referencia relativos a las intervenciones de salud y VIH/sida en la acción humanitaria. Estas intervenciones se refieren entre otras cosas a la provisión de medios de prevención de la malaria, artículos domésticos esenciales, el Programa Ampliado de Inmunización, la atención obstétrica y la prolongación del tratamiento antirretroviral, incluida la prevención de la transmisión maternoinfantil (UNICEF, 2010). Todos los compromisos básicos de salud y VIH/sida son aplicables a los niños y niñas con discapacidad. *(Para consultar las acciones inclusivas concretas para cada uno de los compromisos en materia de salud y VIH/sida, véase el anexo).*⁵

Los Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria defienden el principio de «no hacer daño» en este ámbito. Este principio aborda las necesidades específicas de los grupos de niños, niñas y mujeres más vulnerables, incluidos los niños y niñas con discapacidad, y permite formular intervenciones programáticas más específicas, que hacen énfasis en evitar provocar o agravar los conflictos entre grupos de personas (UNICEF, 2010).

4.2 Carta Humanitaria y normas mínimas de Esfera

El Proyecto Esfera, lanzado en 1997 por organizaciones no gubernamentales (ONG) humanitarias y por el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, tiene como objetivo mejorar la calidad de las acciones realizadas durante las respuestas en casos de desastre y garantizar la rendición de cuentas. Asimismo, el Proyecto Esfera establece tanto una carta humanitaria como unas normas mínimas en materia de agua, saneamiento e higiene (WASH); seguridad alimentaria y nutrición; alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios; y salud. Los derechos de las personas con discapacidad constituyen temas transversales en el manual de Esfera, tanto en las acciones generales como en las específicas (Proyecto Esfera, 2011).

⁵ Para obtener más información sobre los Compromisos Básicos para la Infancia del UNICEF, véase https://www.unicef.org/spanish/publications/index_21835.html.

4.3 Normas mínimas para los equipos médicos de emergencia

Los equipos médicos de emergencia representan una parte importante del personal sanitario mundial, y tienen funciones específicas. Cualquier médico, enfermero o personal paramédico que venga de otro país para practicar la atención sanitaria en una situación de emergencia debe formar parte de un equipo. Las normas mínimas para los equipos médicos extranjeros en los desastres repentinos examinan los principios y criterios básicos según los cuales los equipos médicos de emergencia registrados deben operar y declarar sus capacidades operativas,⁶ mientras que las normas y recomendaciones técnicas mínimas de rehabilitación establecen los criterios para la rehabilitación en situaciones de emergencia.⁷

4.4 Carta sobre la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria

La Carta se presentó en la Cumbre Humanitaria Mundial que se celebró en Estambul (Turquía) los días 23 y 24 de mayo de 2016. Compromete a los Estados, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y las organizaciones de personas con discapacidad que la han ratificado a trabajar para que la acción humanitaria sea inclusiva de las personas con discapacidad, eliminar las barreras que les impiden acceder a los servicios humanitarios y garantizar la participación de las personas con discapacidad. La Carta ha recibido un amplio apoyo.⁸

4.5 Enfoque doble

El enfoque doble promueve la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en las intervenciones de salud y VIH/sida (véase la figura 1).

⁶ Para obtener más información sobre los equipos médicos de emergencia, consulte www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en, y con respecto a las normas mínimas, consulte www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1.

⁷ Para obtener más información sobre las normas de rehabilitación, consulte <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252809/9789241511728-eng.pdf?sequence=1>.

⁸ Para consultar la lista de los firmantes, incluidos los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y las ONG, véase <https://humanitariandisabilitycharter.org/wp-content/themes/humanitarian-disability-charter.org/pdf/carta-sobre-la-inclusioin-de-personas-con-discapacidad.pdf>.

Figura 1: Enfoque doble

Intervenciones generales *inclusivas* de las personas con discapacidad

Generalizar las intervenciones y los programas de salud y VIH/sida mediante su diseño o adaptación para garantizar que son inclusivos y accesibles para todos los niños y niñas, incluidos aquellos con discapacidad.

Por ejemplo:

- Construir o ubicar los ambulatorios y los centros de tratamiento del VIH/sida de forma que se garantice que son accesibles para todos los niños y niñas, incluidos aquellos con discapacidad, de conformidad con los principios del diseño universal (*véase el glosario, sección 11*).
- Divulgar la información relacionada con la salud, incluida la prevención y el tratamiento del VIH/sida, en dos formatos como mínimo (por ejemplo, escrito y audio).

Intervenciones *dirigidas* a las personas con discapacidad

Intervenciones de acción humanitaria que pretenden abordar de *forma directa* las necesidades relacionadas con las discapacidad de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Por ejemplo:

- Proporcionar ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad, y sustituir las ayudas dañadas o perdidas.
- Establecer vías rápidas para las personas con discapacidad en los establecimientos sanitarios y servicios de rehabilitación (*véase la sección 7.4.b*).

Inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en las intervenciones de salud y VIH/sida de la acción humanitaria

5 Acciones programáticas

A continuación se describen diferentes acciones que contribuyen a que las intervenciones de salud y VIH/sida sean más inclusivas de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, independientemente de la etapa del ciclo del programa de acción humanitaria al que pertenecen (preparación; respuesta y recuperación temprana; o recuperación y reconstrucción). Estas acciones son puntos de partida y se pueden ejecutar de forma prioritaria basándose en el contexto nacional, con lo que se reconoce que no todas son aplicables en todas las situaciones. Algunas acciones son más adecuadas para las crisis prolongadas, mientras que otras son aplicables en emergencias repentinas. Pese a que esta guía de orientación organiza las acciones conforme a las etapas humanitarias, es importante reconocer que estas etapas están interrelacionadas y pueden solaparse. En algunos contextos, especialmente de conflicto, las etapas no están diferenciadas.

Durante las emergencias de gran magnitud, por ejemplo, de nivel 2 o 3,⁹ se pueden aplicar estas directrices en combinación con los *procedimientos operativos estándar simplificados* del UNICEF.¹⁰

⁹ Para obtener más información, consulte <http://www.unicefinemergencias.com/procedures/level-2.html>.

¹⁰ Para obtener más información, consulte www.unicefinemergencias.com/procedures/index.html.



Piernas protésicas ordenadas en un estante de un centro ortopédico de Kabul (Afganistán)

Incluir a los niños y niñas con discapacidad en la preparación resulta esencial no solo para reducir el riesgo y fortalecer la resiliencia de los niños y niñas con discapacidad y sus familias, sino también para establecer la capacidad, los recursos y los planes que permitan ejecutar una respuesta y una recuperación inclusivas. Siempre que los niños, niñas y adolescentes participen en cualquier iniciativa, también es necesario incluir a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.¹¹ Si las acciones de la etapa de preparación no son inclusivas, será necesario adaptar las acciones de las etapas posteriores.

Las intervenciones en esta sección también pueden contribuir a la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la planificación fundamentada en los riesgos. Algunas acciones también son aplicables a las etapas de recuperación y reconstrucción.

6.1 Coordinación

- a. Establecer un punto focal, un organismo de coordinación o un equipo de tareas en materia de discapacidad que represente los aspectos relativos a la discapacidad en los mecanismos de coordinación de salud y VIH/sida (por ejemplo, en los grupos temáticos o los grupos de trabajo).¹²
- b. Dentro del grupo de trabajo o equipo de tareas, implicar a los agentes con experiencia en gestión de las necesidades de los niños y niñas con discapacidad (como el ministerio gubernamental responsable de la discapacidad; los departamentos y las organizaciones que ofrecen servicios de rehabilitación, bienestar social, educación u otro tipo a niños y niñas con discapacidad; las organizaciones de personas con discapacidad; otros grupos relacionados con la discapacidad; ONG).
- c. Al establecer la capacidad de un sector o un grupo temático, identificar, crear y promover las asociaciones con partes interesadas gubernamentales y OSC que tengan experiencia en materia de discapacidad, como ONG, proveedores de servicios para personas con discapacidad y organizaciones de personas con discapacidad (véase el recuadro 5).

¹¹ Véase la campaña del UNICEF Take Us Seriously! Engaging children with disabilities in decisions affecting their lives, que ofrece asesoramiento para identificar y llegar a los niños y niñas con discapacidad y para colaborar con sus padres y cuidadores, además de pasos prácticos para conseguir el interés de los niños y niñas y medir la eficacia de su participación; véase www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

¹² En muchos casos, el punto focal en materia de discapacidad podría participar en la formación relacionada con esta materia prevista en el país o región.

Ejemplo: Mecanismo de coordinación de Nepal: subgrupo temático de lesiones y rehabilitación

Tras los terremotos producidos en Nepal en 2015, el Ministerio de Salud y Población de dicho país y la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron un «subgrupo temático de lesiones y rehabilitación» dentro del sistema de grupos temáticos. El subgrupo temático coordinaba la correlación de los servicios de rehabilitación y otros servicios especializados disponibles, la recopilación de datos, las redes de remisiones y la distribución de funciones de los equipos internacionales. Se divulgaron una serie de directrices nacionales sobre gestión de traumas en situaciones de emergencia, incluidos los criterios de rehabilitación desarrollados antes del terremoto, para hacerlos llegar a los equipos médicos y de rehabilitación (Handicap International).

- d. Entre las acciones del nivel de coordinación que asume el punto focal, organismo de coordinación o equipo de tareas en materia de discapacidad figuran las siguientes:
- Introducir componentes sobre inclusión de las personas con discapacidad en mandatos ejecutados por grupos de trabajo, grupos temáticos u otros mecanismos de coordinación pertinentes (las acciones indicadas en este manual pueden utilizarse como base para el mandato).
 - Respaldar la recopilación de los datos disponibles sobre niños, niñas y adolescentes con discapacidad como parte de los procesos de recopilación de datos humanitarios, por ejemplo, los sistemas de vigilancia sobre el terreno, las evaluaciones de las necesidades, los informes de asociados y los diagnósticos de las necesidades humanitarias.
 - Evaluar y correlacionar la experiencia actual y los recursos a disposición de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
 - Coordinar con los proveedores de servicios humanitarios y nacionales el establecimiento de mecanismos de remisión claros basados en las evaluaciones y los mapeos más actualizados.
 - Trabajar con los mecanismos en materia de WASH, nutrición, alojamiento, coordinación y gestión de campamentos (grupos temáticos) para planificar la accesibilidad de las principales intervenciones humanitarias (por ejemplo, establecimientos sanitarios, incluidas las instalaciones de WASH).

6.2 Análisis, seguimiento y evaluación

La recopilación de datos sobre los niños y niñas con discapacidad permite identificarlos, evaluar sus necesidades y supervisar los resultados de las intervenciones de salud y VIH/sida.

- Durante las etapas de preparación, buscar y recopilar los mejores datos disponibles sobre niños y niñas con discapacidad de poblaciones expuestas a las enfermedades, al deterioro de su estado de salud, a la violencia y a la transmisión del VIH.
- Los datos sobre los niños y niñas con discapacidad se pueden recopilar en todos los niveles, incluso en la comunidad, los distritos y el contexto nacional.

Identificación de los niños y niñas con discapacidad y desglose de los datos

Recuadro 3: Identificación de los niños y niñas con discapacidad a partir de fuentes existentes

- Los datos sobre niños y niñas con discapacidad pueden proceder de múltiples fuentes; por ejemplo: ministerios o departamentos del ámbito de la discapacidad; departamentos de educación; registros de beneficiarios de planes de protección social para niños y niñas con discapacidad o subsidio de educación; o destinatarios de ayudas técnicas.
- Es posible que algunas encuestas de hogares, como la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) del UNICEF, hayan utilizado en el pasado el módulo sobre funcionalidad infantil (véase el recuadro 4).¹³

>>>

¹³ La encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) del UNICEF es el programa de mayor envergadura de encuestas de hogares que proporciona datos sobre el bienestar de la infancia en todo el mundo y se lleva a cabo en 107 países. Para obtener más información, consulte <http://mics.unicef.org>.



- Con frecuencia, las escuelas especiales para niños y niñas con discapacidad, las organizaciones de personas con discapacidad y las ONG que trabajan con niños y niñas con discapacidad o que desarrollan programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) (véase el glosario, sección 11) cuentan con datos relativos a los niños y niñas con discapacidad, en particular en el plano comunitario.
- Si los datos sobre los niños y niñas con discapacidad de que se dispone son escasos, se puede utilizar una estimación con fines de planificación. Se debe tener en cuenta que las cifras de niños, niñas y adultos con discapacidad que suministran los censos o las encuestas nacionales a menudo son inferiores a las reales (OMS y CESPAP, 2008).
- La estimación de la OMS de que «el 15% de la población mundial vive con una discapacidad» (OMS, 2011) puede emplearse para calcular el número aproximado de adultos con discapacidad de una población.
- El número de niños y niñas con discapacidad se puede calcular sobre la base del 10% de la población de niños, niñas y jóvenes de una población concreta (UNICEF, 2007).
- Las estimaciones deben tener en cuenta que la proporción de personas con discapacidad en las zonas afectadas por conflictos puede ser más alta.¹⁴

¹⁴ Por ejemplo, en un estudio sobre los refugiados sirios que viven en los campamentos de Jordania y el Líbano se constató que el 22% de las personas de este grupo tiene una discapacidad (Handicap International y HelpAge, 2014). Esta cifra supera la prevalencia mundial estimada del 15%.

Recuadro 4: Recopilación de datos desglosados por discapacidad

- Las encuestas, los censos y los sistemas de inscripción pueden utilizar dos módulos (listas de preguntas) para identificar a los niños, niñas y adultos con discapacidad y para desglosar los datos por discapacidad:
- La lista breve de preguntas sobre discapacidad (Short Set of Questions on Disability) propuesta por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad identifica a los adultos con discapacidad a través de preguntas relacionadas con dificultades al ejecutar seis actividades: marcha, vista, audición, cognición, autosuficiencia para el cuidado personal y comunicación.¹⁵
- El módulo de encuestas sobre la funcionalidad infantil (Survey Module on Child Functioning) del Grupo de Washington y el UNICEF es un conjunto de preguntas que permite identificar a los niños de 2 a 17 años que tienen dificultades en 14 ámbitos, entre los que se incluyen la vista, la audición, la movilidad, la comunicación y comprensión, el aprendizaje, las relaciones y el juego.¹⁶
- El desglose de los datos por discapacidad (además de por edad y sexo) es importante en las actividades de todas las etapas, como la evaluación de las necesidades y el seguimiento del programa.
- Incluir el módulo sobre funcionalidad infantil en una encuesta de mayor envergadura (por ejemplo, una MICS del UNICEF).
- Desglosar los datos por discapacidad en los Sistemas de Información sobre la Gestión Sanitaria y los sistemas de historiales médicos, como los de inmunización y estado de salud.

¹⁵ El Grupo de Washington fue creado por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas con el propósito de mejorar los datos comparables sobre discapacidad. Para consultar la lista de preguntas, véase www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions.

¹⁶ El módulo de encuestas sobre la funcionalidad infantil está recomendado para niños de 2 a 17 años, ya que tiene más en cuenta el desarrollo infantil que la lista breve de preguntas del Grupo de Washington. No se puede recopilar información fiable sobre niños y niñas con discapacidad menores de 2 años en las encuestas de población. Debido a la naturaleza transicional del desarrollo infantil, los retrasos en el desarrollo de los niños y niñas de esta edad no siempre son indicativos de discapacidad (UNICEF, 2016a). Para obtener más información, consulte <https://data.unicef.org/topic/child-disability/child-functioning-module> y www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/child-disability.

Evaluación de necesidades

- c. Tener en cuenta el desglose por discapacidad al establecer un mecanismo de evaluación rápida mediante la incorporación al cuestionario de la lista breve de preguntas del Grupo de Washington o del módulo de encuestas sobre la funcionalidad infantil (véase el recuadro 4).
- d. Detectar las necesidades específicas de los niños y niñas con discapacidad en las evaluaciones relacionadas con la salud y el VIH/sida.
- e. Identificar los programas, intervenciones y servicios existentes a los que tienen acceso los niños y niñas con discapacidad, como las escuelas inclusivas y especiales, los espacios amigos de la infancia que son inclusivos de las personas con discapacidad, la salud psicosocial, los programas de educación sobre el riesgo de las minas, el suministro de ayudas técnicas o los centros de rehabilitación.
- f. Con frecuencia, las organizaciones de personas con discapacidad y las ONG que trabajan con niños y niñas con discapacidad y desarrollan programas de RBC cuentan con datos relativos a los niños y niñas con discapacidad, en particular en el plano comunitario.¹⁷
 - Estos datos pueden aportar información valiosa sobre la situación, las vulnerabilidades y necesidades de los niños y las niñas con distintas discapacidades, así como sobre las capacidades locales de que se dispone para hacerles frente.
 - En el proceso de recopilación de datos sobre las personas con discapacidad también pueden ser de utilidad los trabajadores de los servicios de RBC y de las organizaciones de personas con discapacidad.

¹⁷ Los datos procedentes del plano comunitario pueden proporcionar información con respecto a las necesidades y las vulnerabilidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad sobre la que documentar la planificación y la programación.

Seguimiento y evaluación del programa

- g. A la hora de establecer sistemas y procedimientos para medir qué servicios de salud y VIH/sida se proporcionarán, quién recibirá los servicios y los resultados obtenidos, deben desglosarse los datos por discapacidad, sexo y edad.
- h. Revisar y adaptar los mecanismos existentes, como los sistemas de cartografiado de las cinco preguntas («quién hace qué, dónde, cuándo y para quién»)¹⁸ y los sistemas de cartografiado de la disponibilidad de recursos sanitarios, a fin de recopilar información relevante sobre los servicios relacionados con la discapacidad (véase la sección 6.2.e). Estos datos también serán útiles durante la etapa de evaluación.
- i. Analizar la posibilidad de mejorar el desglose por discapacidad cuando se elaboren sistemas de gestión de la información que incluyan datos desglosados por sexo y edad, así como información que tenga en cuenta el género y la discapacidad. Incluir datos desglosados por discapacidad en sistemas como los Sistemas de Información sobre la Gestión Sanitaria constituye una inversión a largo plazo en la capacidad nacional para el seguimiento de las respuestas humanitarias.

¹⁸ Las cinco preguntas tienen por objeto describir la presencia operativa por sector y ubicación en una emergencia. Para obtener más información, véase <https://www.humanitarianresponse.info/es/applications/tools/category/3w-who-does-what-where>.

