

FICHAS TÉCNICAS

Cómo implementar las obligaciones de asistencia a víctimas?



CONFORME AL TRATADO DE PROHIBICIÓN DE MINAS



Medidas concretas para mejorar la calidad de vida de las víctimas y de las personas con discapacidad

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



INTRODUCCIÓN

La asistencia a víctimas de minas y restos explosivos de guerra (REG) es una obligación para los Estados Parte del Tratado de Prohibición de Minas (MBT, por sus siglas en inglés) y de la Convención sobre Municiones de Racimo (CMR). Tanto el Plan de Acción de Cartagena como el Plan de Acción de Vientián contienen compromisos específicos en los que han convenido los Estados Parte para implementar efectivamente sus obligaciones de asistencia a víctimas (AV), en especial para mejorar la calidad de vida de las víctimas. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) de las Naciones Unidas provee el marco más integral para atender las necesidades y fomentar los derechos de todas las personas con discapacidad (PcD), incluidas las sobrevivientes de minas/REG. Los marcos regionales sobre discapacidad y desarrollo tales como *la Estrategia de Incheon para Hacer Realidad los Derechos de las Personas con Discapacidad en Asia y el Pacífico* y *el Decenio Africano de las Personas con Discapacidad*, son igualmente pertinentes.

OBJETIVO DE ESTAS FICHAS TÉCNICAS

Handicap International (HI) ha preparado las fichas técnicas sobre asistencia a víctimas para proveer **información concisa sobre el concepto de AV y sobre su transformación en acciones concretas a fin de mejorar la calidad de vida de las víctimas de minas/REG y de las personas con discapacidad**. Las fichas técnicas se dirigen a los Estados Parte afectados por minas/REG, a los Estados Parte que están en condiciones de prestar asistencia, a las organizaciones de sobrevivientes y de otras PcD, así como a otras organizaciones de la sociedad civil o internacionales.

METODOLOGÍA

Las fichas técnicas se basan en textos existentes sobre AV, Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, tales como las Guías de la OMS para la Rehabilitación Basada en la Comunidad y publicaciones sobre sectores y países específicos de organizaciones como HI, la Unidad de Apoyo para la Implementación de la Convención sobre la Prohibición de las Minas Antipersonal, el Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (CICR) y otras organizaciones. Se solicitaron comentarios de los asesores técnicos de HI con contribuciones de sus equipos de campo. Se debatió con organizaciones de sobrevivientes y con otras organizaciones asociadas en países afectados por minas/REG. HI es, sin embargo, la única responsable del contenido final, el cual refleja las políticas y prácticas de la organización.

PRESENTACIÓN GENERAL DE LAS FICHAS TÉCNICAS

Este paquete comporta doce fichas técnicas. Seis de ellas se concentran en sectores o áreas específicas de política pública de los cuales la AV es parte integral; los seis restantes, en cuestiones intersectoriales. Con el objeto de fomentar sinergias entre distintos marcos de referencia, en cada ficha se establecen vínculos claros con sectores y temas de desarrollo. Este planteamiento busca evitar tanto la duplicación de esfuerzos como los vacíos por falta de coordinación entre los esfuerzos en el contexto de la AV y aquellos en el contexto de desarrollo, propicia el establecimiento de vínculos entre iniciativas similares y fomenta el uso eficiente de los recursos disponibles. Cabe mencionar que integrar la AV en esfuerzos de mayor amplitud, en el marco de desarrollo inclusivo, redundará en mejoras más significativas y sostenibles en la calidad de vida de las víctimas de minas/REG y de las PcD, lo que constituye el principal objetivo de la AV.



LOS DOCE TEMAS DE LAS FICHAS TÉCNICAS SON:

SECTORES/ÁREAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

- 1 ATENCIÓN MÉDICA
- 2 REHABILITACIÓN
- 3 APOYO PSICOLÓGICO Y PSICO-SOCIAL
- 4 EDUCACIÓN
- 5 INCLUSIÓN SOCIAL
- 6 INCLUSIÓN ECONÓMICA

TEMAS INTERSECTORIALES

- 7 GÉNERO
- 8 EMPODERAMIENTO
- 9 ACCESIBILIDAD Y ACCESO A SERVICIOS
- 10 RECOPIACIÓN DE DATOS
- 11 PLANES NACIONALES DE ACCIÓN, COORDINACIÓN
- 12 COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONAL



CÓMO USAR ESTAS FICHAS TÉCNICAS

Estas fichas fueron diseñadas para usarse como un paquete o como fichas independientes. Cada una contiene las siguientes secciones: definición del sector de AV o del tema intersectorial, marcos legales y de política internacionales, actores principales, problemas comunes en países de bajos ingresos, proyectos exitosos, recomendaciones, indicadores, descripción de un proyecto o de un programa, y referencias.

En la Sección 6 de cada ficha se enumeran recomendaciones para Estados Parte del MBT y de la CMR. **Los Estados afectados por minas/REG** encontrarán ejemplos de lo que puede hacerse a nivel nacional para mejorar la AV, mientras que los **Estados en condiciones de prestar asistencia** encontrarán ideas sobre lo que están haciendo y lo que pueden hacer los Estados afectados y, en consecuencia, podrán concebir políticas, planes, programas y proyectos que aporten en el marco de la cooperación internacional. Por otra parte, la ficha 12 trata específicamente la manera en que la Cooperación Internacional puede brindar apoyo a la AV.

En la mayoría de las fichas, la Sección 6 (Recomendaciones) y la Sección 7 (Indicadores) se subdividen en las siguientes partes:

1. Calidad de vida,
2. Acceso a servicios,
3. Legislación y Políticas.

La información refleja así el hecho de que las diferentes intervenciones tienen un impacto directo en uno de estos tres niveles. HI considera, sin embargo, que si bien los avances en cuestiones como acceso a servicios, legislación y políticas son importantes, deben tener como resultado un impacto positivo, mensurable y sostenible en la calidad de vida de las víctimas y de las PcD.



CONCEPTOS CLAVE

● ACCESO A SERVICIOS:

Al utilizar el concepto de «acceso a servicios» en estas fichas, el término «acceso» cubre los siguientes seis criterios: **disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, rendición de cuentas y buena calidad técnica** (véase la ficha 9: *Accesibilidad/Acceso a servicios*).

● NO DISCRIMINACIÓN:

En este contexto, se refiere a que no deberá haber discriminación alguna entre, ni contra, las víctimas, ni tampoco entre sobrevivientes y otras PcD. Los esfuerzos en AV deberán beneficiar a otras PcD del mismo modo en que todo esfuerzo por promover los derechos de las PcD y de sus familias deberá incluir a los sobrevivientes y a sus familias.

● DESARROLLO INCLUSIVO:

Garantizar que todo grupo en situación de marginalización, vulnerabilidad o exclusión (como la mayoría de las víctimas y de las PcD) se beneficie, contribuya y participe de manera significativa y efectiva en todos los procesos de desarrollo.

● VÍCTIMAS:

Todas las personas que han perdido la vida o han sufrido un daño físico o psicológico, una pérdida económica, marginación social o un daño sustancial en la realización de sus derechos debido al empleo de municiones en racimo. La definición incluye a aquellas personas directamente afectadas por las minas/REG, así como a los familiares y comunidades perjudicados. En estas fichas nos referimos a ellas como «víctimas».

● PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

Según la CDPcD, entre las PcD se incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedirle su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

● EL ENFOQUE DOBLE:

Se refiere al que fomenta el desarrollo inclusivo por medio de dos métodos complementarios de igual importancia:

- ▶ La implementación de acciones específicas que fomenten el empoderamiento individual y colectivo de las víctimas de minas/REG y de las PcD. (Véase la ficha 8: *Empoderamiento*)
- ▶ La eliminación de toda barrera física, psicológica y de comunicación que impida el desarrollo de personas con discapacidad. (Véase la ficha 9: *Accesibilidad/Acceso a servicios*)

Esperamos que el lector encuentre útiles e informativas estas fichas y que lo impulsen a buscar otras formas de contribuir a la AV y al desarrollo inclusivo. Handicap International acogerá con beneplácito toda aportación y todo comentario. En cada ficha se enumeran directrices, documentación técnica y buenas prácticas sobre estos temas.

¿QUÉ SIGNIFICA ATENCIÓN MÉDICA?

La **atención médica** es un componente de los **servicios de salud**. Comporta la prevención, **identificación, evaluación y tratamiento de afecciones de salud y deficiencias**.⁽¹⁾ En el contexto de la AV, los servicios de salud se han concentrado en atención médica de urgencia y continua. **El objetivo de la atención médica de urgencia** es proporcionar tratamiento por traumatismo grave: primeros auxilios, transfusión de sangre y otras **medidas inmediatas** para prevenir la muerte y una deficiencia permanente cuando una persona sobrevive a un accidente. **El objetivo de la atención médica continua** es **propiciar la recuperación total** con medidas tales como la gestión del dolor.

La **atención médica** es el primer paso para procurar que una persona sobreviva a un accidente y para minimizar, en lo posible, la vulnerabilidad a cualquier deficiencia permanente o el grado que esta pueda presentar. Sin embargo, esta atención es solo parte de los servicios de salud más amplios. Los sobrevivientes necesitan y tienen el derecho de obtener acceso a atención médica apropiada incluso después de recuperarse del traumatismo inicial.

Los **servicios de salud tienen los siguientes componentes**:⁽²⁾

- **Promoción de la salud**: Fortalecimiento de las aptitudes para modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales a efectos de mitigar las repercusiones de una herida sobre la salud.
- **Prevención**: Medidas preventivas primarias (prevención de enfermedades), secundarias (diagnóstico y tratamiento tempranos) y terciarias (rehabilitación).
- **Atención médica** (incluida la de urgencia y la continua): Identificación, evaluación, cirugía y tratamiento de afecciones y deficiencias médicas.

Datos Breves

- ★ Cada año, miles de personas involucradas en accidentes con minas/REG mueren o resultan con discapacidad debido, en parte, a **la carencia de acceso inmediato a primeros auxilios competentes**.
- ★ A menudo, las PcD y los sobrevivientes tienen **niveles de salud inferiores y más dificultades para obtener acceso los servicios de salud** que el resto de la población.
- ★ Las mujeres y las niñas con discapacidad, incluidas las sobrevivientes, padecen un **índice más alto de abuso sexual** que otras mujeres y tienen menos acceso a información sobre salud reproductiva. Son también **más vulnerables a infecciones por VIH, a embarazos no deseados y a la mortalidad materna**.



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- **CMR**: Art. 5. | **Plan de Acción de Vientián**: Medidas 25 y 28.
- **Plan de Acción de Cartagena**: Sección IV, párr. 12. Medida 31.
- **CDPcD**: Art. 25 y 26.
- **ODM**: Objetivos 4, 5 y 6.



ACTORES PRINCIPALES

- **Organizaciones** de sobrevivientes y de PcD | **Proveedores de servicios**: **Hospitales, incluido el servicio de transporte médico de urgencia**, centros comunitarios de salud.
- **Ministerios**: de **Salud**.
- **Organizaciones internacionales**: **OMS**.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- En las **zonas rurales**, donde vive la mayoría de las víctimas, no se dispone de recursos humanos ni materiales –ya sea personal para primeros auxilios o abastecimiento seguro de sangre, por ejemplo– o estos son muy limitados.
- La transportación a los centros médicos es a menudo cara y prolongada; los problemas de distancias y costos dificultan el **acceso periódico a los servicios de salud**, en particular en el caso de los niños a medida que van creciendo.
- Pocos cirujanos están capacitados en **técnicas de amputación y en medidas para salvar la vista**, prácticas esenciales en casos de lesiones por minas/REG.
- Los servicios de salud exigen a menudo **pagos** fuera del alcance de gente pobre, como lo son la mayoría de los sobrevivientes.
- La falta de seguridad en las áreas afectadas por conflictos **dificulta o imposibilita la existencia de servicios de salud**. En muchos casos, no existen equipos móviles ni servicios itinerantes.
- **La falta de personal femenino entre los proveedores de servicios de salud** dificulta el acceso a estos servicios –y, en ciertos contextos– a las sobrevivientes de sexo femenino.
- Es insuficiente el personal de atención a la salud capacitado sobre los derechos de las PcD, o sobre cómo las **personas con distintos tipos de deficiencias** pueden obtener acceso a información sobre prevención, promoción y atención y servicios médicos; debido a ello, muy **rara vez llega a los sobrevivientes** la información sobre servicios de salud.



PROYECTOS EXITOSOS EN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

➤ **En Afganistán**, la **OMS** colaboró con el **Ministerio de Salud Pública** para capacitar personal en procedimientos quirúrgicos –esenciales y de urgencia– y de anestesia en hospitales regionales y provinciales por medio del programa Gestión Integral para Atención Quirúrgica Esencial.⁽³⁾

➤ **En Colombia**, El **Ministerio de Protección Social** produjo –con apoyo del **CICR**– una guía técnica sobre atención médica de urgencia y capacitó a cirujanos de hospitales regionales en regiones afectadas por minas/REG. El **CICR** y la **Cruz Roja Colombiana** proporcionaron capacitación comunitaria en primeros auxilios en doce de las regiones afectadas.⁽⁴⁾

➤ **En Tailandia**, se ha expandido el **Sistema de Servicios Médicos de Urgencia** a todas las provincias y comunidades locales, incluidas veintisiete provincias afectadas por minas/REG. En situaciones de emergencia puede obtenerse acceso a una red de equipos de respuesta de emergencia por medio de la línea directa para esos casos, disponible en todo el país con excepción de comunidades remotas en áreas fronterizas.⁽⁵⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- **Capacitar en primeros auxilios a la población local** en áreas afectadas por minas/REG.
- Garantizar que los sobrevivientes y otras personas lesionadas reciban **seguimiento** de parte de los equipos de cirugía y enfermería, así como de los profesionales en rehabilitación.
- Garantizar que las PcD, incluidas las sobrevivientes, así como sus familias, estén **bien informadas** sobre los riesgos y los beneficios de la cirugía y que estén conscientes del costo y duración del tratamiento.
- Desarrollar las aptitudes de las personas proporcionándoles **educación sobre salud** e información asociada que las habilite para tener mayor control sobre su salud.
- En particular, garantizar a las niñas y mujeres con discapacidad –incluidas las víctimas de minas/REG– el acceso a **servicios de salud sexual y reproductiva** en igualdad de condiciones con niñas y mujeres sin discapacidad.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- Garantizar que las instalaciones de salud estén **adecuadamente equipadas y abastecidas con sangre y medicamentos seguros**.
- Garantizar capacidad adecuada en traumatología y gestión del dolor.
- Garantizar que los servicios de salud **sean gratuitos o asequibles, y que tengan acceso a ellos** los sobrevivientes, las PcD y otras personas que los necesiten.
- Implementar **cursos** para que los profesionales de salud tomen **conciencia sobre la discapacidad**.
- Garantizar que haya **personal femenino** entre el personal médico.
- Diseñar y mantener **sistemas de remisión** para facilitar a las PcD –mujeres y niñas en especial– el acceso a todos los servicios de salud.

Para mejorar el acceso a la legislación y a las políticas:

- La legislación y las políticas relativas a la salud deberían concordar con la CDPcD, con elaboración subsecuente de **planes y asignación de presupuestos** para posibilitar su implementación a nivel local.
- Garantizar que la legislación y las políticas incluyan **promoción de la salud, prevención y atención médica**.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Calidad de vida:

* Proporción de víctimas directas que sobreviven. * Reducción del lapso que transcurre antes de obtener asistencia médica después de un accidente. * # de PcD, incluidas sobrevivientes, que saben cómo obtener acceso a los servicios de salud. * Proporción de niñas y mujeres con discapacidad –incluidas víctimas de minas/REG– que obtienen acceso a servicios de salud en comparación con mujeres y niñas sin discapacidad. * Reducción de la diferencia en la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres.

➤ Acceso a servicios:

* # de personas de la localidad con capacitación en primeros auxilios en comunidades con alto índice de accidentes. * # de profesionales en atención a la salud en el área afectada. * Aumento de la sensibilización –entre el personal de atención a la salud– respecto a los derechos y las necesidades de las PcD. * Incremento de la capacidad en las áreas de cirugía y anestesia en o cerca de las áreas afectadas. * # de procedimientos en programas de salud que apliquen a hombres, mujeres, niñas y niños con discapacidad.

➤ Legislación y políticas:

* Concordancia entre la legislación sobre salud y la CDPcD, con consideración específica de las necesidades de las víctimas directas de minas/REG, y de otras víctimas de traumatismos. * Promoción de la salud, políticas de prevención y de atención médica que incluya medidas y presupuesto específicos para incluir PcD en igualdad de condiciones con las demás.



EJEMPLO DE PROYECTO: CAPACITACIÓN DE PARAMÉDICOS EN EL NORTE DE IRAK ⁽⁶⁾



© Xavier Bourgois

Centro KORD, Suleimaniya, Irak, 2011.

Problemas identificados: La mayoría de las víctimas directas de minas/REG viven en áreas rurales; los doctores y las instalaciones médicas, por otro lado, se ubican, en su mayoría, en ciudades. En el norte de Irak había poca capacidad para proveer cuidados prehospitalarios a víctimas de traumatismos.

Objetivo: Mejorar el acceso a cuidados prehospitalarios mediante capacitación de un núcleo de paramédicos que a su vez capacite a socorristas a nivel comunitario.

Actividades: Capacitación de 6000 personas como socorristas y de 88 paramédicos (1996-2004). Se registró a todos los pacientes y se monitorearon intervalos de tiempo, intervenciones efectuadas, efecto de tratamientos prehospitalarios y el índice de mortalidad.

Sostenibilidad: Los paramédicos y socorristas viven y trabajan en las áreas seleccionadas, de modo que los recursos se quedan en las áreas del proyecto aun después de que este haya concluido. Todos tenían extensa experiencia personal en la atención de personas heridas o muertas por minas/REG. El índice de retención de paramédicos en el programa fue de 72 % a los 8 años. El proyecto se implementó con la cooperación de hospitales locales existentes y autoridades de salud regionales.

Indicadores clave: Se capacitó a 88 paramédicos. Ellos, a su vez, capacitaron a 6000 personas como socorristas en reanimación básica de víctimas de traumatismos, en sus propias comunidades y en otras vecinas. En ese período recibieron tratamiento 2349 pacientes. De ellos, 919 sufrieron heridas por minas u otras heridas penetrantes, y 1430 sufrieron contusiones u otras heridas de tratamiento urgente. El índice de mortalidad entre las víctimas se redujo de 28.7 % a 9.4 %, y el tiempo transcurrido entre el accidente y los primeros auxilios pasó de 2.4 horas a 0.6 horas. La mayor parte de las personas fallecidas ya habían muerto cuando se las encontró en el lugar del accidente. El efecto del tratamiento prehospitalario mejoró significativamente. | **Duración:** El informe cubre de 1999 a 2005; el proyecto continúa.

Implementado por: Tromsø Mine Victim Resource Center en cooperación con Trauma Care Foundation Iraq.

Donante: Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega.

¿QUÉ SIGNIFICA REHABILITACIÓN?

La rehabilitación es un proceso cuyo objetivo es habilitar a los sobrevivientes y a otras PcD para que alcancen y mantengan niveles óptimos de funcionamiento físico, sensorial, intelectual y social.

La rehabilitación apoya a los sobrevivientes y a otras PcD para que alcancen niveles máximos de salud y bienestar, para que puedan vivir de forma independiente, y para su inclusión en la sociedad.

Los componentes de la rehabilitación son:

- **Servicios de prótesis y aparatos ortopédicos (PyO):** Producción y ajuste de prótesis y aparatos ortopédicos que permitan volver a caminar o mejorar el funcionamiento de las extremidades superiores. Una prótesis sustituye a una extremidad; un aparato ortopédico apoya o mejora el funcionamiento sensorial o motor. Las prótesis y aparatos ortopédicos pertenecen al grupo de dispositivos de asistencia personal entre los que figuran los dispositivos para la movilidad tales como sillas de ruedas y andadores.
- **Fisioterapia:** Uso de técnicas manuales, ejercicios y dispositivos básicos para mejorar y refinar funciones sensoriales y motoras, y para controlar el dolor.
- **Terapia ocupacional:** Uso terapéutico de actividades cotidianas de forma individual o en grupo para incrementar la participación en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad, y en las actividades culturales, deportivas y recreativas. Su fin es atender y reducir deficiencias físicas, cognitivas, psico-sociales y sensoriales.
- **Terapia de lenguaje:** Trata todo trastorno del habla, de la voz y del lenguaje que no esté relacionado con deficiencias mentales o auditivas.