6.3 Planificación

Como parte de la planificación, deben tenerse en cuenta los aspectos siguientes:

Prestación de servicios

- a. Revisar la legislación, las políticas y los programas de salud y VIH/sida (incluidos los relativos a la atención primaria de la salud y la salud sexual y reproductiva) con el objetivo de evaluar si tienen en cuenta a los niños y niñas con discapacidad.
- b. Destacar esta información en las actividades de formación dirigidas a los colegas en el ámbito de la salud y el VIH/sida, así como en los materiales de comunicación para cambios en el comportamiento y de comunicación para el desarrollo (véase *el glosario, sección 11*).
- c. Examinar los sistemas de registro sanitario, las tarjetas de identificación y otros documentos esenciales para la provisión de servicios de protección social y de salud y VIH/sida (como seguros médicos), y determinar si son inclusivos y si abordan las necesidades de los niños y niñas con discapacidad.
- d. Determinar si existe un sistema de tarjetas de identificación de discapacidad.¹⁹ Analizar la forma de simplificar los procedimientos para emitir tarjetas de identificación y sustituir las extraviadas.
- e. Recopilar información sobre los programas de protección social (véase *el glosario, sección 11*) y las prestaciones en apoyo a los hogares en los que hay niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, transferencias de efectivo para servicios de salud esenciales, o acceso a ayudas técnicas²⁰).
- f. Utilizar mecanismos de divulgación y colaborar con las organizaciones de personas con discapacidad con miras a llegar a los niños y niñas con discapacidad que pueden no estar escolarizados o estar aislados en sus casas.
- g. Respaldar a los niños y niñas con discapacidad y a sus cuidadores para que participen en actividades de preparación y reducción del

¹⁹ Con frecuencia las tarjetas de identificación de discapacidad se utilizan como criterio para acceder a los servicios.

²⁰ Para obtener más información, consulte www.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/es.

riesgo de desastre. Entre el apoyo prestado puede incluirse la ayuda al transporte o subsidios para que los cuidadores acompañen o ayuden a los niños y niñas con discapacidad durante las actividades.

- h. Desarrollar protocolos de tratamiento estandarizados —de conformidad con las directrices nacionales o internacionales²¹— para las discapacidades que podrían ser el resultado de situaciones de emergencia o verse exacerbadas por estas (OMS, CBM et al., 2013).
- i. Elaborar folletos educativos para el paciente en formatos accesibles (véase el glosario, sección 11) de cara a la prevención y el tratamiento de afecciones relacionadas con la discapacidad, como la epilepsia o las úlceras de decúbito (véase el glosario, sección 11), y la gestión de lesiones relacionadas con los desastres, como las fracturas, las amputaciones y la lesión de la médula espinal.

Ejemplo: Protocolos de gestión de situaciones con gran número de víctimas en Nepal

El Ministerio de Salud y Población de Nepal, junto con Handicap International, la OMS, Oxfam y Save the Children, pusieron en marcha un Programa de Preparación para Terremotos (2011-2014) centrado en la gestión de las situaciones en las que se produce un gran número de víctimas a consecuencia de un gran desastre. Desarrollaron protocolos y actividades de formación sobre gestión de traumas y materiales educativos para el paciente. Los temas abordados incluían las fracturas complejas, la lesión de la médula espinal, las quemaduras y el traumatismo craneoencefálico. Por primera vez, profesionales de la salud de diversas disciplinas (médicos, enfermeros y fisioterapeutas) se unieron adoptando un enfoque integrado. La gestión incluía intervenciones de atención primaria y de emergencia, además de la rehabilitación aguda y a largo plazo. En abril de 2015 el sistema estaba en vigor y contribuyó a dar una respuesta eficaz al terremoto a escala nacional (WCPT, 2016).

²¹ Por ejemplo, OMS (2016) *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters*, y OMS (2016) *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*.

Recuadro 5: Colaboración de las personas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad

Las personas con discapacidad pueden ser miembros del personal, consultores, asesores, voluntarios y asociados en todas las fases de la acción humanitaria. Su experiencia y perspectiva pueden fundamentar la coordinación sanitaria, la recopilación de datos, las evaluaciones, el suministro de ayudas técnicas, la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, y la elaboración de materiales de comunicación.

Las organizaciones de personas con discapacidad representan a las personas con discapacidad en el contexto comunitario, nacional, regional e internacional. Algunas son específicas de un tipo determinado de discapacidad, como la National Federation of the Blind (Federación nacional de personas ciegas); otras tienen carácter geográfico, como el Foro Africano sobre la Discapacidad.

- A fin de garantizar que su participación sea plena, debe consultarse a las personas con discapacidad en qué formato prefieren la información (véase la sección 9.3) y considerar la accesibilidad de los lugares en los que se celebrarán las reuniones (véase la sección 10).
- En la medida de lo posible, se debe cubrir cualquier gasto adicional de las personas con discapacidad, como los costos de transporte o de acompañante.
- Conviene establecer asociaciones con organizaciones de personas con discapacidad y otras organizaciones con conocimientos y experiencia en la inclusión de los niños y niñas con discapacidad, así como movilizar las asociaciones existentes en actividades humanitarias para hacer uso de la capacidad y la experiencia de las personas con discapacidad.

>>>

>>>>

- En algunas regiones, las organizaciones de mujeres con discapacidad son activas y están bien informadas sobre las necesidades y los derechos particulares de las niñas con discapacidad.
- Para buscar una organización de personas con discapacidad, revise la lista de miembros de la Alianza Internacional de Discapacidad.²²
- Si no existe una organización de personas con discapacidad en su país, contacte con una de carácter regional.

Ejemplo: Una joven con discapacidad dirige un comité de gestión de desastres

Kazol, una joven usuaria de silla de ruedas, es la presidenta del Comité de Distrito para la Gestión de Desastres en Bangladesh y dirige un subcomité encargado de velar por la higiene durante las inundaciones. «Debo ayudar a la gente a entender el modo de mantener limpios los alimentos para que no les afecten los gérmenes. Tenemos un sistema de alerta temprana, y nos aseguramos de que las personas con deficiencias del habla o auditivas sepan cómo funciona dicho sistema en su caso. Elaboramos una lista de médicos con sus números de teléfono; durante las inundaciones utilizamos esa lista si es necesario. También tenemos planes para rescatar a personas con discapacidad en caso de inundación»²³ (Plan International, 2013).

²² Para consultar la lista de miembros, véase <http://www.internationaldisabilityalliance.org/es/content/ida-members>.

²³ Puede verse un vídeo sobre Kazol en www.cbm.org/video/My-story-Kazol-Rekha-386717.php.

Recursos humanos

- j. Identificar y crear listas del personal existente con conocimientos especializados en el trabajo con niños y niñas con discapacidad, como por ejemplo los intérpretes de lengua de señas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y terapeutas del lenguaje, así como educadores especiales para niños y niñas con discapacidad intelectual y psicosocial o aquellos que son sordos o ciegos.
- k. Elaborar descripciones de las funciones del personal asociado a la discapacidad, de forma que pueda movilizarse rápidamente durante la fase de respuesta.
- l. Consultar y reclutar a personas con discapacidad en todos los procesos de preparación, ya que pueden aportar sus conocimientos especializados de primera mano sobre los problemas a los que se enfrentan los menores y adultos con discapacidad (véase el recuadro 5).
- m. Movilizar los conocimientos especializados y la experiencia en materia de discapacidad para fundamentar intervenciones y programas inclusivos de salud y VIH/sida (véase el recuadro 8).
- n. Considerar la posibilidad de designar y seleccionar a un punto focal en materia de discapacidad dentro de la organización o agencia.

Ejemplo: Listado de fisioterapeutas para responder a situaciones de emergencia

Los fisioterapeutas que trabajan en el Reino Unido son reclutados por el equipo médico de emergencias de dicho país para incorporarse al registro de respuesta en casos de emergencia. Los que poseen la experiencia apropiada reciben capacitación previa al despliegue, que incluye cuestiones de seguridad, principios humanitarios y formación clínica especializada sobre rehabilitación postraumática. La capacitación también incluye sesiones de primeros auxilios psicológicos,²⁴ y establece un servicio de sillas de ruedas de emergencia y jornadas de prácticas clínicas para practicar nuevas habilidades. Quienes tienen la posibilidad de ser desplegados reciben formación adicional en el entorno de un hospital de campaña. Los fisioterapeutas inscritos en el registro han actuado ya en las respuestas a situaciones de emergencia en Gaza, Nepal y Filipinas (WCPT, 2016).

²⁴ Puede verse un manual de primeros auxilios psicológicos en www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/es.

Adquisición y suministros

- ñ. Identificar los suministros regulares que benefician a todos los menores, incluidos los niños y niñas con discapacidad, como orinales, tazas, asideros para los retretes, bidones portátiles y protectores de colchón de plástico.
- o. Identificar suministros específicos que respondan a las necesidades asociadas a la discapacidad de los niños y niñas; estos incluyen ayudas técnicas y otros instrumentos de apoyo a los menores y adolescentes con discapacidad, como los dispositivos de movilidad (sillas de ruedas, muletas, triciclos), tableros o libros de comunicación, audífonos y pilas, y bastones blancos (*véase el recuadro 7*).
- p. Identificar y garantizar un abastecimiento suficiente de suministros médicos y medicamentos para tratar las enfermedades crónicas y dar apoyo a quienes las padecen, incluidas las relacionadas con la salud psicosocial (por ejemplo, catéteres, pañales para adolescentes, materiales de nutrición enteral, y medicamentos para la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la esquizofrenia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la epilepsia).
- q. En ausencia de datos previos sobre los niños, niñas y adultos con discapacidad, se puede estimar que el 3% de la población necesita ayudas técnicas (UNICEF y OMS, 2015). Los presupuestos y suministros de ayudas técnicas se deben planificar en consonancia.
- r. Conviene realizar evaluaciones para identificar y valorar a los niños y niñas que necesitan ayudas técnicas y colaborar con las organizaciones que las suministran (*véase el recuadro 7*).
- s. La lista de ayudas técnicas prioritarias de la OMS puede fundamentar la planificación y las adquisiciones de dichos materiales.²⁵
- t. Algunos dispositivos también pueden elaborarse y fabricarse localmente a partir de recursos básicos. Las organizaciones de personas con discapacidad, las familias de los niños y niñas con discapacidad y los trabajadores sanitarios pueden ayudar a ubicar, diseñar o adaptar los artículos.
- u. En el momento de establecer los requisitos básicos de la cadena de suministro —como la ubicación de la logística, los proveedores y las

²⁵ Para consultar la lista completa y obtener más información, véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207697/1/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf?ua=1.

existencias de socorro— identificar proveedores locales de ayudas técnicas, y compartir esta información con los asociados humanitarios.

Financiación y presupuestación

- v. Asignar un presupuesto (proporcional a la financiación disponible) a las actuaciones enumeradas en este manual,²⁶ como la formación de los trabajadores de salud y VIH/sida para identificar y abordar las necesidades de los niños y niñas con discapacidad; la realización de campañas de sensibilización sobre la discapacidad; la construcción o modificación de establecimientos sanitarios para una mayor accesibilidad; el suministro de ayudas técnicas; el reclutamiento de equipos de divulgación en materia de salud y rehabilitación; y la elaboración de materiales de comunicación accesibles.
- w. Asignar un presupuesto a los proveedores de servicios que abordan las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad, como médicos especializados en rehabilitación, terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas, logopedas y terapeutas del lenguaje, e intérpretes de lengua de señas.

6.4 Desarrollo de la capacidad

- a. Identificar oportunidades de formación relativas a la inclusión de niños, niñas y adultos con discapacidad, y designar a miembros del personal para asistir a ellas.²⁷
- b. Invitar a las organizaciones de personas con discapacidad a que participen en las actividades de formación sobre cuestiones humanitarias, para que se familiaricen con el sistema humanitario, la programación y los procesos y herramientas de salud, e invitarlas también a las estructuras de coordinación gubernamentales de respuesta ante situaciones de emergencia. Esto alentará a las organizaciones de personas con

²⁶ Las Normas mínimas para la inclusión de la edad y la discapacidad en la acción humanitaria recomiendan presupuestar entre un 0,5% y un 1% adicional para la accesibilidad física (edificación y letrinas) y entre un 3% y un 4% para los artículos no alimentarios especializados y los equipos de movilidad (Age and Disability Consortium, 2015).

²⁷ Con frecuencia, las ONG que trabajan con personas con discapacidad, las organizaciones de personas con discapacidad o los diversos ministerios y departamentos gubernamentales organizan cursos de formación en los que abordan las necesidades de los niños y niñas con discapacidad en el país o región.

discapacidad a contribuir a los mecanismos de coordinación en materia de salud y VIH/sida, el análisis del riesgo, el seguimiento, la preparación y las medidas de respuesta.

- c. Desarrollar una sesión de concienciación sobre discapacidad y un módulo formativo que se utilice para la capacitación sobre salud y VIH/sida en situaciones de emergencia,²⁸ que comprenda:
 - la recopilación de datos sobre niños y niñas con discapacidad;
 - la identificación y, cuando corresponda, remisión de los niños con diversas discapacidades (*véase el glosario, sección 11*) a servicios de valoración y rehabilitación adicionales;
 - las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, incluida la salud infantil y neonatal, la inmunización, la rehabilitación, y la prevención y el tratamiento del VIH/sida;
 - los riesgos y obstáculos de salud a los que se enfrentan los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para acceder a los servicios de salud y VIH/sida, así como las formas de reducirlos mediante la incorporación de enfoques generales inclusivos;
 - el apoyo psicosocial, como los primeros auxilios psicológicos y la coordinación asistencial para niños y niñas con discapacidad (*véase el glosario, sección 11, y el manual sobre protección*);²⁹
 - la comunicación con niños y niñas con discapacidad (*véase la sección 9.2*) y la adaptación de la información sobre salud y VIH/sida para que sea accesible (*véase la sección 9.3*).
- d. Incluir a formadores con experiencia en discapacidad cuando se prepare un grupo de formadores (por ejemplo, el personal de organizaciones de personas con discapacidad y ONG que trabajan con en aspectos relativos a los niños y niñas con discapacidad, así como el Gobierno).

²⁸ Las sesiones de concienciación tienen por objeto despertar el interés y generar un cambio de actitud hacia la discapacidad, mientras que el objetivo de la formación es mejorar las competencias prácticas y las habilidades profesionales para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad. El vídeo de orientación del UNICEF sobre discapacidad presenta aspectos relativos a la discapacidad, explica por qué es importante incluir a los niños y niñas con discapacidad y subraya el planteamiento que adopta el Fondo con respecto a la inclusión de las personas con discapacidad. Disponible en inglés, francés y español, en www.unicef.org/disabilities/66434.html.

²⁹ Véase training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html.

- e. Llevar a cabo actividades de formación sistemáticas y relevantes que incluyan componentes sobre los niños y niñas con discapacidad en los talleres generales humanitarios y de salud. Utilizar el módulo (véase la sección 6.4.c) para llevar a cabo formación específica en materia de discapacidad y de salud y VIH/sida en la acción humanitaria.

Ejemplo: Formación inclusiva en primeros auxilios en la preparación para casos de desastre

En 2006, la asociación hospitalaria Emmanuel de la India creó una unidad de gestión y mitigación de desastres. El proyecto, respaldado por CBM,³⁰ ha desarrollado la inclusión de las personas con discapacidad en la preparación para casos de desastre en ocho estados. Tres mil voluntarios y profesionales comunitarios recibieron formación en primeros auxilios y en la respuesta básica en casos de desastre. La guía de primeros auxilios de la asociación se publicó en Braille, se incluyó a personas con discapacidad en la formación en primeros auxilios y, por primera vez, se elaboró un plan rural de gestión de desastres que atendía las necesidades de las personas con discapacidad en el plano comunitario (CBM y DiDRRN, 2013).

6.5 Infraestructuras accesibles

- a. Cuando se evalúen y se haga una identificación previa de los edificios e instalaciones que podrían utilizarse para servicios de salud y VIH/sida en intervenciones de emergencia (como los dispensarios de atención primaria, hospitales y centros de rehabilitación), se deben buscar infraestructuras que ya son accesibles o que requieren modificaciones menores.
- b. Incluir la accesibilidad entre los criterios de evaluación o las normas utilizados en la selección de los edificios e instalaciones relacionados con la salud.
- c. En los casos en que proceda, se deben planificar y presupuestar las modificaciones necesarias para hacer que las instalaciones relacionadas con la salud sean accesibles, y considerar la accesibilidad a la hora de establecer establecimientos sanitarios temporales.

³⁰ CBM es una ONG de desarrollo internacional de carácter confesional cuya labor se centra en las personas con discapacidad.

- d. Planificar pensando desde el principio en la accesibilidad —desde la etapa de planificación y diseño— es mucho menos costoso que modificar las infraestructuras existentes.³¹
- e. Para obtener consejos sobre cómo construir, reconstruir o modificar edificios e instalaciones para que sean accesibles, véase «Consejos sobre infraestructuras accesibles» (sección 10).³²

6.6 Comunicación para cambios en el comportamiento y comunicación para el desarrollo

- a. Implicar a los colegas de comunicación en el desarrollo de información inclusiva y accesible (véanse las secciones 9.2 y 9.3), así como en las campañas sobre las necesidades en materia de salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, como por ejemplo:
 - folletos de educación sanitaria sobre temas relacionados con la discapacidad dirigidos a los niños y niñas con discapacidad, por ejemplo, sobre glaucoma, epilepsia, diabetes juvenil y cómo evitar complicaciones secundarias, como la prevención y el tratamiento de las úlceras de decúbito;
 - información de fácil comprensión sobre el uso y mantenimiento de las ayudas técnicas;
 - información sobre salud sexual y reproductiva y sobre prevención y tratamiento del VIH/sida en formatos accesibles, por ejemplo, escrito y audio;
 - mensajes sobre el derecho de todos los niños y niñas con discapacidad a acceder a los servicios de salud, con inclusión de la salud sexual y reproductiva y el VIH/sida.
- b. Incluir imágenes positivas de niños, niñas y mujeres con discapacidad en los materiales de comunicación (por ejemplo, representar a mujeres con discapacidad como madres o mujeres embarazadas) a fin de ayudar a cambiar las actitudes hacia las personas con discapacidad y reducir el estigma y la discriminación.

³¹ Por ejemplo, el costo de hacer accesible la letrina de una escuela es inferior al 3% del costo global de la letrina, y puede ser inferior al 1% si se planifica desde el principio (WEDC, 2010).

³² Para consultar las especificaciones de accesibilidad de edificios e instalaciones, véase www.unicefinemergencias.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf.

- c. Cuando se utilicen mecanismos de formulación de sugerencias y reclamaciones como parte de los procesos de colaboración de la comunidad y de rendición de cuentas, tener en cuenta la accesibilidad para las personas con distintos tipos de discapacidad; por ejemplo, utilizar al menos dos vías distintas para recopilar comentarios, como pueden ser la oral y la escrita (véase la sección 9.2).

Ejemplo: Desarrollo de materiales de comunicación inclusivos de los refugiados con discapacidad

El proyecto Syrian Disability Representatives (Representantes de Personas con Discapacidad de Siria), respaldado por Handicap International, tenía por objetivo el desarrollo de grupos de autoayuda para refugiados sirios con discapacidad en Jordania y el Líbano en 2016. Dichos grupos de autoayuda elaboraron materiales de comunicación (carteles, tarjetas postales, imágenes, vídeos) en árabe e inglés destinados a reducir el estigma al que se enfrentan las personas con discapacidad. Los materiales reflejaban los artículos de la CDPD, por ejemplo, el artículo 25 sobre el derecho a la salud y el artículo 26 sobre rehabilitación³³ (Handicap International).

³³ Para consultar los materiales, véase training.unicef.org/disability/emergencies/resources.html.