Datos Breves

- ★ En muchos países de bajos ingresos, solo del **5 al 15 %** de quienes necesitan dispositivos de asistencia personal **tiene acceso a ellos.** ⁽¹⁾
- ★ El 50 % de 114 países encuestados en 2004 **no tenía legislación pertinente** sobre rehabilitación; El 48 % **no tenía políticas sobre dispositivos de asistencia personal.** ⁽²⁾
- ★ Se calcula que **105 millones de personas** –el 1.5 % de la población mundial– **necesitan silla de ruedas.** ⁽³⁾
- ★ El uso de dispositivos para la movilidad mejora las **oportunidades de educación y trabajo**, y contribuye a mejorar la **salud, la participación social y la calidad de vida.** ⁽⁴⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- / **CMR:** Art. 5, párrs. 1 y 2(h). Art. 6, párr. 7. Art. 7, párr. 1(k).
- / **Plan de Acción de Vientián:** Medidas 25 y 28.
- / **Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, párr. 12.
- / Medida 31. | **CDPcD:** Art. 20 y 26.



ACTORES PRINCIPALES

- / **Organizaciones** de sobrevivientes y de PcD | **Proveedores de servicios:** Centros de rehabilitación y equipos relacionados administrados por ONG; ONG internacionales; servicios públicos
- / **Ministerios:** de Salud, de Asuntos Sociales, de Educación | **Organizaciones nacionales de profesionales** especialistas en rehabilitación. | **Organizaciones profesionales internacionales** tales como la Sociedad Internacional de Protética y Ortótica (ISPO), la Confederación Mundial de la Fisioterapia y la Federación Mundial de Ergoterapeutas | **Organizaciones internacionales:** CICR.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- **Recursos financieros limitados** para el sistema de atención a la salud y, más específicamente, para servicios de rehabilitación **en áreas rurales y remotas.**
- **Falta de planeación nacional** para la formación de servicios de rehabilitación, y de PyO, específicamente; ninguno de tales servicios se integra en programas de atención a la salud.
- Algunos programas de rehabilitación **se enfocan solo en la fisioterapia y en los dispositivos de asistencia personal**, o en ciertas deficiencias (en la visión, movilidad, etc.) sin vinculación con otros servicios de rehabilitación.
- **Hay pocos profesionales en rehabilitación** y estos tienen poca o ninguna capacitación en recursos a nivel comunitario, en particular en áreas afectadas por minas/REG.
- **No hay seguimiento** después de que el usuario de los servicios de rehabilitación es dado de alta.
- Poca o **ninguna relación con servicios médicos, sociales y de salud mental.**
- Los posibles **usuarios** no siempre saben que existen servicios de rehabilitación ni cómo obtenerlos.
- **Los usuarios no pueden sufragar** el costo real de los servicios de rehabilitación o los costos asociados como transportación, pérdida de ingresos o cuidado de los niños en su ausencia.
- **Los usuarios no participan** en la planeación, monitoreo y evaluación de los servicios.



PROYECTOS EXITOSOS EN REHABILITACIÓN

En Sudán del Sur, el CICR apoya al *Ministerio de Asuntos relacionados con el Género, el Niño y la Asistencia Social* en la administración y operación del *Juba Physical Rehabilitation Reference Center*, el centro de remisiones del país. Como respuesta a los problemas existentes, el CICR:

1. Proporcionó apoyo para cubrir el **costo de transportación** y alojamiento para quienes acudieron al centro.
2. Facilitó la formación del sistema de remisiones.
3. Apoyó **campañas de visitas comunitarias e información. Donó también material y componentes para asegurarle al centro los medios para proveer servicios.** Más de 1440 personas utilizaron varios servicios en 2011. El CICR proporcionó asimismo apoyo sobre el terreno con tutorías y becas para cursos en PyO y apoyó al Ministerio impulsando su capacidad para implementar, coordinar y administrar actividades de rehabilitación física. ⁽⁶⁾

En Mozambique, HI abrió **centros de rehabilitación** en la década de 1980 junto con el CICR. HI trabajó durante quince años en varias regiones para apoyar o establecer servicios de fisioterapia y rehabilitación –centros PyO, principalmente– y en prestar servicios directamente; se organizaron centros de tránsito para alojar a beneficiarios procedentes de áreas remotas y se desarrolló un programa comunitario de rehabilitación. La organización apoyó capacitación interna e institucional sobre perfiles en rehabilitación. Después, HI fortaleció sus convenios de asociación con autoridades locales para erigir el sistema de rehabilitación en el país mediante el apoyo a la creación de políticas, el desarrollo de la capacidad organizativa de proveedores de servicios y la promoción –a nivel ministerial– de la asignación de recursos hacia el sector de rehabilitación.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- Facilitar el **acceso a los servicios de rehabilitación** que pueda necesitar una víctima o una PcD, con fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, PyO y gestión del dolor incluidas.
- Tener en cuenta los requerimientos específicos de hombres, mujeres, niñas y niños en cuestiones de **diseño, idoneidad según la edad y durabilidad** de los dispositivos de asistencia personal.
- Los servicios de rehabilitación –dispositivos de asistencia personal incluidos– deberán **satisfacer las necesidades de los usuarios y estar adaptados a las condiciones del entorno local**.
- Asegurar el seguimiento de todos los usuarios o de los servicios de rehabilitación, en particular tratándose de niños, cuyas necesidades cambian con la edad.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- Asegurar la disponibilidad de **fisioterapia** tan pronto como sea posible después de un accidente, para prevenir complicaciones; preparar para la rehabilitación y facilitar el uso de dispositivos de asistencia personal.
- Si es posible, proveer dispositivos de asistencia personal **producidos localmente, con material local**.
- **Capacitar** a suficientes **profesionales en rehabilitación** (fisioterapeutas, técnicos en PyO, terapeutas ocupacionales y de lenguaje) según las necesidades de la población y su localización geográfica.
- Asegurar, para beneficio de los pacientes, que la educación de los profesionales y la calidad de la atención que prestan obtengan el **reconocimiento de la ISPO**, el estándar mundial en PyO.
- Promover la **disponibilidad, el conocimiento y el uso de dispositivos de asistencia personal** entre los sobrevivientes, otras PcD y sus familias.
- Crear **servicios de rehabilitación móviles y comunitarios**.

Para mejorar la legislación y las políticas:

- Garantizar que la rehabilitación **sea parte integral de la legislación y las políticas sobre salud**, de conformidad con la CDPD, habilitando a las PcD para que alcancen y mantengan una máxima independencia en parte mediante una evaluación multidisciplinaria de las necesidades y fortalezas individuales.
- Asegurar que se asignen recursos suficientes para su implementación incluso en áreas rurales y remotas.
- Crear una **red de rehabilitación** con cobertura suficiente que incluya centros de referencia, talleres comunitarios de PyO y equipos móviles.
- **Eliminar impuestos y aranceles** sobre material para rehabilitación importado.
- Cuando organizaciones internacionales provean servicios, asegurarse de que las autoridades nacionales tengan un plan claro para asumir la responsabilidad desarrollando **los recursos técnicos, humanos y financieros** necesarios que garanticen la sostenibilidad.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Calidad de vida:

- * # de usuarios que recibe tratamiento y dispositivos.
- * Reducción del lapso que transcurre entre la necesidad y la prestación de un servicio. * # de personas que participan en el desarrollo de su plan de rehabilitación. * # de usuarios que afirman tener más participación social después de los servicios de rehabilitación. * # de personas que siguen usando su dispositivo de apoyo un año después de recibirlo.

➤ Acceso a servicios:

- * Incremento en el # de servicios de rehabilitación en áreas rurales y remotas afectadas por minas/REG. * Grado de acreditación ISPO. * Porcentaje de servicios de rehabilitación con equipo adecuado. * # de servicios gratuitos o asequibles.
- * # de usuarios con remisión a servicios médicos, sociales u otros.
- * # de proveedores de servicios que informan periódicamente sobre criterios de calidad. (Asequibilidad, actitud del personal e idoneidad de los dispositivos, etc.). * # de terapeutas y técnicos, mujeres incluidas, que asisten a cursos de formación inicial o de actualización. * # de PcD con empleo en servicios de rehabilitación. * Existencia de mecanismos para que los usuarios expresen sus exigencias. * # de proveedores de servicios y de usuarios en la planeación, monitoreo y evaluación del servicio.

➤ Legislación y políticas:

- * La rehabilitación es parte integral de la legislación y las políticas sobre atención a la salud, y concuerda con las normas de la CDPD.
- * Existen lineamientos de rehabilitación física. * Se recopilan metódicamente datos pertinentes para toma de decisiones.

EJEMPLO DE PROYECTO: ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS Y DE REHABILITACIÓN EN ALBANIA



© Erika Pineros / Handicap International

Campamentos birmanos en Tailandia, 2011.

Problemas identificados: Los servicios de rehabilitación no estaban bien desarrollados en el país; no había instalaciones para capacitación de profesionales en rehabilitación.

Objetivo: Incrementar el acceso sostenible y equitativo a servicios de calidad en fisioterapia y rehabilitación para todos.

Actividades: 1. **Capacitación y desarrollo de la capacidad** de los profesionales en rehabilitación.

2. Apoyo para crear **servicios de rehabilitación** en una región afectada (Hospital Regional de Kukës).

3. Apoyo para perfeccionar **políticas de rehabilitación**.

Sostenibilidad: 1. Asegurar el interés y responsabilidad de los actores nacionales: el Ministerio de Salud, las instituciones de capacitación, los servicios locales. 2. Creación de infraestructura local para capacitación y formación de instructores. 3. Apoyo para definir un Plan Nacional de Acción sobre rehabilitación.

Indicadores clave: * Se adoptaron una estrategia de fisioterapia y rehabilitación, y un Plan de acción.

* En el recientemente establecido programa de licenciatura se graduaron 70 fisioterapeutas. * 18 doctores terminaron el curso de un año en fisioterapia y rehabilitación. * 6 instructores participaron en capacitación en PyO. * 399 personas recibieron servicios PyO. * Un hospital regional cuenta con una unidad de rehabilitación en buen funcionamiento (fisioterapia, servicios de PyO). * Las OPd están promoviendo sus derechos y monitoreando el Plan Nacional de Acción sobre Discapacidad.

Actores: Albanian Mine Action Executive, Ministerio de Salud, Facultad de Enfermería de Tirana, dos escuelas belgas de fisioterapia.

Duración: desde fines de 2005 hasta 2010 | **Donante:** Fondo Fiduciario Internacional | **Implementado por:** HI

¿QUÉ SIGNIFICA APOYO PSICOLÓGICO Y PSICO-SOCIAL?

Este apoyo forma parte de los servicios de salud mental.

La **salud mental** es un estado de bienestar y felicidad en el que los individuos reconocen sus habilidades, sobrellevan las tensiones normales de la vida y del trabajo y contribuyen a sus comunidades. ⁽¹⁾ Se la asocia con rasgos de la personalidad tales como la capacidad de adaptación, el optimismo, la capacidad para enfrentar las dificultades, el gobierno de la vida propia y la autoestima. ⁽²⁾

Los componentes de la salud mental son:

- **Apoyo psicológico:** psicoterapia realizada por psicólogos y psiquiatras profesionales.
- **Apoyo psico-social:** Actividades culturales, deportivas y de esparcimiento cuyo objeto es mejorar el bienestar psicológico.
- **Apoyo entre pares:** El apoyo social y emocional recibido de personas en situación similar en visitas personales o en grupos de apoyo social.

Los servicios de salud mental son importantes para quienes han sufrido un accidente por minas/REG, para sus familias y, más en general, para las comunidades afectadas. En el contexto de la AV, el **objetivo de estos servicios** es prevenir y atender el malestar psíquico en poblaciones que experimenten lesiones incapacitantes y la amenaza de traumatismos como los accidentes con minas/REG, así como prevenir y atender trastornos mentales como el trastorno por estrés posttraumático. Los servicios de salud mental trabajan directamente con la persona y con su entorno. Contribuyen a asegurar que la gente encuentre equilibrio y armonía en el medio en que vive.

Datos Breves

- ★ Las redes de víctimas reciben **apoyo** gubernamental muy **limitado** y muchas son las únicas proveedoras de servicios de salud mental entre pares en las regiones afectadas. ⁽³⁾
- ★ La mayoría de las políticas y programas no prestan atención a la salud mental de los sobrevivientes, a pesar de la importancia para su bienestar.
- ★ Solo el 1.54 % del **presupuesto para la salud** se destina a la salud mental en países de bajos ingresos. ⁽⁴⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- **CMR:** Art. 5, párrs. 1 y 2(h). Art. 6, párr. 7. Art. 7, párr. 1(k).
- **Plan de Acción de Vientián:** Medidas 25 y 28.
- **Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, párr. 12. Medida 31.
- **CDPCD:** Art. 19, 25 y 26.



ACTORES PRINCIPALES

- **Organizaciones** de sobrevivientes y de PcD | **Proveedores de servicios:** Centros de salud, grupos de apoyo entre pares, etc. | **Ministerios:** de Salud, de Asuntos Sociales
- **Organizaciones internacionales:** OMS, el Comité Interinstitucional Permanente sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- Por lo general, la salud mental –apoyo psico-social incluido– **no se considera un tema prioritario** entre las demás cuestiones de salud.
- Hay muy **pocos profesionales en psicología y psiquiatría** en países afectados, y tienden a establecerse en grandes ciudades.
- No hay mucho esfuerzo por incluir la salud mental en actividades más amplias de **prevención y promoción de la salud** en el ámbito comunitario.
- La cooperación internacional sobre AV tiende a apoyar con **poco énfasis los programas de salud mental**.
- Por lo general, la gente con trastornos psiquiátricos y sus familias **no están suficientemente organizadas para abogar** satisfactoriamente por cuidados apropiados.
- Es difícil integrar **servicios de salud mental en los servicios primarios de salud** pues estos normalmente ya operan con sobrecarga de trabajo.
- La **mayor parte** de los profesionales en salud mental y de los proveedores de apoyo entre pares **son de sexo masculino**, lo que obstaculiza el acceso que puedan tener las mujeres a los servicios. Por lo general, no existen servicios de salud mental para niños.



PROYECTOS EXITOSOS EN APOYO A LA SALUD MENTAL Y EN APOYO PSICO-SOCIAL

En **Tayikistán**, el *Ministerio del Trabajo y de la Protección Social de la Población* encabezó esfuerzos de cooperación regional para fortalecer el apoyo psicológico y entre pares. En Dusambé se han organizado dos *Conferencias Regionales sobre Rehabilitación Psicosocial* en cooperación con el *Centro de Acción contra Minas de Tayikistán* (TMAC) y el programa de la ONU de apoyo a personas con discapacidad en Afganistán. Miembros de la Organización Tayika de Sobrevivientes también asistieron al taller de capacitación de una semana sobre apoyo entre pares que condujo la *Organización Afgana de Sobrevivientes de Minas Terrestres* en Kabul, Afganistán. TMAC y PNUD proporcionaron apoyo a dos ONG recientemente establecidas y administradas por víctimas en Dusambé y Khujand que promueven el apoyo entre pares. ⁽⁵⁾

En **Uganda**, el *Ministerio de Género, Trabajo y Desarrollo Social* produjo el kit "*Apoyo psico-social para sobrevivientes de minas/REG: manual de capacitación para trabajadores de desarrollo a nivel comunitario*". El manual se emplea en la capacitación de trabajadores de desarrollo comunitario y de oficiales de rehabilitación en comunidades afectadas. ⁽⁶⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- › Proporcionar sesiones de psicoterapia individual; establecer equipos móviles multidisciplinarios, sesiones terapéuticas de grupo, apoyo entre pares y actividades culturales, deportivas y recreativas en comunidades afectadas, que surtan **efectos positivos** en la salud mental de las víctimas.
- › Establecer, junto con sobrevivientes y PcD, un **plan de tratamiento personalizado** que responda a las necesidades y expectativas específicas de cada persona.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- › Proporcionar apoyo técnico, financiero y organizativo a **asociaciones comunitarias** nuevas y ya existentes que provean servicios de salud, en particular el de apoyo entre pares. Este tipo de apoyo es a menudo el servicio de proximidad más efectivo del que disponen las víctimas de minas y las PcD en áreas rurales y remotas.
- › Capacitar, apoyar y supervisar trabajadores sociales y comunitarios, orientadores psico-sociales y otras personas que provean servicios de salud mental a fin de **mejorar sus prácticas profesionales**.
- › Crear o fortalecer **sistemas de remisión** a efectos de remitir hacia los servicios necesarios a las personas con problemas de salud mental y trastornos psicológicos.
- › Fomentar la creación de **foros de debate y coordinación** con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, PcD, víctimas de minas y sus familias a fin de facilitar un intercambio de prácticas relacionadas específicamente con los problemas que enfrentan las víctimas.
- › Apoyar la creación de una **asociación** nacional de trabajadores en **salud mental**.

Para mejorar la legislación y a las políticas:

- › Según la CDPcD, las autoridades deberían generar políticas que garanticen el respeto de la integridad mental de las personas con problemas psicológicos y psiquiátricos en todos los sectores de servicios públicos.
- › Toda política de salud pública debe dedicar una sección importante a la salud mental que cubra prevención, tratamiento y seguimiento, con medidas específicas que contribuyan a la eliminación del estigma asociado con las enfermedades mentales.
- › Las políticas deberán consolidar el papel de los pacientes y de sus familias como actores en el sistema de salud por derecho propio, en colaboración con profesionales de la salud.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

› Calidad de vida:

- * Aumento en el # de víctimas y PcD con trastornos psicológicos o psiquiátricos que se remiten ellas mismas a servicios de salud mental.
- * Reducción en la prevalencia de trastornos psiquiátricos o psicológicos.
- * Aumento en la participación de víctimas y PcD en actividades culturales, deportivas y recreativas importantes para ellas.

› Acceso a servicios:

- * Acceso mejorado a los servicios de prevención, diagnóstico preliminar y salud mental para personas con trastornos psicológicos o mentales.
- * Mayor # de instituciones sociales y sanitarias, y de asociaciones locales que aseguren la continuidad en la administración de la atención a las víctimas y PcD con trastornos psiquiátricos o psicológicos. * Aumento en el # de profesionales de la salud por cada 100,000 habitantes. * Mayor # de trabajadores comunitarios en salud mental que lleguen a las áreas rurales y remotas. * Aumento en el # de grupos de apoyo entre pares en un territorio dado. * Mayor # de trabajadores comunitarios en salud mental. * Mayor # de víctimas y de PcD con capacitación en apoyo entre pares.

› Legislación y políticas:

- * Abolición de toda ley o política que discrimine contra personas con discapacidad mental. * Mayor # de recursos para monitoreo y evaluación del sistema de administración de salud mental en el país. * Existencia de políticas de salud mental o de un plan nacional de salud mental acordes con la CDPcD, que cuenten con legislación, decretos de implementación y presupuestos.



EJEMPLO DE PROYECTO: APOYO ENTRE PARES EN EL SALVADOR ⁽⁷⁾



© Jesús Martínez

Apoyo entre pares en El Salvador, Red de Sobrevivientes y PcD

Problema identificado: Exclusión social y pobreza extrema de PcD y sus familias, incluidas las sobrevivientes de conflictos armados.

Programas implementados por «la Red»: 1. Acceso a la **salud**: promoción de la **salud mental** (autoestima y auto-gestión), rehabilitación (dispositivos para la movilidad) y prevención (nutrición, prevención de enfermedades infecciosas). 2. Apoyo para un **trabajo decente**: capacitación empresarial y capital semilla. 3. Promoción del **empoderamiento social**: capacitación sobre discapacidad y derechos humanos, liderazgo, promoción de los derechos, y marcos legales; fortalecimiento de organizaciones comunitarias y de la sensibilización a nivel nacional | **Actividades:** **Apoyo entre pares:** Una PcD apoya a otra sobre la base de conocimientos, habilidades o experiencias similares. La Red tiene un equipo de trabajadores con discapacidad que hacen trabajo de campo, quienes visitan a otras PcD para saber de sus necesidades y definir un programa personal de medidas acorde con las prioridades, el potencial y el entorno de la persona. La Red destaca que si bien el apoyo entre pares contribuye ciertamente a mejorar la salud mental, no debe considerarse un sustituto del apoyo psicológico profesional | **Sostenibilidad:** El apoyo entre pares ha sido muy eficaz para mejorar el bienestar psicológico y socio-económico; promueve la sostenibilidad de tres maneras: 1. **Las PcD mismas están capacitadas** y perfeccionan sus conocimientos y aptitudes, y los **comparten entre sus pares**. 2. Las PcD pueden usar este tipo de apoyo con el mismo objetivo de **promoción de la autoestima y del bienestar psicológico**, y también como método para proveer apoyo en un **sector específico** (empleo o salud, por ejemplo). 3. **Se fortalece el empoderamiento colectivo** mediante asociaciones locales de PcD para campañas de promoción de derechos y de sensibilización | **Indicadores clave:** Anualmente, unas 700 PcD son capacitadas por sus pares en temas de salud, derechos humanos y administración de negocios; 100 PcD reciben apoyo para proyectos de autoempleo. En 2012 recibieron dispositivos para movilidad 160 personas. Estas cifras incluyen únicamente PcD y sobrevivientes; el número de beneficiarios es mayor al considerar a miembros de la familia, entre otras personas.

Donantes Gobierno de Noruega, Fundación Interamericana, Fundación Pro Víctimas.



¿QUÉ SIGNIFICA EDUCACIÓN?

El **objetivo de la educación** es que **toda la gente aprenda** lo que necesita y lo que desea a lo largo de su vida. La **educación inclusiva** es un **proceso** para incrementar la participación en la educación de forma que responda eficazmente a las necesidades individuales de todo educando, incluidos niños, niñas y personas **en situación de vulnerabilidad** (tales como víctimas de minas y niños con discapacidad [NcD]).

La **educación inclusiva** es un derecho por sí mismo y también una manera de facilitar la realización de otros derechos (como el acceso a servicios de salud, el empleo y la participación política). La educación contribuye al bienestar de las personas, de sus familias y de sus comunidades.

Componentes de la educación: ⁽¹⁾

- **Atención y educación de la primera infancia:** Su enfoque es la supervivencia y el desarrollo, e incluye salud, nutrición e higiene (de los 3 a los 6 años).
- **Educación primaria:** La primera etapa escolar, debería ser gratuita y obligatoria (de los 6 a los 15 años).
- **Educación secundaria y superior:** Más allá del nivel obligatorio, un camino hacia una vida plena y productiva (de los 15 a los 24 años).
- **Educación extraescolar:** Amplia gama de iniciativas educativas en la comunidad, tales como educación en el hogar e iniciativas comunitarias.
- **Educación continua:** Dura todo el ciclo de vida y se concentra en los conocimientos y las aptitudes necesarias para el empleo.

Datos Breves

- ★ El **42 % de las víctimas directas de minas/REG son niños.** ⁽²⁾
- ★ Durante un conflicto, los niños pueden verse reclutados como soldados y perder la oportunidad de acceder a la educación. Cuando menos un 5 % de ellos **tendrán deficiencias** y serán **demasiado grandes** para la escuela primaria al terminar el conflicto. ⁽³⁾
- ★ En el mundo están **excluidos** de la educación unos 72 millones de niños. Una tercera parte de ellos son NcD. ⁽⁴⁾
- ★ El grado de pobreza de un hogar afecta a menudo la inscripción de un niño en la escuela. En hogares pobres o en aquellos que sufren traumatismos, **las niñas son frecuentemente las primeras en dejar de ir a la escuela.**



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- CMR: Implícita entre los componentes de inclusión social y económica
- Plan de Acción de Vientián: Medidas 23 y 28 | Plan de Acción de Cartagena: Sección IV, párr. 12. Medida 31 | CDPcD: Art. 24 y 26
- Convencción sobre los Derechos del Niño: Artículo 28 | ODM: Objetivo.
- UNESCO: Objetivos de la Educación para Todos.



ACTORES PRINCIPALES

- Organizaciones de sobrevivientes, PcD y NcD, OPcD, y asociaciones de padres, estudiantes y maestros | Proveedores de servicios: Escuelas convencionales y especiales, organizaciones que proporcionen educación informal y extraescolar, asociaciones de maestros, colegios de capacitación para maestros | Ministerios: de Educación, de Salud, de Asuntos Sociales | Organizaciones internacionales: UNESCO, UNICEF.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- **Ignorancia** de los beneficios de la escuela para los NcD en el seno familiar debida, en parte, a falta de apoyo en la familia misma y en la comunidad.
- **Inexistencia de leyes específicas** que promuevan la educación inclusiva o que hagan obligatoria la escuela para NcD.
- **Falta de una estrategia general de educación** a nivel comunitario, con poca o ninguna conexión entre distintas formas de educación.
- Existencia de **estereotipos negativos** sobre niñas y otros grupos marginados – como niños sobrevivientes y otros NcD– que limitan aún más el acceso a la educación.
- Carencia, o **pobre calidad, en la capacitación de los maestros**, que así tienen solo una educación muy básica, sin experiencia ni capacitación sobre cómo garantizar que todos los niños puedan seguir las lecciones y ser incluidos en la vida escolar y comunitaria.
- Falta de **material didáctico** y de otros equipos **apropiados**.
- **Culpar al niño por no aprender**, en vez de ver en esa incapacidad un problema del sistema de educación.
- **La falta de higiene, de seguridad** y de acceso a **instalaciones sanitarias** en la escuela produce a menudo altas tasas de deserción escolar, especialmente entre niñas con discapacidad.



PROYECTOS EXITOSOS EN APOYO A LA SALUD MENTAL Y EN APOYO PSICO-SOCIAL

En **El Salvador**, el personal de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) trabajó con NcD usando **métodos centrados en el estudiante**, incluso con juegos. Al cabo de un año, los maestros se convencieron de que la inclusión era posible al adoptar métodos didácticos inclusivos. El programa de RBC ofreció **capacitación** para estos maestros en un distrito particular y pagó a un maestro itinerante para que proporcionara apoyo periódico sobre el terreno. La escuela estableció el primer sistema inclusivo en El Salvador; el *Ministerio de Educación* sufragó la capacitación y los salarios de **tres** maestros itinerantes para cubrir todas las escuelas primarias en ese distrito. ⁽⁵⁾

En **Sri Lanka**, un **programa de RBC** **identificó** a un número de NcD. El director de una preescolar se mostró interesado en incluirlos, pero dijo que sus maestros no estaban capacitados. El programa encontró **recursos nacionales** que proporcionaron capacitación en educación inclusiva y que **patrocinaron** la asistencia de los maestros. Estos, el personal de la RBC, los padres y los NcD crearon un **plan de inclusión** y trabajaron con otros niños y con sus padres para sensibilizarlos y asegurar que todos contribuyeran al proceso. ⁽⁶⁾

En **Togo**, en asociación con la *Federación de OPcD Tongolesas* y con el *Ministerio de Educación*, *HI* proporcionó **apoyo personalizado para que los NcD** tuvieran acceso a la educación, efectuó sensibilización entre padres y comunidades, fortaleció vínculos entre escuelas especiales y convencionales, capacitó a maestros en educación inclusiva y proveyó apoyo técnico para mejorar la accesibilidad en escuelas y las metodologías y recursos educativos. Un equipo móvil de maestros y de directores de escuela recibió capacitación en educación inclusiva, en Braille y en lenguaje de señas. Como resultado, 16 escuelas son ahora físicamente accesibles, 949 NcD tuvieron acceso a servicios médicos y de rehabilitación para mejorar su autonomía, y 318 NcD que no iban a la escuela fueron inscritos. Se instauró un **equipo nacional de trabajo** en educación inclusiva. ⁽⁷⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- Proveer **apoyo directo a NcD** para que acudan a la escuela: identificación de NcD, mecanismos de remisión, acceso a los servicios sociales, de salud, y rehabilitación que puedan requerir para facilitar su participación escolar.
- **Trabajar con miembros de la familia** para que conozcan, en términos prácticos, cómo apoyar al niño para que vaya a la escuela sin abandonarla.
- **Sensibilizar** a los miembros de la comunidad y a los maestros sobre el tema de la discapacidad y los derechos a fin de eliminar conductas y prácticas discriminatorias.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- **Combatir** el concepto de que el NcD es «la dificultad» en vez de investigar las barreras externas que dificultan su participación.
- Implementar **medidas de accesibilidad** en los planteles en términos de estructura física, medios de comunicación y acceso a la información.
- Crear conexiones entre las **escuelas convencionales y las especiales**, donde estas existan.
- Formar grupos escolares que compartan **maestros itinerantes** con capacitación en educación inclusiva que puedan diseminar buenas prácticas y recursos entre las distintas escuelas y proveer apoyo en el terreno con regularidad.

Para mejorar la legislación y a las políticas:

- Asegurar que toda legislación y política relacionada con la educación sea inclusiva respecto a NcD y **acorde con la CDPcD**, es decir:
 - * Complementar el **programa de capacitación de los maestros** con metodologías y técnicas en educación inclusiva. * Impulsar el sistema de educación de manera que pueda capacitar, seleccionar y dar empleo a **maestros con discapacidad**. * Fomentar, dentro del Ministerio de Educación, aptitudes para el **diseño de políticas inclusivas**. * Adoptar **normas de accesibilidad** para los planteles.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Calidad de vida:

* Reducción de la tasa de deserción escolar entre los NcD, en comparación con el promedio. * # de NcD que van a la escuela. * # de NcD que refieren tener mayor participación en actividades deportivas y recreativas. * Avance social y académico de NcD. * # de NcD que terminan la educación primaria. * # de NcD con acceso a escuelas primarias en áreas rurales y remotas (educación formal, escuelas móviles, etc.). * # de PcD que participan en el sistema de educación como buenos ejemplos, como maestros o como responsables de las decisiones.

➤ Acceso a servicios:

* # de maestros con capacitación para incluir NcD en la educación convencional. * # y tipo de herramientas didácticas accesibles de que se dispone. * # de escuelas que implementen normas de accesibilidad tales como instalaciones sanitarias. * # de sesiones de sensibilización sobre la discapacidad para que todos los niños vean a los NcD como a sus pares en la escuela. * Cambio positivo en conocimientos y actitudes de parte de maestros y miembros de la comunidad respecto a la educación inclusiva. * Existencia de mecanismos de coordinación que comprendan autoridades nacionales, maestros, padres, asociaciones de padres de familia y OPcD.

➤ Legislación y políticas:

* El Ministerio de Educación genera estadísticas sobre el # de NcD en las escuelas. * Cambios en los aspectos de conocimientos, actitudes y prácticas de los responsables de las decisiones en el sistema educativo. * Existencia de programas de medidas educativas inclusivas (a nivel local, nacional y regional) acordes con la CDPcD.



EJEMPLO DE PROYECTO: EDUCACIÓN INCLUSIVA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN ETIOPÍA



© S. Bonner / Handicap International

Freetown, Centro de la ciudad, Sierra Leona, 2007.

Problema identificado: Los NcD enfrentan barreras físicas, psicológicas y de comunicación para asistir y permanecer en la escuela | **Objetivos principales:** 1. Fortalecer la capacidad de maestros y otros proveedores de servicios para que incluyan NcD en sus programas. 2. Aumentar la sensibilización de las familias de los NcD respecto a los beneficios de una educación para sus hijos.

Actividades: 1. **Fomento de la capacidad** en materia de maestros y de otros actores pertinentes a fin de mejorar la calidad de la instrucción que reciben los NcD. 2. Promoción de un **papel más activo de las OPcD** en la educación inclusiva. 3. Actividades de **sensibilización** entre las familias de NcD. 4. **Apoyo técnico** para que las escuelas construyan o perfeccionen características de accesibilidad, equipo adaptado y material de capacitación. 5. Identificación y comunicación de la **experiencia adquirida y de las mejores prácticas** al Ministerio de Educación y a USAID con objeto de promover su ampliación y multiplicación.

Sostenibilidad: Proyecto basado en el sistema de educación nacional y regional y en las escuelas. Capacita a oficiales del gobierno en el área de la educación, a maestros locales y a miembros de OPcD, para que mejoren sus conocimientos y sus aptitudes. Asegura vínculos con el Ministerio de Educación y diseminará la experiencia adquirida y las buenas prácticas a fin de promover su multiplicación y la formación de políticas.

Indicadores clave: A mediados del proyecto: hubo una auditoría sobre accesibilidad en 6 escuelas que realizaron las adaptaciones recomendadas; 80 maestros han mejorado sus prácticas desde su capacitación; 80 oficiales del Departamento del Trabajo y Asuntos Sociales y del Departamento de Educación Regional han incrementado sus conocimientos sobre recursos, métodos y planteamientos en educación inclusiva; 210 miembros de OPcD han mejorado sus aptitudes para apoyar el acceso a la educación de NcD y de PcD. | **Duración:** Dos años (en curso) | **Implementado por:** HI y organizaciones asociadas: Ministerio de Educación y OPcD | **Donantes:** USAID, Charleville-Mezières Cooperation.

Referencias (1) EFA Global Monitoring Report. 2010 | (2) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Muniton Monitor. 2012. | (3) (4) (5) (6) OMS, UNESCO, OIT, IDDC. *Guías para la RBC, Componente de Educación*. 2010 | (7) HI. *Le système d'enseignants itinérants – projet Education Inclusive au Togo*. 2011; World Vision UK. *Education's Missing Millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans*. 2007; Atlas Alliance. *Inclusion Education where there are no resources*. 2002; HI. *Lessons learnt for the inclusive education of disabled children in Cambodia*. 2009; HI. *Inclusive Education Policy Paper*. 2012; UNESCO. *Embracing Diversity: Toolkit for creating learner-friendly environments*. 2004; *Overcoming Exclusion through Inclusive Approaches in Education*. 2003; *Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms: A Guide for Teachers*. 2001

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

¿QUÉ SIGNIFICA INCLUSIÓN SOCIAL?

La **inclusión social** es el resultado de apoyar a una persona en su búsqueda de orientación en la vida para realizar sus objetivos, encontrar un lugar en el seno familiar y participar en la vida comunitaria. Puede parecer un concepto difícil o innecesario, pero la **inclusión social** es, a menudo, el fundamento de la calidad de vida al generar una sensación de dignidad humana, de pertenencia a una comunidad y de autoestima.

El **objetivo de las actividades de inclusión social** es incrementar la autosuficiencia de una persona a base del conocimiento íntimo de sí misma y de cómo movilizar sus recursos internos y externos (o sea, la familia, los vecinos, la comunidad). Valora a cada persona y promueve principios de desarrollo humano según los cuales las personas desempeñan un papel activo al planear su vida.

Los componentes principales de la inclusión social son: ⁽¹⁾

- **El apoyo social personalizado:** Provisión de orientación personalizada destinada a ayudar a una persona a superar las barreras físicas, sociales y emocionales que encara en su esfuerzo por aumentar su participación en algún aspecto de su vida; elaborar un proyecto a fin de involucrarla en un papel social o en una actividad diaria importante para ella (ser estudiante o madre, cuidar una casa o trabajar, por ejemplo).
- **Relaciones y vida familiar:** Asegurar que las personas tengan relaciones positivas modificando la actitud de la familia y de la comunidad. Prevenir y atender el problema de la violencia contra víctimas y PcD.
- **Actividades culturales, deportivas y recreativas:** Mejorar la participación en esas actividades como vehículo para la expresión personal, el bienestar y la salud; esto contribuye a combatir actitudes negativas en la comunidad y a sensibilizar sobre los derechos y las aptitudes de las PcD.

Datos Breves

- ★ Los sobrevivientes enfrentan **exclusión social** o son abandonados debido a creencias prevalecientes en la comunidad (que la víctima trae mala suerte, por ejemplo).
- ★ Muchas PcD **no pueden relacionarse ni tener vida familiar** como resultado de ideas negativas.
- ★ Las mujeres con discapacidad tienen **una tasa de matrimonio inferior** a la de los hombres con discapacidad.
- ★ Las mujeres y las niñas con discapacidad son particularmente **vulnerables a abusos sexuales y violación** en sus familias y comunidades.



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- CMR: Art. 5, párr. 1; Art. 6, párr. 7.
- Plan de Acción de Vientián: Medidas 25 y 28.
- Plan de Acción de Cartagena: Sección IV, párr. 12.
- CDPcD: Art. 19, 21, 23, 28 y 30.



ACTORES PRINCIPALES

- Organizaciones** de sobrevivientes y de Personas con Discapacidad (OPcD); sus familias, amigos y vecinos | **Proveedores de servicios:** Servicios sociales y de salud
- Ministerios:** Asuntos Sociales, Mujeres y Niños, Asuntos de Género, Juventud y Deportes, etc.
- Organizaciones internacionales:** Federación Internacional de Trabajadores Sociales.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- Muchas víctimas y PcD **carecen de información** sobre servicios existentes. Aun cuando hay información, a menudo es insuficiente. La mayor parte de las víctimas y de las PcD, las más vulnerables en particular, requieren **apoyo personalizado** para hacerse de recursos y poder avanzar, buscar y recibir los servicios que necesitan.
- En muchos casos y como resultado de la exclusión en su vida cotidiana, las víctimas y las PcD tienen **baja autoestima**, lo que refuerza el ciclo de exclusión por su renuencia a participar en actividades sociales y otros eventos.
- Los niños con discapacidad –sobrevivientes incluidos– pueden **no recibir el mismo amor**, cariño, estímulo u oportunidades que los demás.
- Las mujeres con discapacidad –sobrevivientes incluidas– muchas veces no pueden casarse ni tener hijos debido a la **exclusión**. A menudo sufren doble discriminación por ser mujeres y por tener una discapacidad.
- **Los miembros de la familia** pueden sentirse avergonzados por tener un pariente con discapacidad, de modo que no alientan ni permiten su participación en actividades culturales, deportivas, recreativas ni otras de carácter social.
- Las OPcD, donde la membresía es un medio para incrementar la participación social, pueden **discriminar** inadvertidamente contra las mujeres con discapacidad porque los directivos suelen ser hombres con discapacidad, lo que deja poco o ningún espacio a la mujer en esas condiciones.



PROYECTOS EXITOSOS EN PROMOCIÓN DE LA INCLUSIÓN SOCIAL

En **Bosnia y Herzegovina** se han reconocido las **actividades deportivas y recreativas** como una manera de facilitar la inclusión social y el bienestar psicológico de las PcD. Existen clubes de voleibol sentado, de baloncesto en silla de ruedas, fútbol y atletismo para hombres y mujeres con discapacidad. En la República Srpska, la *Secretaría del Deporte y de la Juventud* tiene un coordinador para la promoción de actividades deportivas y físicas para PcD. El gobierno asigna una partida presupuestal anual para deportes inclusivos. ⁽²⁾

En **Mozambique**, en 2011, *RAVIM (Red de Asistencia a Víctimas de Minas) y HI*—en coordinación con el *Ministerio de la Mujer y de la Acción Social* y con el *Instituto Nacional de Asistencia Social*— están implementando un proyecto para facilitar la **inclusión social** de PcD y de NcD. A la fecha, se ha identificado a 328 personas –niños, 118 de ellas–, se les ha asistido para definir sus necesidades y prioridades y se les ha remitido a servicios accesibles. Por otra parte, 65 proveedores de servicios han recibido capacitación en accesibilidad, derechos de las PcD y medidas para facilitar a las PcD el acceso a servicios de salud y sociales.



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- Apoyar a las víctimas y PcD en la identificación de sus **necesidades, aptitudes, prioridades, recursos e intereses** y en la creación e implementación de un programa viable de medidas encaminadas hacia sus objetivos (la educación, el empleo, la vida social, por ejemplo).
- Apoyar a las víctimas y PcD en la identificación de **oportunidades donde participar** en la vida comunitaria (inscripción en grupos locales como organizaciones de víctimas, OPcD u otros para la población general, por ejemplo).
- **Trabajar con familias** para que se instruyan sobre cómo apoyar y proveer mejores recursos a un miembro de la familia con discapacidad y sobre cómo abogar juntos por sus derechos.

Para mejorar el acceso a los servicios y a las actividades sociales:

- Seleccionar trabajadores sociales que puedan recibir capacitación para brindar **apoyo social personalizado a nivel local** (RBC, trabajadores sociales y del sector salud, etc.).
- Incluir apoyo social personalizado como parte del **programa convencional de capacitación** para trabajadores sociales y del sector salud.
- Identificar, planificar y disseminar **información sobre los servicios** existentes en la comunidad.
- Apoyar a los proveedores de servicios para asegurar que las víctimas y las PcD puedan obtener acceso a ellos.
- Trabajar con los **líderes de la comunidad** para alentarlos a sensibilizar a la gente sobre los derechos de las víctimas y de las PcD; combatir la discriminación; crear oportunidades para el debate comunitario sobre discapacidad.
- Trabajar con **asociaciones** para despertar su interés e incrementar su información sobre cómo incluir a PcD en sus actividades; enfoque particular en grupos de mujeres para que las mujeres con discapacidad sean incluidas en las actividades.
- Instruir a **asociaciones deportivas y culturales** sobre los derechos de las PcD y sobre adaptaciones sencillas de su equipo, de sus reglas de juego y de sus instalaciones.

Para mejorar la legislación y las políticas:

- Incluir apoyo social personalizado, actividades culturales, deportivas y sociales inclusivas, así como elementos clave relacionados con la vida comunitaria en **Planes Nacionales de Acción** de asistencia a víctimas y discapacidad.
- Garantizar que se tenga en cuenta la **voz de las PcD** en foros sobre políticas, de conformidad con la CDPcD en lo relativo a la libertad de expresión y de opinión.
- Alentar e informar a actores locales, nacionales e internacionales sobre cómo incluir a víctimas y PcD en sus **políticas y programas culturales, recreativos y deportivos**.
- Llevar a cabo una revisión de la legislación y de las políticas vigentes que puedan contener **ángulos discriminatorios o barreras** para la inclusión social de PcD.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Calidad de vida:

* # de personas que han creado un plan de acción personal.
* # de personas que logran los objetivos de su plan. * # de personas que refieren una mayor participación en la toma de decisiones en el seno familiar. * # de personas que refieren una mayor participación en actividades sociales que valoran.
* # de personas que participan en actividades culturales, deportivas o recreativas.