6.7 Lista de verificación de la preparación

La lista de verificación, obtenida a partir de las acciones programáticas que se describen en este documento, puede contribuir a planificar y evaluar si las acciones clave incluyen a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los planes de preparación. Para completar la lista de verificación, puede que sea necesario entablar un diálogo con otros colegas y partes interesadas. Resultaría de ayuda completar la lista de verificación en una reunión de equipo o de coordinación. Si desea imprimir copias de la lista de verificación, puede obtenerlas en training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html.

| Consideraciones para incluir a los niños y niñas con discapacidad en la preparación | |
|--|---|
| Coordinación | |
| ¿Se ha designado un punto focal, un organismo de coordinación o un equipo de tareas en materia de discapacidad para los mecanismos de coordinación relacionados con la salud y el VIH/sida (incluidos los grupos temáticos)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Análisis, seguimiento y evaluación | |
| ¿Se han recopilado los datos disponibles sobre los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, de los departamentos de salud, bienestar social, instituciones, ONG u organizaciones de personas con discapacidad)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |

| | |
|--|---|
| Notas | |
| <p>¿Las evaluaciones de las necesidades en materia de salud y VIH/sida, los formularios de admisión y remisión, los historiales médicos y las herramientas de seguimiento y elaboración de informes identifican las necesidades de los niños y niñas con discapacidad en materia de salud y desglosan los datos de discapacidad (véase el recuadro 4)?</p> | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| <p>¿Se han identificado los servicios y programas existentes para los niños y niñas con discapacidad (p. ej., servicios de salud psicosocial, programas de educación sobre el riesgo de las minas, suministro de ayudas técnicas y centros de rehabilitación)?</p> | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| | |
|--|---|
| Planificación | |
| ¿Se han incluido aspectos relacionados con los niños y niñas con discapacidad en los planes de preparación del ámbito de la salud y el VIH/sida, incluidos los planes desarrollados por medio de mecanismos de coordinación o grupos de trabajo interministeriales o interdepartamentales? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se ha consultado a los niños y niñas con discapacidad, a sus familias y a las organizaciones de personas con discapacidad y se ha contado con su colaboración en las actividades de preparación relacionadas con la salud y el VIH/sida? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se ha asignado un presupuesto a los servicios y suministros para cubrir las necesidades en materia de salud y VIH/sida de los niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| | |
|--|---|
| <p>¿Se han establecido colaboraciones o alianzas con entidades u organizaciones con un conocimiento experto en materia de discapacidad (por ejemplo, departamentos gubernamentales que prestan servicios a los niños y niñas con discapacidad, ONG que trabajan en temas de discapacidad y proporcionan ayudas técnicas, organizaciones de personas con discapacidad o centros de rehabilitación)?</p> | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| <p>Notas</p> | |
| <p>¿Se han tenido en cuenta en la planificación de los suministros de salud y VIH/sida los productos relevantes para los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, ayudas técnicas, orinales de cuña o asideros para retretes)?</p> | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| <p>Notas</p> | |
| <p>¿La accesibilidad de las personas con discapacidad constituye un criterio para identificar y seleccionar los establecimientos sanitarios en situaciones de emergencia (por ejemplo, emplazamientos para las campañas de vacunación, ambulatorios, servicios de divulgación)?</p> | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |

| | |
|---|---|
| Notas | |
| Desarrollo de la capacidad | |
| ¿El personal humanitario que trabaja en el ámbito de la salud y el VIH/sida ha recibido formación sobre la inclusión de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, cómo hacer que las intervenciones de salud y VIH/sida sean inclusivas, comunicarse con los niños y niñas con discapacidad y adaptar la información)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Comunicación para cambios en el comportamiento y comunicación para el desarrollo | |
| ¿Se han desarrollado materiales de salud y VIH/sida como parte de la labor de preparación en al menos dos formatos (por ejemplo, escrito y audio)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |



Ahmad, de 12 años, recibe fisioterapia en el campamento de refugiados de Za'atari (Jordania). Ahmad tiene parálisis cerebral.

Verificar las medidas de preparación y adaptar en consonancia las medidas de respuesta y recuperación temprana.

7.1 Coordinación

- a. Establecer un punto focal,³⁴ un organismo de coordinación o un equipo de tareas en materia de discapacidad que represente los aspectos relativos a la discapacidad en los mecanismos de coordinación humanitaria en materia de salud y VIH/sida (por ejemplo, en los grupos temáticos o los grupos de trabajo).
- b. Establecer vínculos sobre aspectos fundamentales entre las autoridades gubernamentales y el grupo temático en apoyo a unos servicios de salud y VIH/sida coordinados e inclusivos.
- c. Crear vías de remisión por medio de conexiones intersectoriales a fin de identificar las necesidades de los niños y niñas con discapacidad y responder eficazmente a ellas:
 - con el grupo temático sobre educación para coordinar la distribución de ayudas técnicas como refuerzo del aprendizaje de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y garantizar la cobertura de los menores con discapacidad en los programas de salud y vacunación infantil (incluidas las campañas de vacunación) que se desarrollan en espacios temporales de aprendizaje (véase el manual sobre educación);³⁵
 - con el grupo temático sobre nutrición para crear y ejecutar mecanismos de remisión para el tratamiento de la malnutrición en los niños, niñas y mujeres con discapacidad (incluido el tratamiento de los recién nacidos con dificultades de amamantamiento) y coordinar el suministro de ayudas técnicas como apoyo a la alimentación de los niños, niñas, adolescentes y embarazadas con discapacidad (véase el manual sobre nutrición);³⁶

³⁴ El punto focal en materia de discapacidad podría participar en la formación relacionada con esta materia prevista en el país o región.

³⁵ Véase training.unicef.org/disability/emergencies/education.html.

³⁶ Véase: training.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html.

- con el grupo temático sobre WASH para responder a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en materia de agua e higiene (p. ej., tratamiento de las úlceras de decúbito, gestión de la higiene menstrual), para suministrar ayudas técnicas para el aseo (p. ej., sillas con orinal) enfocadas a la prevención y el tratamiento inclusivos de las enfermedades relacionadas con el agua y la higiene y para construir y reconstruir instalaciones de WASH accesibles en centros sanitarios y ambulatorios temporales y permanentes (véase el manual sobre WASH);³⁷
 - con el grupo temático sobre protección para garantizar la cobertura de los niños y niñas con discapacidad en los programas de salud infantil e inmunización (incluidas las campañas de vacunación) que se desarrollan en espacios amigos de la infancia y para derivar a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad hospitalizados que no tienen acompañante a los servicios de reagrupación familiar (véase el manual sobre protección);³⁸
 - con el subgrupo temático o grupo de trabajo sobre VIH/sida (donde existan) para garantizar los mecanismos de remisión de los niños, niñas y mujeres con discapacidad supervivientes de la violencia sexual a la información (en formatos accesibles) y los servicios (incluida la profilaxis después de la exposición) de prevención y tratamiento del VIH.
- d. Al correlacionar los servicios humanitarios relativos a la salud y el VIH/sida, como en el caso de la base de datos de las cinco preguntas (véase la sección 6.2.h) y los sistemas de cartografiado de la disponibilidad de recursos sanitarios, recopilar información del ministerio o departamento encargado de las cuestiones de discapacidad, las organizaciones que prestan servicios inclusivos a niños, niñas y adolescentes con discapacidad y las que prestan servicios dirigidos (como suministro de ayudas técnicas y centros de rehabilitación).
- e. Detectar las carencias y promover la adaptación de los servicios de salud y VIH/sida que en la actualidad no son inclusivos de los niños y niñas con discapacidad, de acuerdo con las orientaciones de este manual. Algunos ejemplos de servicios que no son inclusivos incluyen los ambulatorios de atención primaria de la salud que carecen de rampas para el acceso de niños, niñas y adultos con discapacidad o de personal formado en la comunicación con niños y niñas con discapacidad.

³⁷ Véase training.unicef.org/disability/emergencies/wash.html.

³⁸ Véase training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html.

7.2 Análisis, seguimiento y evaluación

- a. Revisar y utilizar cualquier herramienta de recopilación de datos que se haya desarrollado o adaptado durante la preparación a fin de incluir a los niños y niñas con discapacidad.
- b. Si se han desarrollado herramientas de recopilación de datos, revisarlas y adaptarlas según sea necesario para incluir a los niños y niñas con discapacidad (véase la sección 6.2).
- c. Recopilar datos sobre los niños y niñas con discapacidad a todos los niveles —incluido en el hogar, la comunidad, los distritos y en el contexto nacional—.

Identificación de los niños y niñas con discapacidad y desglose de los datos

- d. La identificación de los niños y niñas con discapacidad (véase el recuadro 3) y el desglose de los datos por discapacidad (véase el recuadro 4) pueden servir para fundamentar programas de salud y VIH/sida inclusivos y determinar en qué medida pueden acceder los niños y niñas con discapacidad a servicios como las campañas de vacunación.

Evaluaciones de las necesidades humanitarias

- e. Incorporar aspectos relacionados con los niños, niñas y mujeres con discapacidad en las evaluaciones generales de las necesidades humanitarias, como son las evaluaciones rápidas iniciales multisectoriales o de grupos múltiples³⁹ y las evaluaciones de las necesidades postdesastre.
- f. En el caso de los instrumentos de recopilación de información sobre las personas (por ejemplo, Sistemas de Información sobre la Gestión Sanitaria, sistemas de seguimiento de lesiones, sistemas de seguimiento del VIH/sida o sistemas de historiales médicos), adaptar las herramientas para poder recopilar datos desglosados por discapacidad, edad y sexo (véase el recuadro 4).

³⁹ Para más información, véase «Humanitarian Programme Cycle: Needs assessments» (Ciclo de programa humanitario: evaluación de las necesidades): <https://www.humanitarianresponse.info/es/programme-cycle/space>.

- g. Valorar la accesibilidad de las instalaciones y los servicios de salud y VIH/sida, como los ambulatorios de atención primaria, con el objetivo de verificar si los niños y niñas con discapacidad están presentes y participan en actividades humanitarias (*véase la sección 10*).
- h. Dentro de las evaluaciones participativas, organizar grupos dirigidos de discusión y entrevistas con informantes clave a fin de recopilar información sobre los riesgos para la salud y el acceso a los servicios de salud y VIH/sida de los niños y niñas con discapacidad.
 - Entrevistar a adultos y jóvenes con discapacidad como informantes clave. Invitar a las organizaciones de personas con discapacidad, a los grupos locales de discapacidad y a los padres y cuidadores con discapacidad a los grupos dirigidos de discusión (*véase el recuadro 5*).
 - Identificar las necesidades de salud generales y específicas de la discapacidad de los niños, niñas y mujeres con discapacidad.
 - Las necesidades generales incluyen la vacunación, los servicios de salud neonatal e infantil, la salud sexual y reproductiva y la prevención y el tratamiento del VIH/sida.
 - Las necesidades específicas por discapacidad incluyen la rehabilitación temprana (*véase el glosario, sección 11*), la rehabilitación física y ocupacional y las ayudas técnicas.
 - Recopilar información sobre las barreras a las que se enfrentan los niños y niñas con discapacidad y sus cuidadores para poder acceder a los servicios humanitarios y a la información, y tenerla en cuenta a la hora de establecer vías de remisión. Entre las barreras pueden incluirse:
 - prácticas discriminatorias contra las niñas con discapacidad para acceder a la información sobre salud reproductiva (por ejemplo, denegarles información o servicios);
 - dificultad para acceder a los servicios debido a la distancia o a la falta de transporte;
 - establecimientos sanitarios inaccesibles (por ejemplo, ambulatorios con escaleras y sin rampas, o con retretes a los que no puede accederse en silla de ruedas);
 - falta de conocimiento y de apoyo de los trabajadores humanitarios para prestar servicios sanitarios a niños, niñas y mujeres con diferentes discapacidades; y

- falta de suministros adecuados para los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, sillas de ruedas, muletas y audífonos del tamaño adecuado, falta de medicación específica para trastornos psicosociales o enfermedades crónicas).
- i. Cuando los datos se recopilen directamente de los niños y niñas con discapacidad, puede que sea necesario contar con el apoyo adecuado para comunicar, otorgar el consentimiento y mantener la confidencialidad. Dicho apoyo incluye una comunicación alternativa o la interpretación en lengua de señas (véase la sección 9.2).
 - j. Promover la participación de los niños y niñas.⁴⁰ Con frecuencia, los menores son conscientes de quiénes son excluidos de las escuelas y los espacios amigos de la infancia y por qué (UNESCO, 2010). Conviene utilizar el arte y el juego como medio para que los niños y niñas con discapacidad expresen su opinión sobre sus necesidades y preferencias en las entrevistas con informantes clave y los grupos dirigidos de discusión.⁴¹
 - Establecer un objetivo para garantizar que al menos el 10% del total de los menores consultados son niños y niñas con discapacidad.
 - Analizar la posibilidad de organizar grupos dirigidos de discusión separados con mujeres y niñas con discapacidad a fin de identificar las prácticas y las barreras discriminatorias concretas. Destacar las conclusiones en informes adicionales.
 - k. Utilizar los datos existentes o aquellos recopilados en las evaluaciones para fundamentar los diagnósticos de necesidades humanitarias y los planes de respuesta humanitaria. Compartir estos datos con los organismos competentes.

⁴⁰ Al hacer partícipes a los niños y niñas en la recopilación de datos, asegurarse de que se respetan las normas éticas. Véase <http://www.oportunidades.onu.org.bo/roster/DesktopModules/UNJobs/FileDownload.aspx?did=69671> y <https://www.unicef-irc.org/publications/849>.

⁴¹ Para obtener información sobre la participación de los niños y niñas con discapacidad, véase el documento de la campaña del UNICEF Take Us Seriously! Engaging children with disabilities in decisions affecting their lives, www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

Ejemplo: Evaluación de los refugiados sirios con discapacidad en el Iraq

En 2013 se puso en marcha la iniciativa REACH⁴² en colaboración con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados con miras a identificar a todos los refugiados sirios con discapacidad que vivían en los campamentos de la región del Kurdistan (Iraq). La evaluación en materia de discapacidad también tenía por objeto detectar las deficiencias de la respuesta humanitaria, fomentar la prestación de servicios específicos y entender las necesidades y los retos concretos de los refugiados con discapacidad. Se realizaron entrevistas con informantes clave, seguidas de entrevistas en todos los hogares de refugiados sirios pertenecientes a los campamentos identificados durante la evaluación. Una gran parte de los refugiados con discapacidad eran niños y niñas menores de 18 años (el 41%). Casi todas las personas con discapacidad (el 99%) manifestaron tener dificultades para acceder a servicios esenciales, y el 74% experimentaron dificultades para acceder a la atención sanitaria (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Reach, 2014).

Seguimiento y evaluación del programa

- I. Desarrollar indicadores específicos de la discapacidad priorizados a fin de hacer un seguimiento de los avances conseguidos para llegar a los niños y niñas con discapacidad y cubrir sus necesidades. Entre los indicadores pueden incluirse:
 - Porcentaje de establecimientos sanitarios accesibles para las personas con discapacidad.
 - Porcentaje de trabajadores sanitarios de la comunidad que han recibido formación sobre discapacidad.
- m. Desglosar los datos de seguimiento relativos a los beneficiarios por discapacidad, sexo y edad.

⁴² Creada en 2010, REACH es una iniciativa conjunta de las ONG internacionales ACTED e IMPACT y del Programa Operacional sobre Aplicaciones de Satélite de las Naciones Unidas cuyo propósito es ayudar a los agentes del ámbito de la asistencia a adoptar decisiones con base empírica mediante la recopilación, la gestión y el análisis de datos en situaciones de emergencia.

- n. Documentar los progresos realizados para llegar a los niños y niñas con discapacidad, informar sobre ellos y satisfacer sus necesidades en materia de salud y VIH/sida en cuanto a supervisión y presentación de informes humanitarios (por ejemplo, en Sitreps, consolas humanitarias, informes semestrales o anuales).
- ñ. Incluir preguntas para determinar si los niños, las niñas y las mujeres con discapacidad acceden o no a los servicios de salud y VIH/sida y a qué retos se enfrentan, en materia de supervisión en tiempo real mediante teléfonos móviles y mensajes de texto, supervisión conjunta con asociados, y supervisión y evaluación postdistribución. Formular preguntas como «¿Han accedido los niños y niñas con discapacidad a las campañas de vacunación?».

Recuadro 6: Evaluación de la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

En las evaluaciones humanitarias, considerar la inclusión de las personas con discapacidad como criterio de evaluación e incluir preguntas como:

- ¿En qué medida resultaron las intervenciones de salud y VIH/sida pertinentes para las necesidades concretas de los niños y niñas con discapacidad?
- ¿Qué nivel de eficiencia tuvieron las intervenciones y servicios proporcionados a los niños y niñas con discapacidad en situaciones de emergencia?
- ¿En qué medida las intervenciones de salud y VIH/sida, tanto generales como específicas, lograron los resultados esperados?
- ¿En qué medida las intervenciones tuvieron resultados inesperados?
- ¿Hasta qué punto las evaluaciones sobre necesidades identificaron las necesidades de salud específicas de los niños y niñas con discapacidad?
- ¿En qué medida la programación tuvo en cuenta la información obtenida a partir de las evaluaciones de las necesidades con respecto a los niños y niñas con discapacidad?
- ¿Hasta qué punto los programas vigentes sobre discapacidad se hallaban vinculados a la respuesta humanitaria?
- ¿Ha habido beneficios duraderos o sostenidos como resultado de vincular los programas vigentes sobre discapacidad a la respuesta humanitaria?

- o. Analizar las lagunas de información en las evaluaciones y los obstáculos en la puesta en práctica de programas humanitarios inclusivos (por ejemplo, mediante talleres con asociados o la elaboración de un documento de trabajo).
- p. Documentar y compartir las lecciones extraídas sobre la inclusión de niños y niñas con discapacidad en las intervenciones humanitarias relativas a la salud y el VIH/sida, por ejemplo mediante el estudio de casos (véase la sección 8.2).
- q. Véase la sección 6.6.c para obtener información relativa a los mecanismos accesibles de formulación de sugerencias y reclamaciones.