➤ Acceso a servicios y actividades sociales:

* # de personas que reciben apoyo social personalizado. * # de miembros o líderes de la comunidad que aceptan que las PcD puedan casarse y tener hijos. * # de familias que alientan y apoyan a sus miembros con discapacidad para que socialicen y se relacionen fuera del hogar. * # de centros espirituales y religiosos que cuentan a PcD entre sus miembros. * # de sitios culturales, deportivos y recreativos que adoptan medidas para atender a PcD. * # de centros culturales, deportivos y recreativos que adaptan sus equipos, comunicaciones, estructuras de juego o reglas para incluir a PcD.

➤ Legislación y políticas:

* Políticas y programas culturales, deportivos y recreativos incluyen específicamente a PcD. * Se movilizan recursos nacionales para implementar políticas culturales, deportivas y recreativas. * Abolición de la discriminación por discapacidad en derecho familiar. * Políticas que indican cómo adaptar actividades, equipos e instalaciones con seguridad para que sean inclusivos.



EJEMPLO DE PROYECTO: INCLUSIÓN SOCIAL DE VÍCTIMAS EN UGANDA



Proyecto Happy Child para madre hijo, Siem Reap, Camboya

Problemas identificados: Las víctimas y las PcD encuentran barreras importantes para participar en igualdad de condiciones con otras personas en el ámbito social y laboral | **Objetivos principales:** 1. **Asistir a las autoridades** en el cumplimiento de sus obligaciones en AV de conformidad con el MBT y con el Plan de Acción de Cartagena. 2. Identificar a las víctimas en las dos regiones más afectadas y **mejorar su acceso a servicios sociales y económicos**. | **Actividades:** A) **Política:** Fortalecer la coordinación en AV organizando talleres para múltiples actores con el Ministerio de Asuntos de Género, Laborales y de Desarrollo Social. B) **Apoyo personalizado:** Brindar apoyo individual que permita a las víctimas definir necesidades y prioridades, y crear un programa para alcanzar sus objetivos. C) **Acceso a servicios:** Planificar servicios de salud, psico-sociales y económicos, y apoyarlos para hacerlos accesibles (sensibilización y capacitación). Entre las actividades sociales se acentuaron las **deportivas y recreativas**, una prioridad para los grupos de autoayuda. D) **Empoderamiento:** Apoyar grupos de autoayuda para el inicio y para mejorar sus aptitudes y sus actividades deportivas y recreativas (adaptaciones sencillas de reglas deportivas y recreativas, así como del equipo, para hacer todo más accesible | **Sostenibilidad:** Sobre la base de varios elementos como: 1. Responder a necesidades identificadas del Ministerio y movilizar a los actores locales. 2. Mejorar la coordinación nacional movilizándolo a varios actores nacionales por medio de talleres. 3. Brindar capacitación a proveedores de servicios y grupos de autoayuda en las áreas seleccionadas para asegurar que permanezcan accesibles después del proyecto. 4. Proveer apoyo personal para garantizar una mejoría en la calidad de vida de las víctimas | **Indicadores clave:** *Se identificó a 2448 víctimas y a 1230 PcD. *900 víctimas y PcD recibieron apoyo social personalizado. Un estudio de impactos evaluó el consumo de alimentos, las condiciones de la vivienda, los ahorros, las aptitudes, los cuidados propios y la movilidad al terminar el proyecto: 93 % de los encuestados dijeron que al menos 5 de estos parámetros habían mejorado, y 24 % refirió mejoras en 4 o 5. *20 proveedores de servicios fueron más inclusivos en cuanto a sobrevivientes y PcD. *Se capacitó a 20 grupos de autoayuda a fin de mejorar sus actividades sociales. *Hubo **cuatro** reuniones de coordinación a nivel nacional y una a nivel local | **Duración:** 18 meses.

Implementado por: HI, organizaciones asociadas: Uganda Landmine Survivors Association, MoGLSD | **Donante:** AusAid.



¿QUÉ SIGNIFICA INCLUSIÓN ECONÓMICA?

Inclusión económica significa que toda persona –sin discriminación alguna– puede participar y contribuir en el desarrollo económico de su comunidad, así como aprovechar sus beneficios. Su **objetivo** es que toda persona tenga ingresos suficientes que le permitan un adecuado nivel de vida mediante empleo y protección social. Incrementa los ingresos de una persona y de su familia y mejora la participación social y el bienestar psicológico. La inclusión económica tiene efectos benéficos en cada individuo así como en el desarrollo colectivo de su familia y de la comunidad. La mayor parte de víctimas y PcD citan la inclusión económica como su prioridad máxima.

Los componentes principales de la inclusión económica son: ⁽⁴⁾

A) Empleo:

- **Autoempleo:** Persona que trabaja para sí misma y no para un empresario/patrón. Con frecuencia es la opción principal en países de bajos ingresos, pero no la mejor para todos.
- **Trabajo asalariado:** La persona realiza un trabajo por contrato. El empleo requiere desarrollo de aptitudes: aptitudes técnicas y profesionales, aptitudes en administración de negocios y aptitudes fundamentales para la vida (fijación de objetivos, administración del tiempo, comunicación, etc.). Por otra parte, los servicios financieros (ahorro, crédito, seguros y transferencias monetarias) son de particular importancia para el autoempleo.

B) Protección social: Comprende seguro social y asistencia social, y está compuesta de medidas que proveen una red de seguridad para personas en situación de vulnerabilidad y que aseguran un mínimo nivel de vida que incluye alimentos, ropa, alojamiento, agua y saneamiento.

Datos Breves

- ★ Un sondeo de 1645 sobrevivientes en 26 países mostró que la **inclusión económica es el sector en el cual la situación de la mayoría de los encuestados ha empeorado**. El 74 % afirmó que eran insuficientes los ingresos familiares. ⁽¹⁾
- ★ **Menos del 20 % de las PcD trabajan**. Excluir las del trabajo priva a la sociedad de hasta USD 1.94 billones anuales (valor anual total del PIB mundial perdido en relación con la discapacidad). ⁽²⁾
- ★ **El 82 % de las PcD vive con menos de un dólar diario**. ⁽³⁾
- ★ El 80 % de las PcD vive en **áreas rurales aisladas**.
- ★ **Las posibilidades de que una mujer con discapacidad tenga empleo son 50 % menores** que las de un hombre con discapacidad. ⁽⁴⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- CMR: Art. 5, párrs. 1 y 2(h). Art. 6, párr. 7. Art. 7, párr. 1(k).
- Plan de Acción de Vientián:** Medidas 25 y 28.
- Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, párr. 12. Medida 31.
- CDPCD: Art. 27 y 24. | ODM #1.
- OIT Convenio #159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo.**



ACTORES PRINCIPALES

- Organizaciones** de sobrevivientes y de PcD | **Proveedores de servicios:** Centros de capacitación profesional, servicios de desarrollo de negocios, proveedores de microfinanzas, servicios sociales, centros de empleo, cámaras de comercio, sindicatos laborales, grupos empresariales, empresarios/patronos públicos y privados, ONG y otras organizaciones que trabajan en el desarrollo económico y de iniciativas empresariales | **Ministerios:** de Trabajo, Agricultura, Asuntos Sociales, Finanzas o autoridades pertinentes en Microfinanzas, Planeación del Desarrollo, Departamento de Reducción de la Pobreza | **Organizaciones internacionales:** OIT.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- Los programas de empleo se **enfocan a menudo en áreas urbanas o semiurbanas**, y no en las rurales o aisladas donde vive la mayoría de las víctimas y PcD.
- Los programas pueden concentrarse en **facilitar el acceso a un servicio** (centros de capacitación, por ejemplo) en vez de adoptar un enfoque integral de todos los servicios que la gente pueda necesitar para prosperar en una actividad económica (microfinanzas, apoyo al establecimiento de negocios, vínculos con mercados, etc.).
- **La capacitación profesional no siempre está orientada al mercado.**
- Hay poco conocimiento sobre cómo **adaptar los lugares de trabajo para las PcD**, mientras que la creatividad y la recopilación de ideas de otras PcD de la comunidad basta a menudo cuando no existe apoyo profesional en el terreno.
- **Aún existen fuertes prejuicios** entre las familias, los empresarios/patronos y los proveedores de servicios respecto a las aptitudes y la competitividad de las víctimas y las PcD. Se necesita acompañamiento a largo plazo para modificar conocimientos, actitudes y prácticas, pero normalmente no existe.
- Los proyectos de inclusión económica pueden **pasar por alto** posibilidades de **empleo asalariado**.
- **Los mecanismos gubernamentales de protección social** son ínfimos en países de bajos ingresos.
- Por lo general, no se incluye un **análisis de problemas de género** en los programas de inclusión económica, lo que podría conducir a discriminar o a fortalecer la discriminación contra las mujeres.
- A menudo, **las familias de personas muertas por minas/REG** son pasadas por alto en los programas de inclusión económica.



PROYECTOS EXITOSOS EN INCLUSIÓN ECONÓMICA

➤ **En Etiopía**, el *Centro Etíope para la Discapacidad y el Desarrollo* (ECCD) –apoyado por la OIT– provee capacitación sobre discapacidad para organizaciones de negocios, de la industria y del sector público. En áreas rurales trabaja con *DECSI*, una institución de microfinanzas. DECSI incluye ahora a PcD como resultado de la investigación, promoción de derechos y capacitación del ECCD y de la *Asociación de Veteranos Discapacitados de Tigray*. En 2010, 900 personas (el 5 % de los clientes de DECSI) eran PcD; ahora DECSI cuenta con un sistema de monitoreo que mide las mejoras en esta área. ⁽⁵⁾

➤ **En Nicaragua**, la *institución de microfinanzas ProMujer* recurrió a la **OPcD local** y a **servicios sociales** para incluir a mujeres con discapacidad en sus servicios de microfinanzas. *ProMujer* incluye mujeres con discapacidad en bancos comunales y también brindó servicios a un banco comunal organizado por 30 mujeres con discapacidad. Las participantes también asistieron a sesiones sobre salud reproductiva y prevención de la violencia doméstica. ⁽⁶⁾

➤ **En las Filipinas**, **650 miembros** de la *Federación Nacional de Cooperativas* son PcD. Producen principalmente sillas y escritorios para el *Ministerio de Educación*. El lema de su empresa es «No queremos que compre nuestros productos por lástima, sino porque son mejores». ⁽⁷⁾

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- > Apoyar a víctimas y PcD para elaborar un **programa pertinente y viable de medidas** que conduzcan al empleo.
- > Los programas deberán velar por que los servicios financieros y los talleres de capacitación estén **tan cerca como se pueda** de las comunidades seleccionadas y de sus miembros.
- > El apoyo al programa no debe darse por concluido cuando la persona comience un negocio o consiga empleo; deberá haber un seguimiento **por 6 meses cuando menos**.
- > Los programas dan mejores resultados si en vez de enfocarlos en un individuo se **tiene en cuenta también a la familia** en la planeación y la administración de la actividad económica, así como en la capacitación sobre administración del dinero y en el proceso de obtención de capital.
- > Debe atenderse especialmente a **las mujeres en edad de trabajar**, pues encuentran barreras más grandes para su inclusión económica y porque desempeñan un papel clave para mejorar las condiciones de vida de sus familias.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- > Trabajar con **servicios convencionales** tales como microfinancieras y centros de capacitación profesional para apoyarlos en la identificación de barreras para lograr accesibilidad e inclusión de PcD.
- > Proponer **acompañamiento para estos servicios** durante cierto período para asegurar mejoría en sus prácticas y políticas en aspectos como conocimiento de los derechos, actitudes y prácticas no discriminatorias de parte del personal de la organización, accesibilidad en términos de estructuras físicas y comunicaciones, alojamiento razonable, y asequibilidad.
- > Establecer relaciones con **empresarios/patronos** para realizar un análisis de sus procedimientos de contratación, adaptaciones posibles en el lugar de trabajo para incrementar la accesibilidad y capacitación para que se incluya a PcD entre el personal.

Para mejorar la legislación y a las políticas:

- > La legislación y las políticas de empleo y de reducción de la pobreza deberían **concordar con la CDPcD**, y acompañarse de planes y presupuestos para su implementación a nivel local.
- > **Dar empleo a PcD en el sector público.**
- > Asegurar que las víctimas y las PcD puedan participar en **formulación y planeación de políticas económicas** a nivel nacional, regional y local.
- > Establecer y mantener políticas y programas de **protección social** y de apoyo a las PcD en busca de empleo.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

> Calidad de vida:

* Incremento en ingresos familiares. * Incremento en las utilidades de empresarios con discapacidad. * Mejoras en aptitudes técnicas y empresariales. * # de personas que retienen su trabajo al cabo de un año. * # de negocios activos un año después de su inicio. * Mejor capacidad para llevar un régimen alimenticio nutritivo todo el año. * Incremento en la confianza en sí mismos y en la participación social. * Mejor capacidad para administrar los ingresos familiares. * Incremento en la cobertura de víctimas y PcD en programas de protección social.

> Acceso a servicios:

* # de servicios que incluyen a víctimas como beneficiarios. * # de víctimas que concluyen su capacitación profesional o que reciben préstamos y subvenciones. * # de víctimas con empleo. * # de sesiones de sensibilización y de capacitación sobre discapacidad e inclusión para proveedores de servicios convencionales.

> Legislación y políticas:

* Abolición de la discriminación por discapacidad en derecho laboral. * La legislación sobre el empleo concuerda con las normas de la CDPcD. * La políticas de reducción de la pobreza incluyen medidas específicas para víctimas y PcD. * Los recursos se asignan a nivel local a fin de promover la inclusión económica. * Las víctimas y PcD participan activamente en la formulación de políticas y la toma de decisiones a nivel comunitario.



EJEMPLO DE PROYECTO: INCLUSIÓN ECONÓMICA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAOS



© Till Mayer / Handicap International

Johnson Bwambale, 50 años, centro de comercio Kanyampara, subcondado de Munkunyu, Uganda.

Problema identificado: En Laos, incrementar los ingresos familiares es una prioridad para la mayoría de las PcD –sobrevivientes incluídas–, pero existen muchas barreras para el acceso al empleo asalariado.

Objetivos: 1. Incrementar el acceso de PcD al empleo asalariado. 2. Apoyar a PcD para que inicien o expandan sus actividades productivas por medio de acceso a créditos, a capacitación técnica y de negocios, y apoyo en desarrollo empresarial.

Actividades: a) Empleo asalariado: Establecimiento de un centro de colocaciones; ampliación de la capacidad de la Asociación de Personas Discapacitadas de Laos (LDPA) a fin de apoyar a aspirantes al empleo con discapacidad; sensibilización y asociación con empresarios/patronos; apoyo personal a PcD para que soliciten, obtengan y permanezcan en empleos asalariados. b) Autoempleo: Apoyo personalizado para que las PcD elaboren planes de negocios, para que obtengan acceso a capacitación técnica y de negocios, y acceso al capital (combinación de subvenciones y microfinanzas); fomento de la capacidad en personal de LDPA y de los Departamentos del Trabajo y la Asistencia Social en distritos seleccionados.

Sostenibilidad: Proyecto diseñado e implementado con LDPA; participación y fomento de la capacidad en los Departamentos del Trabajo y Asistencia Social, sensibilización y capacitación de empresarios/patronos, acompañamiento de PcD para facilitar la sostenibilidad de su empleo.

Indicadores clave: Autoempleo: 312 personas obtuvieron préstamos; 212 participaron en capacitación técnica; 97 en capacitación de desarrollo de negocios; y 236 en capacitación en educación para las finanzas. Empleo asalariado: 66 personas empleadas; 172 empresarios/patronos anuncian empleos con LDPA.

Duración: 42 meses | **Implementado por:** HI, LDPA | **Donantes:** USAID, Belgian Cooperation, Unión Europea.

References ⁽¹⁾ HI. *Voices from the Ground: Mine/ERW survivors speak out on victim assistance*. 2009 | ⁽²⁾ OIT. *The price of exclusion*. 2009; OIT. *Assisting disabled persons in finding employment*. 2005 | ⁽³⁾ World Bank. *Poverty and disability, a literature review*. 1999 | ⁽⁴⁾ ⁽⁷⁾ OMS, UNICEF, OIT, IDDC. *Community-based rehabilitation Livelihood Guidelines*. 2010 | ⁽⁵⁾ OIT. *Ethiopia: Disability Inclusion Support Services Case Study*. 2010. | ⁽⁶⁾ HI. *Good practices for the economic inclusion of persons with disabilities*. 2006; CDPO. *Report on good practices in inclusive agricultural skill training*. 2011; OIT. *Disability in the Workplace: company practices*. 2010; *Placement of job-seekers with disabilities: an effective service*. 2003; *Training for success: A guide for peer-to-peer training*. 2008

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



¿QUÉ SIGNIFICA GÉNERO?

«**Género**» es un conjunto de **funciones, derechos, responsabilidades, características y cualidades** que una sociedad específica asocia con el **sexo masculino o femenino**. Las instituciones, las ideologías, la religión y los valores moldean, todos, las actitudes respecto al género. Las nociones sobre género cambian con el tiempo y varían según las diferentes culturas. En contraste, el «sexo» se refiere a las características biológicas de hombres y mujeres.

Las mujeres y los hombres experimentan las **mismas condiciones de forma diferente**. De hecho, la prevalencia de pobreza y de dependencia económica es más alta para las mujeres. Por regla general, la mujer tiene autoridad limitada sobre su vida sexual y reproductiva, tiene mayor probabilidad que un hombre de ser víctima de un acto de violencia y carece de voz en la toma de decisiones.⁽¹⁾

El **objetivo de un enfoque de género** es lograr la **igualdad entre los géneros**; asegurar que niñas, niños, mujeres y hombres entre las víctimas y las PcD aporten –todos ellos– su experiencia, conocimientos e intereses en la agenda de desarrollo; que contribuyan al mejoramiento de la calidad de su vida y se beneficien de ello. Esto comprende trabajar con niñas, niños, mujeres y hombres a fin de analizar y, si es necesario, modificar actitudes, conductas, funciones y responsabilidades en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad. A menos que se aplique un enfoque de género, habrá la posibilidad de que la disparidad en el acceso a los recursos continúe obstaculizando, a la larga, el derecho a la libertad y la calidad de vida tanto de hombres como de mujeres. Mejorar la calidad de vida de todos de forma igualitaria beneficia a la sociedad en su conjunto.

Datos Breves

- ★ Niñas, niños, hombres y mujeres son, todos, víctimas directas e indirectas de las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas de las minas/REG; pero se ven afectados de manera diferente por esta amenaza.
- ★ En el año 2011, el **90 % de todas las víctimas** directas de sexo conocido fueron hombres. El **42 % de todas las víctimas** directas de edad conocida fueron **niños**.⁽²⁾
- ★ La **tasa de mortalidad** por accidentes con minas/REG es de **43 % entre las mujeres** y de 29 % entre los hombres.⁽³⁾
- ★ Las mujeres con discapacidad sufren **mayor discriminación** que sus contrapartes masculinas en cuestión de acceso a servicios.⁽⁴⁾
- ★ Las mujeres y las niñas con discapacidad padecen un índice más alto de **abuso sexual** y tienen menos acceso a información sobre **salud reproductiva**.⁽⁵⁾
- ★ El número de hombres con empleo remunerado es mayor que el de mujeres. Los trabajos de las mujeres son menos garantizados que los de los hombres; **las mujeres ganan menos** y tienen **menos protección social** que los hombres.⁽⁶⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

CMR: Art. 5, párr. 1; Art. 5, párr. 7. Art. 7, párr. 1(k) | **Plan de Acción de Vientián**: Medidas 22 y 30 | **Plan de Acción de Cartagena**: SSección III, Medida 19. Sección IV, párr. 12, Medida 29. Sección V, Medida 41 | **CDPCD**: Art. 3, 6 y 16 | **ODM**: Objetivo 3 | **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**. | **Plataforma de Acción de Beijing**, Sección 143) E | Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU.