7.3 Planificación

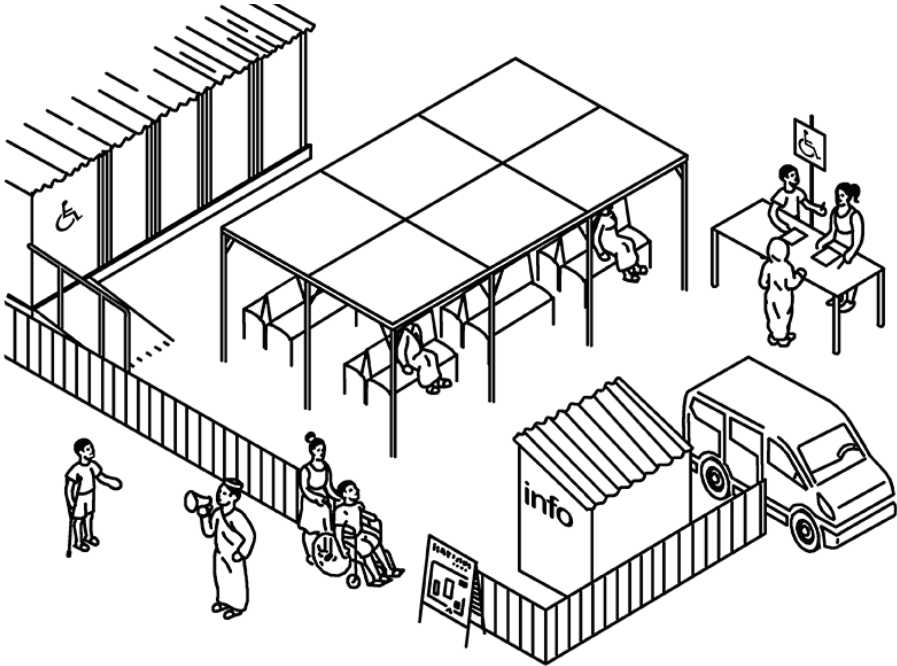
- a. Pese al carácter urgente de las respuestas humanitarias, hay formas de aprovechar las habilidades y experiencias específicas de los niños y niñas, adolescentes y adultos con discapacidad e incluirlas en la respuesta (véase la sección 9.2).
- b. Cuando se elaboren planes de emergencia (como los planes de respuesta humanitaria interinstitucionales, los planes de respuesta regionales y los planes de trabajo humanitarios del UNICEF) o se formulen sugerencias sobre ellos, incluir las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad, identificar las barreras que les impiden acceder a las intervenciones en materia de salud y VIH/sida y añadir actividades que incluyan a los niños y niñas con discapacidad.
- c. Incluir a los niños, niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad como una categoría específica de personas a las que hay que llegar en los planes de respuesta, mediante el desarrollo de:
 - Una estrategia que articule acciones priorizadas para llegar a los niños y niñas con discapacidad.
 - Objetivos e indicadores priorizados para determinar en qué medida se llega a los niños y niñas con discapacidad.
- d. Tener en cuenta a los niños y niñas con discapacidad, así como los obstáculos y los riesgos que afrontan, cuando se establezcan criterios de selección de beneficiarios basados en el análisis de la situación.
- e. Si no hay datos disponibles sobre el sexo, la edad, la discapacidad y las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad y los obstáculos que les impiden acceder a los servicios, identificarlo como una laguna de información e iniciar acciones para abordarla.

7.4 Intervenciones de salud y VIH/sida inclusivas y accesibles

Inscripción de pacientes

- Establecer vías rápidas (*véase el glosario, sección 11*) o procesos de establecimiento de prioridades para la admisión e inscripción de los pacientes y el acceso a los servicios⁴³ (p. ej., vacunaciones, salud neonatal e infantil) en los establecimientos sanitarios, los espacios temporales de aprendizaje, las escuelas y las distribuciones de artículos domésticos esenciales.
- Ofrecer un lugar para sentarse a cubierto que permita que las personas puedan descansar mientras hacen cola (*véase la figura 2*). Esto ayuda no solo a las personas con discapacidad, sino también a las personas mayores y las mujeres embarazadas.

Figura 2: Zonas de espera inclusivas y accesibles



Fuente: Adaptado de FICR, Handicap International y CBM, 2015.

⁴³ Como parte del proceso de establecimiento de prioridades, trabajadores sanitarios capacitados podrían identificar a los niños y niñas con discapacidad en las zonas de espera de inscripción sanitaria, prestarles ayuda a ellos y a sus cuidadores para cumplimentar los formularios médicos y otorgarles carácter prioritario para la inscripción.

- c. Organizar procesos de inscripción simplificados y proporcionar tarjetas a los hogares con niños con discapacidad que faciliten su identificación e inclusión en los servicios sanitarios (p. ej., campañas de vacunación o distribuciones de artículos domésticos esenciales).
- d. Impartir formación al personal sanitario que se ocupa de la admisión de pacientes y la evaluación clínica sobre cómo identificar a los niños y niñas con discapacidad que necesitan asistencia y comunicarse con ellos (*véase la sección 9.2*).

Infraestructuras accesibles y transporte

- e. Planificar y supervisar el cumplimiento de criterios de accesibilidad en la construcción, reconstrucción y reparación de infraestructuras relacionadas con la salud, incluidas las instalaciones de WASH y los emplazamientos de campañas sanitarias y distribuciones.
- f. Garantizar la accesibilidad de los niños, niñas y adultos con diferentes tipos de discapacidad, considerando la elección del emplazamiento, el acceso y el uso de instalaciones temporales y permanentes (*véase la sección 10*).
- g. Proporcionar ayudas o subsidios de transporte para los niños y niñas con discapacidad y sus cuidadores en la medida en que se necesiten para permitirles acceder a los servicios de salud.

Intervenciones de atención primaria de la salud

- h. Capacitar a los médicos, enfermeros y trabajadores sanitarios de la comunidad a comunicarse con los niños y niñas con discapacidad con miras a garantizar el acceso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a los servicios de salud esenciales, como la salud materna y neonatal, la vacunación contra el sarampión, la vitamina A, la medicación de desparasitación o el control de las enfermedades transmisibles (*véase la sección 9.2*).
- i. Enseñar al personal sanitario a determinar la capacidad de una familia para cuidar de un niño o niña con discapacidad (p. ej., ofrecen estimulación, ayuda para comer o adaptación de los alimentos). Remitir a los servicios de rehabilitación cuando resulte pertinente.
 - La evaluación deberá llevarse a cabo de forma que se refuerce la relación entre el niño o niña y la familia.

- j. Establecer mecanismos de divulgación para prestar servicios de salud a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y a sus cuidadores que viven aislados en sus hogares y en instituciones, en especial a los niños con discapacidad intelectual y psicosocial. Las niñas y las mujeres jóvenes con discapacidad pueden estar más aisladas y tener menos probabilidades de acceder a servicios que sus pares masculinos.⁴⁴

Ejemplo: Clínicas de rehabilitación móviles en el Pakistán

A consecuencia del terremoto de 2005 del Pakistán, 600 personas sufrieron lesiones medulares. El Gobierno asignó a 100 fisioterapeutas y estableció siete centros de rehabilitación. En Rawalpindi, un equipo de fisioterapeutas y ortoprotésicos del Comité Internacional de la Cruz Roja trabajó en un centro y, en el marco de una iniciativa de divulgación, estableció clínicas móviles para llegar a quienes no podían acudir a los centros (WCPT, 2016).

Prevención de afecciones secundarias, rehabilitación y atención médica especializada

- k. Consultar las bases de datos de las cinco preguntas y los sistemas de cartografiado de la disponibilidad de recursos sanitarios para determinar qué organizaciones y organismos prestan servicios de atención médica especializada, como cirugía correctiva o de emergencia para lesiones producidas durante una catástrofe,⁴⁵ rehabilitación (véase el glosario, sección 11), prótesis y ortopedia (véase la sección 6.2.e), y en caso necesario asociarse con esas organizaciones y organismos.

⁴⁴ Las niñas y mujeres con discapacidad pueden tener menos poder y estatus en la sociedad debido a las normas sociales relativas a la edad, el género y la discapacidad.

⁴⁵ Entre las lesiones producidas durante una catástrofe figuran las lesiones de médula espinal, los traumatismos cerebrales y las quemaduras graves (OMS, CBM et al., 2013).

- l. Establecer sistemas de remisión con proveedores de atención médica especializada, incluida la rehabilitación temprana⁴⁶ (véase el glosario, sección 11), la rehabilitación⁴⁷ (véase el glosario, sección 11), la prótesis, la ortopedia y las ayudas técnicas (véase el recuadro 7).
- m. Desarrollar campañas de comunicación para cambios en el comportamiento y comunicación para el desarrollo (véase la sección 6.6) y capacitar a los trabajadores sanitarios, incluidos los trabajadores sanitarios de la comunidad, en prevención y tratamiento de las afecciones secundarias en personas con discapacidad (p. ej., prevención y tratamiento de las úlceras de decúbito [véase el glosario, sección 11]).

Ejemplo: Rehabilitación tras el terremoto en Nepal

Tras el terremoto de 2015 en Nepal, se pospusieron las clases de fisioterapia de la Universidad de Katmandú y se reclutó a sus estudiantes como voluntarios. Cada fisioterapeuta del hospital Dhulikhel, perteneciente a la Universidad de Katmandú, supervisó a varios de los estudiantes que trabajaban para responder a las necesidades de rehabilitación (WCPT, 2016). El Hospital and Rehabilitation Centre for Disabled Children también formó parte de la respuesta de emergencia al terremoto y actuó como centro de derivación de pacientes para los menores hospitalizados que requerían rehabilitación o apoyo postoperatorio. El Hospital and Rehabilitation Centre for Disabled Children, en colaboración con la Nepal Youth Foundation, puso en marcha un centro asistencial (véase el glosario, sección 11) para los heridos (OMS, 2015b).

⁴⁶ La rehabilitación temprana se ofrece en hospitales y centros asistenciales (véase el glosario, sección 11) y tiene como objetivo aumentar la supervivencia, acortar las hospitalizaciones y mejorar la recuperación de los niños y niñas con lesiones sufridas durante una catástrofe y con probabilidades de desarrollar deficiencias permanentes.

⁴⁷ Los servicios de rehabilitación dirigidos por organizaciones de personas con discapacidad e integrados en programas de rehabilitación basada en la comunidad (véase el glosario, sección 11) garantizan la continuidad ininterrumpida de los cuidados y el apoyo en materia de rehabilitación. La rehabilitación no termina cuando se da el alta a un paciente hospitalizado (WCPT, 2016).

Salud mental y apoyo psicosocial⁴⁸

- n. Establecer intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, tanto en los centros como en el plano comunitario, que tengan en cuenta las necesidades de los niños y niñas con discapacidad y sus familiares y cuidadores.
- Sensibilizar al personal sanitario y de salud mental y apoyo psicosocial (incluidos los psicólogos y los trabajadores de apoyo psicosocial o comunitarios) sobre los trastornos psicosociales y psicológicos asociados al trastorno por estrés postraumático y la depresión y sus efectos en los niños y niñas con discapacidad (OMS, CBM et al., 2013).
 - Capacitar a los trabajadores de salud mental y apoyo psicosocial, protección y educación en primeros auxilios psicológicos para niños y niñas (Save the Children, 2015) y en cómo comunicarse con los menores con discapacidad (véase la sección 9.2), y establecer un mecanismo de remisión para asegurar que se identifica a los niños y niñas con discapacidad psicosocial y se los remite a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
 - Garantizar acceso al tratamiento y la medicación de salud mental para los niños y niñas con discapacidad psicosocial mediante la inclusión de estos fármacos en el almacenamiento previo de los suministros (véase la sección 6.3.ñ-u) y mediante la contratación de psicólogos y psiquiatras con experiencia en la labor con niños y niñas con discapacidad.
 - Considerar las necesidades de apoyo psicosocial de los niños, niñas y adolescentes con deficiencias adquiridas recientemente, sus familiares y sus cuidadores.

⁴⁸ Para obtener más información, véase Handicap International (2013) *Mental Health and Psychosocial Support Interventions in Emergency and Post-Crisis Settings*, <http://mhpps.net/?get=176/1384534052-PG10Psychosocial.pdf>.

Intervenciones de salud sexual y reproductiva (SSR)⁴⁹

- ñ. Al planificar los programas y servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, incluida la educación sexual, considerar la conveniencia de impartir la formación en escuelas especiales e instalaciones residenciales.
- o. Tener en cuenta que las actividades de divulgación para facilitar información y servicios de SSR deben llegar a las adolescentes con discapacidad (*véase la sección 7.4.*), pues estas quizás no tengan acceso a espacios educativos (p. ej., espacios temporales de aprendizaje y escuelas) ni a establecimientos sanitarios.
- p. Enseñar al personal y los voluntarios de SSR a comunicarse con los y las adolescentes con discapacidad (*véase la sección 9.2.*), en especial en lo que se refiere al contacto físico que resulta aceptable y a las estrategias de protección de los adolescentes con deficiencias intelectuales (WRC, 2014).
- q. Revisar y adaptar los mecanismos de distribución de anticonceptivos teniendo en cuenta la accesibilidad de los puntos de distribución (*véase la sección 10*) y ofrecer información relacionada con la anticoncepción en al menos dos formatos, por ejemplo escrito y audio (*véase la sección 9.3*).

Intervenciones de VIH/sida⁵⁰

- r. Prestar servicios de detección del VIH, proporcionar métodos anticonceptivos (incluida la profilaxis después de la exposición), ejecutar programas de prevención de la transmisión maternoinfantil y facilitar medicación antirretroviral en ubicaciones accesibles (*véase la sección 10*), así como velar por que la información se ofrezca en formatos accesibles (*véase la sección 9.3*).
- s. Sensibilizar y ofrecer capacitación a los trabajadores sanitarios sobre el riesgo creciente de sufrir violencia sexual al que están expuestas las personas con discapacidad en los contextos humanitarios, y sobre atención y tratamiento seguros y confidenciales de las personas con discapacidad que han sido víctimas de la violencia sexual, incluyendo remisiones al apoyo psicosocial (OMS, CBM et al., 2013).

⁴⁹ Para obtener más información sobre la SSR y la discapacidad, véase OMS y UNFPA (2009) Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44207/1/9789241598682_eng.pdf.

⁵⁰ Para obtener más información sobre el VIH y la discapacidad, véase UNICEF (2012) Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities, www.unicef.org/disabilities/files/Disability_HIV_Towards_an_AIDS-Free_Generation.pdf.

Recuadro 7: Ayudas técnicas para niños, niñas y adolescentes con discapacidad⁵¹

Las ayudas técnicas pueden ser productos, equipo, instrumentos y programas informáticos (véase el glosario, sección 11).

- La OMS ha publicado una Lista de ayudas técnicas prioritarias.⁵² Algunos ejemplos de ayudas técnicas son:
 - **movilidad:** muletas, andadores, sillas de ruedas, triciclos, miembros artificiales, férulas para manos, férulas para pies equinovaros, sillas ortopédicas (asientos de esquina), tablas/mesas de bipedestación, cubetería adaptada;
 - **visión:** pelotas que emiten sonido, gafas, lupas, bastones blancos, equipos de escritura y lectura en Braille, programas informáticos de lectura de pantalla;
 - **audición:** auriculares, audífonos, bucles magnéticos para personas que utilizan audífonos;
 - **comunicación:** tarjetas de comunicación con texto, tarjetas de comunicación con letras, símbolos o imágenes;
 - **cognición:** listas de tareas, horarios y calendarios con imágenes, instrucciones basadas en imágenes, juegos y juguetes adaptados.
- A fin de garantizar que se realiza un uso adecuado y reducir los riesgos, las ayudas técnicas deben acompañarse de servicios apropiados, como remisión, prescripción, ajuste del producto al niño o niña, formación para su uso, seguimiento, mantenimiento y reparaciones. Por consiguiente, se debe evitar la distribución aislada de ayudas técnicas.
- En caso de amputaciones u otras deficiencias graves adquiridas, los servicios de rehabilitación y el apoyo psicológico deberían prestarse antes de la cirugía o de forma simultánea, y siempre con el suministro de ayudas técnicas (WCPT, 2016).
- Capacitar e informar a los niños y niñas y a sus cuidadores sobre el uso y mantenimiento de las ayudas técnicas facilitando guías de usuario en formatos accesibles (véase la sección 9.3).
- Establecer sistemas de remisión para obtener ayudas técnicas y otros instrumentos (véase la sección 6.3.ñ-u). Planificar distribuciones de divulgación para facilitar el acceso.

⁵¹ Adaptado de UNICEF y OMS (2015) *Assistive Technology for Children with Disabilities: Creating opportunities for education, inclusion and participation – A discussion paper*.

⁵² Para consultar la lista completa de ayudas técnicas prioritarias y obtener más información, véase http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207697/1/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf?ua=1.

Ejemplo: Suministro de sillas de ruedas

En 2013, tras el paso del tifón Haiyan por Filipinas, una organización internacional planificó el suministro de sillas de ruedas. Debido a la presión ejercida por los fisioterapeutas locales para seguir las directrices de la OMS, la organización decidió externalizar su distribución. Como resultado, fisioterapeutas locales capacitados evaluaron y prescribieron las sillas de ruedas, comprobaron los ajustes y enseñaron a los destinatarios a utilizarlas y llevar a cabo su mantenimiento y reparación. Una vez completadas las evaluaciones, se compraron sillas de ruedas adecuadas a un fabricante local (WCPT, 2016).

Protección social (véase el glosario)⁵³

- t. Cuando se diseñen programas de protección social debe tenerse en cuenta que los hogares con personas con discapacidad pueden afrontar dificultades financieras en las situaciones de emergencia debido a la interrupción de los servicios y prestaciones de protección social, los costos adicionales de los servicios de salud y las ayudas técnicas y la pérdida de ingresos derivada de cuidar de un familiar con discapacidad.
- u. Las transferencias de efectivo pueden permitir a los hogares vulnerables afectados por las crisis, incluidos los que tienen miembros con discapacidad, acceder a artículos médicos como las ayudas técnicas (por ejemplo, para reemplazar gafas, sillas de ruedas o audífonos perdidos) y a servicios (por ejemplo, rehabilitación y atención sanitaria).
- v. Añadir la discapacidad como criterio para la selección de destinatarios en los programas de asistencia en efectivo a fin de llegar a los hogares con personas con discapacidad.

⁵³ Más información sobre protección social y acción humanitaria en https://www.unicef.org/social-policy/index_socialprotection.html.

Alianzas

- w. Se puede movilizar el conocimiento experto en materia de discapacidad mediante las alianzas ya existentes o el establecimiento de nuevas alianzas con organismos públicos (por ejemplo, ministerios de salud, educación o bienestar social), organizaciones de personas con discapacidad, ONG centradas en la discapacidad, y la contratación de asesores a corto plazo (*véase el recuadro 5*).
- x. Diversas OSC, como las asociaciones pro derechos de la mujer y pro derechos humanos, pueden tener un conocimiento experto en cuestiones intersectoriales relativas a la discapacidad, el género, la edad y otros factores que implican un mayor riesgo para los niños y niñas con discapacidad en las situaciones de emergencia.