ACTORES PRINCIPALES

- Organizaciones de sobrevivientes, PcD, mujeres y mujeres con discapacidad.
- Proveedores de servicios en todo sector relacionado con AV.
- Ministerios: de Género, todos los Ministerios.
- Organizaciones internacionales: ONUMUJERES.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- **Pocos Ministerios y proveedores de servicios** tienen un **enfoque de género** en sus políticas, programas y procesos de contratación.
- A menudo, las mujeres representan una **menor proporción entre los empleados** en servicios de salud, rehabilitación, sociales y de trabajo, por lo que algunas mujeres pueden desanimarse o tener menos confianza para buscar y utilizar tales servicios.
- Muchas áreas afectadas son remotas. El tiempo y el costo para acudir a los servicios en las ciudades principales ocasionan con frecuencia que **las mujeres no puedan llegar** por no poder alejarse de sus familias o no poder gastar sus escasos ingresos en transportación y hospedaje.
- En algunos países, se ha informado que algunos hombres con problemas de **salud mental o de uso indebido de sustancias químicas** debidos a accidentes con minas/REG se han vuelto agresivos y cometen **violencia doméstica o sexual** contra miembros de su familia. Al igual que otras mujeres con discapacidad, las mujeres sobrevivientes tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia doméstica en comparación con otras mujeres.⁽⁷⁾
- Se piensa que es mayor el **impacto psicológico de la pérdida de ingresos** por un accidente de minas/REG en los contextos donde se espera que el hombre mantenga económicamente a la familia.⁽⁸⁾ Las mujeres sobrevivientes pueden enfrentar problemas psicológicos diferentes. Quienes tengan heridas o deficiencias visibles pueden verse **abandonadas** y perder toda **posibilidad de matrimonio**. De otras, se espera que **continúen en el mismo hogar con su mismo papel productivo** sin ningún apoyo o con muy poco.
- Cuando un hombre resulta herido o muerto por minas/REG, la responsabilidad de **obtener ingresos** y de **asegurar la supervivencia y el bienestar** de la familia recae a menudo en la mujer, quien además se encarga de cuidar al sobreviviente.



PROYECTOS EXITOSOS EN PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS

En **Bosnia y Herzegovina**, *Landmine Survivors Initiatives* (LSI) incluye un **enfoque de género en todos sus proyectos**. LSI se propone identificar y entrar en contacto con mujeres sobrevivientes, tarea difícil en vista de que la información sobre mujeres no es una prioridad para las organizaciones de excombatientes de la guerra –dirigidas por hombres– con las que coopera LSI. LSI asegura que se asignen recursos apropiados para apoyar a mujeres sobrevivientes en sus objetivos de recuperación. Por ejemplo, un trabajador comunitario de LSI de sexo masculino puede sustituirse por una trabajadora social. LSI implementa iniciativas específicamente para empoderar a las mujeres (convocar a reuniones de sobrevivientes solo para mujeres a fin de debatir los derechos de las PcD, apoyo entre pares y empoderamiento económico). Se incluye a las cónyuges de los sobrevivientes en el proceso de recuperación e inclusión de sus maridos. LSI también se asegura de que se valore apropiadamente la voz de las mujeres al abrir o expandir negocios familiares.⁽⁹⁾

En **Tayikistán**, el *Coordinador de Naciones Unidas para la Acción contra Minas* apoyó el establecimiento de una red de **80 jefas de familia en 331 pueblos**. Ellas fungieron como coordinadoras en áreas remotas o en aquellas donde la seguridad era delicada, como en la frontera. Recibieron apoyo remoto para conducir –en sus pueblos– actividades comunitarias de sensibilización sobre AV.⁽¹⁰⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- Los proyectos y programas deberán incluir a sobrevivientes (**hombres y niños** de sexo masculino en su mayoría), y también a las **víctimas indirectas** tales como quienes les prestan cuidados y miembros de sus familias (**mujeres y niños**, en su mayoría).
- Asegurar que los servicios respondan a las **diversas necesidades** de hombres, mujeres, niñas y niños. En materia de servicios de salud, asegurarse de que haya **personal profesional de sexo femenino y privacidad** para las pacientes durante la exploración física. Asegurarse de **programar** la capacitación profesional y de negocios de forma que **permita** la participación tanto de hombres como de mujeres.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- Recopilar datos e informar sobre el número de víctimas (hombres, mujeres, niños y niñas) con acceso a servicios, incluidos aquellos dirigidos a **mujeres** (embarazo sin riesgos y salud maternal, por ejemplo) y a **niños** (campañas de vacunación, por ejemplo).
- Invertir en el **análisis de los papeles** que desempeñan diferentes grupos de víctimas y de PcD –mujeres y hombres–, y de su grado de **acceso y control de los recursos**.
- Equilibrar el número de hombres y mujeres** entre los trabajadores y asesores del sector salud para mejor atender las necesidades específicas de mujeres, niñas, niños y hombres.
- Hacer arreglos para **proveer alojamiento adecuado** a fin de que las mujeres y niños sobrevivientes puedan tener acceso a servicios, particularmente si tienen que viajar desde su domicilio.
- Consultar e involucrar a hombres y mujeres en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de **programas y políticas**.

Para mejorar la legislación y las políticas:

- Asegurar que el **presupuesto** adopte un enfoque de género en planes y programas: la asignación de recursos públicos deberá reflejar las necesidades y los derechos de hombres y mujeres; si es necesario, deberán implementarse **iniciativas específicas para empoderar a las mujeres**.
- Evaluar las **necesidades y contribuciones** de hombres, mujeres, niños y niñas en ingresos, gastos y asignación de recursos. Ajustar el presupuesto para beneficiar a todos los grupos.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

Calidad de vida:

* Incremento en la participación de hombres y mujeres con discapacidad en la toma de decisiones a nivel familiar y comunitario. Reducción del índice de mortalidad entre mujeres víctimas directas de minas/REG. * Reducción de la mortalidad maternal entre mujeres sobrevivientes. * Reducción de la violencia doméstica entre las víctimas.

Acceso a servicios:

* Porcentaje de mujeres, hombres, niños y niñas con acceso a servicios de salud en general y de salud mental, rehabilitación, sociales y económicos. * # de mujeres sobrevivientes con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en comparación con la población en general. * # de miembros del personal de sexo femenino y masculino. * # de programas que proveen apoyo a mujeres con discapacidad que sean víctimas de abuso.

Legislación y políticas:

* Abolición de leyes y políticas que discriminen por razones de género. * Existencia de datos de referencia desglosados por sexo y edad. * Existencia de un presupuesto para iniciativas de empoderamiento de la mujer.



EJEMPLO DE PROYECTO: ENFOQUE DE GÉNERO EN CAMBOYA ⁽¹¹⁾



Kanha en la escuela, Escuela primaria Bun Rany Hun Sen, Memot, Kampong Cham. Camboya, 2011.

Problema identificado: En Camboya, como en muchos otros países, las PcD sufren discriminación. Más específicamente, las mujeres con discapacidad de áreas rurales enfrentan lo que la CESPAP denomina una «triple discriminación»: ser mujer, ser pobre y ser una persona con discapacidad. Las barreras que enfrentan para ejercer sus derechos y obtener respuesta a sus necesidades son complejas y persistirán –o se fortalecerán incluso– si no se incluye un enfoque de género en los proyectos.

Objetivos del proyecto: 1. Proveer apoyo adaptado a víctimas de sexo masculino y femenino y PcD para que abran sus negocios propios y mejoren la calidad de su vida. 2. Asesorar a autoridades y servicios para que incluyan a PcD.

Enfoque de género: En el proyecto: 1. Se usó un **método de participación** para asegurar que la voz y las oportunidades fueran iguales para hombres y mujeres y se tuvieron en cuenta sus diferentes funciones y responsabilidades. 2. Se hicieron **ajustes** para que fueran accesibles tanto para hombres como para mujeres los horarios para cursos profesionales y de negocios. 3. Se recopilaron y se difundieron los **datos** desglosados **según el sexo, la edad y los indicadores socio-económicos** basados en criterios de calidad de vida según la definieron los hombres y las mujeres. 4. Se incluyeron hombres y mujeres entre el personal, en todas las capacidades. 5. Se planeó que el 45 % de los beneficiarios del proyecto fueran mujeres; se logró alcanzar el 49 %. 6. Se facilitó a las mujeres acceso a servicios de salud tales como **embarazo sin riesgos y salud reproductiva**, así como a **programas de prevención de la violencia doméstica** que beneficiaron a ambos sexos.

Sostenibilidad: Entre el personal de las oficinas locales que trabajan para una ONG local se incluye a PcD; las oficinas se localizan en la provincia más afectada y aplican un enfoque de género en todos sus trabajos. Las autoridades locales y los proveedores de servicios fueron capacitados para asegurar que las PcD pudieran tener accesos a sus servicios. Se proporcionó apoyo individual durante un año después de iniciado el negocio para aumentar sus posibilidades de éxito.

Indicadores clave: 560 personas participaron en el proyecto. El 78 % incrementó sus ingresos el primer año. El 100 % refirió un incremento general en la calidad de vida (incluidos los ingresos, el acceso a alimentos, escuela y servicios de salud, y la participación social). Quienes refirieron la mejoría más significativa en calidad de vida fueron los hombres más vulnerables y las mujeres. Las mujeres en particular otorgaron gran valor a tener más selección de candidatos posibles para el matrimonio y para comenzar una familia. | **Duración y donante del proyecto:** 30 meses; financiado por la Unión Europea.

Implementado por: HI y OEC, una ONG local. La OPcD camboyana se unió en la segunda etapa.

Referencias ⁽¹⁾ CESPAP. Incheon Strategy to Make the Right Real for Persons with Disabilities in the Asia Pacific. 2012. | ⁽²⁾ ICBL, CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 Report | ⁽³⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ Swiss Campaign to Ban Landmines. Gender and landmines: from concept to practice. 2008 | ⁽⁴⁾ Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Recommendation 18 – Disabled Women. 1991 | ⁽⁵⁾ UNHCHR. Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability. 2012 | ⁽⁶⁾ PNUD. Factsheet MDG Goal 3: Promote gender equality and the empowerment of women. 2010 | ⁽⁹⁾ Landmine Survivor Initiatives Website (accesado en marzo, 2013) e intercambio de correo electrónico, marzo de 2013 | ⁽¹⁰⁾ ONU. Gender guidelines for Mine Action Programs. 2010 | ⁽¹¹⁾ HI. Good practices from the project Towards Income Generating Activities. 2010; PNUD, UNIFEM. A guide to gender-sensitive indicators in basic service delivery. 2009



¿QUÉ SIGNIFICA EMPODERAMIENTO?

El **empoderamiento** es un proceso por medio del cual las personas acrecientan su confianza, su capacidad y su autoestima para comprender y exigir sus derechos, para tomar decisiones, hablar abiertamente y participar en todos los aspectos de la vida comunitaria. ⁽¹⁾ Su **objetivo** es asegurar que las víctimas y PcD puedan ejercer la autodeterminación y disfrutar sus derechos y responsabilidades en igualdad con los demás.

A **nivel individual**, permite a una persona asumir la responsabilidad de su propia vida y actuar para disfrutar sus derechos como, por ejemplo, el de participar en la comunidad con oportunidades iguales a las de las demás personas. A nivel colectivo, el crecimiento de un movimiento democrático y representativo de víctimas y PcD es una condición fundamental para asegurar que los gobiernos, los proveedores de servicios y la sociedad en general respondan a sus necesidades y derechos. También contribuye a asegurar que estas personas participen activamente en la planeación, implementación y monitoreo de la legislación, las políticas y los programas que les conciernen. ⁽²⁾ El empoderamiento individual y el colectivo de las víctimas y de las PcD es uno de los componentes de la estrategia doble hacia el desarrollo inclusivo.

Los componentes del empoderamiento son:

- ▶ **Empoderamiento individual:** Apoyo adaptado o personalizado necesario para que las víctimas más vulnerables puedan fortalecer su autodeterminación y alcanzar sus objetivos. Este proceso habilita a la persona para desarrollar sus aptitudes y su capacidad para tomar decisiones mediante el fomento de la confianza en sí misma, la autoestima, un sentido de iniciativa y el dominio de su propia vida. ⁽³⁾
- ▶ **Empoderamiento colectivo:** Proceso mediante el cual los grupos de víctimas y de PcD –tales como organizaciones de sobrevivientes y OPcD, asociaciones, grupos de autoayuda y federaciones creadas y dirigidas por PcD– desarrollan sus aptitudes para representar y movilizar a sus pares, para abogar por cambios en las políticas y prácticas, para monitorear los derechos humanos y para empoderar a sus miembros. Tales organizaciones desempeñan un papel esencial en la promoción de sociedades inclusivas en las que las víctimas y otras PcD ejerzan plenamente sus derechos. ⁽⁴⁾ Las OPcD, incluidas las organizaciones de sobrevivientes, desempeñan asimismo un papel esencial en el incremento de acceso a los servicios.

Datos Breves

- ★ El empoderamiento es un proceso largo y complejo; no es algo que pueda suceder en pocos días o que uno pueda dar a alguien. ⁽⁵⁾
- ★ El empoderamiento comprende acceso a información a fin asegurar que la gente tenga mejores recursos para aprovechar las oportunidades y para acceder a servicios, ejercer sus derechos, negociar eficientemente y exigir rendición de cuentas a los funcionarios encargados. ⁽⁶⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

Plan de Acción de Vientián: Implícito en las Medidas 30, 31 y 32.

Plan de Acción de Cartagena: Sección IV, Medida 23.

CDPyD: Implícito en el Artículo 3.



ACTORES PRINCIPALES

Organizaciones de sobrevivientes y de PcD; otras organizaciones de la sociedad civil (las de mujeres, entre ellas) | **Proveedores de servicios** en todo sector relacionado con AV | **Ministerios:** de **Asuntos Sociales** o el Ministerio encargado de Discapacidad y AV; todos los otros Ministerios para la promoción de los derechos | **Redes internacionales:** International Disability Alliance, Consorcio Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo, Disabled People's International | **Organizaciones internacionales:** Secretaría para la CDPyD y otros organismos de las Naciones Unidas.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- ▶ Muchas PcD experimentan **falta de autonomía en la familia y en la comunidad**. Pueden tener apoyo sólido en el seno familiar, pero también pueden verse sobreprotegidas, o rechazadas y excluidas de la comunidad, lo que refuerza su sensación de ser víctimas y no agentes de cambio.
- ▶ El personal de los servicios públicos y otros proveedores de servicios pueden **no estar conscientes de los derechos de las víctimas y PcD**, y desconocer en términos prácticos cómo hacer ajustes para asegurarles el acceso a los servicios.
- ▶ El personal del gobierno puede ignorar su responsabilidad de asegurar la **participación activa e informada** de las víctimas y PcD. Puede no saber cómo susitar esa participación o tender a dialogar con una persona u organización sin saber hasta qué punto rindan **cuentas y sean representativas**.
- ▶ En algunos países, las OPcD son actores recientemente incorporados a la sociedad civil; es así que a menudo **necesitan incrementar su capacidad** en términos de representación, gestión democrática, movilización de sus miembros, diseminación de información y conocimientos, y estrategias de sostenibilidad.



PROYECTOS EXITOSOS EN PROMOCIÓN DEL EMPODERAMIENTO

En **Colombia**, al darse cuenta de que muchos de sus programas RBC carecían de apropiación comunitaria, un gobierno local apoyó el establecimiento de la **Fundación Discapacitados (FUNDISCA)** para facilitar el empoderamiento de las PcD capacitándolas y alentándolas a asumir papeles de liderazgo dentro del programa RBC y a desempeñar un papel activo en la planeación y control de su vida. FUNDISCA movilizó a las PcD, a los padres de familia, a las personas que brindan cuidados a las PcD, a personas desplazadas, a indígenas, a miembros y líderes de la comunidad. Cuenta con 218 miembros y 20 miembros de RBC que promueven la autoestima, la inclusión familiar, el acceso a servicios y el diálogo con las autoridades locales. ⁽⁷⁾

En **Uganda**, La *Asociación de Sobrevivientes de las Minas Terrestres (ULSA)* ha trabajado en ese país desde 2005 para **fortalecer la capacidad de los sobrevivientes con apoyo psico-social y cursos de liderazgo** mediante el establecimiento de mecanismos de apoyo social y económico tales como el apoyo entre pares, visitas de intercambio, actividades recreativas, proyectos de inclusión económica y un sistema de remisión de pacientes a servicios médicos y de rehabilitación. ULSA hace labor de sensibilización sobre el MBT, la CMR y la CDPcD, recopila y disemina información sobre acción contra minas. Entre las organizaciones asociadas a ULSA están la Unión Nacional de Personas Discapacitadas en Uganda, el *Consejo Nacional para la Discapacidad y el Ministerio de Fomento en Asuntos de Género, Laborales y Sociales*. Desde su inicio, ULSA ha trabajado con más de 400 sobrevivientes y PcD. Ha proporcionado apoyo directo a sobrevivientes en las regiones de Kasese, Lira y Agago/Pader, así como cursos de liderazgo a más de 40 líderes en 10 distritos de Uganda. ⁽⁸⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar el empoderamiento individual:

- Proveer **apoyo social personalizado** a víctimas para identificar necesidades y recursos, y elaborar un programa de medidas para lograr sus objetivos.
- **Trabajar con familias** para que se instruyan sobre cómo apoyar y empoderar a un miembro de la familia con discapacidad y sobre cómo abogar juntos por sus derechos.
- Apoyar a las víctimas para que se **afilien a organizaciones locales** de sobrevivientes o de PcD, o en otros grupos para la población en general.

Para mejorar el empoderamiento colectivo:

- Apoyar a las OPcD en la conducción de **autoevaluaciones** a fin de identificar las áreas donde necesiten ampliar su capacidad.
- Acrecentar la **capacidad organizativa** de las OPcD con cursos para sus miembros a nivel local, regional y nacional. Puede incluirse desarrollo de aptitudes en administración de proyectos y movilización de recursos —lo que sigue representando un problema para la mayoría de las OPcD— y también en promoción para influir en la legislación y en la elaboración de políticas públicas, sensibilización, oratoria, movilización de medios de comunicación y uso de estas herramientas de manera estratégica según los objetivos de promoción de derechos de la organización.
- Proveer información sobre **oportunidades de capacitación** en áreas como derechos humanos, la CDPcD y el monitoreo nacional de la aplicación de los derechos humanos.
- Apoyar a las OPcD para fortalecer sus funciones como **organizaciones representativas**: gestión, disseminación de información y rendición de cuentas.
- Apoyar la organización de **viajes de estudio y de intercambio** entre OPcD, incluidas visitas focalizadas, disseminación de la información y duplicación de prácticas al regresar a su país de origen.
- Facilitar la **representación de víctimas y de PcD** en todos los aspectos de implementación y monitoreo del MBT, la CMR y la CDPcD a nivel local, regional, nacional e internacional.
- Asegurarse de que las organizaciones de víctimas y OPcD estén informadas sobre **diseño de políticas y sobre planeación, monitoreo y evaluación de programas**, y que —junto con otros miembros de la sociedad civil— participen activamente a nivel nacional, regional y local no solo en cuestiones de AV, sino en todos los procesos y sectores que les conciernen.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Empoderamiento individual:

- * Las víctimas y PcD refieren un aumento en la confianza en sí mismas y en la participación en el seno familiar y en sus comunidades.
- * Las víctimas y PcD tiene la capacidad de alcanzar sus objetivos.
- * # de víctimas y PcD que conocen sus derechos y cómo exigirlos.
- * Víctimas y PcD refieren mayor acceso a servicios en sus comunidades. * Víctimas y PcD se inscriben en grupos y organizaciones representativas.

➤ Empoderamiento colectivo:

- * Porcentaje de miembros y personal de OPcD que han mejorado sus aptitudes en administración de proyectos, promoción de derechos, recaudación de fondos para derechos humanos y diversidad de fuentes de financiamiento al concluir el proyecto. * Mejoras en la capacidad organizativa de la OPcD: frecuencia de las reuniones, mecanismos transparentes para toma de decisiones, auditorías.
- * Existencia de mecanismos claros para compartir información entre el personal de la OPcD y sus miembros, y entre la red de OPcD.
- * Un plan integral de promoción de derechos implementado de forma coordinada entre las OPcD y otras organizaciones de la sociedad civil. * Las OPcD forman parte de numerosas estructuras para toma de decisiones y comités. * Las OPcD participan activamente en numerosas reuniones sobre el diseño, el monitoreo y la evaluación de políticas y programas de desarrollo, incluidos los de AV.



EJEMPLO DE PROYECTO: BAN ADVOCATES ⁽⁹⁾



Activistas de la prohibición con otros activistas en una Conferencia sobre Municiones de Racimo en Dublin, 2008.

«Ban advocates» (BA) es un grupo de personas de 12 países que defienden a las víctimas de municiones de racimo. Empezó sus actividades en 2007, con el apoyo de HI.

Problema identificado: Falta de participación sistemática y bien informada de las víctimas (sobrevivientes, familiares de personas heridas o muertas, personas que viven en comunidades afectadas) en el proceso de prohibición de municiones de racimo.

Objetivos: Empoderar a las víctimas —a quienes también se llama activistas de la prohibición o BA— para que conozcan y defiendan sus propios derechos; apoyar los esfuerzos internacionales para eliminar las municiones de racimo; sensibilizar sobre el impacto humano de las municiones de racimo y promover su prohibición total a nivel nacional e internacional.

Actividades: 1. **Identificación y sensibilización de víctimas** en países afectados. 2. **Apoyo entre pares y capacitación** de los BA para aumentar su bienestar psicológico y mejorar sus aptitudes en promoción eficaz de derechos. 3. Apoyar a los BA para que establezcan **redes de comunicación** con otras víctimas, OPcD y otras redes y organizaciones de la sociedad civil.

4. **Apoyo técnico, logístico y financiero** para facilitar las iniciativas de promoción de los BA a nivel nacional e internacional.

Sostenibilidad: Los BA brindan apoyo entre pares y han participado en varios cursos sobre CMR, MBT y CDPcD, y sobre promoción de derechos y administración. Ensancharon su red con otras organizaciones de la sociedad civil y los funcionarios del gobierno lo reconocen como miembros representativos de sus comunidades. Los BA participan activamente en diálogos sobre políticas a nivel local, nacional e internacional. Su dedicación a la causa de la universalización e implementación de la CMR y del MBT continúa, en particular en cuestiones de AV y, más en general, en la promoción de los derechos de las PcD.

Indicadores clave: * Hay 32 BA (11 de ellos mujeres) en 12 países. * Participación activa y contribución experta de los BA en más de 25 conferencias relacionadas con la CMR y el MBT, así como en 4 talleres regionales sobre AV. Los esfuerzos en promoción de derechos siguen dándose en sus respectivos países. * Participación de los BA en 7 cursos formales y en presentaciones informativas antes de cada conferencia.

Duración y donantes: 6 años, en curso desde marzo del 2013. Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega y Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Exterior y Cooperación para el Desarrollo de Bélgica. Contribuidores anteriores: The Diana Princess of Wales Memorial Fund, Los Países Bajos, Australia, Irlanda y Austria.



¿QUÉ SIGNIFICA ACCESIBILIDAD?

Accesibilidad se refiere a que todas las personas tengan libertad de movimiento y puedan usar un servicio con seguridad independientemente de su edad, sexo o discapacidad. ⁽¹⁾ Se vincula al concepto de **diseño universal**: los productos y los servicios deberán ser **utilizables para toda persona, en la mayor extensión posible**, sin necesidad de adaptaciones o de diseño especial ⁽²⁾ (una pendiente bien construida es accesible para todos, sin necesidad de añadir escaleras para personas sin discapacidad, por ejemplo). El objetivo es asegurar que toda persona pueda acceder al entorno físico y a la información con dignidad y con el máximo grado de independencia, sin **barreras físicas ni de comunicación ni de actitudes negativas**. La accesibilidad contribuye a mejorar la calidad de vida de las PcD mediante un incremento en su **participación, movilidad y comunicación**, pero también beneficia a la **sociedad en su conjunto**, incluidas las personas mayores, las que tienen deficiencias transitorias, niños y mujeres embarazadas. **La accesibilidad no es, por lo tanto, una restricción, sino un valor agregado.**

Se ha hecho hincapié específicamente en el **acceso a servicios** debido a su importante contribución en el mejoramiento de la calidad de vida. Existen seis criterios fundamentales en el concepto «acceso»: **disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, rendición de cuentas y buena calidad técnica.** ⁽³⁾ Todos los servicios, incluidos los de áreas afectadas por minas/REG, deberán cumplir estos seis criterios de accesibilidad.

Las siguientes metodologías contribuyen a hacer los servicios accesibles y, por ello, inclusivos para las PcD:

- **Evaluación:** Mejorar la **comprensión** de los problemas y las prioridades de los proveedores de servicios en términos de accesibilidad.
- **Información:** Mejorar los **conocimientos** de los proveedores de servicios sobre los derechos y las necesidades de las PcD.
- **Sensibilización:** Cambiar **actitudes** negativas de los proveedores de servicios hacia las PcD.
- **Capacitación:** Mejorar las **aptitudes prácticas** de un proveedor de servicios para incrementar la accesibilidad de sus servicios para PcD. Esto incluye

cursos sobre cómo hacer el entorno físico accesible para la mayoría de las personas (incluidas las que tengan deficiencias físicas o de otra naturaleza) y sobre cómo facilitar y mejorar la comunicación con personas con deficiencias auditivas, visuales o intelectuales.

- **Promoción de derechos:** Incidir en las **políticas** de los proveedores de servicios o de las autoridades pertinentes para la inclusión de PcD.
- **Asesoramiento:** Apoyar de forma constante a los proveedores de servicios para mejorar **conocimientos, actitudes, aptitudes prácticas y políticas en todos los niveles**, entre el personal, de **manera sostenible.**

Datos Breves

- ★ En 2011 hubo **retrocesos en accesibilidad** a servicios para sobrevivientes en al menos 12 países. En su mayor parte, esto se debió a una reducción en la asistencia internacional y a la intensificación o al surgimiento de nuevos conflictos. ⁽⁴⁾
- ★ Cuando una persona es pobre y tiene una discapacidad, enfrenta **barreras significativas para acceder a servicios**. Esto limita sus posibilidades para reducir el grado de su pobreza. ⁽⁵⁾
- ★ El efecto de la **discriminación por discapacidad** ha sido particularmente severo en la educación, el empleo, la vivienda y la transportación. ⁽⁶⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- / **CMR:** Art. 5, párrs. 1 y 2(a). Art. 7 párr. 1(k) | **Plan de Acción de Vientán:** Medidas 22 y 25 | **Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, Medida 25 | **CDPcD:** Art. 3 y 9.



ACTORES PRINCIPALES

- / **Organizaciones** de víctimas y de PcD | **Proveedores de servicios** en todo sector de AV
- / **Ministerios:** de **Infraestructura**, todos los otros Ministerios | **Organizaciones internacionales:** Organización Internacional de Normalización y otras organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS

- Los sobrevivientes y las PcD refieren a menudo las siguientes **barreras** para el acceso a servicios: medios económicos insuficientes para sufragar los costos de los servicios, distancia geográfica, imagen negativa por parte de los proveedores de servicios, inaccesibilidad física del servicio, dificultades de comunicación, procedimientos administrativos demasiado complicados y falta de información sobre los servicios existentes.
- Algunas organizaciones pueden facilitar sesiones de sensibilización para mejorar la accesibilidad de los proveedores de servicios sin considerar que se necesita **apoyo con regularidad y asesoramiento técnico práctico** para que los servicios sean y continúen siendo accesibles e inclusivos a todos los niveles.
- Los proveedores de servicios pueden tener la **idea errónea** de que las PcD solo **necesitan servicios «especializados»**, e ignoran todo acerca de sus derechos y necesidades, o ven la accesibilidad como un «lujo» o como un segundo paso, cuando la accesibilidad es un derecho y pueden hacerse adaptaciones sencillas a fin de asegurar

que los servicios sean accesibles para todos ya desde el principio. ⁽⁷⁾

- En algunos casos, la **prestación del servicio no es igualitaria** y puede favorecer solo a ciertos grupos de la población. El incentivo para prestar servicios a una población vulnerable puede malograrse por falta de conocimientos, capacidad o voluntad del gobierno, o como resultado de algún conflicto. ⁽⁸⁾
- Puede no haber **normas de accesibilidad** en la legislación o en la política. Si existen, es posible que no tengan en cuenta las normas o buenas prácticas en vigor, o que no estén adaptadas al contexto (áreas rurales o remotas, por ejemplo); o podrían no ser del conocimiento general o no estar bien diseminadas.
- Mejorar la accesibilidad de los servicios no basta: puede hacer falta **trabajo social o apoyo social personalizado** para empoderar a las víctimas y PcD de modo que tomen la iniciativa para obtener acceso a los servicios que necesitan.



PROYECTOS EXITOSOS EN PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EL ACCESO A SERVICIOS

▶ En los **campamentos de refugiados birmanos**, en Tailandia, hay un alto porcentaje de PcD, incluidas sobrevivientes. Enfrentan más dificultades en movilidad, comunicaciones y acceso a servicios que el resto de la población, la que ya encara graves problemas. *HI* mejoró la accesibilidad de los campamentos con **adaptaciones simples en las resbaladizas pendientes de tierra** y en las chozas de las PcD. *HI* capacita en accesibilidad a otras organizaciones tales como las que trabajan en cuestiones de atención a la salud, agua y saneamiento. *ZOA*, una ONG asociada, ha apoyado a sobrevivientes en la **adaptación de sus herramientas** para que puedan trabajar en jardinería y agricultura.

▶ En **Uganda**, La organización *Acción Nacional sobre Discapacidad Física*—junto con el *Ministerio de Asuntos de Género, Laborales y de Desarrollo Social*—elaboró y diseminó, en Uganda, los **Estándares de Accesibilidad** para facilitar la implementación de la Política Nacional sobre Discapacidad. Este documento es una guía práctica para arquitectos, proveedores de servicios y responsables de las políticas durante el diseño y la implementación de proyectos de construcción.



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Para mejorar la calidad de vida:

- Realizar un **diagnóstico de accesibilidad y proveer soluciones, en los hogares** de los sobrevivientes y de otras PcD, que incluyan agua e instalaciones de saneamiento.
- Proveer apoyo adaptado/personalizado para asegurar que los sobrevivientes y las PcD obtengan **información y estén habilitados para acceder** a los servicios que necesiten.

Para mejorar el acceso a los servicios:

- Asegurar que los sobrevivientes y las PcD puedan **aportar sugerencias en los esfuerzos para mejorar la accesibilidad** y que tengan representación las personas con **diferentes tipos de deficiencias** (visuales, auditivas, físicas, mentales, intelectuales, del habla o múltiples).
- Evaluar los **conocimientos, la actitud y las prácticas de los proveedores de servicios** en cuestiones de accesibilidad y diseñar conjuntamente una estrategia adaptada para mejorar la accesibilidad de sus servicios.
- Realizar actividades de **sensibilización sobre accesibilidad** con objetivos e indicadores específicos y verificables. Asegurarse de que las actividades de sensibilización se dirijan a un público específico para el que sean pertinentes: arquitectos, autoridades, proveedores de servicios, etc.
- Instruir a proveedores de servicios sobre lo que significa «servicios **accesibles e inclusivos**» en **términos prácticos** y en las áreas geográficas, sectores y servicios específicos donde intervienen.
- Preparar y diseminar **directrices prácticas sobre accesibilidad** adaptadas al contexto, y también directrices específicas por sectores (salud, educación, empleo, etc.). Entre estas deberá incluirse accesibilidad en términos de perspectivas físicas, de actitud y de comunicación.
- Identificar **prácticas innovadoras** y diseminarlas.
- Para asegurar un impacto sostenible de los esfuerzos por mejorar la accesibilidad, centrarse en **proveedores de servicios selectos a los que se brinde asesoramiento** que incluya sensibilización, capacitación y promoción de derechos para mejorar la infraestructura, la comunicación y la actitud de toda la organización y de su personal, y asegurar un seguimiento de los resultados en un período de seis meses.

Para mejorar la legislación y las políticas:

- Asegurarse de que la **legislación y las políticas de cada sector** incluyan **normas de accesibilidad** basadas en buenas prácticas.
- Brindar apoyo técnico y financiero para apoyar el diseño y la implementación de **planes locales de accesibilidad** a nivel comunitario provincial.



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

➤ Calidad de vida:

* # de sobrevivientes que refieren incremento en su movilidad en el hogar después de modificarlo para ser accesible. * # de víctimas que refieren haber obtenido acceso por primera vez a un servicio dado. * # de víctimas que refieren una mejora en su calidad de vida como resultado de poder acceder a servicios.

➤ Acceso a servicios:

* Incremento en el porcentaje de PcD entre los usuarios de un servicio dado. * Mejores conocimientos, actitud y prácticas de los proveedores de servicios respecto a accesibilidad.

* # de medidas que adoptan los participantes para mejorar la accesibilidad después de tomar un curso sobre el tema.

* # de proveedores de servicios que reciben asesoramiento continuo para mejorar la accesibilidad de sus servicios para las PcD. * Inclusión de accesibilidad en los programas existentes de capacitación sobre arquitectura, planeación urbana e ingeniería civil.

➤ Legislación y políticas:

Disponibilidad y # de auditorías gubernamentales sobre accesibilidad llevadas a cabo con participación de PcD. * Existencia de normas técnicas obligatorias para el acceso sin barreras en todos los edificios.



EJEMPLO DE PROYECTO: ACCESIBILIDAD EN ELIBY, UNA PEQUEÑA EMPRESA, EN SENEGAL



© J.J. Bernard / Handicap International

Empleados con y sin discapacidades trabajan juntos. Senegal, 2010.

Problema identificado: Falta de oportunidades de empleo (desempleo de hasta un 60 % entre la población en su conjunto); falta de conocimiento de los empresarios/patronos sobre cómo hacer sus servicios **accesibles e inclusivos** para PcD (para mujeres pobres con discapacidad, en particular), en la región de Casamance, afectada por las minas.

Objetivos del proyecto: 1. Mejorar la accesibilidad de un productor local de marañón (nuez de la India o castaña de cajú); 2. Apoyar el acceso de sobrevivientes y de PcD a un empleo asalariado, en un trabajo decente, en igualdad con los demás trabajadores.

Actividades: 1. Mejoramiento en los **conocimientos y en la actitud** del personal del pequeño negocio y a nivel comunitario respecto a los derechos y las aptitudes de las PcD por medio de sesiones de sensibilización. 2. Mejora de las **prácticas** de los propietarios de pequeños negocios mediante capacitación sobre cómo habilitar a PcD para el empleo siguiendo las **normas de la OIT para el trabajo decente**. 3. Se brindó apoyo técnico para mejorar la **accesibilidad física** de la fábrica de marañón (entrada a las instalaciones, circulación en la pequeña fábrica, adaptaciones para usuarios en sillas de ruedas en los puestos de trabajo, servicios sanitarios, equipo y herramientas). 4. Apoyo a los propietarios de pequeñas empresas para establecer lazos con una red de **comercio justo**. 5. Se brindó **apoyo personal** para que las PcD obtuvieran acceso a empleo asalariado (apoyo social personalizado, remisión a servicios de rehabilitación y dispositivos de asistencia personal, así como capacitación profesional).

Sostenibilidad: El proyecto se implementó de forma conjunta con una pequeña empresa local; se brindaron contactos con una red de comercio justo para facilitar enlaces con mercados nacionales e internacionales; se preparó un video de sensibilización para diseminar buenas prácticas.

Indicadores clave: La pequeña empresa y sus asociados dieron empleo a más de 40 PcD, lo que representa un 10 % de su fuerza de trabajo.

Duración del proyecto: 3 años | **Donantes:** Embajada de los Países Bajos.

Implementado por: HI, EnterpriseWorks, Eliby.

Referencias ⁽¹⁾⁽²⁾ HI. Accessibility Policy Paper. 2009 | ⁽³⁾⁽⁷⁾ HI. Access to services for persons with disabilities in challenging environments. 2010 | ⁽⁴⁾ ICBL, CMC.

Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | ⁽⁵⁾ IDDC. Make Development Inclusive website. Accesado en marzo de 2013 | ⁽⁶⁾ HI. How to build an accessible environment in developing countries. 2008 | ⁽⁸⁾ OCDE. Service delivery in fragile situations. 2008

¿QUÉ SIGNIFICA RECOPIACIÓN DE DATOS?

Recopilación de datos se refiere a la recolección, análisis y disseminación de la información en un dominio específico. En el contexto de la AV, esto significa recabar datos sobre el número, la situación y la calidad de vida de las víctimas. Su **objetivo** es 1) comprender, presentar y disseminar información sobre el **número, el sexo, la edad, la situación, las necesidades y las aptitudes** de las víctimas; 2) Habilitar a los Ministerios y a otros actores para **formular, implementar, monitorear y evaluar políticas, planes y programas** para que respondan a los derechos y a las necesidades de las víctimas. **Sin datos precisos y pertinentes** es imposible proponer opciones eficaces en materia de políticas, tener un punto de referencia para medir el progreso, movilizar recursos y, más en general, planear e implementar la AV eficaz y estratégicamente.

Existen muchas metodologías para recopilar datos. Por regla general, se usan varias al mismo tiempo de manera coordinada, idealmente, para responder de forma apropiada a los diferentes objetivos en recopilación de datos.

Entre las principales metodologías figuran las siguientes:

- **Recopilación de datos sobre víctimas directas:** Recolección y análisis de datos sobre víctimas directas con el propósito principal de planear la educación sobre los riesgos de las minas y sobre el despeje y liberación de tierras. El *Sistema de Gestión de Información para Actividades relativas a las Minas (IMSMA)* es un recurso que los Centros de Acción contra Minas y las autoridades usan a menudo para este propósito. ⁽¹⁾
- **Evaluación de necesidades y capacidad, y cartografía de los servicios:** Estas metodologías recopilan datos pertinentes a fin de comprender la situación en un territorio dado, y para planear y priorizar programas, incluida la asignación de recursos de forma participativa. Se recaban datos sobre: A) *la población seleccionada:* necesidades, exigencias, capacidades y recursos; y B) *el entorno:* proveedores de servicios, normas sociales y culturales, e infraestructura, que puedan ya sea facilitar o dificultar el mejoramiento de la calidad de vida de las víctimas. ⁽²⁾
- **Diagnóstico para apoyo personalizado:** Esta recopila información con las víctimas y PcD más vulnerables con el objeto específico de brindarles apoyo para mejorar la calidad de su vida. Incluye las necesidades y prioridades de la persona y comentarios de su familia y de profesionales (de la salud y trabajadores sociales, entre ellos); identifica también barreras y elementos facilitadores en el entorno asociado. ⁽³⁾

Datos Breves

- ★ **4286 víctimas** directas de minas/REG identificadas **en todo el mundo** en 2011. ⁽⁴⁾
- ★ La recopilación de **datos sobre víctimas** directas es más sistemática en países que usan el IMSMA, pero hay otras metodologías más completas para planear y monitorear la AV.
- ★ Los países más afectados **carecen de información de referencia sobre la calidad de vida** de las víctimas, lo que dificulta medir el avance.
- ★ Solo **10 países** han realizado evaluaciones razonablemente extensas de las necesidades en AV. ⁽⁵⁾



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

- / **CMR:** Art. 5, párrs. 1 y 2(a). Art. 7 párr. 1(k).
- / **Plan de Acción de Vientián:** Medidas 22 y 25.
- / **Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, Medida 25.
- / **CDPcD:** Art. 31.



ACTORES PRINCIPALES

- / **Organizaciones** de víctimas y de PcD | **Proveedores de servicios** en todo sector de AV
- / **Ministerio:** de Asuntos Sociales, Coordinador de temas de Discapacidad, todos los otros Ministerios | **Centros (MAC) y Autoridades (MAA) de Acción contra Minas.**
- / **Organizaciones internacionales:** División de Estadísticas de las Naciones Unidas, el Centro Internacional de Desminado Humanitario de Ginebra.



OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES AFECTADOS POR MINAS/REG

- La mayoría de los países no han establecido **mecanismos de estadísticas, recopilación de datos o levantamiento de censos** conforme a las **normas de la CDPcD**.
- **Los sistemas de información sobre la salud** son insuficientes en la mayoría de los países en desarrollo. ⁽⁶⁾
- **Son limitados los recursos y el personal capacitado** en metodologías de recopilación de datos y en formas de entrevistar a víctimas y PcD. Las autoridades, los proveedores de servicios y las OPcD reúnen datos con poca coordinación entre sí y a menudo carecen de un mecanismo de compilación sistemática. Rara vez pueden compararse los datos, lo que dificulta su uso al tratar de comprender la situación de conjunto.
- En algunos casos, los **datos recolectados no se usan** en el diseño de programas para mejorar la calidad de vida de las víctimas, con la consecuencia negativa de que solo anima falsas esperanzas.
- No hay suficiente coordinación **entre los MAC, las MAA y los Ministerios** respecto a los métodos de recopilación de datos, de su propósito y de su utilización.
- Falta de conocimientos sobre **cómo diseñar preguntas apropiadas sobre discapacidad:** preguntar a los miembros de una familia si son «sordos, ciegos, inválidos o retrasados mentales» es usar terminología arcaica con enfoque médico obsoleto, lo que ha demostrado tener límites y sesgos. El número de víctimas identificadas con semejante enfoque ha sido bajo y ha permitido a los gobiernos ignorarlas o relegar las políticas y programas concernientes a PcD solo a servicios de atención médica y de rehabilitación. ⁽⁷⁾



PROYECTOS EXITOSOS EN RECOPIACIÓN DE DATOS

➤ **En Albania, la extensa recopilación de datos utilizada para el diseño del programa y la disseminación de información** contribuyó al éxito del programa de AV en 2005-2009.