7.5 Recursos humanos

- a. Consultar y reclutar a personas con discapacidad en los procesos de respuesta y recuperación temprana, pues estas pueden aportar su conocimiento experto de primera mano sobre los problemas que afrontan los niños, niñas y adultos con discapacidad (*véase el recuadro 5*).
- b. En condiciones idóneas, un programa de emergencia en materia de salud incluye a profesionales de la rehabilitación en el equipo que trabajará con el punto focal de salud. Otro activo valioso para el equipo sería un psicólogo con experiencia en la labor con niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Recuadro 8: Conocimiento experto en materia de discapacidad

- Al elaborar las listas de agencias y personas con experiencia en ayuda humanitaria, identificar al personal con un conocimiento experto de los problemas relativos a los niños y niñas con discapacidad añadiendo esa aptitud en la columna de experiencia.
- Identificar a los miembros de los equipos con experiencia previa o bien en la labor directa con niños y niñas con discapacidad, o bien en asuntos relacionados con la discapacidad.
- En las descripciones de funciones relativas a puestos relacionados con la salud y el VIH/sida (por ejemplo, médicos, enfermeros o personal de rehabilitación) valorar la experiencia en la labor con niños y niñas con discapacidad, o en temas relacionados, como un valor añadido deseable.
- Alentar a los hombres y mujeres con discapacidad a presentarse a los puestos de funcionariado, consultoría y voluntariado.⁵⁴
- Recurrir a las redes que trabajan en materia de discapacidad y a las organizaciones de personas con discapacidad para compartir información de contratación e identificar a las personas con discapacidad que poseen el conocimiento técnico pertinente.
- Elaborar mandatos relacionados con la discapacidad para que las consultorías o alianzas recluten expertos en materia de discapacidad (por ejemplo, logopedas y terapeutas del lenguaje, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales o intérpretes de lengua de señas) cuando sea pertinente.
- Establecer registros de profesionales relacionados con la discapacidad (p. ej., psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, técnicos protésicos y ortopédicos) que pueden impartir formación y realizar ejercicios sobre el terreno durante la preparación y que pueden ser convocados en situaciones de emergencia (WCPT, 2016).

⁵⁴ El UNICEF tiene una Directiva Ejecutiva sobre empleo de personas con discapacidad. También dispone de un Fondo de Adaptación para Personas con Discapacidad que proporciona apoyo a los funcionarios con discapacidad con diferentes clases de adaptaciones individuales. En 2016, el UNICEF estableció también un Fondo Ecológico y de Accesibilidad para apoyar a las oficinas de la organización de cara a hacer accesibles sus locales para las personas con discapacidad.

Ejemplo: Liderazgo de las mujeres en la coordinación humanitaria

Contar con profesionales con discapacidad como parte de un equipo de respuesta humanitaria puede ayudar a garantizar que se incluye a los niños y niñas con discapacidad en los programas humanitarios. Cara Elizabeth Yar Khan fue la primera mujer con una discapacidad severa destinada por el UNICEF a un entorno de crisis activa. Tras el terremoto de 2010 en Haití, Yar Khan fue miembro del equipo desplegado por el UNICEF en dicho país en 2011. En su labor como especialista en movilización de recursos, aportó su experiencia vivida como mujer con discapacidad, además de asumir la función adicional de punto focal en materia de discapacidad de la oficina de país del UNICEF en Haití. Abogó por que se emprendieran acciones que favorecieran la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en diversos sectores. El trabajo de Yar Khan ilustró cómo las mujeres con discapacidad aportan tanto un conocimiento experto como una conciencia crítica en cuestiones clave que afectan a las niñas y niños con discapacidad en los entornos humanitarios (WRC, 2016).

7.6 Adquisición y suministros

- a. Durante la adquisición y la planificación de suministros, considerar si los productos pueden ser utilizados por niños y niñas con discapacidades diversas (*véase la sección 6.3.ñ-o*).
- b. Recurrir a los departamentos gubernamentales (de salud, educación y bienestar social), las organizaciones de personas con discapacidad y las que trabajan con personas con discapacidad para obtener productos e información relacionados con la discapacidad, como ayudas técnicas (*véase el recuadro 7*).
- c. Distribuir los suministros planificados y adquiridos en un plan de contingencia de salud (*véase la sección 6.3.ñ-u*). Actualizar los artículos y cantidades en función de las conclusiones de las evaluaciones y encuestas sobre necesidades.

- d. En lo que respecta al suministro y la distribución de ayudas técnicas, colaborar con otros grupos temáticos, por ejemplo, los grupos temáticos de WASH, nutrición, educación y protección, para garantizar que también se facilita información sobre el uso y el mantenimiento continuado de los dispositivos (véase el recuadro 7).

Ejemplo: Suministros en la respuesta del UNICEF al terremoto de Nepal

Como parte de su respuesta inmediata al terremoto de 2015 de Nepal, el UNICEF movilizó a las voluntarias sanitarias de la comunidad para que identificaran a los niños y niñas con discapacidad y los remitieran a los servicios pertinentes, como rehabilitación y distribución de ayudas técnicas. El Fondo apoyó el suministro de ayudas técnicas⁵⁵ en asociación con el Hospital and Rehabilitation Centre for Disabled Children⁵⁶ y la Fundación Karuna.⁵⁷ Además, facilitó tiendas y medicamentos al Hospital and Rehabilitation Centre for Disabled Children, que había resultado dañado durante el terremoto, para que su personal pudiera tratar y ayudar a las personas adultas y a los niños y niñas con discapacidad (UNICEF Nepal).

⁵⁵ Proporcionó ayudas técnicas como audífonos, muletas, andadores y sillas de retrete.

⁵⁶ El Hospital and Rehabilitation Center for Disabled Children está ubicado a las afueras de Katmandú, en Banepa, y presta servicios médicos de divulgación y rehabilitación basada en la comunidad a personas adultas y niños y niñas con discapacidad. El UNICEF colabora con el hospital desde 2014.

⁵⁷ La Fundación Karuna es una ONG que trabaja para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con discapacidad reforzando los sistemas de atención sanitaria y empoderando a las comunidades.

7.7 Financiación y presupuestación

- a. En los documentos relacionados con la recaudación de fondos (por ejemplo, llamamientos urgentes, llamamientos de Acción Humanitaria para la Infancia,⁵⁸ folletos e infografías para recaudar fondos):
 - Incluir información sobre las necesidades y las acciones prioritarias en materia de salud para los niños y niñas con discapacidad. Un llamamiento urgente podría, por ejemplo, contener un párrafo que dijera: «En las crisis humanitarias, los niños y niñas con discapacidad afrontan un riesgo mayor de desarrollar enfermedades y afecciones secundarias. Debe prestarse especial atención a las necesidades de salud de los niños y niñas que están expuestos a un riesgo más alto, incluidos los niños y niñas con discapacidad».
 - Utilizar un lenguaje positivo para referirse a los niños y niñas con discapacidad (véase la sección 9.1).
- b. Al desarrollar propuestas, asignar presupuestos dedicados a los recursos humanos, la construcción, reparación y reconstrucción de establecimientos sanitarios accesibles, los suministros (incluidas las ayudas técnicas), la información sanitaria en diferentes formatos y otros costos relacionados.
- c. Al evaluar las propuestas de los diversos agentes humanitarios, valorar y proponer sugerencias sobre el alcance de la inclusión de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, alentando a las organizaciones a demostrar que sus actividades, seguimiento y resultados son inclusivos con las personas con discapacidad.
- d. Identificar y financiar proyectos que incluyan a los niños y niñas con discapacidad y a sus familias. Tener en cuenta los siguientes criterios en la selección de proyectos:
 - se incluye la discapacidad en la evaluación de las necesidades;
 - se desglosan los datos por sexo, edad y discapacidad;
 - las actividades planificadas y presupuestadas, además de los indicadores y resultados, consideran las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad o apuntan específicamente a ellas (véase la sección 7.4).

⁵⁸ La Acción Humanitaria para la Infancia del UNICEF presenta el llamamiento anual de la organización y sus objetivos de cara a proporcionar a la infancia acceso al agua potable, la nutrición, la educación, la sanidad y la protección en todo el mundo.

- e. Hacer un seguimiento de la financiación y los proyectos específicos para responder a las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, mediante sistemas de seguimiento financiero o fondos mancomunados de países concretos).⁵⁹

7.8 Desarrollo de la capacidad

- a. Identificar oportunidades de formación programadas o pedir a los asociados que impartan formación sobre la inclusión de los niños, niñas y adultos con discapacidad,⁶⁰ y designar a miembros del personal para asistir a ellas.
- b. Realizar actividades de formación sobre la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para el personal que participa en las intervenciones de salud y VIH/sida, utilizando los recursos de formación identificados y los módulos desarrollados en la etapa de preparación (véase la sección 6.4.c).
- c. Cuando sea posible, realizar actividades de formación a distintos niveles para el personal de coordinación en materia de salud y VIH/sida, los equipos de recogida de datos, médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sanitarios de la comunidad.
- d. Incluir a adultos y jóvenes con discapacidad como miembros de equipos de divulgación y voluntarios comunitarios. Asignar recursos de formación con objeto de desarrollar su capacidad para identificar a los niños y niñas con discapacidad y de proporcionar información y gestionar remisiones.

7.9 Comunicación para cambios en el comportamiento y comunicación para el desarrollo

- a. Compartir información sobre los servicios de salud y VIH/sida existentes para niños y niñas con discapacidad en establecimientos sanitarios a través de los grupos de atención parental y durante las campañas sanitarias.
- b. Proporcionar información relacionada con la salud y el VIH/sida en al menos dos formatos distintos, tales como carteles, pancartas o

⁵⁹ Para más información, véase «Humanitarian Programme Cycle - Resource mobilization» (Ciclo de programa humanitario: movilización de recursos): <https://www.humanitarianresponse.info/es/programme-cycle/space/page/resource-mobilization>.

⁶⁰ Las ONG que trabajan con personas con discapacidad, las organizaciones de personas con discapacidad o los diversos ministerios o departamentos gubernamentales organizan cursos de formación sobre las necesidades de los niños y niñas con discapacidad en su país o región.

letreros indicadores de servicios, campañas de mensajes de texto y anuncios de audio en la radio o en sistemas de megafonía comunitarios (véase la sección 9.3).

- c. Incluir imágenes positivas de niños, niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad en los materiales para garantizar que las campañas de comunicación ayudan a transformar actitudes y reducen el estigma y la discriminación con respecto a las personas con discapacidad.
- d. Mitigar el estigma, los mitos o los celos que pueden derivarse de las intervenciones dirigidas a grupos específicos (por ejemplo, distribución de ayudas técnicas o subvenciones en efectivo) mediante intervenciones de comunicación para el desarrollo. Por ejemplo, celebrar reuniones de debate abierto con las comunidades locales y las poblaciones de acogida a fin de explicar las actividades humanitarias y las intervenciones dirigidas a las personas con discapacidad (véase la sección 4.1).
- e. Desarrollar mecanismos accesibles de formulación de sugerencias y reclamaciones en el marco de los procesos de rendición de cuentas y de participación comunitaria (véase la sección 6.6.c).

Ejemplo: Llegar a las personas con discapacidad durante el brote del ébola

En Sierra Leona, el pilar de movilización social —la plataforma de coordinación para la respuesta al ébola— estableció un subcomité dedicado a los grupos vulnerables. Este subcomité, dirigido por Handicap International, trabaja para «garantizar que se presta apoyo concreto a grupos especiales, entre los que figuran las personas con discapacidad». Está compuesto, entre otros, por organizaciones de personas con discapacidad de Sierra Leona. Se utilizaron medios de comunicación específicos para adaptar los mensajes y hacerlos accesibles a los diferentes grupos, como por ejemplo: mensajes de texto y sensibilización individualizada en el hogar (para las personas con movilidad limitada); radio, Braille y macrotipos (para personas con deficiencia visual); y pictogramas y televisión con interpretación en lengua de señas (para personas con deficiencia auditiva)⁶¹ (Handicap International).

⁶¹ Véase el vídeo de comunicación adaptada que se utilizó en la campaña del ébola (en inglés con subtítulos en francés): <https://www.youtube.com/watch?v=M015IGIF1MA>.

7.10 Lista de verificación de la respuesta y la recuperación temprana

La lista de verificación, obtenida a partir de las acciones programáticas que se describen en este documento, puede contribuir a planificar y evaluar si las acciones clave incluyen a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los planes de respuesta y recuperación temprana. Para completar la lista de verificación, puede que haga falta realizar consultas con otros colegas. Resultaría de ayuda completar la lista de verificación en una reunión de equipo o de coordinación.

Si desea imprimir copias de la lista de verificación, puede obtenerlas en training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html.

| Consideraciones para incluir a los niños y niñas con discapacidad en la respuesta y la recuperación temprana | |
|--|---|
| Coordinación | |
| ¿Cuentan los mecanismos de coordinación relacionados con la salud y el VIH/sida (incluidos los grupos temáticos y los grupos de trabajo) con un punto focal, un organismo de coordinación o un equipo de tareas? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se han incluido cuestiones relacionadas con los niños y niñas con discapacidad en los planes de grupos temáticos o grupos de trabajo sobre salud y VIH/sida? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |

| | |
|--|---|
| Notas | |
| Análisis, seguimiento y evaluación | |
| ¿Se han recopilado los datos disponibles sobre los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, de departamentos gubernamentales relacionados con la discapacidad, instituciones de salud y bienestar social, ONG u organizaciones de personas con discapacidad)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Las evaluaciones de las necesidades en materia de salud y VIH/sida tienen en cuenta las necesidades de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, en la evaluación rápida inicial de grupos múltiples o en las evaluaciones de las necesidades postdesastre)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| | |
|---|--|
| <p>¿Los datos de los programas de salud y VIH/sida están desglosados por discapacidad (por ejemplo, datos sobre SSR, atención primaria de la salud o tratamiento del VIH/sida)? (Véase el recuadro 4).</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |
| <p>¿El seguimiento, los informes y las evaluaciones en materia de salud y VIH/sida que están relacionados con la ayuda humanitaria (Sitreps, consolas, seguimiento y evaluaciones en tiempo real, evaluaciones conjuntas) reflejan la información sobre el acceso a los servicios humanitarios y los retos que afrontan los niños y niñas con discapacidad?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |
| <p>¿Se incluye a los niños y niñas con discapacidad y a sus familias, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, cuando se consulta a las poblaciones afectadas?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |

| | |
|---|---|
| Notas | |
| Planificación | |
| ¿Se han identificado los servicios y programas actuales para los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, rehabilitación, ayudas técnicas, cirugía correctiva, prótesis y ortopedia)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Intervenciones inclusivas y accesibles | |
| ¿Las personas con discapacidad pueden acceder a las infraestructuras e instalaciones sanitarias relacionadas con la ayuda humanitaria? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se han establecido mecanismos de divulgación para la identificación y la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en campañas como la de vacunación contra el sarampión, los mosquiteros tratados con insecticidas, la vitamina A y la medicación de desparasitación? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |

| | |
|--|---|
| Notas | |
| ¿Se ha establecido un sistema acelerado para la recogida de artículos domésticos esenciales aplicable a los hogares en los que hay personas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Acceden los niños y niñas con discapacidad a servicios especializados (por ejemplo, salud mental y apoyo psicosocial, fisioterapia o terapia ocupacional, ayudas técnicas, tratamiento de las úlceras de decúbito, cirugía de urgencia o correctiva)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| | |
|--|--|
| <p>¿Se han establecido colaboraciones o alianzas con organismos públicos u organizaciones con un conocimiento experto en materia de discapacidad (por ejemplo, ministerios de salud, ONG que trabajan en temas de discapacidad, organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones de rehabilitación basada en la comunidad o centros de rehabilitación)?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |
| <p>¿Se han establecido colaboraciones con los proveedores de servicios especializados para hacer frente a las necesidades de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, proveedores de cirugía de emergencia o correctiva, servicios de salud mental y apoyo psicosocial, servicios de rehabilitación o ayudas técnicas)?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |

| Recursos humanos | |
|---|---|
| ¿Se ha identificado al personal existente en materia de salud y VIH/sida y al personal en general con un conocimiento experto de los temas relacionados con la discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Financiación y presupuestación | |
| ¿Se da visibilidad a los niños y niñas con discapacidad, y se ponen de relieve sus problemas y necesidades, en los documentos relacionados con la recaudación de fondos (por ejemplo, llamamientos urgentes, llamamientos de Acción Humanitaria para la Infancia, folletos o propuestas)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| Desarrollo de la capacidad | |
|---|--|
| <p>¿El personal del ámbito de la salud y el VIH/sida ha recibido formación sobre la inclusión de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, cómo adaptar los servicios para que sean inclusivos o cómo comunicarse con los niños y niñas con discapacidad)?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |
| Adquisición y suministros | |
| <p>¿Se han establecido colaboraciones con departamentos gubernamentales, organizaciones de personas con discapacidad u ONG con respecto a los productos y suministros para niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, ayudas técnicas)?</p> | <p><input type="checkbox"/> Previsto</p> <p><input type="checkbox"/> En curso</p> <p><input type="checkbox"/> Completado</p> |
| <p>Notas</p> | |

| Comunicación para cambios en el comportamiento y comunicación para el desarrollo | |
|---|---|
| ¿Se han desarrollado los materiales de comunicación en el marco de los programas de salud y VIH/sida en al menos dos formatos (por ejemplo, escrito y audio)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Son visibles los niños y niñas con discapacidad en las campañas de comunicación y los mensajes relacionados con la salud y el VIH/sida (por ejemplo, se incluyen fotos de niños y niñas con discapacidad en los materiales)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |



Monel, de 12 años, camina con ayuda de sus muletas nuevas bajo la supervisión de una trabajadora sanitaria, en un hospital de campaña instalado tras el terremoto en Puerto Príncipe (Haití).

La recuperación de una crisis humanitaria supone una oportunidad para institucionalizar y sustentar los procesos e intervenciones inclusivos de las personas con discapacidad introducidos durante la etapa de respuesta, de cara a asegurar el constante progreso de los derechos de los niños y adolescentes con discapacidad. Las etapas de recuperación y reconstrucción afectan a las intervenciones en materia de preparación. Por lo tanto, algunas de las acciones abajo mencionadas también resultan pertinentes para la preparación.

8.1 Coordinación y planificación

- Identificar los ministerios y departamentos con servicios para niños y niñas con discapacidad iniciados durante la etapa de respuesta que pueden consolidarse como parte del plan de recuperación (p. ej., suministro de ayudas técnicas o servicios de rehabilitación).
- Trabajar con interlocutores gubernamentales para incluir las prácticas inclusivas de las personas con discapacidad establecidas en la etapa de respuesta y recuperación temprana en los programas generales de salud y los planes de formación pertinentes (véase la sección 8.8), las alianzas y el apoyo en curso, así como en el marco del fortalecimiento del sistema de salud.

Ejemplo: Fisioterapia durante la recuperación y reconstrucción posteriores a un terremoto

En marzo de 2011, un año después del terremoto de Haití que provocó 300.000 heridos, CBM transformó su respuesta ante el terremoto y pasó del socorro de urgencia a la recuperación y la reconstrucción. Antes de este desastre, la rehabilitación estaba muy poco desarrollada en el país y existían escasos recursos en este ámbito; sin embargo, las deficiencias provocadas por el terremoto generaron una gran demanda de servicios de rehabilitación física. Como parte de la fase de recuperación, CBM trabajó con asociados durante un período de dos años en la creación de un centro de rehabilitación. Para dotar al centro de personal se recurrió a fisioterapeutas, ayudantes de rehabilitación, trabajadores comunitarios y trabajadores sociales del país. Asimismo, el centro se incluyó en una red local de remisión y se conectó con un centro de rehabilitación basada en la comunidad que contaba con el apoyo de CBM (WCPT, 2016).