En 2011, la OPcD ALB-AID mantuvo datos sobre todos los sobrevivientes entre sus miembros. La Sociedad Albanesa de la Cruz Roja recopila datos sobre víctimas directas en 12 provincias. Los datos están desglosados por edad y sexo, y se guardan en la base de datos del IMSMA. ⁽⁸⁾

➤ **En Afganistán, el Estudio Nacional sobre Discapacidad** de 2005 produjo una mejor comprensión del número de PcD, sobrevivientes incluidas, y de sus necesidades y prioridades en los temas de salud, rehabilitación, educación e inclusión económica. ⁽⁹⁾

➤ **En Camboya,** un proyecto de HI, OEC (una ONG local) y la OPcD de Camboya recopilan datos sobre necesidades básicas, capacidades, participación en la comunidad, y sobre la vida social y política de las víctimas antes y después de la conclusión del proyecto, lo que permite medir y presentar informes sobre **mejoras en la calidad de vida**. ⁽¹⁰⁾

➤ **En Nicaragua,** se ha recopilado información sobre sobrevivientes como parte de **estudios comunitarios sobre discapacidad** efectuados en todo el país. ⁽¹¹⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

A nivel nacional:

- Recopilar datos sobre víctimas directas por medio del IMSMA es un procedimiento más adecuado para establecer prioridades en términos de educación sobre los riesgos de las minas y en cuanto al despeje y liberación de tierras que para establecer prioridades en desarrollo inclusivo y AV.
- Cuando un **MAC dirija los esfuerzos** en AV debería hacerlo con **carácter provisional** y con enfoque en sensibilizar, movilizar y apoyar a los Ministerios pertinentes para que asuman esta responsabilidad, en particular si un Ministerio ya tiene la discapacidad a su cargo.
- Identificar a un **Ministerio, a una Autoridad o a un Comité** que se encargue de guiar y coordinar la operación de recopilación de datos, con el propósito específico de mejorar la AV y el acceso a servicios por parte de las PcD.
- Los datos que se usarán para definir políticas, planes y programas respecto a la AV deberían ser la **responsabilidad primaria de Ministerios pertinentes** (de Salud, Asuntos Sociales, Empleo, etc.).

En el terreno:

- Definir las diferentes necesidades y objetivos de la recopilación de datos de forma **participativa** a fin de seleccionar las **metodologías más apropiadas**. Una sola metodología (seguimiento de los casos de personas heridas, evaluación de las necesidades y capacidades de los sobrevivientes, etc.) no puede responder igual de satisfactoriamente a las necesidades de programas de acción contra minas, planeación de políticas de AV, o de medición y disseminación de información sobre la calidad de vida de las víctimas.
- Asegurar que todos los esfuerzos para mejorar la recopilación de datos relativos a sobrevivientes se vinculen con esfuerzos de mayor alcance en recopilación de datos sobre **todas las PcD**.
- **Capacitar a los recolectores de datos** en metodologías eficaces para la recopilación, en los derechos de las víctimas y de las PcD, y en los métodos de comunicación con personas con distintos tipos de deficiencias.
- Asegurar que las víctimas entrevistadas **comprendan** el propósito de la recopilación de datos.
- Establecer salvaguardias para **asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad** en los datos sobre víctimas y PcD.
- Asegurar que en el cuestionario se utilice **terminología adecuada sobre la discapacidad**, o sea, que se evite el uso de términos discriminatorios como «inválido». Las preguntas y la terminología deberán basarse en las recomendaciones de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas, que a su vez siguen la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Existen ejemplos sobre la forma en que se ha incorporado esto en varios censos en Asia. ⁽¹²⁾



CUANTIFICACIÓN DE LOS AVANCES

Las fichas indican algunas áreas donde los Estados deberían poder demostrar cambios. Los avances en acceso a servicios, en legislación y en políticas deberían tener como resultado un impacto positivo en la calidad de vida.

- El censo nacional incluye discapacidad con preguntas pertinentes y estrategias de entrevistas, siguiendo las directrices de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas.
- El sistema de seguimiento nacional de los casos de personas heridas distingue entre diferentes causas y tipos de heridas, incluidas las resultantes de accidentes con minas/REG.
- Los datos del IMSMA sobre personas heridas se usan como un primer paso para identificar a las víctimas y se diseminan entre los Ministerios pertinentes de forma sistemática.
- Existe un mecanismo de recopilación de datos sobre PcD que concuerda con la CDPcD e incluye datos sobre sobrevivientes.
- Existe un centro de coordinación o un Comité para guiar y coordinar todos los esfuerzos de recopilación de datos relativos a la AV, incluidos diferentes mecanismos y metodologías (seguimiento de los casos de personas heridas, IMSMA, evaluaciones de necesidades y capacidades de sobrevivientes, etc.).
- Los recolectores de datos tienen capacitación en metodologías y en comunicaciones significativas y respetuosas con víctimas y PcD.
- Se ha establecido una base de referencia para medir y presentar informes sobre el avance en AV, con enfoque en la calidad de vida y la participación.
- Los datos procedentes se diseminan y están a disposición de los actores pertinentes, pero se asegura la confidencialidad de las víctimas.



EJEMPLO DE UN MECANISMO DE RECOPIACIÓN DE DATOS:

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VÍCTIMAS DE MINAS/REG DE CAMBOYA ^{(13) (14)}



Thoeun Leang, tendera y beneficiaria del proyecto TIGA, provincia de Battambang, Camboya; 2013.

Problema identificado: Falta de información sistemática, comparable, precisa y actualizada sobre víctimas directas de minas/REG en Camboya.

Objetivo: Proveer **recopilación sistemática, análisis, interpretación y disseminación de información** sobre víctimas de minas/REG, municiones sin detonar y otros REG en Camboya.

Actividades: La cadena de operaciones del Sistema de Información de Víctimas de Minas o REG de Camboya (CMVIS) está compuesta por recolectores de datos seleccionados por sus conocimientos sobre un área geográfica específica y que han recibido capacitación sobre los formularios de CMVIS. Rinden cuentas al coordinador provincial, quien transmite los datos a la capital. El CMVIS depende también de una red de voluntarios en áreas menos contaminadas por minas/REG.

Sostenibilidad: El CMVIS fue establecido en 1994 por la Cruz Roja de Camboya con apoyo técnico y financiero de HI y UNICEF. El proceso de transferencia a la Autoridad de Camboya para las Actividades de las Minas y la Asistencia a las Víctimas (CMAA) se consumó en 2009.

Indicadores clave: El sistema de información es administrado por CMAA en su totalidad. El CMVIS ha permitido al gobierno de Camboya establecer que desde 1979 hasta enero de 2013 ha habido un total de 64,214 víctimas directas de minas/REG. Para enero de 2013, un 30 % de las víctimas directas desarrollaban actividades económicas cuando tuvieron el accidente, un 78 % de las víctimas directas fueron heridas y el 22 % murió; el 31 % eran niños. Esta información permite planear y priorizar las actividades sobre las minas y, junto con otros datos, documenta la planeación de AV.

Administrado por: La Autoridad de Camboya para las Actividades de las Minas y la Asistencia a las Víctimas.

Referencias ^{(1) (9) (11)} CIDHG. *Asistencia a los Sobrevivientes de las Minas/REG en el contexto de desarme, discapacidad y desarrollo*. 2011 | ⁽²⁾ HI. *Inclusive local development policy paper*. 2009 | ⁽³⁾ HI. *Personalized social support : methods, approaches, tools*. 2009 | ^{(4) (5) (8)} ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | ⁽⁶⁾ World Health Assembly. *Strengthening of health information systems*. 2007 | ⁽⁷⁾ CESRAP. *Results of the Testing of the ESCAP Extended Question Set on Disability*. 2011 | ⁽¹⁰⁾ HI. *Good practices from the project Towards Income Generating Activities in Cambodia*. 2010 | ⁽¹²⁾ OMS, CESRAP. *Training Manual on Disability Statistics*. 2008 | ⁽¹³⁾ Cambodia Mine Action and Victim Assistance Authority Website. | ⁽¹⁴⁾ CIDHG. *CMVIS External Evaluation Report*. 2006; James Madison University Mine Action Information Center. *Landmine Casualty Data: Best Practices Guide*. 2008; OMS. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. 2004

¿QUÉ SON LOS PLANES NACIONALES DE ACCIÓN?

Los Estados Parte, especialmente los responsables y encargados del bienestar de un número considerable de víctimas, se han comprometido a elaborar un **Plan Nacional de Acción para apoyar a las víctimas**. Su objetivo es establecer un **marco** por medio del cual se logre: a) que todos los Ministerios y otros actores pertinentes estén más **sensibilizados** sobre los derechos y necesidades de las víctimas y de las PcD; b) que se establezca un **centro coordinador/comité** para la AV o la discapacidad; c) que se **identifiquen responsabilidades claras y específicas** para asegurar que se atienda la AV adecuadamente; d) que haya una **mejor coordinación** entre los actores involucrados en AV, discapacidad y temas de desarrollo; e) que las víctimas y las PcD **gocen de plenos derechos** y participen en la toma de decisiones; f) que existan **datos de referencia** que permitan monitorear y rendir informes sobre avances en AV a nivel nacional; g) que exista una **base común para movilizar recursos nacionales** y, si fuere necesario, **internacionales**.

Los **Planes Nacionales de Acción para apoyar a las víctimas** deberían: a) estar vinculados o **incluidos en planes más amplios sobre discapacidad/desarrollo inclusivo** existentes; b) desarrollarse con la **participación informada** de las víctimas y las PcD; c) fundamentarse en datos recopilados en el proceso de evaluación de las necesidades de los sobrevivientes y de la cartografía de los servicios; d) concordar con las **normas y directrices** establecidas por la CDPcD, la CMR y los Planes de Acción de Vientián y de Cartagena; e) fundamentarse en **buenas prácticas de distintos sectores**, o sea: salud, rehabilitación, salud mental (incluido el apoyo psico-social), educación, e inclusión social y económica; f) **incorporar un enfoque que tenga en cuenta cuestiones de género y edad**.

El desarrollo de un Plan Nacional de Acción para apoyar a víctimas puede originar una dinámica nacional en discapacidad –en particular en países que no sean parte de la CDPcD–, contribuir a mejorar la solidaridad nacional, facilitar la sostenibilidad y el impacto de la AV y de otros esfuerzos más amplios sobre discapacidad y desarrollo, y permitir a cada Estado Parte identificar sus propias prioridades y objetivos de manera participativa.

Los **Planes Nacionales de Acción deberían incluir**, como mínimo:

- Un análisis de la **legislación y de las políticas** existentes relacionadas con AV, discapacidad y desarrollo.
- Un análisis de los **actores pertinentes**.
- Un análisis de la situación prevalente en **cada sector** relacionado con asistencia a víctimas.
- Una descripción de los **datos** que todavía sea necesario recopilar/actualizar.
- Una lista de **objetivos** para cada sector que sean **concretos, mensurables, realistas, pertinentes y sujetos a un plazo**, con medidas para lograrlos e indicadores para constatar el avance.
- Un **compendio de los recursos** necesarios para implementar, monitorear y evaluar el plan, que incluya los recursos nacionales e internacionales ya garantizados y los que falte garantizar.
- Un compendio de los **mecanismos de monitoreo** del Plan.

Datos Breves ⁽¹⁾

- ★ Cuando menos 19 Estados Parte del MBT tenían **mecanismos nacionales de coordinación** de AV en 2011.
- ★ Cuando menos 17 Estados Parte del MBT tenían **planes para AV u otros más amplios para apoyar a PcD**, que incluían explícitamente a sobrevivientes.
- ★ En 2011 varios Estados Parte informaron que, por primera vez en años recientes, había **decrementos en la cantidad y en la calidad en todos los sectores de AV**.

MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

CMR: Art. 5, párr. 2(c). | **Plan de Acción de Vientián**: Medidas 21, 24, 33 y 56. | **Plan de Acción de Cartagena**: Sección IV, Medida 27; Sección V, Medida 34.
CDPcD: Art. 33.

ACTORES PRINCIPALES

Organizaciones de sobrevivientes y de PcD; organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, incluidas las de mujeres sin o con discapacidad | **Proveedores de servicios** en todo sector de AV | **Ministerios**: de Salud, de Asuntos Sociales, y otros relacionados con AV, discapacidad y desarrollo | **Centros y Autoridades de Acción contra Minas** | **Organizaciones internacionales**: CICR, organismos de las Naciones Unidas y otros relacionados con AV.

OBSTÁCULOS COMUNES EN PAÍSES AFECTADOS POR MINAS/REG

- **Poco o ningún conocimiento, participación o determinación de los Ministerios** pertinentes (de Salud, Asuntos Sociales, etc.) en temas de AV. Es posible que el tema se considere responsabilidad primaria de actores de acción contra minas y no la responsabilidad de cada Ministerio pertinente.
- Insuficientes enlaces y coordinación entre los **esfuerzos y los marcos en AV para promover los derechos de las PcD**.
- **Falta de datos suficientes, actualizados, pertinentes y comparables** sobre las necesidades de los sobrevivientes y los servicios disponibles, y falta de análisis de datos para elaborar un Plan Nacional pertinente y viable de Acción para AV.
- **Recursos técnicos y humanos insuficientes** para conducir el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de Planes Nacionales de Acción..
- No existen ni la determinación ni la capacidad para **actualizar, monitorear y evaluar** el Plan de Acción una vez adoptado..

EJEMPLOS DE PLANES NACIONALES DE ACCIÓN SOBRE ASISTENCIA A VÍCTIMAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

➤ **Albania** tiene un **Plan Nacional de AV** que sigue las recomendaciones del Plan de Acción de Cartagena. La Oficina de Coordinación de Minas y Municiones de Albania monitorea su implementación, lo que permite a Albania rendir informes detallados de sus esfuerzos en AV. Los sobrevivientes tienen representación en todos los niveles de planeación e implementación del Plan. ⁽²⁾

➤ **En Jordania**, la AV está incluida en la **Estrategia Nacional sobre Discapacidad**. El Consejo Superior para Asuntos de Personas con Discapacidad es el coordinador nacional en AV. La AV se coordina por medio del Comité Directivo sobre Sobrevivientes y AV, e incluye representantes gubernamentales y no gubernamentales, así como sobrevivientes. La AV se incluye también en el Plan Nacional de Acción contra Minas 2010-2015. ⁽³⁾

➤ **En Chad**, se adoptó un **Plan Nacional de Acción sobre AV** en 2012. Está en concordancia con el Plan de Acción de Cartagena y reconoce el principio de no discriminación entre víctimas y PcD. El esfuerzo de coordinación fue conducido por el Centro de Acción contra Minas con la participación activa de los Ministerios pertinentes (Asuntos Sociales, en particular), el CICR, ONG y OPcD que incluían sobrevivientes. Las Naciones Unidas proveyeron apoyo técnico en asociación con HI.



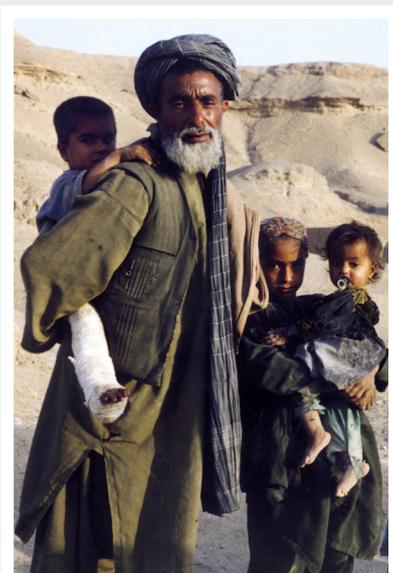
¿CÓMO PUEDEN PREPARAR UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN LOS ESTADOS?

Esta sección se basa en el enfoque estratégico de trece pasos en asistencia a víctimas diseñado por la Unidad de Apoyo para la Implementación de la Convención contra Minas Antipersonal ⁽⁴⁾. Incluye algunas modificaciones basadas en experiencias recientes de HI durante el apoyo del desarrollo de Planes Nacionales de Acción y Planes Inclusivos de Desarrollo Local en varios países. También se basa en documentos y publicaciones sobre políticas acerca de Desarrollo Inclusivo Local de HI ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ y del Consorcio Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo ⁽⁷⁾. Esta sección es un panorama general del proceso; cada país deberá ciertamente adaptarlo a su propio contexto y asegurar que no haya duplicación de esfuerzos al promover la AV y los derechos de las PcD.

1. **Sensibilizar** a los Ministerios clave y a otros actores pertinentes sobre el marco de la AV y de los derechos y necesidades de las víctimas y de las PcD. Desarrollar material informativo en formatos accesibles. Involucrar a las víctimas como colaboradoras en actividades de sensibilización y en la formulación de un Plan Nacional de Acción desde el principio del proceso.
2. **Asignar la responsabilidad del proceso de redacción del Plan Nacional de Acción.** Esta responsabilidad debería recaer en la misma entidad responsable o coordinadora de los derechos de PcD, es decir: el Ministerio de Asuntos Sociales o el de Género y Juventud. Si no existen tales coordinadores, deberán explorarse otras posibilidades para conducir el proceso provisionalmente, como podría ser el Centro o la Autoridad de Acción contra Minas, entre otros actores. Después de un cierto tiempo, la responsabilidad deberá recaer en el Ministerio más apropiado.
3. **Designar un comité interministerial/intersectorial** que coordine todo el proceso. Este grupo deberá ser representativo de todos los diferentes sectores de AV (salud, inclusión económica, por ejemplo) e incluir representantes de Ministerios, proveedores de servicios y organizaciones de sobrevivientes y PcD. El comité deberá tener un mandato oficial, con recursos y términos de referencia adecuados.
4. **Realizar un análisis preliminar de la situación.** Con objeto de elaborar un Plan pertinente, es necesario: a) comprender el contexto legal y en cuestión de políticas; b) comprender la situación prevalente de las víctimas (necesidades, exigencias, aptitudes, recursos y prioridades); c) conducir un análisis de los actores; quién hace qué y dónde, en cuanto a provisión de servicios, en todos los sectores de AV. Si es necesario, puede incluirse la conducción de un estudio en profundidad en el Plan de Acción mismo.
5. **Organizar un primer taller y consulta nacional para presentar el tema de la AV e inscribirlo en marcos más amplios sobre discapacidad, desarrollo y derechos humanos; repasar y concluir el análisis preliminar de la situación y comenzar a debatir los posibles pasos futuros.** En este taller deberían participar todos los actores pertinentes.
6. **Organizar grupos de trabajo por sectores** (rehabilitación, educación, etc.) **y formular objetivos, medidas e indicadores concretos, mensurables, realistas, pertinentes y sujetos a un plazo, que sirvan para lograr esos objetivos.** Cada grupo de trabajo debería seleccionar a una organización/coordinador para conducir los debates, y rendir informes de trabajo de cada grupo durante todo el proceso. Nótese que en el Plan deberían incluirse también todas las medidas o proyectos que contribuyan a los objetivos del Plan, aun los proyectos que ya estén implementándose. Esto asegura que se tengan en cuenta los esfuerzos implementados y que las medidas futuras se basen en iniciativas existentes. El Plan debería incluir un presupuesto que mencione y diferencie claramente entre recursos nacionales e internacionales, y entre financiamiento ya garantizado y aún no garantizado.
7. **Organizar un segundo taller nacional para integrar los trabajos de cada grupo, priorizar y concluir un proyecto de Plan Nacional de Acción** Recopilar y presentar el trabajo de todos los grupos, y priorizar objetivos y medidas relacionadas con fundamento en los recursos existentes.
8. **Diseminar el proyecto del Plan entre todos los actores pertinentes para obtener sus comentarios y aprobación, y seguir todo procedimiento necesario para su adopción.**
9. **Coordinar, monitorear, evaluar y rendir informes con regularidad** a nivel local, nacional e internacional sobre los avances y las dificultades encontradas para la implementación del Plan de Acción. Las víctimas y las PcD deberían estar activamente involucradas en el monitoreo y la evaluación del Plan, así como en todas las otras etapas.
10. **Actualizar y revisar el Plan cuando menos una vez al año** para asegurar que siga siendo procedente y que se intervenga para resolver cualquier dificultad a la brevedad.



PROCESO PARA PREPARAR UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN EN AFGANISTÁN ⁽⁸⁾



© Chris Howwood / Handicap International

Familia víctima de minas/REG, Afganistán, 2003.

Problema identificado: Afganistán es uno de los países con mayores cantidades de víctimas de minas/REG en el mundo. La falta de coordinación y de un enfoque sistemático en AV se considera un obstáculo para responder a los derechos y necesidades de las víctimas y, más en general, de las PcD.

Objetivos: El objetivo principal del Plan fue «abordar la cuestión de los derechos y las necesidades de todas las PcD, incluidas las sobrevivientes de minas/REG, dentro del marco de la Estrategia Nacional de Desarrollo de Afganistán y del MBT».