- c. Incorporar los datos y la información sobre los servicios y recursos pertinentes para la discapacidad generados durante la etapa de respuesta y recuperación temprana en los mecanismos gubernamentales e internacionales vigentes, a fin de que no se pierdan y puedan estar disponibles para su uso futuro.
- d. Trabajar con asociados (departamentos gubernamentales pertinentes, ONG relacionadas con la discapacidad, organizaciones de personas con discapacidad y el sector privado) con miras a facilitar el acceso a ayudas técnicas para las familias más vulnerables (por ejemplo, mediante subsidios, seguros médicos o prestaciones de protección social, y simplificando su adquisición).
- e. Establecer alianzas a largo plazo con entidades relacionadas con la discapacidad, incluidas organizaciones de personas con discapacidad y ONG que trabajen en temas relacionados con la discapacidad (véase el recuadro 5).

8.2 Análisis, seguimiento y evaluación

Identificación de los niños y niñas con discapacidad y desglose de los datos

- a. Promover la adopción de datos desglosados en materia de discapacidad en los sistemas de información nacionales y otros mecanismos de recopilación de datos administrativos, como los Sistemas de Información sobre la Gestión Sanitaria (véase el recuadro 4) .
- b. Véase el recuadro 3 en relación con la identificación de los niños y niñas con discapacidad.

Evaluación de necesidades

- c. Participar en las evaluaciones y procesos de planificación relacionados con la recuperación, como las evaluaciones de las necesidades postdesastre, a fin de influir tanto en la recopilación de datos como en aquellos debates clave sobre políticas y planificación que proporcionarán oportunidades para incrementar el acceso de los niños y niñas con discapacidad a los servicios de salud.⁶²

⁶² Es frecuente la realización de evaluaciones de las necesidades postdesastre por la Unión Europea, el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

- d. Recopilar y presentar los datos sobre los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en las evaluaciones de las necesidades postdesastre y otros informes relacionados, abordando cualquier laguna de información identificada (*véase el recuadro 4*).
- e. En estudios específicos y otras evaluaciones participativas, dedicar tiempo y espacio a que los niños y niñas con discapacidad expresen su opinión sobre sus prioridades de cara a su recuperación y la de su entorno (*véase la sección 7.2.j*).

Seguimiento y evaluación del programa

- f. Identificar las buenas prácticas (qué ha funcionado y por qué) que promueven la inclusión de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, mediante ejercicios sobre las lecciones aprendidas), y utilizar las conclusiones para hacer recomendaciones dirigidas a los programas en curso sobre salud y VIH/sida.
- g. Realizar encuestas específicas (como las de conocimientos, actitudes y prácticas, o las evaluaciones participativas) centradas en los hogares con niños y niñas con discapacidad, a fin de evaluar su acceso a los servicios de salud y VIH/sida.

Ejemplo: Documentar las lecciones aprendidas

El Equipo de Tareas sobre Envejecimiento y Discapacidad establecido en el Pakistán tras las inundaciones de 2010 publicó un libro de recursos sobre prácticas inclusivas que reflejaba las intervenciones inclusivas de las personas con discapacidad, las lecciones aprendidas y los estudios de casos de las diez organizaciones internacionales y locales que configuran el Equipo de Tareas. El estudio del caso de Light for the World pone de relieve cómo en 2009 se estableció una unidad de emergencia de atención oftalmológica como respuesta a la entrada de desplazados internos en el distrito de Mardan debido al conflicto. Esta unidad realizó 730 operaciones de cataratas y examinó a 12.931 pacientes. Por otra parte, el equipo de tareas suministró ayudas técnicas y estableció ambulatorios móviles tras las inundaciones de 2010 (Equipo de Tareas sobre Envejecimiento y Discapacidad, 2011).⁶³

⁶³ Puede consultarse el informe completo en: www.cbm.org/article/downloads/54741/ADTF_Report.pdf.

- h. Incluir actividades de recopilación de datos cualitativos (por ejemplo, grupos dirigidos de discusión) que puedan registrar la repercusión y los cambios en las vidas de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, y describir las lecciones y retos en las evaluaciones e informes.
- i. Estudiar otros factores, como el género, la edad y el tipo de discapacidad, para ver qué grupos de niños, niñas y adolescentes han estado infrarrepresentados en los programas.
- j. Incluir el acceso de los niños y niñas con discapacidad a los servicios de salud y VIH/sida en todas las evaluaciones (*véase el recuadro 6*).

8.3 Protección social⁶⁴

- a. La asequibilidad de la atención sanitaria es un problema fundamental en la mayoría de los países (OIT, 2008). La protección social puede desempeñar un papel importante en la transformación de las intervenciones de socorro en programas de recuperación a largo plazo. Por ejemplo, en situaciones de emergencia las ayudas en efectivo pueden convertirse en mecanismos predecibles de protección social a mediano y largo plazo, como el seguro social de salud para personas con discapacidad.
- b. Debe considerarse convertir los programas de transferencia de efectivo destinados a las familias con niños y niñas con discapacidad en el suministro de ayudas técnicas y atención de rehabilitación cuando proceda (*véase la sección 7.4.t-v*).

Ejemplo: Seguro médico para los niños y niñas con discapacidad

En 2016, el Gobierno de Filipinas aprobó un paquete de prestaciones del seguro nacional destinado a 5 millones de niños y niñas con discapacidad que contó con el apoyo del UNICEF. Este paquete ofrece evaluaciones, ayudas técnicas y servicios de rehabilitación, y constituye un importante paso adelante en la prestación de servicios innovadores e inclusivos a escala nacional (UNICEF Filipinas).

⁶⁴ Para obtener más información sobre protección social y acción humanitaria, véase: https://www.unicef.org/spanish/socialprotection/framework/index_61912.html.

8.4 Infraestructuras accesibles

La reconstrucción y rehabilitación ofrece una oportunidad para reconstruir establecimientos sanitarios mejores, más seguros y más accesibles.

- Defender que la accesibilidad sea un componente fundamental de los planes de reconstrucción, incluidos los aspectos relacionados con el agua, el saneamiento y la higiene, en las clínicas de atención primaria y los hospitales (véase la sección 10).
- Promover la accesibilidad en las normas y los códigos nacionales de edificación, así como en otras políticas relevantes.

8.5 Recursos humanos

- Trabajar con los ministerios y departamentos pertinentes, así como con las OSC, a fin de desarrollar bases de datos y listas de personas que cuentan con formación y experiencia relacionadas con la discapacidad (véase el recuadro 8).
- Respaldar al gobierno local en la revisión de los recursos humanos (por ejemplo, trabajadores sanitarios de la comunidad, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, técnicos protéticos y ortopédicos), defendiendo que exista un número adecuado de personal cualificado que se encargue de abordar las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad.

8.6 Adquisición y suministros

- Promover que los departamentos y los ministerios de salud elaboren catálogos de ayudas técnicas para una serie de discapacidades.⁶⁵
- Establecer acuerdos a largo plazo con los proveedores de suministros inclusivos y accesibles, como son las ayudas técnicas (véase el recuadro 7).
- Identificar a otras agencias que adquieren y proporcionan ayudas técnicas. Las adquisiciones de grandes cantidades pueden reducir los costos.
- Respaldar a los gobiernos locales y nacionales para que integren los suministros inclusivos (como las rampas portátiles para los estableci-

⁶⁵ Para consultar la lista completa de ayudas técnicas prioritarias de la OMS y obtener más información, véase: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207697/1/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf?ua=1.

mientos sanitarios o las ayudas técnicas) en sus procesos de adquisición, incluidos los módulos de formación básicos e información sobre su uso y mantenimiento seguro.

8.7 Financiación y presupuestación

- a. Especificar la financiación requerida para abordar cualquier necesidad no cubierta en materia de salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes con discapacidad en informes de evaluación de las necesidades postdesastre y la presentación final de informes por país y grupo temático.
- b. Respaldar a los gobiernos locales y nacionales en el desarrollo de procesos inclusivos y participativos de planificación y presupuestación, participar en grupos dirigidos de discusión con organizaciones de personas con discapacidad, otros grupos relacionados con la discapacidad, asociaciones de padres, expertos y niños, niñas y adolescentes con discapacidad para contribuir a establecer la prioridad de los servicios de salud y VIH/sida, así como para hacer un uso más eficiente de los recursos financieros (*véanse el recuadro 5 y la sección 7.2.k*).
 - Un ejemplo de lo anterior es defender que se establezcan unidades de rehabilitación para prestar servicios de rehabilitación a largo plazo, al tiempo que se garantiza la oferta de rehabilitación basada en la comunidad (OMS, 2010a).

8.8 Desarrollo de la capacidad

- a. Trabajar con los interlocutores gubernamentales de los ministerios o departamentos pertinentes a fin de incorporar módulos de formación sobre discapacidad en la formación ordinaria sobre salud y VIH/sida.
- b. Llevar a cabo sesiones de concienciación sobre los derechos y las necesidades de salud de los niños y niñas con discapacidad para las autoridades locales y el personal humanitario.
- c. Ayudar a las organizaciones de personas con discapacidad a mejorar su capacidad, e involucrarlas tanto en la planificación de la recuperación como en la reducción del riesgo de desastre.

Ejemplo: Formación de mujeres con discapacidad en la acción humanitaria

La Women's Refugee Commission (WRC), en colaboración con organizaciones de mujeres con discapacidad de África y Asia Meridional, ha elaborado un recurso: *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A facilitator's guide* (Fortalecimiento del papel de las mujeres con discapacidad en la acción humanitaria: guía para el facilitador).⁶⁶ Su propósito es respaldar a las mujeres dirigentes para que ofrezcan formación a sus miembros, colegas y asociados en el ámbito de la acción humanitaria. Esta formación pretende mejorar la capacidad de las mujeres con discapacidad para una defensa efectiva de los aspectos relacionados con las mujeres y a la discapacidad, incluidas las referentes a la salud, dentro de foros humanitarios relevantes en el contexto nacional y regional (WRC, 2017).

8.9 Políticas

- a. Revisar las políticas y los marcos nacionales relacionados con la salud para determinar si tienen en cuenta la discapacidad.
- b. A partir de la revisión, formular recomendaciones y difundir mensajes de promoción en favor de la modificación de las políticas vigentes o el desarrollo de otras nuevas que sean inclusivas de los niños y niñas con discapacidad. Las recomendaciones de las políticas pueden incluir:
 - La entrega de tarjetas de identificación de discapacidad para poder acceder a las prestaciones de salud, las ayudas técnicas y la rehabilitación, así como a la medicación y al seguimiento médico.
 - Seguro médico para los niños y niñas con discapacidad.

⁶⁶ Véase <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>.

8.10 Lista de verificación de la recuperación y la reconstrucción

La lista de verificación, obtenida a partir de las acciones programáticas que se describen en este documento, puede contribuir a planificar y evaluar si las acciones clave incluyen a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en los planes de recuperación y reconstrucción. Para completar la lista de verificación, puede que sea necesario entablar un diálogo con otros colegas. Resultaría de ayuda completar la lista de verificación en una reunión de equipo o de coordinación.

Si desea imprimir copias de la lista de verificación, puede obtenerlas en training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html.

| Consideraciones para incluir a los niños y niñas con discapacidad en la recuperación y la reconstrucción | |
|--|---|
| Coordinación y planificación | |
| ¿Son sostenibles a largo plazo las colaboraciones con ministerios y departamentos que proporcionan servicios de salud y VIH/sida a los niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se han incluido los aspectos relacionados con los niños y niñas con discapacidad en los planes de recuperación en materia de salud y VIH/sida? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |

| | |
|--|---|
| Notas | |
| ¿Los planes para reforzar los sistemas de salud incluyen disposiciones relativas a los niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Análisis, seguimiento y evaluación | |
| ¿Las evaluaciones de las necesidades de salud relacionadas con la recuperación y la reconstrucción reflejan las necesidades de los niños y niñas con discapacidad e incluyen los datos desglosados por discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| | |
|---|---|
| ¿El seguimiento, los informes y las evaluaciones relacionados con la salud y el VIH/sida reflejan la información sobre el acceso a los servicios y los retos que afrontan los niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Se consulta a los niños y niñas con discapacidad, a sus familias y a las organizaciones de personas con discapacidad como parte de las iniciativas de recuperación y reconstrucción? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Infraestructuras accesibles | |
| ¿La reconstrucción de infraestructuras de salud (por ejemplo, hospitales, ambulatorios comunitarios) tiene como criterio la accesibilidad de las personas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Adquisición y suministros | |

| | |
|--|---|
| ¿Se han establecido asociaciones con el Gobierno y los proveedores de servicios en materia de salud para prestar ayudas técnicas a los niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Recursos humanos | |
| ¿Recogen las bases de datos y las listas de preselección relacionadas con aspectos de salud y VIH/sida información sobre los funcionarios y el resto de personal con conocimientos especializados en discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| ¿Los presupuestos de reconstrucción en materia de salud y VIH/sida incluyen financiación para instalaciones y servicios accesibles para niños y niñas con discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |

| Desarrollo de la capacidad | |
|--|---|
| ¿La formación en materia de salud y VIH/sida incluye componentes relacionados con cómo responder a los derechos y necesidades de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, formación dirigida a los trabajadores sanitarios de la comunidad, los médicos o los enfermeros)? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |
| Políticas | |
| ¿Las políticas y las normas nacionales relacionadas con las infraestructuras y los servicios en materia de salud y VIH/sida incluyen componentes sobre discapacidad? | <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Completado |
| Notas | |



Una trabajadora sanitaria evalúa a un niño en la Atfaluna Society for Deaf Children (Sociedad para niños sordos «Nuestros niños»), una ONG local de la ciudad de Gaza (Estado de Palestina).

Esta sección sirve como referencia para los funcionarios del ámbito humanitario, médicos, enfermeros, personal de rehabilitación y trabajadores sanitarios de la comunidad al interactuar directamente con niños, niñas y adolescentes con discapacidad y sus familias, incluidos los cuidadores con discapacidad (por ejemplo, durante las consultas, en las visitas a los establecimientos sanitarios, al prestar servicios de salud o en la elaboración de mensajes para las poblaciones afectadas).

9.1 Terminología⁶⁷

La terminología empleada para dirigirse a los niños, niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad o hablar sobre ellos en la preparación de materiales puede afectarles negativamente o empoderarlos.

- Usar terminología en la que el foco de importancia se centre en la persona y no en la discapacidad (por ejemplo, «niño con discapacidad» y no «niño discapacitado»; «niña con una deficiencia visual» en lugar de «niña ciega»).
- No emplear términos que tengan connotaciones negativas, como «sufrir», «sufrimiento», «víctima» o «discapacitado».
- Decir «usuario de silla de ruedas» en lugar de «persona en silla de ruedas» o «confinada a una silla de ruedas». Utilizar «personas sin discapacidad» en lugar de «persona normal» o «persona común».
- No hacer uso de acrónimos para referirse a los niños y niñas con discapacidad (como NCD) o las personas con discapacidad (como PCD).⁶⁸
- Utilizar la terminología apropiada para referirse a los distintos tipos de discapacidad: deficiencia física, visual, auditiva, intelectual y psicosocial (véase el glosario, sección 11).

⁶⁷ Para obtener más información sobre la terminología relacionada con la discapacidad, véase el Módulo de Comunicación Inclusiva del UNICEF: www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

⁶⁸ La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) utiliza los términos «niños y niñas con discapacidad» y «personas con discapacidad». En respuesta al estigma y la discriminación a largo plazo a la que se enfrentan los niños, niñas y adultos con discapacidad, estos desean que se refieran a ellos como niños, niñas y personas, y no con una abreviación, que niega dicha cualidad.

9.2 Comunicación con niños, niñas y adolescentes con discapacidad⁶⁹

- a. Siempre que sea posible, hablar con el niño, niña o adolescente con discapacidad e intentar obtener información directamente de este, y no solo a través de sus cuidadores.
- b. Ser paciente. No hacer suposiciones. Confirmar haber comprendido lo que el niño o niña ha expresado.
- c. Cuando sea necesario, identificar a los miembros de la comunidad que pueden facilitar la comunicación con los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, intérpretes de lengua de señas, organizaciones de personas con discapacidad, docentes de educación inclusiva o especial, otros cuidadores de niños y niñas con discapacidad, logopedas y terapeutas del lenguaje).
- d. El personal capacitado o especializado que trabaja con niños y niñas con discapacidad, como los logopedas y los terapeutas del lenguaje, puede ayudar a los cuidadores a comunicarse e interactuar con el niño, niña o adolescente con discapacidad en relación con su salud.
- e. Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad auditiva (sordera o audición reducida) suelen utilizar el lenguaje de señas. Si el niño o el cuidador no conoce este lenguaje, utilizar el lenguaje corporal, ayudas visuales o palabras clave, y hablar de manera lenta y clara.
 - Al hablar con un niño capaz de leer los labios, mantener el contacto visual y no taparse la boca.
- f. En cuanto a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad visual (ceguera o visión reducida):
 - Describir el entorno (por ejemplo, cualquier equipamiento médico que vaya a utilizarse o los fármacos sobre los que se hable) y presentar a las personas que se encuentran en él.
 - Utilizar el «método del reloj» (véase la figura 3) para ayudar a los niños y adolescentes a ubicar personas y objetos (por ejemplo, «el retrete está a las 3 en punto» si está directamente a su derecha o «los juguetes están entre las 8 y las 10» si están a su izquierda).

⁶⁹ Para obtener más información sobre cómo comunicarse con niños y niñas con discapacidad, véase el Módulo de Comunicación Inclusiva del UNICEF: www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

Figura 3: El método del reloj



Fuente: Sección de Discapacidad del UNICEF.

- Tocar y sentir diferentes objetos puede ayudar al aprendizaje y el reconocimiento de artículos, como alimentos o cubiertos.
 - Solicitar permiso antes de ayudar o tocar al niño o sus ayudas técnicas, como sillas de ruedas o bastones blancos.
- g. Si el niño, niña o adolescente tiene dificultades para comunicarse o entender los mensajes, utilizar una comunicación verbal clara y tener en cuenta lo siguiente:
- Utilizar objetos para representar distintas actividades favorece la comprensión y la capacidad del niño, niña o adolescente para anticipar lo que vendrá después y establecer una rutina.
 - Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad también pueden hacer uso de artículos para pedir cosas (por ejemplo, el jabón para indicar un baño o una cuchara para comunicar que tienen hambre).
 - Ayudar a los niños, niñas y adolescentes a que elaboren un libro, un tablero o tarjetas que contengan imágenes o dibujos relacionados con sensaciones o que respondan a preguntas, como por ejemplo si

tienen calor o frío o se sienten enfermos (véase la figura 4). Estas herramientas pueden utilizarse para comunicar cuestiones relacionadas con la salud, los alimentos, rutinas de autosuficiencia para el cuidado personal o para jugar (Novita, 2007).⁷⁰

Figura 4: Tableros y libros de comunicación



Fuente: Adaptado de Novita, 2017.

- Capacitar a los padres y cuidadores para observar y aprender las expresiones faciales sutiles o movimientos corporales que utiliza el niño, niña o adolescente para mostrar sus sentimientos o sensaciones (por ejemplo, incomodidad, felicidad, dolor, hambre o sed).
- Los teléfonos inteligentes y tabletas pueden usar aplicaciones que integran la opción de emitir un audio al presionar los símbolos de las imágenes. También existen otros dispositivos que se pueden usar como herramientas de ayuda para la comunicación mediante la emisión de audio.⁷¹

⁷⁰ Si el niño es capaz, se pueden elaborar libros más complejos con símbolos ilustrados organizados en diferentes categorías por página (por ejemplo, comida, artículos de cocina, ropa, artículos escolares). Se pueden utilizar las mismas fórmulas de apertura de oraciones (por ejemplo, «Quiero», «No quiero», «Veo», «Oigo», «Siento», «Esto es»). Esto permite al alumno usar oraciones completas, incluso en ausencia del habla.