Metodología: El Plan Nacional de Acción sobre Discapacidad 2008-2011 de Afganistán se proyectó en un **proceso de consulta bajo los auspicios del Ministerio del Trabajo, Asuntos Sociales, Mártires y Discapacidad, en unión con los ODM y la Estrategia Nacional de Desarrollo.** Se proyectó mediante una serie de sesiones de sensibilización y de talleres, e incluye una revisión de la situación prevalente, los objetivos del 2006 y su revisión del 2008, así como medidas para alcanzar los objetivos revisados. Mediante las consultas y sobre la base del MBT y de las prioridades nacionales se identificó la pertinencia de los siguientes sectores para su inclusión en el Plan: 1. *Recopilación de datos*; 2. *Atención médica de urgencia y continua*; 3. *Rehabilitación física*; 4. *Apoyo psicológico y reintegración social*; 5. *Reintegración económica*; 6. *Rehabilitación basada en la comunidad*; 7. *Educación inclusiva*; 8. *Legislación y políticas públicas.*

El Plan se está revisando y poniendo al día actualmente.

Sostenibilidad: El Plan Nacional de Acción fue conducido y redactado por los Ministerios pertinentes con apoyo técnico de actores internacionales. Desde el principio, se lo vinculó con los marcos nacionales de discapacidad y desarrollo. Se estableció por medio de un proceso de consulta en el que participaron todos los actores nacionales e internacionales y, en particular, sobrevivientes y PcD.

Encabezado por: el Ministerio del Trabajo, Asuntos Sociales, Mártires y Discapacidad de Afganistán.



¿QUÉ SIGNIFICA COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONAL?

Cooperación y asistencia internacional se refiere a **todo el apoyo** proporcionado a Estados y actores afectados por minas/REG por parte de países, organizaciones regionales o internacionales para **implementar la AV de manera eficaz, eficiente y sostenible. Puede canalizarse por medio de** mecanismos bilaterales, regionales y multilaterales, entre ellos: organismos de las Naciones Unidas, cooperación Sur-Sur con el CICR, ONG, proveedores de servicios, organizaciones de sobrevivientes y PcD.

Los países afectados enfrentan múltiples dificultades que les impiden implementar de manera rápida y eficaz la AV: conflictos en curso, pobreza generalizada e insuficiencia de recursos humanos, técnicos y financieros. Por ello, el **objetivo de la cooperación y asistencia internacional** es **apoyar a los Estados** que carecen de recursos suficientes a fin de que **cumplan sus obligaciones en AV**, asegurando así la aplicación de los derechos de las víctimas y de las PcD, y la mejoría en su calidad de vida. La cooperación y asistencia internacional tiene más impacto si responde a las prioridades establecidas por los Estados Parte afectados en sus Planes Nacionales de Acción. Por esta razón, la Cooperación Internacional es uno de los pilares del MBT y de la CMR, y se la incluye en los Planes de Acción de Vientián y de Cartagena.

Algunas de las modalidades:

- **Apoyo técnico:** Apoyo sobre el terreno para la implementación de un proyecto específico tal como la elaboración de un Plan Nacional de Acción o la realización de una evaluación de necesidades y cartografía de recursos.
- **Desarrollo de aptitudes:** Capacitación y asesoramiento de las autoridades y proveedores de servicios pertinentes, proporcionados con regularidad durante un período de tiempo con el objetivo de mejorar sus conocimientos, actitud, prácticas y aptitudes en general sobre un tema dado. Esto puede especificarse

para un sector (capacitación de profesionales en rehabilitación, por ejemplo) o en aspectos como monitoreo y evaluación de políticas y programas.

- **Apoyo financiero:** Apoyo presupuestal por medio de mecanismos de cooperación bilateral, regional o multilateral para los Estados, las Naciones Unidas y organizaciones internacionales, las ONG locales e internacionales, las organizaciones de sobrevivientes y de PcD, y los proveedores de servicios.

Datos Breves

- ★ Hubo **retrocesos en accesibilidad** a servicios para sobrevivientes en cuando menos 12 países en 2011; la mayoría, debidos a una **disminución en la asistencia internacional**.⁽¹⁾
- ★ Resolver la cuestión de los derechos y las necesidades de las PcD es un **compromiso a largo plazo** a nivel político, financiero y material.⁽²⁾
- ★ El financiamiento de la acción contra minas alcanzó su nivel más alto –de casi 578 millones de euros en 2011–, pero la parte de AV fue **solo el 6 %** del total del apoyo otorgado a esa acción.



MARCOS EN LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS

/ **CMR:** Art. 6, párr. 7. | **Plan de Acción de Vientián:** Medidas 33 a 38, 41, 42, 47, 56 y 59. | **Plan de Acción de Cartagena:** Sección IV, Medida 32. Sección V, Medidas 35, 36, 37, 39, 41, 47, 48, 50, 51 y 52. | **CDPcD:** Art.32.



ACTORES PRINCIPALES

/ **Organizaciones** de víctimas y de PcD | **Proveedores de servicios** en todo sector de AV | **Ministerios:** Todos los Ministerios pertinentes en países afectados | **Organizaciones internacionales:** Organismos de las Naciones Unidas, CIDHG, CICR, ONG internacionales | **Foros regionales y multilaterales** | **Organismos Internacionales de Desarrollo y Cooperación** tales como: ADA, AusAid, AFD, BMZ, ACDI, DFID, DGDC, JICA, NORAD, SIDA, USAID y WRA... | **Ministerios de Relaciones Exteriores** de países comprometidos con la cooperación y asistencia internacional.



OBSTÁCULOS COMUNES PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

- Definir prioridades en cooperación internacional es difícil cuando se dispone de **pocos estudios que, basados en pruebas y trabajo de campo**, analicen las necesidades y aptitudes de las víctimas, los servicios y recursos existentes, y los esfuerzos nacionales para responder a los vacíos.
- Existen todavía muchas barreras que obstaculizan la **inclusión de PcD en todos los aspectos del desarrollo y de la cooperación para el desarrollo**; y sigue habiendo dificultades para asegurar que los esfuerzos en AV se fundamenten o que cuando menos estén ligados a **esfuerzos hacia la inclusión de PcD**.
- Puede haber **diferentes prioridades** entre los países comprometidos a la cooperación internacional y los países afectados.
- No se han documentado todavía las **buenas prácticas de diferentes países en cooperación internacional para AV**, lo que dificulta maximizar esfuerzos.



PROYECTOS EXITOSOS EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL

➤ **En Afganistán**, la *Organización Afgana de Sobrevivientes de Minas Terrestres* (ALSO) implementa proyectos de apoyo entre pares, sensibilización, accesibilidad, inclusión, promoción de derechos y empoderamiento. Estas actividades son **apoyadas por** la WRA, Clear Path International (CPI), OSI, ACDI, las embajadas de Noruega, Finlandia y Australia, así como por pequeñas subvenciones de ICBL, CMC y HI. CPI marcó una diferencia en las actividades iniciales de ALSO por medio de 1. Financiamiento para el primer proyecto de apoyo entre pares; 2. Cobertura de una parte de los costos de capacitación y de los costos operativos; 3. Apoyo constante a través de los años; 4. Fomento de los recursos humanos de ALSO por medio de cursos de contaduría, administración y monitoreo. En el curso de sus proyectos, ALSO ha empoderado a cientos de mujeres con discapacidad, incluidas mujeres sobrevivientes; ha dotado de accesibilidad a casi 100 escuelas y otros lugares públicos; introdujo apoyo entre pares como nuevo concepto en Afganistán; brindó apoyo a numerosas personas para inscribirse en la escuela y para encontrar trabajo. ALSO ha contribuido a la ratificación de la CDPcD y la CMR.⁽³⁾

➤ **En la República Democrática del Congo**, el *Centro de las Naciones Unidas para la Coordinación de Acción contra Minas* (UNMACC) provee apoyo a autoridades nacionales y a organizaciones de acción contra minas para coordinar e implementar la AV. UNMACC moviliza recursos, promueve la ratificación de la CDPcD y mantiene la base de datos sobre víctimas. *Japón, AusAid y MONUSCO* son algunos de los donantes. Entre 2011 y 2013, UNMACC proporcionó subvenciones a ONG nacionales para proyectos de AV, para inclusión económica en particular; realizó un estudio de AV; actualizó la base de datos sobre víctimas y dirigió el esfuerzo para redactar el Plan Nacional Estratégico de Acción contra Minas 2012-2016 y condujo, facilitó y apoyó –en colaboración con organizaciones asociadas– la elaboración del Plan Nacional Estratégico para la Asistencia a Víctimas de Minas/REG y otras PcD 2010-2012. Como resultado, 1243 sobrevivientes fueron identificados y 228 tienen actividades productivas y han mejorado los ingresos del hogar; 135 personas han obtenido acceso a servicios de rehabilitación; se ha armonizado la información sobre AV; se encuentra en funcionamiento una nueva base de datos. El UNMACC promueve proyectos que usan un enfoque integral que incluye rehabilitación física, apoyo psico-social e inclusión económica, lo que asegura una mejora más duradera y significativa en la calidad de vida de los sobrevivientes.⁽⁴⁾



¿QUÉ PUEDEN HACER LOS ESTADOS?

Esta sección incluye recomendaciones para que los Estados afectados movilicen recursos internacionales disponibles para la AV, la discapacidad, el desarrollo y los derechos humanos más eficazmente, y recomendaciones para facilitar a los países con compromisos de cooperación y asistencia internacional el cumplimiento de las disposiciones de la CMR y el MBT, de conformidad con la CDPcD. En las fichas técnicas de la 1 a la 11 se encuentran recomendaciones específicas para cada sector que incluya AV o sobre temas intersectoriales.

Recomendaciones para Estados afectados:

- Recopilar, analizar y diseminar información basada en pruebas sobre las necesidades y aptitudes de las víctimas y las PcD, sobre recursos y proveedores de servicios, y sobre los esfuerzos nacionales para cumplir las disposiciones de la CMR y el MBT, de conformidad con la CDPcD.
- Elaborar un Plan Nacional de Acción para apoyar a víctimas y/o a PcD, que contenga un análisis de la situación y de los vacíos, con objetivos concretos, mensurables, realistas, pertinentes y sujetos a un plazo, y con las actividades y los presupuestos relacionados.
- Indicar, al solicitar cooperación o asistencia internacional, la forma en que esta contribuirá a lograr uno o más de los objetivos concretos, mensurables, realistas, pertinentes y sujetos a un plazo que formen parte del Plan Nacional de Acción para apoyar a víctimas o a PcD. Mencionar todos los esfuerzos nacionales o internacionales ya comprometidos hacia el mismo objetivo.
- Solicitar la cooperación y asistencia internacional conjuntamente con los actores pertinentes tales como ONG, organizaciones de PcD y sobrevivientes, y proveedores de servicios.
- Adoptar los marcos pertinentes tales como el MBT, la CMR y la CDPcD, o ratificarlos, pues esto incrementará las oportunidades de financiamiento que beneficiará tanto a sobrevivientes como a las PcD.

Recomendaciones para países y organizaciones con compromisos de cooperación y asistencia internacional: ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

- Asegurar que los esfuerzos en AV se hagan en concierto con otras actividades de desarrollo tales como atención a la salud, la educación, el empoderamiento y la asistencia humanitaria. Asegurar también el financiamiento continuo de la AV como una parte de los presupuestos destinados a la acción contra minas a fin de evitar vacíos en financiamiento, mientras la AV no se tenga en cuenta en fondos más amplios de temas de desarrollo. Los presupuestos específicos para AV deberán seguir disponibles aun después de que un país sea declarado libre de minas y municiones de racimo, hasta que la calidad de vida de las víctimas sea igual a la del resto de la población.
- Asegurar que todos los esfuerzos de desarrollo que cuenten con fondos sean inclusivos de PcD. Dar capacitación sobre AV y desarrollo inclusivo de PcD a todo el personal responsable de evaluar las solicitudes de financiamiento.
- Solicitar a los receptores de cooperación y asistencia internacional en todos los sectores información sobre las medidas que se aplicarán para asegurar que sus esfuerzos de desarrollo sean inclusivos de modo que las víctimas y las PcD puedan beneficiarse al igual que las demás personas.
- Ser flexibles y responder a las necesidades y vacíos señalados en los países afectados, incluso en aspectos menos financiados tales como la salud mental, proyectos de apoyo psico-social, desarrollo a mediano y a largo plazo de la capacidad de las organizaciones de sobrevivientes, de OPcD y de las autoridades nacionales.

Recomendaciones para los países y organizaciones con compromisos de cooperación y asistencia internacional, y para los países afectados:

- Documentar y diseminar las buenas prácticas y la experiencia adquirida sobre el apoyo de la cooperación y asistencia internacional a los esfuerzos nacionales en AV, y sobre las estrategias para ligar las contribuciones a la AV con las que se aplican como parte de esfuerzos más amplios en discapacidad, desarrollo y derechos humanos.
- Consultar con PcD y darles empleo en todos los niveles, incluso los de dirigencia de alto nivel. Nombrar a personas con responsabilidades específicas en AV y discapacidad. Esas personas deberán tener autoridad para influir en las decisiones y en la adjudicación de fondos.
- Toda investigación, recopilación de datos, monitoreo o evaluación de programas de desarrollo deberá desglosar los datos por sexo, discapacidad y edad.
- Asegurar que se reconozcan las necesidades y aptitudes de las víctimas y que se emprendan esfuerzos en ese aspecto en los programas humanitarios y de desarrollo.
- Promover intercambios regionales y bilaterales sobre buenas prácticas como elemento clave en estrategias de cooperación.
- En cuanto a Estados Parte del MBT y/o la CMR, informar en el artículo 7 la forma en que la cooperación y asistencia internacional en AV contribuye y se inscribe en estrategias más amplias en discapacidad, desarrollo y derechos humanos, y la manera en que contribuye al desarrollo de un sistema inclusivo de servicios disponibles y accesibles, y a mejorar la calidad de vida de víctimas y PcD.



EJEMPLO DE COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONAL PARA LA ASISTENCIA A VÍCTIMAS



© Kilian Munch

Conferencia de firma de la Convención sobre Municiones en Racimo, Oslo, 3 de diciembre de 2008.

El proyecto: HI implementó un proyecto de cuatro años de 2009 a 2012 que **promovió la cooperación Sur a Sur en AV** en Asia, en el sureste asiático, en el Medio Oriente, en África Central y del Este, y en Asia Central. Se organizaron cuatro talleres de AV para sensibilizar sobre AV y discapacidad en un área más amplia, para incrementar conocimientos sobre cómo elaborar un Plan Nacional de Acción sobre AV/discapacidad, y para proveer una base sobre la que los estados donantes y afectados puedan intercambiar buenas prácticas y capitalizar las oportunidades. En estos talleres participaron todos los actores pertinentes de una región dada, es decir, representantes de los Ministerios y de los Centros de Acción contra Minas en países afectados por minas/REG, representantes de países con compromisos de cooperación internacional, organizaciones regionales, OPcD y organizaciones de sobrevivientes, el CICR, organismos de las Naciones Unidas, la OIT, el ITF, el CIDHG, la ICBL y la CMC. Estos talleres regionales se organizaron en Bangkok, Amman, Nairobi, Dusambé y Vientián.

Cooperación internacional: Financiamiento: Proporcionado por Francia mediante un fondo especial para fortalecer organizaciones de la sociedad civil y mediante la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), por Noruega por medio de su Ministerio de Relaciones Exteriores, por la Unión Europea por medio de su fondo para Educación en temas de Desarrollo.

Resultados del proyecto: *Desarrollo de apoyo entre pares en Irak, *Participación informada y efectiva de la sociedad civil de la DRC en la elaboración subsecuente del Plan Nacional Estratégico para la Asistencia a Víctimas de Minas/REG y otras PcD 2010-2012, *Intercambios subsecuentes entre Laos, Vietnam y Camboya sobre inclusión económica.

Referencias ⁽¹⁾ ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | ⁽²⁾ ⁽⁷⁾ CIDHG. *Asistencia a los Sobrevivientes de las Minas/REG en el contexto de desarme, discapacidad y desarrollo*. 2011 | ⁽³⁾ Emails from Firoz Alizada, of the Board of Directors of ALSO. 2013 | ⁽⁴⁾ Emails from UNMACC staff. 2013 | ⁽⁵⁾ European Disability Forum. *Policy Paper Disability and Development Cooperation*. 2002 | ⁽⁶⁾ IDDC. *A guidance paper on Inclusive Local Development Policy*. 2009; AusAID. *Development for All: Towards a disability-inclusive Australian Aid program 2009-2014*. 2008; IICA. *Thematic guidelines on disability*. 2009; Norwegian Agency for Development Cooperation. *Report on Mainstreaming Disability in Development Cooperation*. 2011; SIDA. *Human Rights for People with Disabilities: SIDA's plan for work*; World Bank. *Disability and International Cooperation and Development: A Review of Policies and Practices*.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ADA: Agencia Austriaca de Desarrollo	LDPA: Asociación de Personas con Discapacidad de Laos
ACDI: Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional	MAA: Autoridad de Acción contra Minas
AFD: Agencia Francesa de Desarrollo	MAC: Centro de Acción contra Minas
AusAid: Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional	MBT: Tratado de Prohibición de Minas (siglas en inglés)
AV: Asistencia a las víctimas	NcD: Niño con discapacidad
BMZ: Ministerio Federal para la Cooperación Económica y el Desarrollo	NORAD: Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo
CDPcD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
CESPAP: Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico	ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja	OIT: Organización Internacional del Trabajo
CIDHG: Centro Internacional de Desminado Humanitario de Ginebra	OMS: Organización Mundial de la Salud
CMC: Coalición contra las Municiones en Racimo	ONG: Organización No Gubernamental
CMR: Convención sobre Municiones en Racimo	OPcD: Organización de Personas con Discapacidad
CMVIS: Sistema de Información de Víctimas de Minas o REG de Camboya	OSI: Open Society Institute
CPI: Clear Path International	PcD: Persona con discapacidad
DFID: Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido)	PIB: Producto interno bruto
DGDC: Dirección General de Cooperación para el Desarrollo (Bélgica)	PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
HI: Handicap International	RBC: Rehabilitación basada en la comunidad
ICBL: Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres	REG: Restos de explosivos de guerra
IDDC: Consorcio Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo	SIDA: Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
IMSMA: Sistema de Gestión de Información para Actividades relativas a las Minas	UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
ITF: Fondo Fiduciario Internacional para el Desminado y la Asistencia a Víctimas	UNMACC: Centro de las Naciones Unidas para la Coordinación de Acción contra Minas
JICA: Agencia de Cooperación Internacional de Japón	USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
	WRA: Oficina de Remoción y Abatimiento de Armas

Federación Handicap International

14 avenue Berthelot
69361 Lyon Cedex 07
Tel. : +33 (0) 4 78 69 79 79
Fax : +33 (0) 4 78 69 79 94
www.handicap-international.org

Alemania

Ganghofer str. 19
80339 München
Tel. : +49 (0) 89 54 76 06 00
Fax : +49 (0) 89 54 76 06 20
kontakt@handicap-international.de
www.handicap-international.de

Bélgica

67 rue de Spa
1000 Bruxelles
Tel. : +32 (0) 2 280 16 01
Fax : +32 (0) 2 230 60 30
info@handicap.be
www.handicap-international.be

Canadá

1819 boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 401
Montréal (Québec) H3H 2P5
Tel. : +1 514 908 2813
Fax : +1 514 937 6685
info@handicap-international.ca
www.handicap-international.ca

Estados Unidos

Suite 240 - 6930 Carroll Avenue
Takoma Park, MD 20912
Tel. : +1 301 891 2138
Fax : +1 301 891 9193
info@handicap-international.us
www.handicap-international.us

Francia - Lyon

16 rue Etienne Rognon
69363 Lyon Cedex 07
Tel. : +33 (0) 4 72 72 08 08
Fax : +33 (0) 4 26 68 75 25
info@handicap-international.fr
www.handicap-international.fr

Francia - París

(Oficina de representación)

104-106 rue Oberkampf
75011 Paris
Tel. : +33 (0) 1 43 14 87 00
Fax : +33 (0) 1 43 14 87 07

Luxemburgo

140 rue Adolphe Fischer
1521 Luxembourg
Tel. : +352 42 80 60 - 1
Fax : +352 26 43 10 60
contact@handicap-international.lu
www.handicap-international.lu

Reino Unido

27 Broadwall
London SE1 9PL
Tel. : +44 (0) 870 774 3737
Fax : +44 (0) 870 774 3738
info@hi-uk.org
www.handicap-international.org.uk

Suiza

Avenue de la Paix 11
1202 Genève
Tel. : +41 (0) 22 788 70 33
Fax : +41 (0) 22 788 70 35
contact@handicap-international.ch
www.handicap-international.ch



*Las fichas técnicas se han producido con la asistencia financiera del Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega.
El contenido de este documento es entera responsabilidad de Handicap International y en ningún caso podrá considerarse un reflejo de la posición del Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega.*