⁷¹ Para ver ejemplos de dispositivos de ayuda para la comunicación mediante emisión de audio, consulte: <https://www.nationalautismresources.com/speech-communication/aac-devices/>.

9.3 Adaptación de la información para personas con discapacidad⁷²

Elaborar información sobre salud y VIH/sida en distintos formatos. Esto ayudará a garantizar que los niños, niñas, adolescentes y cuidadores con discapacidad física, intelectual, auditiva o visual tienen acceso a la información y la comprenden.

- a. Los formatos accesibles para las personas con discapacidad visual (ceguera o visión reducida) incluyen los macrotipos, los mensajes de texto telefónicos (la mayoría de teléfonos inteligentes cuentan con aplicaciones gratuitas que leen el texto en voz alta), el Braille y los anuncios de radio y audio.
- b. Las personas que disponen de programas informáticos de lectura de pantalla en sus ordenadores también pueden acceder a la información electrónica (por ejemplo, el correo electrónico, los formatos de texto).
- c. Entre los formatos accesibles para las personas con discapacidad intelectual se incluyen el lenguaje simple y las señales visuales, como los pictogramas, dibujos, imágenes y fotos en materiales impresos.
- d. Los formatos accesibles para los niños y niñas con discapacidad auditiva (sordera y audición reducida) incluyen el texto impreso, los mensajes de texto, los subtítulos y la interpretación en lengua de señas en reuniones o anuncios de televisión.
- e. Organizar talleres a fin de contar con la colaboración de las organizaciones de personas con discapacidad, otros grupos de personas con discapacidad y los niños, niñas y adolescentes con distintos tipos de discapacidad en el diseño, la revisión y la difusión de materiales de comunicación, como programas de radio dirigidos por adolescentes con discapacidad (*véase el recuadro 5 y la sección 7.2.k*).

⁷² Para obtener más información sobre cómo adaptar la información a las personas con discapacidad, véase «UNICEF Inclusive Communications Module» (Módulo de Comunicación Inclusiva del UNICEF), en www.unicef.org/disabilities/index_90418.html, y para obtener un ejemplo de comunicación accesible para las personas con distintos tipos de discapacidad, véase el vídeo del PNUD sobre comunicación inclusiva en relación con el ébola en Sierra Leona, <https://www.youtube.com/watch?v=M015IGIF1MA>.

Ejemplo: Formatos accesibles en la respuesta al tsunami

Tras el terremoto y el tsunami que asolaron el Japón en marzo de 2011, se recurrió a las emisoras de radio y a camionetas con altavoces para llegar a las poblaciones afectadas. Estos anuncios no fueron accesibles para las personas con discapacidad auditiva o dificultades de audición. Tras producirse el desastre, una empresa privada llamada PLUSVoice puso en marcha un servicio gratuito para ofrecer interpretación de lengua de señas por videollamada a los habitantes de las prefecturas de Iwate, Miyagi y Fukushima. Este apoyo a la comunicación remota permitió que las personas con discapacidad auditiva pudieran acceder a la información y las advertencias relacionadas con la emergencia (FICR, Handicap International y CBM, 2015).

9.4 Elaboración de mensajes inclusivos de los niños y niñas con discapacidad⁷³

La forma en que se representa a los niños y niñas con discapacidad en la información puede contribuir a reducir los estereotipos y los prejuicios, así como a promover el conocimiento de sus necesidades y capacidades. Todas las comunicaciones relacionadas tanto con la acción humanitaria como con el desarrollo pueden ser inclusivas de las personas con discapacidad.

- a. Describir la diversidad comunitaria a través de imágenes de niños y niñas con discapacidad en la información sobre salud, esté o no relacionada con la discapacidad.
- b. Retratar a los niños y niñas con distintos tipos de discapacidad dentro de grupos de niños, y no solos o por separado.
- c. Representar a los niños y niñas con discapacidad y a sus cuidadores participando de forma activa en las actividades (por ejemplo, a los padres dando de comer a sus hijos, a los niños jugando o en espacios amigos de la infancia o espacios temporales de aprendizaje o recibiendo servicios sanitarios).

⁷³ Para obtener más información sobre la elaboración de mensajes inclusivos, véase el Módulo de Comunicación Inclusiva del UNICEF: www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

- d. Adaptar los instrumentos de comunicación existentes para incrementar la sensibilización en torno a la discapacidad.
- Herramientas de comunicación para la acción humanitaria del UNICEF.⁷⁴
 - Comunicación para el desarrollo del UNICEF: dar voz a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de la movilización social; hacerlos partícipes en las campañas de comunicación como principales actores; centrarse en una imagen positiva de la discapacidad con el propósito de transformar las normas sociales y reducir el estigma y la discriminación.

⁷⁴ Véase https://www.adelaide.edu.au/accru/projects/effectivecomms/CHAT_V1_Final_Spanish_.pdf.



Con la ayuda de sus hermanos, Marva y Mahar, de 12 y 11 años respectivamente (en silla de ruedas, de izquierda a derecha), se dirigen a su hogar en el campamento Za'atari para refugiados sirios en Jordania. Su familia (incluido su padre, que tiene la misma discapacidad y seis hijos) huyó de Siria para escapar de la violencia que sufría su vecindario.

Las personas con discapacidad se enfrentan a varios obstáculos en el acceso a los servicios de salud y VIH/sida, así como a la información conexas. Los consejos sobre accesibilidad están relacionados con la identificación y la superación de las barreras en el entorno y las infraestructuras. Las medidas que deben llevarse a cabo son normas mínimas que aseguran la accesibilidad de las infraestructuras relacionadas con la salud y el VIH/sida y son aplicables a cualquier instalación que preste servicios de salud (por ejemplo, espacios amigos de la infancia, espacios temporales de aprendizaje y escuelas que respaldan las campañas de vacunación, hospitales, ambulatorios temporales).

Los trabajadores de los sectores de la educación, la protección y el WASH pueden necesitar apoyo para garantizar que todas las instalaciones que ofrecen servicios de salud y VIH/sida son accesibles para todas las personas. Los baños, las zonas de lavado de manos, las duchas y los puntos de abastecimiento de agua de los establecimientos sanitarios deben ser accesibles y poder ser utilizados por personas con distintos tipos de discapacidad (véase el manual sobre WASH).⁷⁶

Los asesores en materia de accesibilidad, cuando los haya, pueden respaldar la evaluación, planificación, supervisión y auditoría de la construcción y reconstrucción de los establecimientos sanitarios accesibles.⁷⁷

- a. Revisar las normas nacionales en materia de accesibilidad. Cuando no las haya, pueden utilizarse las normas internacionales.⁷⁸
- b. La accesibilidad se basa en el principio de llegar, acceder, circular y utilizar (RECU, por sus siglas en inglés), que garantiza que las personas con discapacidad, independientemente del tipo, pueden llegar a cualquier punto de distribución o establecimiento sanitario, acceder a este, circular por este y utilizarlo en un movimiento continuo (por ejemplo, sin enfrentarse a obstáculos).

⁷⁵ Todas las especificaciones han sido extraídas del recurso del UNICEF Accessible Components for the Built Environment: Technical guidelines embracing universal design, www.unicef emergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf (UNICEF 2016, documento inédito).

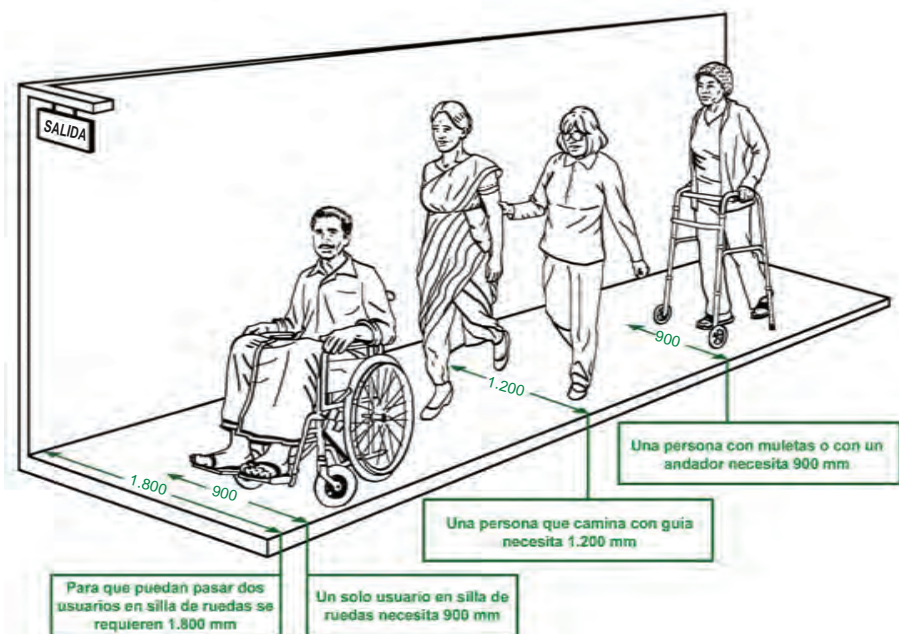
⁷⁶ Véase <http://training.unicef.org/disability/emergencies/wash.html>.

⁷⁷ En nombre del UNICEF, GAATES gestiona una base de datos de consultores cualificados en materia de accesibilidad en muchos países y regiones. Puede obtener información enviando un correo electrónico a disabilities@unicef.org.

⁷⁸ Consulte Edificación. Accesibilidad del entorno construido (2011) de la Organización Internacional de Normalización (ISO). Los trabajadores del UNICEF pueden acceder a ella a través de la División de Suministros.

- c. Considerar la ubicación de los establecimientos sanitarios: ¿Es fácil llegar a ellos? ¿Los edificios son accesibles para las personas con distintos tipos de discapacidad?
- d. En la medida de lo posible, seleccionar ubicaciones e infraestructuras que ya sean accesibles o que sean fáciles de adaptar (por ejemplo, que la anchura de las puertas ya sea de 800 mm⁷⁹ o que pueda instalarse una rampa en la entrada principal).
- e. Las vías de circulación deben tener una anchura mínima de 900 mm, y se recomienda que esta sea de 1.800 mm para permitir que dos usuarios de sillas de ruedas puedan circular simultáneamente (véase la figura 5). Estos pasos deben ser estables y uniformes.

Figura 5: Los pasos deben tener una anchura mínima de 900 mm para dar cabida a distintos usuarios

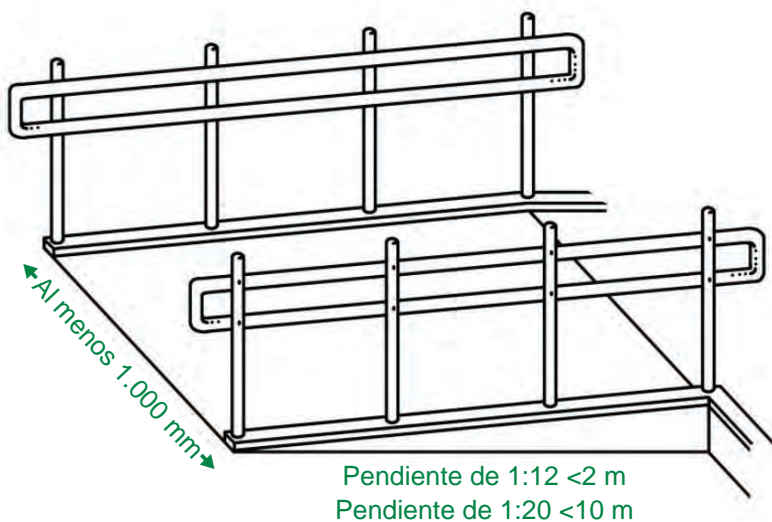


Fuente: Adaptado de Oxley, 2002, por el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) y el Laboratorio de Investigación sobre el Transporte (TRL), 2004 (UNICEF, 2016c).

⁷⁹ Una vez finalizada la construcción, las puertas son difíciles de adaptar y modificar para hacerlas más anchas y facilitar el acceso de los usuarios de sillas de ruedas a los edificios o a los espacios.

- f. Las rampas son la única solución práctica para las personas que no pueden subir escalones o escaleras. Deben tener una anchura mínima de 1.000 mm y se recomienda la instalación de pasamanos en escaleras o cruces de alcantarillado cuando la inclinación sea superior a 1:20 (véase la figura 6).

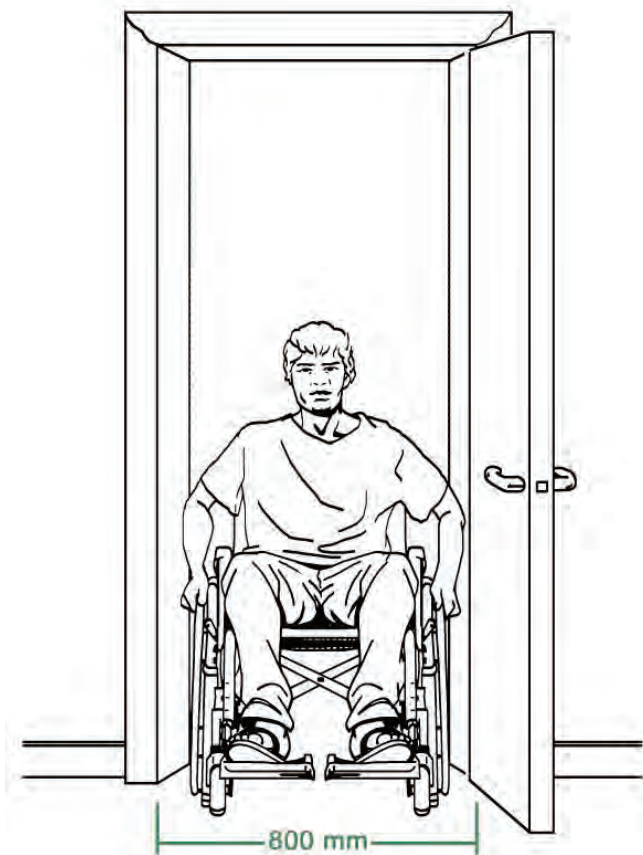
Figura 6: Rampas



Fuente: Adaptado de FICR, Handicap International y CBM, 2015.

- g. Las entradas y aperturas de las puertas deben tener una anchura mínima de 800 mm (véase la figura 7) y no deben tener umbrales con escalón ni obstáculos en el suelo.

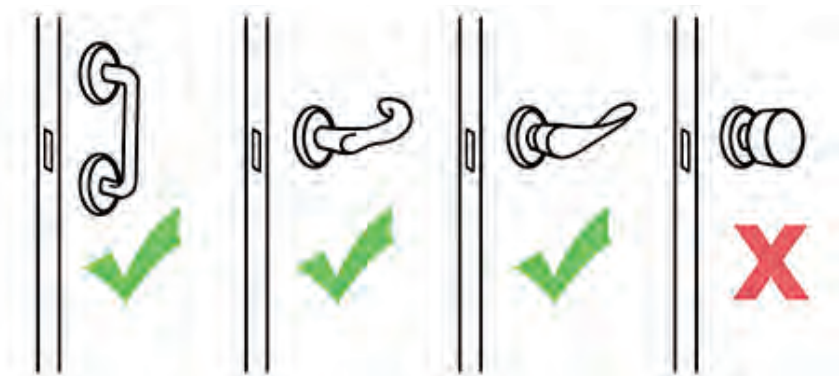
Figura 7: Las puertas deben tener una anchura mínima de 800 mm



Fuente: Adaptado de UNESCO, 1990, ISO, 2011 (UNICEF, 2016c).

- h. Los picaportes deben instalarse a una distancia de entre 800 mm y 900 mm del suelo; es preferible el uso de picaportes en forma de «D» (véase la figura 8) .

Figura 8: Picaportes fáciles de usar



Fuente: Adaptado de FICR, Handicap International y CBM, 2015.

- i. Reducir los obstáculos dentro de los establecimientos sanitarios mediante la nivelación de suelos y umbrales.
- j. Garantizar que el espacio de circulación dentro de las instalaciones es el adecuado.
- k. Asegurarse de que la señalización relativa a los establecimientos sanitarios es accesible:
 - Instalar mapas debidamente iluminados que muestren la localización de los servicios disponibles con flechas para una mejor orientación (por ejemplo, en la entrada a ambulatorios, puntos de distribución de alimentos, espacios temporales de aprendizaje o espacios amigos de la infancia).
 - Asegurarse de que toda la señalización dirigida a los niños y niñas está instalada a una altura adecuada para ellos y que los padres y cuidadores comprenden la información y pueden transmitirla a los menores.
 - Utilizar un lenguaje sencillo, imágenes, contrastes de color, pictogramas y elementos táctiles.

Auditorías de accesibilidad

- I. Realizar auditorías de accesibilidad en los establecimientos sanitarios.
- m. Hacer partícipes a los niños, niñas, adolescentes y cuidadores con discapacidad en las auditorías de accesibilidad. Moverse por el entorno y las instalaciones en compañía de niños y niñas con distintos tipos de discapacidad a fin de identificar obstáculos y recabar sus sugerencias de mejora.

Accesibilidad: el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales (Naciones Unidas, 2006).

La accesibilidad física es la provisión de edificios o partes de edificios de modo que las personas, independientemente de la discapacidad, la edad o el género, puedan acceder a ellos, entrar en ellos, utilizarlos y salir de ellos (ISO, 2011).

Ayudas técnicas: Cualquier ayuda externa (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricada especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la autonomía y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Las ayudas se emplean también para prevenir deficiencias en el funcionamiento y afecciones secundarias (OMS, 2016).

Centro asistencial: Establecimiento sanitario de transición que proporciona cuidados esenciales de rehabilitación con el fin de reducir la carga de trabajo de los servicios a pacientes hospitalizados y no hospitalizados (OMS, 2015a).

Comunicación para cambios en el comportamiento: Proceso consultivo basado en la investigación para abordar conocimientos, actitudes y prácticas. Proporciona información y motivación pertinentes mediante estrategias bien definidas, a través de una combinación de canales mediáticos y métodos participativos. Las estrategias para cambios en el comportamiento se centran en el individuo como centro del cambio con el fin de alentar y sustentar comportamientos positivos y apropiados.⁸⁰

Comunicación para el desarrollo: Proceso bidireccional para compartir ideas y conocimientos mediante una serie de herramientas y enfoques de comunicación que empoderan a los individuos y a las comunidades para emprender acciones que mejoren sus vidas. Conlleva la participación de las comunidades y escuchar a los adultos y niños en la medida en que estos identifican problemas, proponen soluciones y actúan en consonancia.⁸¹

⁸⁰ Para obtener más información, consulte: https://www.unicef.org/spanish/cbsc/index_42329.html.

⁸¹ Para obtener más información, consulte: https://www.unicef.org/spanish/cbsc/index_42329.html.

Coordinación asistencial: Proceso de ayuda a los niños, a nivel individual, y las familias a través del apoyo social directo y la gestión de la información⁸² (Grupo de Trabajo sobre la Protección de la Infancia, 2012) y la remisión a otros servicios necesarios,⁸³ y las actividades que los asistentes sociales, trabajadores sociales u otros miembros del personal de apoyo del proyecto llevan a cabo durante el trabajo con los niños y las familias al abordar sus preocupaciones en materia de protección (Save the Children, 2011). También implica la localización de las familias, la medicación y el seguimiento después de la separación y la reagrupación familiar. Estos servicios pueden incluir asistencia médica, jurídica o educativa, así como ayuda para la subsistencia provistas por otra agencia u organismo gubernamental.

Cuidador: Los términos «padre», «madre» o «cuidador» no se limitan a los padres y madres biológicos, sino que se extienden a cualquier tutor que proporcione un cuidado constante al menor. Los cuidadores pueden ser padres, madres, hermanos, abuelos y otros parientes, además de proveedores de atención a la infancia que desempeñen un papel significativo en el cuidado de lactantes y niños pequeños (UNICEF, 2014).

Deficiencia: Desviación significativa o pérdida en las funciones o estructuras corporales (OMS, 2002). Las deficiencias pueden ser transitorias o permanentes, y las personas pueden tener múltiples deficiencias. Hay cinco grandes categorías de deficiencias:

- Deficiencias (sensoriales) auditivas: sordera y audición reducida.
- Deficiencias (sensoriales) visuales: ceguera y visión reducida.
- Deficiencias psicosociales: trastornos de salud mental que pueden generar dificultades de comunicación, déficits de atención y comportamientos incontrolados (como, por ejemplo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la depresión o el trastorno por estrés postraumático).
- Deficiencias intelectuales y del desarrollo: diversos grados de limitaciones de las funciones intelectuales que pueden afectar a la capacidad de aprender, memorizar, concentrar la atención, comunicarse y desarrollar autonomía social y estabilidad emocional (un ejemplo es el síndrome de Down).
- Deficiencias físicas: limitaciones parciales o totales de la movilidad, incluida la parte superior o inferior del cuerpo.

⁸² El apoyo directo es el tiempo que los asistentes sociales pasan con los niños y las familias, en el que se habla de cómo abordar sus preocupaciones y simplemente se les brinda apoyo a través de su presencia y atención.

⁸³ Otros servicios son aquellos que no son o no pueden ser provistos directamente por el asistente social al que se deriva el niño o la familia.

Discapacidad: Deficiencias a largo plazo que afectan al funcionamiento de una persona y que, en interacción con las barreras debidas a la actitud y al entorno, evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006).

Diseño universal: El diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. Esto no excluye las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten (Naciones Unidas, 2006).

Formatos accesibles: Información disponible para personas con diferentes tipos de discapacidad. Los formatos incluyen la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso (Naciones Unidas, 2006).

Inclusión: Proceso que aspira a garantizar que se tiene en cuenta a las personas más vulnerables de una forma igualitaria y que estas participan en los programas de desarrollo y humanitarios, y se benefician de ellos.

Inclusión de las personas con discapacidad: Enfoque que tiene por objetivo abordar las barreras que afrontan las personas con discapacidad, apoyar sus necesidades específicas y garantizar su participación.

Organizaciones de personas con discapacidad: Asociaciones de personas con discapacidad o sus representantes, incluidos grupos de autoayuda, federaciones, redes y asociaciones de padres de niños y niñas con discapacidad. Una entidad se considera organización de personas con discapacidad cuando la mayoría de los miembros de su directiva o de sus afiliados son personas con discapacidad (PWDA, 2016).

Personas con discapacidad (niños, adolescentes y adultos): Personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006).

Protección social: Conjunto de acciones públicas que abordan no solo la pobreza y las crisis económicas, sino también la vulnerabilidad social, teniendo en cuenta la interrelación entre exclusión y pobreza. A través de contribución financiera o en especie y los programas diseñados para

la mejora del acceso a los servicios (por ejemplo, salud, educación y nutrición), la protección social ayuda al ejercicio efectivo de los derechos humanos de los niños y las familias (UNICEF, 2017).

Rehabilitación: Conjunto de medidas que permiten a las personas con discapacidad lograr y mantener un funcionamiento óptimo en sus entornos. Los servicios de rehabilitación van desde los servicios básicos hasta los especializados y se brindan en muchos sitios diferentes, por ejemplo, hospitales, hogares y ambientes comunales (OMS, 2010c).

Rehabilitación basada en la comunidad: Enfoque multisectorial que trabaja en favor de la mejora de la igualdad de oportunidades y la inclusión social de las personas con discapacidad al tiempo que combate el círculo perpetuo de pobreza y discapacidad. La rehabilitación basada en la comunidad se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas (OMS, 2010b).

Rehabilitación temprana: Evaluación inmediata e intervenciones de rehabilitación tras un suceso traumático que garanticen unas mayores posibilidades de recuperar los niveles de funcionalidad previos a la lesión o la enfermedad y de llevar una vida más independiente (Handicap International, 2010).

Señalización accesible: La señalización diseñada para informar y orientar a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad. Todos los letreros deben ser visibles, claros, sencillos, fáciles de leer y entender, estar dotados de elementos táctiles y adecuadamente iluminados de noche.

Vía rápida: Mecanismos que aspiran a identificar y dar prioridad a ciertos grupos, como las personas con discapacidad, permitiendo su acceso prioritario a servicios. Entre los ejemplos de mecanismos de vía rápida se cuentan las partidas independientes, los sistemas de símbolos, los números o identificación de beneficiarios o las tarjetas de beneficiarios.

Úlceras de decúbito: Se producen cuando el cuerpo ve interrumpida la circulación sanguínea en una superficie ósea, lo que provoca que la piel y la carne bajo esta se mueran y se formen úlceras. Por lo general se forman en partes del cuerpo en las que se ha perdido la sensibilidad y en personas con movilidad reducida (Werner, 1997).

Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) (2016) *The Role of Physical Therapists in Disaster Management*, www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf.

Handicap International (2011) *Training of Trainers Manual on Disability-Inclusive HIV Services and Disability-Inclusive Sexual and Reproductive Health for Health Workers*, www.asksource.info/resources/training-trainers-manual-disability-inclusive-hiv-services-and-disability-inclusive-sexual.

OMS (2009) *Disability and HIV Policy Brief*, www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf.

OMS (2016) *Lista de ayudas técnicas prioritarias: Mejora del acceso a las tecnologías de apoyo para todos, en cualquier lugar*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207697/1/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf?ua=1.

OMS (2016) *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252809/9789241511728-eng.pdf?sequence=1>.

OMS, CBM et al. (2013) *Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo del riesgo de desastres, para la salud*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf?ua=1.

UNICEF (2014) *Disability Orientation Video*, www.unicef.org/disabilities/66434.html.

UNICEF (2016) *Módulo de Comunicación Inclusiva*, www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

Age and Disability Consortium (2015) *Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action: Pilot version.*

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Reach (2014) *Disability Assessment Report: Syrian refugees in Northern Iraq.*

CBM y Disability Inclusive DRR Network para Asia y el Pacífico (2013) *Disability Inclusive Disaster Risk Management: Voices from the field & good practices.*

Comité Permanente entre Organismos (CPO) (2004) *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.*

Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT) (2016) *The Role of Physical Therapists in Disaster Management.*

Consejo de Derechos Humanos (2012) *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad, A/HRC/20/5*, 30 de marzo de 2012.

Departamento de Desarrollo Internacional y Laboratorio de Investigación sobre el Transporte (2004) *Overseas Road Note 21: Enhancing the mobility of disabled people - Guidelines for practitioners.*

Equipo de Tareas sobre Envejecimiento y Discapacidad (2011) *Ageing and Disability in Humanitarian Response: A resource book of inclusive practices.* CBM.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR), Handicap International y CBM, *Todas las personas bajo un mismo techo: Alojamientos y asentamientos de emergencia inclusivos.* FICR, 2015.

Grupo de Trabajo sobre la Protección de la Infancia (2012) *Normas mínimas para la protección de la infancia en la acción humanitaria.*

Handicap International (2010) *Early Rehabilitation Protocols for Victims of Natural Disaster.*

Handicap International y HelpAge International (2014) *Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, injured and older refugees*.

ISO (2011) *Edificación. Accesibilidad del entorno construido*. Norma Internacional ISO 21542.

Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo (2014) *Factsheet: The impact of mines/ERW on children*, www.the-monitor.org/index.php/content/view/full/25198.

Naciones Unidas (2006) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Novita Children's Services (2007) *Alternative and Augmented Communication Factsheets*.

Novita Children's Services (2017) *Augmentative and Alternative Communication (ACC)*.

OIT (2008) *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care*.

OMS (2002) *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*, www.who.int/classifications/icf/en.

OMS (2010a) *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC – Folleto Complementario*.

OMS (2010b) *Rehabilitación basada en la comunidad: Guía para la RBC – Folleto Introducción*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/42/9789243548050_Introducci%C3%B3n_spa.pdf.

OMS (2010c) *Rehabilitación Basada en la Comunidad: Guías para la RBC – Componente de Salud*.

OMS (2011) *Informe mundial sobre la discapacidad*.

OMS (2015a) «Nepal Health Cluster Bulletin 2, 11 May», www.searo.who.int/entity/emergencies/crises/nepal/health_cluster_bulletin_12_may_2015.pdf.

OMS (2015b) «Health Cluster Bulletin 4, 27 May, Nepal Earthquake Response».

OMS (2016) *ICF Browser - Factores ambientales - Capítulo 1 «Productos y tecnología»*, <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.

OMS, CBM et al. (2013) *Nota de orientación sobre la discapacidad y la manejo del riesgo de desastres, para la salud*.

OMS y CESPAP (2008) *Training Manual in Disability Statistics*.

Oxley, P. (2002) *Inclusive Mobility: A guide to best practice on access to pedestrian and transport infrastructure*, Londres: Departamento de Transportes.

Plan International (2013) *Informe Por Ser Niña 2013. En doble riesgo: Las adolescentes y los desastres*.

Proyecto Esfera (2011) *Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria*.

PWDA [People with Disability Australia] (2016), www.pwd.org.au/student-section/disabled-people-s-organisations-dpos.html.

Reinhardt, J. D., et al. (2011) «Disability and Health-Related Rehabilitation in International Disaster Relief», *Global Health Action*, 4, p. 7191.

Save the Children (2011) *Case Management Practice within Save the Children Child Protection Programmes*.

Save the Children (2015) *Manual de capacitación sobre primeros auxilios psicológicos para profesionales de la niñez*.

UNESCO (1990) *Handbook of Design Guidelines for Easy Access to Educational Building by Physically Handicapped Persons*.

UNESCO (2010) *Guía para la planificación de la educación en situaciones de emergencia y reconstrucción*.

UNICEF (2007) *Promoting the Rights of Children with Disabilities*. Innocenti Digest n.º 13.

UNICEF (2010) *Compromisos básicos para la infancia en la acción humanitaria: salud*.

UNICEF (2013) *El estado mundial de la infancia: Niñas y niños con discapacidad*.

UNICEF (2014) *A Systematic Review of Parenting Programmes for Young Children in Low- and Middle-Income Countries*.

UNICEF (2016a) *UNICEF/Washington Group on Disability Statistics Child Functioning Module*. Nota conceptual, <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/11/UNICEF-WG-Child-Functioning-Module-Concept-Note-October-2016-FINAL.pdf>.

UNICEF (2016b) *Accessible Components for the Built Environment: Technical guidelines embracing universal design*. Documento inédito, www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf.

UNICEF (2017) *Children with Disabilities and Learning Difficulties: Central and Eastern Europe / Commonwealth of Independent States*, https://www.unicef.org/ceecis/education_13373.html.

UNICEF y OMS (2012) *el desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad*.

UNICEF y OMS (2015) *Assistive Technology for Children with Disabilities: Creating opportunities for education, inclusion and participation – A discussion paper*.

Universidad de Oxford (2010) «Disability and Displacement», *Forced Migration Review*, número 35.

WEDC (2010) *Inclusive Design of School Latrines: How much does it cost and who benefits?*

Werner, D. (1997) *Nothing about Us without Us: Developing innovative technologies for, by and with disabled persons*. Capítulo 27.

WRC (2013a) *Disability Inclusion in the Syrian Refugee Response in Lebanon*.

WRC (2013b) *Disability among Refugees and Conflict-Affected Populations*.

WRC (2014) *The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability Research from Kenya, Uganda and Nepal*.

WRC (2016) *«Working to Improve Our Own Future»: Inclusion of women and girls with disabilities in humanitarian action.*

WRC (2017) *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action: A facilitator's guide.*

Anexo: Compromisos básicos para la infancia y los niños y niñas con discapacidad

Las tablas, obtenidas a partir de las acciones programáticas descritas en este documento, enumeran las actuaciones clave de cada uno de los Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria en materia de salud y VIH/sida⁸⁴ que mejoran la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria en materia de salud

Compromiso 1: Los mecanismos de coordinación interinstitucional en el sector de la salud (por ejemplo, coordinación de grupos temáticos) reciben apoyo y se mejoran con vínculos a otros mecanismos de coordinación de grupos temáticos o de sectores sobre cuestiones intersectoriales fundamentales.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Los mecanismos de coordinación, incluidos los grupos temáticos y los grupos de trabajo de salud, cuentan con un punto focal o un organismo de coordinación en materia de discapacidad.

En los planes de los grupos temáticos y los grupos de trabajo de salud se incluyen los aspectos relacionados con los niños y niñas con discapacidad.

Se establecen vínculos entre los grupos temáticos de salud y de otros sectores para que las actuaciones intersectoriales fundamentales engloben a los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, con el grupo temático de educación, para garantizar que las campañas en materia de salud que se llevan a cabo en las escuelas y los espacios temporales de aprendizaje incluyen a los niños y niñas con discapacidad).

Compromiso 2: Acceso de los niños y las mujeres a intervenciones que les salven la vida por medio de actividades basadas en la población y la comunidad (por ejemplo, campañas y días de salud infantil).

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Se establecen mecanismos de divulgación para la identificación y la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en campañas como la de vacunación contra el sarampión, los mosquiteros tratados con insecticidas, la vitamina A y la medicación de desparasitación.

⁸⁴ Para obtener más información sobre los Compromisos Básicos para la Infancia del UNICEF, consulte https://www.unicef.org/spanish/publications/index_21835.html.

Compromiso 3: Acceso equitativo de los niños, los adolescentes y las mujeres a servicios esenciales de salud, con una cobertura sostenida de intervenciones preventivas y correctivas de gran impacto.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Se forma al personal ubicado en las instalaciones y encargado de la divulgación en materia de salud en la identificación y remisión de los niños, niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad, incluso a los servicios de rehabilitación.

Se establece una colaboración con los proveedores de servicios especializados para hacer frente a las necesidades de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, niños y niñas que han sufrido lesiones durante una catástrofe, incluidas las cirugías de emergencia o correctivas, los servicios de rehabilitación y la provisión de ayudas técnicas).

Se ha formado al personal humanitario de salud en la inclusión de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, haciendo que las intervenciones de SSR y de salud mental y apoyo psicosocial sean inclusivas o a la hora de comunicarse con niños y niñas con discapacidad).

Las personas con discapacidad pueden acceder a las instalaciones e infraestructuras de salud de carácter humanitario y utilizarlas (por ejemplo, ubicación y edificación accesibles, información en diferentes formatos).

Compromiso 4: Acceso de las mujeres y los niños a intervenciones de comunicación para el cambio de comportamiento que mejoran la atención de la salud y las prácticas de alimentación.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Se elaboran mensajes fundamentales de salud y se difunden a las poblaciones afectadas en al menos dos formatos diferentes (por ejemplo, folletos y anuncios de audio).

En los materiales de salud se incluyen imágenes positivas de los niños y niñas con discapacidad (por ejemplo, niños y niñas con discapacidad jugando con otros niños).

Compromiso 5: Las mujeres y los niños tienen acceso a materiales esenciales para el hogar.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Los hogares con personas con discapacidad son identificados y registrados, y se les proporcionan tarjetas de identificación a fin de ofrecerles artículos para el hogar esenciales.

Se establece un sistema de vía rápida o de priorización para los artículos domésticos esenciales para los hogares en los que hay personas con discapacidad.

Compromisos Básicos para la Infancia en la Acción Humanitaria en materia de VIH/sida

Compromiso 1: Los niños, los jóvenes y las mujeres tienen acceso a información sobre la prevención, la atención y el tratamiento.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

La información sobre la prevención, la atención y el tratamiento del VIH, incluidos los casos en que se dispone de servicios de VIH/sida, se elabora y difunde en al menos dos formatos distintos (por ejemplo, escrito y audio).

El personal que trabaja con el VIH ha recibido formación sobre cómo comunicarse con personas con discapacidad (por ejemplo, consejos básicos sobre comunicación con personas sordas, ciegas o con discapacidad intelectual).

Compromiso 2: Los niños, los jóvenes y las mujeres tienen acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento durante la crisis.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Los servicios de VIH, tanto basados en las instalaciones como en la comunidad, son accesibles para las personas con discapacidad (por ejemplo, en ubicaciones accesibles y edificios dotados de señalización accesible).

Los niños y niñas con discapacidad acceden a las campañas de prevención y tratamiento del VIH/sida (en las escuelas o mediante la divulgación).

Los datos sobre el acceso a los servicios de VIH/sida están desglosados por discapacidad.

Compromiso 3: Se continúan los servicios de prevención, atención y tratamiento para los niños, los jóvenes y las mujeres.

Acciones para la inclusión de los niños y niñas con discapacidad

Las personas con discapacidad que anteriormente recibían tratamiento y atención relacionados con el VIH continúan recibiendo tratamiento antirretroviral, lo cual puede requerir una labor de divulgación, ya que es posible que tras una emergencia se vean aisladas y sean incapaces de desplazarse hasta las clínicas.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Octubre de 2017

Se necesita permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación. Para más información sobre derechos de uso, póngase en contacto con:

Disability Section, UNICEF
3 United Nations Plaza, Nueva York, NY, 10017,
Estados Unidos de América

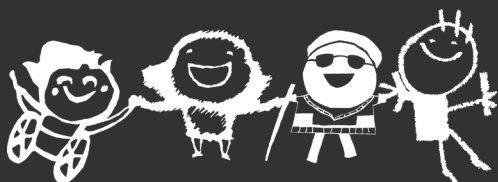
Correo electrónico: disabilities@unicef.org

Los seis manuales de orientación están disponibles en:
training.unicef.org/disability/emergencies

Además de las versiones impresas y en PDF, la guía de orientación también está disponible en varios formatos alternativos: ePUB, archivo preparado para Braille y formatos HTML accesibles.

Fotografía de la portada: © Lucas Veuve/Handicap International

Nirmala (a la izquierda, con el fisioterapeuta Jay) y Khembro (a la derecha, con el fisioterapeuta Sudan Rimal) reciben prótesis y sesiones de rehabilitación por las lesiones sufridas durante el terremoto de Nepal.



unicef 

para cada niño